



VESTRE VIKEN

Ledelsens gjennomgang

Kvalitetsarbeid i medisinske laboratorier Workshops 16. oktober 2018

Trude Steinsvik, avdelingssjef
Avdeling for laboratoriemedisin
Klinikk for medisinsk diagnostikk
Vestre Viken HF



VESTRE VIKEN

Agenda

- Avdeling for laboratoriemedisin i Vestre Viken
- Myndighetskrav
- Gjennomføring av LGG i vår avdeling
- Underlagsrapporter
- Slutføring av rapport, informasjon og oppfølging

VESTRE VIKEN

En av Norges største helseforetak!

Stort område

- 26 kommuner

Stor befolkning

- Ca. 490 000 innbyggere

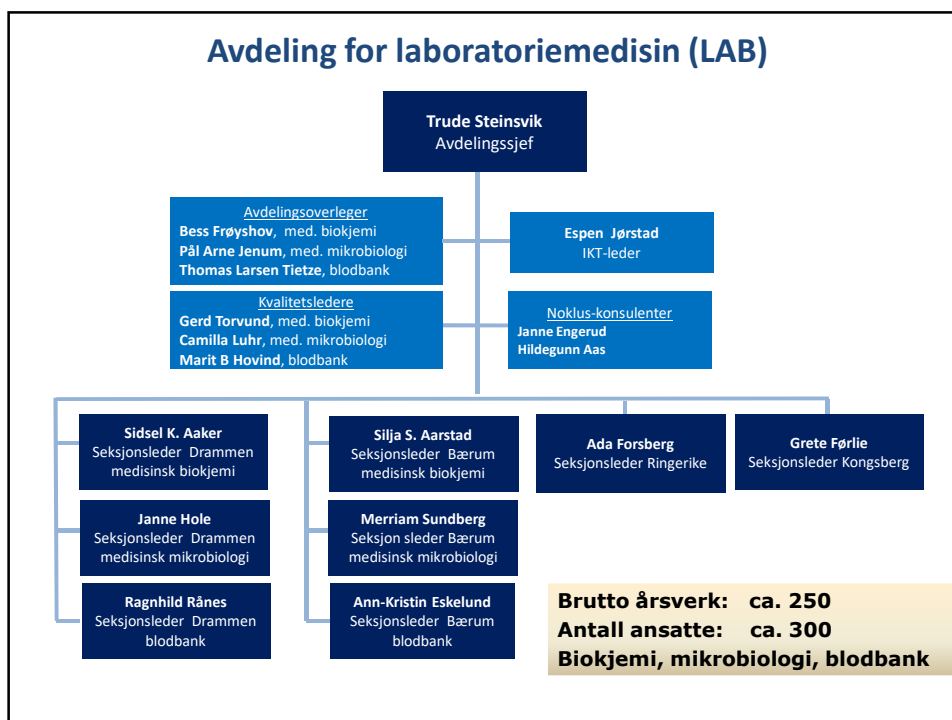
Klinikk for medisinsk diagnostikk

- Ca. 600 ansatte
- laboratorie- og bildediagnostikk

Vestre Viken HF

1 Bærum sykehus
2 Bløkkstad
3 Drammen sykehus
4 Hallingdal sjukestugu
5 Kongsberg sykehus
6 Ringerike sykehus

• Steder med pasientbehandling
• Ambulansestasjoner





VESTRE VIKEN

Avdeling for laboratoriemedisin

- Sammenslåing til felles avdeling i 2016:
 - blodbank, biokjemi, mikrobiologi
- 8 seksjoner ved fire sykehus
- Før 2016 var det følgende prosess:
 - Hver seksjon lagde lokal rapport
 - En felles rapport per tidligere avdeling basert på seksjonenes rapporter
 - Konkludert i avdelingsmøte hvert år



