

Sak 36-2020 – Oppfølging av Forbedringsundersøkelsen

Formål:

Det vises til styresak 18-2020 hvor styret ble orientert om de overordnede resultatene fra undersøkelsene og videre plan for utarbeiding av handlingsplaner.

Formål med foreliggende sak, er å gi tilbakemelding på status for handlingsplaner både på et overordnet nivå og på avdelingsnivå.

Bakgrunn:

I alle avdelinger, med unntak av en, har det etter gjennomføringen av undersøkelsen blitt etablert nærværsgupper. Disse består av leder, verneombud og eventuelt en plasstillitsvalgt. Bakgrunnen for at en avdeling ikke har fått dette helt på plass, skyldes lederskifter og langtidsfravær hos verneombud.

Nærværsgruppene har mandat er å støtte leder i arbeidet med å følge opp vernerunder, ForBedringsundersøkelsen, øke nærværsprosenten i avdelingen og forøvrig bistå i avdelingens arbeid innenfor det psykososiale arbeidsmiljøet. Leder har ansvar for resultatene, men får bistand av nærværsgruppen i sitt arbeid.

Nærværsgruppene har gjennomgått resultatene fra ForBedringsundersøkelsen, og det er laget handlingsplaner i alle avdelinger. Dette er gjennomført gjennom en prosess med dialog på avdelingsnivå, og følges opp av avdelingsleder/nærværsgruppene og av enhetsledere. Enhetsledere rapporterer videre til sykehusdirektør og HR.

De fleste tiltakene er avdelingsspesifikke, og har et detaljnivå som gjør det vanskelig å rapportere til styret uten en svært omfattende redegjørelse. I det følgende avgrenses oppfølgingen til tiltak på områder som må følges opp på et overordnet nivå.

For Betanien sykehus var svaroppslutningen 68 %. Sammenlignet med de øvrige private ideelle knyttet opp til undersøkelsen i Helse Vest, var dette den laveste oppslutningen. De andre private ideelle hadde en svaroppslutning på 70-82%. Her foreligger det et klart forbedringsområde. I forkant og i tidsrommet undersøkelsen ligger ute, skal det for fremtiden gis mer og bedre informasjon knyttet til undersøkelsen. Det skal i tillegg avsettes tid til å gjennomgå spørsmålene i avdelingene. Dette for å sikre en omforent forståelse av hva det stilles spørsmål om.

1. Engasjement

Det er gjennomgående mange som svarer helt uenig eller litt uenig på påstanden om «Jeg får tilstrekkelig opplæring og veiledning til å gjøre en god jobb».

Det har lenge vært behov for å revidere og implementere et nytt nyansattkurs. Det er nå gått flere år siden dette ble gjennomført sist. Det er nedsatt en egen arbeidsgruppe som skal utarbeide et slikt program. Målsettingen er at mye av innholdet i et slikt program skal lages i e-læringsmoduler. Dette vil kunne gi viktig dokumentasjon på at ansatte har fått nødvendig opplæring på sentrale områder.

I kompetanseplanarbeidet i avdelingene, skal det også lages sjekklister som skal brukes for å dokumentere hvilken opplæring den enkelte ansatte har fått.

Det skal også arbeides mer systematisk når det gjelder opplæring av ledere i de ulike verktøy og systemer. Dette vil omfatte både de verktøyene og systemene vi over tid har hatt, samt de som etter hvert implementeres i MOT-porteføljen til Helse Vest IKT.

Temaet opplæring og veiledning skal fremover bli et tydeligere tema i medarbeidersamtaler.

2. Teamarbeidsklima

Generelt er svarresultatene på dette området bra. Her er det likevel variasjoner som gir grunnlag for videre oppfølging. Ledelsen registrerer at avdelinger som står for denne variasjonen ikke har valgt dette som Forbedringsområde. Bakgrunnen for dette skal følges opp med enhetsleder.

3. Arbeidsforhold (ressurser og belastning)

Generelt er svarene her gode. Igjen er det variasjoner, og de avdelingene med flest svar som ligger i kategoriene helt uenig er litt uenig, har laget forbedringstiltak innenfor dette området.

4. Sikkerhetsklima

Sykehuset skårer på 83,56 %. Målsettingen til Helse Vest er at alle foretakene skal ha skår på 75 % innen 2023. Betanien sykehus sitt resultat er alt godt over måltallet. Utfordringen blir således å opprettholde det gode resultatet over tid.

Innenfor dette området er det likevel forhold som må følges opp. Dette gjelder ansattes opplevde trygghet knyttet til å ta opp kritikkverdige forhold, og åpenhet rundt det diskutere feil og mangler og ta lærdom av disse.

