

## Ledelsens gjennomgang 2015 – intern kontroll/kvalitetsstyring. Versjon 0.2. Basert på PR24998 Ledelsens gjennomgang - mal

### Innhold

1.	Ventetider.....	1
2.	Bygningsmessige og tekniske forhold .....	1
3.	Pasientsikkerhet .....	2
4.	Kvalitetsindikatorene .....	2
5.	Tilbakemeldinger/pasientklager.....	2
6.	Avvik og forbedringspunkter .....	3
7.	Interne revisjoner .....	3
8.	Eksternt tilsyn .....	3
9.	Kvalitetsstrategien.....	4
10.	Forestående endringer i virksomheten som kan påvirke kvaliteten .....	4
11.	Oppsummering .....	5

## 1. Ventetider

Dokumentasjon:

- Benytt siste kvalitetsrapport kap.1 for hva som skal vurderes.

Ligger ventetidene innenfor akseptert nivå ?



Tiltak dersom Nei:

Nr.	Kort beskrivelse av tiltak	Ansvarlig
1	Prosjekt Ventetider Helse Sør Øst gjennomgås ved våre 3 enheter	Enhetsdir.
2	Fagstab utarbeider forslag til et mer koordinert prosjekt for foretaket	Med. dir.

## 2. Bygningsmessige og tekniske forhold

Dokumentasjon:

- Kartlegging av bygningsmassen ved Helgelandssykehuset HF, Multiconsult 2011.

- Utviklingsplan Helgelandssykehuset HF, under utarbeidelse.

Er de bygningsmessige og tekniske forholdene innenfor akseptert nivå ?



Tiltak dersom Nei:

Nr.	Kort beskrivelse av tiltak	Ansvarlig
1	1. Ha <b>samlet inn og strukturert informasjon</b> som belyser arealbruken i Helgelandssykehuset. 2. Ha analysert eiendommene i forhold til <b>tilstand, verdi, arealeffektivitet og fremtidig funksjonalitet</b> . 3. Ha utformet en <b>klar strategi for eiendomsporteføljen som gir brukerne gode og effektive bygninger til lavest mulig kostnad</b> .	Eiendomssjef/ sjefer for intern service.
2	Definere, kartlegge og igangsette forebyggende tiltak for kritiske leveranser (ventilasjon, varme, kjøling, medisinske gasser, brann etc.)	Eiendomssjef/ sjefer for

	intern service.
--	-----------------

### 3. Pasientsikkerhet

Dokumentasjon:

- Benytt siste kvalitetsrapport kap.3 for hva som skal vurderes.

Er resultatene fra pasientsikkerhetsprogrammet innenfor akseptert nivå ?



Tiltak dersom nei:

Nr.	Kort beskrivelse av tiltak	Ansvarlig
1	Kartlegging av utbredelse og status på implementering av tiltakspakker ved alle enheter må utarbeides månedlig	Pas.sikkerhets ansvarlig

### 4. Kvalitetsindikatorene

Dokumentasjon:

- Benytt siste kvalitetsrapport kap.4a og b for hva som skal vurderes.

Er kvalitetsindikatorene innenfor akseptert nivå ?



Tiltak dersom Nei:

Nr.	Kort beskrivelse av tiltak	Ansvarlig
1	Oversikten med alle kvalitetsindikatorene skal følges opp på ledermøtene.	Enhetsdir.

### 5. Tilbakemeldinger/pasientklager

*Fra pasienter og andre tjenestemottakere, samarbeidspartnere, kunder, organisasjoner, media*

Dokumentasjon:

- Benytt siste kvalitetsrapport kap.4c for hva som skal vurderes.

- Oversikt pasientklagesaker fra hver enhet for 2014.

Viser tilbakemeldingene/klagene at vi saksbehandler og følger opp klagesakene innenfor akseptert nivå ?



Tiltak dersom Nei:

Nr.	Kort beskrivelse av tiltak	Ansvarlig
1	Egen felles prosedyre for foretaket revideres og distribueres og opplæring gis (PR04654 Rutiner og saksgang for behandling av henvendelser til og fra tilsynsmyndighet - Helsetilsynet – Pasientsaker)	Med. dir.
2	Bruk av klagesaker i internopplæring	Enhetsdir.

## 6. Avvik og forbedringspunkter

Oversikt over de alvorligste avvikene siste periode på alle relevante lovområder, om avvikene behandles, risikobilde, alvorlighetsgrad på avvikene.

Dokumentasjon:

- Siste kvalitetsrapport, pkt. 4d. Status avvikshåndtering
- Avviksstatistikk for 2014

Er avvikene og forbedringspunktene innenfor akseptert nivå ?



