

Ledelsens gjennomgang 2016 – intern kontroll/kvalitetsstyring
Versjon 1.0. Basert på PR24998 Ledelsens gjennomgang

Innhold

1. Ventetider	43
2. Bygningsmessige og tekniske forhold	43
3. Pasientsikkerhet	43
4. Kvalitetsindikatorene	44
5. Tilbakemeldinger/pasientklager	44
6. Avvik og forbedringspunkter	45
7. Interne revisjoner	45
8. Eksternt tilsyn	46
9. Kvalitetsstrategien	46
10. Forestående endringer i virksomheten som kan påvirke kvaliteten	47
11. Oppsummering	47

Ventetider

Status 2015 og så langt i 2016, hvordan er analysene fremover

Ligger ventetidene innenfor akseptert nivå ?



Tiltak dersom Nei:

Nr.	Kort beskrivelse av tiltak	Ansvarlig
1	Prosjekt Ventetider Helse Sør Øst	Ok
2	Fagstab utarbeider forslag til et mer koordinert prosjekt for foretaket	

Vedlegg: ROS analyse pr april 2016 av Oppdragsdokumentet 2016

Bygningsmessige og tekniske forhold

Status 2015 og så langt i 2016, hvordan er analysene fremover

Er de bygningsmessige og tekniske forholdene innenfor akseptert nivå ?



Tiltak dersom Nei:

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

Pasientsikkerhet

Status 2015 og så langt i 2016

Er pasientsikkerheten 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 med månedlige rapporteringer til ledermøtene.	Pas.sikkerhets ansvarlig

Kvalitetsindikatorerne

Status 2015 og så langt i 2016

Er kvalitetsindikatorerne innenfor akseptert nivå ?



Tiltak dersom Nei:

Nr.	Kort beskrivelse av tiltak	Ansvarlig
1	Oversikten med alle kvalitetsindikatorerne skal følges opp på ledermøtene.	Kval. rådgivere/ Enhetsdir.

Tilbakemeldinger/pasientklager

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

Status 2015 og så langt i 2016

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	Med.dir
2	Bruk av klagesaker i internopplæring	Områdesjef
3	Etablere egen oversikt over egenandelssaker – økonomiske saker samt kategorisere andre ikke-medisinske klager	Kval.leder
4	Sakene skal følge linjen fra kvalitetsrådene, til kvalitetsutvalget og til ledergruppene på enhetene samt foretaksledelsen	Med.dir
4	Tema på ledergruppemøtene på enhetene	Enhetsdir.
5	Rapporteres som ledermøtesak hver måned	Kval.leder
6	Etablere struktur for å ta resultatene ut i organisasjon igjen - læringseffekt	Kval.leder

Avvik og forbedringspunkter

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

Status 2015 og så langt i 2016

Er avvikene og forbedringspunktene innenfor akseptert nivå ?



Tiltak dersom Nei:

Nr.	Kort beskrivelse av tiltak	Ansvarlig
1	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
2	Læringseffekten av avvikene er vi usikre på da det ikke dokumenteres i god nok grad at avvik fra andre avdelinger er gjennomgått.	Nærmeste leder
3	Synliggjøring av resultater, hadde tiltakene ønsket effekt kontrolleres i for liten grad.	Nærmeste leder
4	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
5	Rapporteres som ledermøtesak hver måned	Kval.leder

Interne revisjoner

Status 2015 og så langt i 2016

Er resultatene av de interne revisjonene innenfor akseptert nivå ?



Tiltak dersom Nei:

Nr.	Kort beskrivelse av tiltak	Ansvarlig
1	Oversikt over alle interne revisjoner i Helgelandssykehuset, pr år med status distribueres	Kva.leder
2	Revisjonsplan for 2016 distribueres/informeres om til linje ledelsen	Kval.leder
3	Prosedyre – forslag til endring: <ul style="list-style-type: none"> Avvik skal registreres i Docmap, av de som gjennomfører intern revisjon Rapport over avvik – tas ut av Docmap Rapport – lukking av avvik – tas ut av Docmap Og implementeres	Med. dir Kval.leder
4	Gjennomførte og planlagte interne revisjoner – fast punkt i ledermøtene, både på enhetene og foretaksnivå pr. måned	Kval.leder
5	Alle intern revisjoner skal behandles/informeres om oppover i linje ledelsen	Linje ledelsen
6	Kvalitetsrådenes kommentarer til gjennomførte intern revisjoner skal fremlegges adm.dir	Leder kval.rådene

Eksternt tilsyn

Status 2015 og så langt i 2016

Er resultatene av tilsynsrapportene innenfor akseptert nivå ?



Tiltak dersom Nei:

Nr.	Kort beskrivelse av tiltak	Ansvarlig
	Oversikt over alle eksterne revisjoner i Helgelandssykehuset, pr år med status distribueres	Kval.leder
	Prosedyre – forslag til endring: <ul style="list-style-type: none"> • Avvik skal registreres i Docmap, av kvalitetsrådgiverne • Rapport over avvik – tas ut av Docmap • Rapport – lukking av avvik – tas ut av Docmap Og implementeres	Med. dir Kval.leder
	Alle tilsynsrapporter skal inn som egen sak til ledergruppa og når tiltaksplanen foreligger	Enhetsdir.
	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

Kvalitetsstrategien

Vurdere behov for endringer i kvalitetsstrategien

Status 2015 og så langt i 2016

Er kvalitetsstrategien god nok ?



Tiltak dersom Nei:

Nr.	Kort beskrivelse av tiltak	Ansvarlig
1	Kvalitetsstrategien skal revideres i løpet av 2016. Arbeidet her styres av Helse Nord RHF	Kval.leder
2	Mer informasjon ut til de ansatte om hva de egentlig skal gjøre ihht. kvalitetsstrategien	Enhetsdir. og kval.leder

Forestående endringer i virksomheten som kan påvirke kvaliteten

For eksempel omorganiseringer, nye elektroniske løsninger

Status 2015 og så langt i 2016, hvordan er analysene fremover

Områder:

- FIKS/HOS gjennomføringsplan
- Framtidens Helgelandssykehus, 2025 utviklingsplan
- Rekruttering forsterket
- Nasjonal Helse og sykehusplan
- Kreftomsorgen
- Dokumentasjon og bruk av register
- Større ombyggingsprosjekt i Mosjøen og Sandnessjøen
- Omorganisering av Drift og Eiendom
- Nedlegges av fødestuo i Mosjøen
- Ambulanseplan

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

Oppsummering

Sammenstilt vurdering:

Nr.	Navn	Innenfor akseptert nivå		
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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: 09.05.2016

Sign: adm. Direktør