



Styresak 070-2017

Ledelse- og kvalitetsforbedringssystem i NLSH - status pr august 2017

Saksbehandler: Terje Svendsen, Asbjørn Jørgensen

Dato dok: 23.08.2017

Møtedato: 31.08.2017

Vår ref: 2017/400

Vedlegg (t): RL2341 Ledelse og kvalitetsforbedringssystem

Innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Bakgrunn:

I oppdragsdokumentet for 2017, kapittel 7 «Risikostyring og internkontroll» skal det rapporteres status for å imøtekomme krav og forutsetninger i den nye forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring:

Innen 1. september skal foretakene utarbeide og styrebehandle plan som beskriver ledelsesmessige og organisatoriske tiltak som skal iverksettes for å imøtekomme krav og målsettinger i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Ledelse og kvalitetsforbedringssystem i Nordlandssykehuset HF

Nordlandssykehuset HF har bygget opp sin styring av foretaket etter forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Den 1/1 – 2017 ble denne erstattet av Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Den nye forskriften er bygget opp etter prinsippene fra Demings sirkel der elementene planlegge, utføre, kontrollere og korrigere/forbedre er bærende i oppbyggingen. Avdeling for Kvalitet og e-helse har i løpet av første tertial 2017 revidert retningslinjen «RL2341 Internkontrollsystemet» i NLSH slik at den nå er i tråd med den nye forskriften.

Endringene i innhold i RL2341 er små i forhold til tidligere. De er hovedsakelig gjort i strukturen der prinsippene fra Demings sirkel med elementene planlegge, utføre, kontrollere og korrigere/forbedre nå er bærende i oppbyggingen.

Status og fremdrift

Den nye retningslinjen «RL 2341 Ledelse og kvalitetsforbedringssystem» har vært ute til høring hos alle ledere på to øverste ledernivåene i foretaket. Høringsrunden ble avsluttet i midten av juli og retningslinjen er sendt til varslings og godkjenning med frist 01.09.2017.

I løpet av høsten 2017 skal seksjon for kvalitet ha en gjennomgang av RL2341 i hele foretaket. Vi planlegger å kjøre to miniseminar på hvert av foretakets lokasjoner der målet er å nå ut med informasjon til alle ansatte om foretakets reviderte retningslinje for ledelse og kvalitetsforbedringssystem.

Et nytt punkt i den nye forskriften gjelder oversikt over medarbeidernes kompetanse. Under området «sørge for å planlegge» stilles det krav om at foretaket skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring.

Det er satt i gang et prosjekt i regi av Helse Nord der alle foretakene skal implementere kompetansemodulet i det felles regionale HR-systemet. HR-avdelingen er i ferd med å implementere modulet og gjennomfører opplæring for alle ledere i foretaket. Når modulet er implementert og kompetansekravene til våre ansatte er lagt inn i systemet, har foretaket et system som gir den samlede oversikten på kompetansen til våre ansatte. Dette har ikke vært fraværende tidligere, men oversikten har ikke vært samlet i et system.

Innhold

1	Hensikt.....	1
2	Omfang.....	1
3	Grunnlagsinformasjon.....	1
4	Arbeidsbeskrivelse.....	2
4.1	Innholdet i styringssystem for ledelse og kvalitetsforbedring.....	2
4.1.1	Sørge for å planlegge.....	2
4.1.2	Sørge for å utføre.....	4
4.1.3	Sørge for å evaluere.....	5
4.1.4	Sørge for å korrigere.....	6
4.1.5	Dokumentasjon.....	7
5	Referanser.....	7

1 Hensikt

Dette dokumentet beskriver styringssystemet for ledelse og kvalitetsforbedring i Nordlandssykehuset HF, slik at foretaket styres i henhold til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Hensikten med styringssystemet er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kontinuerlig forbedring i kvalitet og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Ledelse og kvalitetsforbedring handler om virksomhetens interne styring og egen kontroll av den daglige driften og skal følges og etterleves i alt vi gjør i vårt arbeide ved Nordlandssykehuset HF.

2 Omfang

Styringssystemet for ledelse og kvalitetsforbedring omfatter all virksomhet i Nordlandssykehuset HF.

3 Grunnlagsinformasjon

Styringssystemet ivaretar kravene i:

- Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter.
- Styringssystem for informasjonssikkerhet
- NS-EN ISO 14001:2015

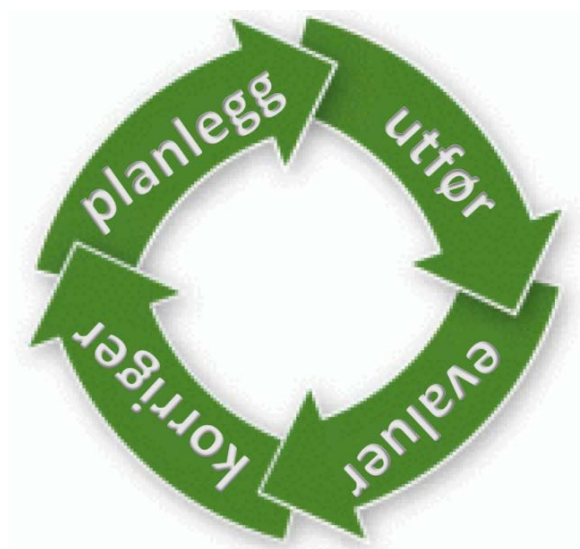
Ledelse og kvalitetsforbedring handler også om å systematisere lederoppgaver, slik at virksomheten utvikles og forbedres i henhold til myndighetskrav.