Tiltak dersom Nei:

Nr.	Kort beskrivelse av tiltak	Ansvarlig
1	Gjennomgang/evaluering av kvalitetsrådenes arbeid	Med. dir
2	Pasientklagene er i svært liten grad meldt inn som avvik internt først, linje ledelsen må ta ansvar for at de ansatte melder avvik.	Nærmeste leder
3	Læringseffekten av avvikene er vi usikre på da det ikke dokumenteres i god nok grad at avvik fra andre avdelinger er gjennomgått.	Nærmeste leder
4	Synliggjøring av resultater, hadde tiltakene ønsket effekt kontrolleres i for liten grad.	Nærmeste leder
5	Reell bruk av GTT. Fra Pasientsikkerhetsprogrammet har vi ulike tiltak som kan settes i verk i forhold til de områdene der det oppstår avvik oftest (fall, legemiddel, infeksjoner og liggesår). Disse implementeres.	Nærmeste leder

## 7. Interne revisjoner

Status legges frem

Dokumentasjon:

- Siste kvalitetsrapport, pkt. 4e. Interne og eksterne revisjoner
- Interne revisjoner 2014

Er resultatene av de interne revisjonene innenfor akseptert nivå ?



Tiltak dersom Nei:

Nr.	Kort beskrivelse av tiltak	Ansvarlig
1	Alle intern revisjoner skal behandles av ledelsen	De som har gj.ført intern revisjon
2	Kvalitetsrådenes kommentarer til gjennomførte intern revisjoner skal fremlegges enhets direktør	Leder kval.råd

## 8. Eksternt tilsyn

Legg frem utfylt skjema som viser oversikt over og status for lukking av avvik for alle eksterne tilsyn

Dokumentasjon:

- Siste kvalitetsrapport, pkt. 4e. Interne og eksterne revisjoner

- Eksterne revisjoner 2014

**Er resultatene av tilsynsrapportene innenfor akseptert nivå ?**



Tiltak dersom Nei:

Nr.	Kort beskrivelse av tiltak	Ansvarlig
1	Alle tilsynsrapporter skal inn som egen sak til ledergruppa <u>og</u> når tiltaksplanen foreligger	Enhetsdir.
2	Oppfølgingen av tilsynsrapportene i linja er veldig bra, informasjon om tilsyn og læring av rapportene på tvers i organisasjonen er økende men kan enda bli bedre	Leder kval.råd

## 9. Kvalitetsstrategien

*Vurdere behov for endringer i kvalitetsstrategien*

Dokumentasjon:

- Møtereferatene fra kvalitetsrådene ved enhetene og kvalitetsutvalget på HF nivå 2014.

**Er kvalitetsstrategien god nok ?**



Tiltak dersom Nei:

Nr.	Kort beskrivelse av tiltak	Ansvarlig
1	Kvalitetsstrategien skal revideres medio 2015, koordineres med Helse Nord RHF	Kval.leder
2	Mer informasjon ut til de ansatte om hva de egentlig skal gjøre ihht. Kvalitetsstrategien	Enhetsdir. og kval.leder

## 10. Forestående endringer i virksomheten som kan påvirke kvaliteten

For eksempel omorganiseringer, nye elektroniske løsninger

Områder:

- FIKS/HOS gjennomføringsplan
- Framtidens Helgelandssykehus, 2025 utviklingsplan
- Rekruttering forsterket
- Nasjonal Helse og sykehusplan
- Kreftomsorgen
- Dokumentasjon og bruk av register

**Vurderes forestående endringer i virksomheten slik at kvaliteten på våre tjenester opprettholdes innen akseptert nivå ?**



Tiltak dersom Nei:

Nr.	Kort beskrivelse av tiltak	Ansvarlig
1	Påse at enhver endring som planlegges gjennomført blir risikovurdert <u>før</u> de blir implementert	Leder

## 11. Oppsummering

Sammenstilt vurdering:

		Innenfor akseptert nivå		
Nr.	Navn			
1	Ventetider	x		
2	Bygningsmessige og tekniske forhold		x	
3	Pasientsikkerhet	x		
4	Kvalitetsindikatorene	x		
5	Tilbakemeldinger/pasientklager	x		
6	Avvik og forbedringspunkter		x	
7	Interne revisjoner		x	
8	Eksternt tilsyn		x	
9	Kvalitetsstrategien		x	
10	Forestående endringer i virksomheten som kan påvirke kvaliteten		x	

Tiltakene iverksettes.

Dato: 09.04.2015

Sign: adm. direktør