VESTRE VIKEN

Ledelsens gjennomgang i ny avdeling

- Fokus på å forenkle og samtidig øke nytteverdien
- Prosess for å sikre:
 - Myndighetskrav: forskrift om ledelse, NA, blodforskriften mm
 - God involvering av nøkkelpersonell
 - Ledelsesforankring
 - Sporbarhet

Myndighetskrav

- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)
 - *Den som har det overordnede ansvar for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette*
 - *Plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere*
 - **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.**
- *Vestre Viken: en LGG-rapport årlig fra hver klinikk*

Underlagsrapporter utarbeides i forkant av LGG møte

- ✓ Statusrapport for LGG per juni året før
- ✓ Årlig gjennomgang av IKT
- ✓ Evaluering av analysevolum, driftsresultat og MTU
- ✓ Avviksgjennomgang
- ✓ EKV (SLP): årlig gjennomgang
- ✓ Evaluering av leverandører
- ✓ Årlig gjennomgang av analyserepertoaret/
analysekoder (takster) /rekvisisjoner/ prosedyrer
- ✓ Evaluering av måltavler

Statusrapport for LGG per juni året før

- Gjennomføres siste ledermøtet før sommeren
 - ❖ *Avd.sjef, seksjonsledere, kvalitetsledere, IKT-leder og avdelingsoverleger*
- Gjennomgang av tiltaksplan / status første halvår
- Vurderer behov for ytterligere tiltak
- Tydelig ansvar og frister

Mal for tiltaksplan i LGG

12. Tiltaksplan – ut fra beslutning – oppfølging

Prioriter områdene med markering av fargekoder grønn, gul, rød.

Pkt./LGG	Forbedringsområde	Risiko/prioritering	Tiltak	Frist/ansvar	Status	
		● ● ●				● ● ●
Ansvarlig for oppfølging av handlingsplan:						
Neste LGG (dato):						

••• VESTRE VIKEN

Årlig gjennomgang av IKT

❖ *Utarbeides av IKT leder sammen med de IKT-ansvarlige fra hvert fagområder*



• Følgende underpunkter i 2017:

- 1) Evaluering av IKT-systemene: kvalitet, leveringsdyktighet (service, responstid), behov for skriftlig avtale/reforhandling
- 2) Status på avvikling av papirmeldinger, ref. Meldingsløftet 2012 (Helsedirektoratet)
- 3) Omlegging til ny refusjonsordning for polikliniske laboratorieundersøkelser
- 4) Status på bruk av IHR (Interaktiv henvisning og rekvirering)

••• VESTRE VIKEN

Evaluering av analysevolum, driftsresultat og MTU

• Presentasjon og gjennomgang i ledermøte.

❖ *Forarbeid gjøres av avdelingssjef og avdelingsoverleger*

• Følgende underlag gjennomgås:

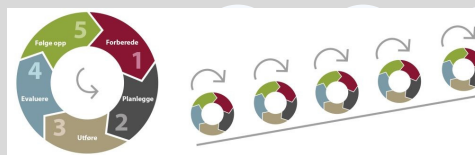
- Analysevolum for alle fagområdene
 - dette logges per mnd gjennom hele året
- Driftsresultat
 - dette logges i egen oversikt per mnd gjennom hele året
- Statusrapport for MTU for alle fagområdene
 - oppdatering i forkant av LGG



• VESTRE VIKEN

Avviksgjennomgang

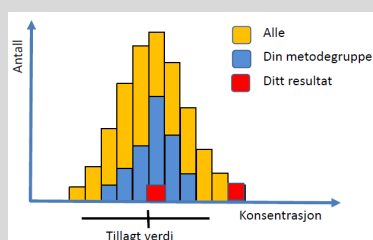
- Egne rapporter for hvert av de tre fagområdene utarbeides før LGG-møte
 - ❖ *Utarbeides av kvalitetsleder i samarbeid med seksjonsledere og overbioingeniører*
- Rapportene har følgende underpunkter:
 - Antall hendelser og hendelsestyper siste år
 - Vurdering av meldekultur
 - Alvorlige hendelser per kategori: driftshendelser, pasientrelaterte, arbeidsmiljø/HMS
 - Klager og forbedringsforslag
 - Evaluering av saksbehandling på avvik
 - ROS-analyser
 - Interne revisjoner
 - Eksterne revisjoner/tilsyn
 - Avdelingens kvalitetsutvalg
 - Brukerundersøkelser