Til det første forholdet må bevissthet rundt rutiner for registrering av avvik, varslingsrutiner og varslingsplakat tas opp og gjennomgås i avdelingsmøter. Det er grunn til å anta at det her ligger utfordringer knyttet til kultur. Dette vil også være viktige forhold som skal belyses i nytt nyansattkurs.

Også det andre forholdet må være gjenstand for åpne diskusjoner på avdelingsnivå, og skal følges opp i ledersamtaler som sykehusdirektør og enhetsledere har med sine ledere.

5. Psykososialt arbeidsmiljø

Dette er det området Betanien sykehus har de største utfordringene. Over 20 % av respondentene melder tilbake at de kjenner til tilfeller av diskriminering, mobbing og/eller trakassering. På noen av avdelingene er disse tallene svært høye. Ledelsen er kjent med en konkret hendelse som muligens kan knyttes opp til dette resultatet, men denne forklarer likevel ikke denne høye svarprosenten. For å få avdekket dette, må det fortas en finkartlegging. Denne kan sannsynligvis foretas av Bedriftshelsetjenesten. De er gitt i oppdrag å gjennomføre ROS-analyser i alle avdelinger. Dette temaet må stå sentralt i disse analysene. Det er også grunn til å øke bevisstheten rundt varslingsplakat, varslingsrutiner samt rutine for håndtering av trakassering.

Svakhetene i undersøkelsen er at den ikke skiller mellom mobbing, diskriminering og trakassering som er utøvd av kolleger og det som er utøvd av pasienter. Det skal ikke være toleranse for noen av delene, men det må håndteres ulikt.

På dette området svarer også over 20 % at de er helt uenig eller litt uenig i at oppståtte konflikter håndteres på en god måte. Det er laget en egen veileder for konflikthåndtering. Ledelsen har

gjennom konfliktsaker erfart at denne ikke er godt nok kjent i virksomheten. Økt kompetanse i konfliktbehandling bør også prioriteres i et fremtidig lederopplæringsopplegg.

6. Opplevd lederatferd (for medarbeider)

Her er resultatene gode. Dersom noe skal forbedres her, så er det knyttet til ledertilgjengelighet. Dette er en utfordring, da ledere med innføringen av svært mange nye systemer må bruke mye tid på å sette seg inn i disse, rapportere gjennom disse og i tillegg må delta i mange møter.

7. Opplevd lederatferd (for leder)

På dette området er det leders oppfølging av uønskede hendelser og forbedringsforslag som er et forbedringsområde. Sykehusdirektør/enhetsleder følger dette opp med å gi bedre informasjon ut i organisasjonen om håndtering av uønskede hendelser, samt håndtering og oppfølging av forbedringsforslag.

8. Toppleder rolle i pasientsikkerhetsarbeidet

At 36 % av respondentene svarer vet ikke/er ikke relevant er kanskje et signal om at dette i for liten grad kommuniseres ut. En slik tolkning styrkes ved at de som svarer på dette, er godt fornøyd. Tiltaket her må bli å bli tydeligere i kommunikasjonen ut i linjen og at denne når alle.

9. Fysiske arbeidsmiljø

Her er resultatene svært varierende. Mye er knyttet til eldre lokaler som burde vært oppgraderte. Ellers er det mange som ikke er fornøyd med temperatur og ventilasjon. Utfordringene er kjent for ledelsen gjennom de årlige vernerundene, og huseier arbeider med å utarbeide planer for en rekke utbedringer. For noen kan utfordringene kun løses gjennom nybygg.

Vurdering:

Samlet sett gir undersøkelsen gode resultater. Gjennomgangen ovenfor tilsier likevel at det må brukes tid og ressurser på betydelig forbedringsarbeid på et overordnet nivå på en rekke områder. Dette skal prioriteres frem mot neste undersøkelse i mars 2021.

Medbestemmelse:

Undersøkelsen er gjort tilgjengelig for tillitsvalgte og vernetjeneste og har vært gjennomgått i både IDF-møter og AMU-møter. Alle ansatte har gjennom dialoger på avdelingsnivå fått vært med på å identifisere ForBedringsområder og utarbeide tiltak knyttet til disse.

Verdier:

Undersøkelsen er godt forankret i sykehusets verdier.

Forslag til vedtak:

1. Styret tar gjennomgangen til orientering og ber ledelsen følge opp tiltakene som er foreslått.

Vedlegg:

1. Overordnet handlingsplan

Ansvarlig: Eli J. Birkhaug, Direktør

Saksbehandler: Frode Strøm, HR-direktør