• VESTRE VIKEN

EKV (SLP) årlig gjennomgang

- Oppsummering som henviser til rapporter
 - ❖ *Utarbeides av avdelingsoverleger og kvalitetsledere*
- Konklusjoner




VESTRE VIKEN

Evaluering av leverandører

- Dokumentasjon av utfordring med leverandører i egen oversikt per seksjon gjennom året
- Oppsummering i felles rapport i forkant av LGG med konklusjoner/anbefalinger

❖ *Utarbeides av seksjonsledere og kvalitetsledere*


VESTRE VIKEN

Årlig gjennomgang av analyserepertoaret/ analysekoder (takster) /rekvisisjoner/ prosedyrer

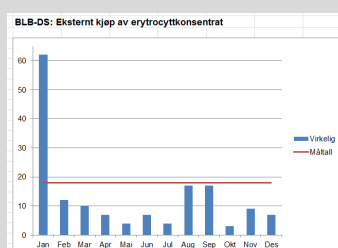
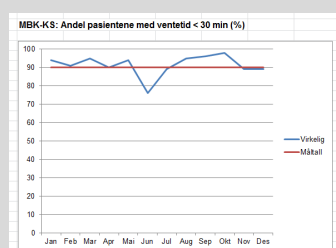
❖ *Utarbeides av avdelingsoverleger og kvalitetsledere*



- Tabell som viser analyser som er innført/endret/avsluttet
- Analysekoder (takster):
 - *Gjennomgang av endringer siste år + evaluering*
- Rekvisisjoner:
 - *Gjennomgang av endringer siste år + evaluering*
- Prosedyrer: gjennomgang og vurdere behov for endring
 - *Gjennomgang av prøvetakingsprosedyrenes egnethet og krav til prøver vedr. prøvetakingsutstyr, prøvevolum, oppbevaring av blod, urin, andre kroppsvæsker, vev og andre prøvetyper der det er relevant, for å sikre at verken utilstrekkelig/ overflødig prøvemengde tas, og at prøven tas på korrekt måte*

Evaluering av måltavler

- ❖ *Utarbeides av seksjonsleder, kvalitetsleder og avdelingsoverlege*
- Egen rapport som oppsummerer resultatene siste året
- Konklusjoner og kommentarer
- Anbefalinger indikatorer/arbeidsmål for måltavle neste år



Underlagsrapporter utarbeides i forkant av LGG møte

- ✓ Statusrapport for LGG per juni året før
- ✓ Årlig gjennomgang av IKT
- ✓ Evaluering av analysevolum, driftsresultat og MTU
- ✓ Avviksgjennomgang
- ✓ EKV (SLP): årlig gjennomgang
- ✓ Evaluering av leverandører
- ✓ Årlig gjennomgang av analyserepertoaret/
analysekoder (takster) /rekvisisjoner/ prosedyrer
- ✓ Evaluering av måltavler



Slutføring av rapport, informasjon og oppfølging

- Viktig å sette av tilstrekkelig med tid
- Konklusjoner forankres i LGG-møtet og per mail etter møtet
- Viktige oppfølgingspunkter følges opp i måltavler og i ledermøter gjennom året
- Informasjon om LGG-rapporten til alle ansatte per mail / seksjonsmøter
- LGG-rapporten med underlagsrapporter ligger på fellesområdet og er tilgjengelig for alle ansatte
- Egen gjennomgang etter 6 mnd (vurderer behov for ytterligere tiltak)