4 Arbeidsbeskrivelse

Administrerende direktør har det overordnede ansvaret for virksomheten har etablert et styringssystem og at systematisk styring gjennomfører i tråd med forskriften. Når det gjelder gjennomføringen og etterlevelse av styringssystemet så er myndighet delegert i lederlinjen.

Alle ledere og medarbeidere har ansvar for å sette seg inn i og forstå styringssystemet og sørge for at foretakets retningslinjer og prosedyrer etterleves.

Forskriften er bygget opp rundt prinsippet om kontinuerlig forbedring som beskrevet i «Demings sirkel» med de fire fasene: Planlegg, utfør, evaluer og korrigér. I kapittel 4 gis det eksempler på hva som skal ivaretas. Listen er ikke uttømmende, og må sees i sammenheng med forskrift og veileder.



4.1 Innholdet i styringssystem for ledelse og kvalitetsforbedring

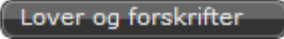
4.1.1 Sørge for å planlegge



Planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- Ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten
 - [DS3428 Mål, strategi og visjoner](#)
 - [OL0989 Organisasjonskart NLSH HF](#)
 - [PB0730 Fullmactsstruktur for Nordlandssykehuset HF](#)
 - [DS4385 Medisinsk funksjonsfordeling](#)
 - [DS3427 Virksomhetsplaner](#)
 - [DS0066 HMS- målsetning, plan og organisering](#)
 - [FB1497 Delegering av godkjenningsmyndighet fra direktør i Docmap](#)

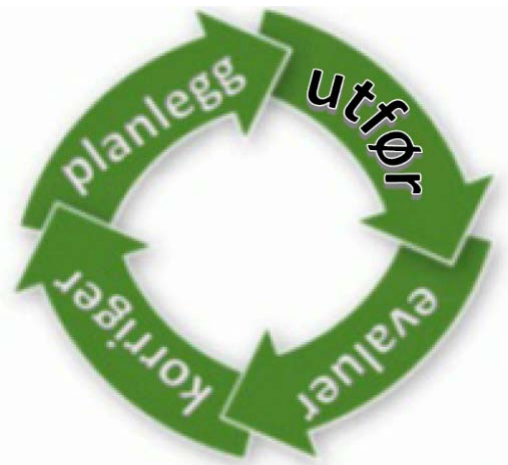
- Innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene.
Eksempler på relevante dokumenter:
 - Resultater av lokale brukertilfredsundersøkelse (brukerundersøkelser på sengeposter).
 - Dokumentasjon av kliniske resultatet
 - Klager, pasientklager, avvik og uønskede hendelse
 - Nasjonale og lokale kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre
 - Økonomirapporter
 - HMS - kartlegginger

- Ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten
 - Lover og forskrifter er tilgjengelig via  fra startsidene i navigeringsfelt til venstre i kvalitetssystemet Docmap.
 - [DS1280 Rundskriv/Veiledere/Anbefalinger](#)
 - [DS1222 Nasjonale prioriteringsveiledere](#)
 - [OL1361 Nasjonale kvalitetsindikatorer definisjon](#)
 - Dette gjøres kjent i virksomheten på følgende måter:
 - Oppdatert i foretakets kvalitetssystem (Docmap) link direkte til lovgiver.
 - Informasjon fra lovgiver via postmottak.
 - Publisering på foretakets intranettside
 - Høring/varsling i Docmap i henhold til [RL1660 Dokumentstyring i Docmap](#)
 - Informasjonskampanjer i foretaket (fysisk gjennomgang med ansatte på alle lokasjoner).

- Ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten.
 - [DS1473 Avvikssystemet](#)
 - [FB1255 Kvalitets-/skadeutvalg for somatikk og psykiatri NLSH](#)
 - [DS4502 Pasientklager'](#)
 - [PR29139 Strukturert journalanalyse med Global Trigger Tool \(GTT\) ved NLSH](#)
 - [DS3431 Ledelsens gjennomgang](#)
 - Faste oppfølgingsmøter med klinikkene
 - Personalmøter/[PR6021 Kvalitets- og arbeidsmiljøgrupper, KVAM gruppe NLSH HF](#)
 - Rapporter fra interne og eksterne revisjoner og tilsyn (Finnes i ePhorte og Docmap).

- [PR28924 Pasientsikkerhetsvisitter NLSH HF](#)
- Planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt.
 - [DS2052 Risikovurdering og risikostyring](#)
 - [DS3609 Endringskontroll](#)
- Ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring.
 - Oversikt over ansattes kompetanse (kompetansemodul)
 - Kartleggings skjema for kompetansebehov
 - [DS0103 Medarbeidersamtaler](#)
- Ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.
 - [DS1473 Avvikssystemet](#)
 - [Hendelsesanalyse](#)
 - [FB1255 Kvalitets-/skadeutvalg for somatikk og psykiatri NLSH](#)
 - [RL Kvalitet og pasientsikkerhetsutvalget](#)
 - [DS4502 Pasientklager](#)
 - [DS3431 Ledelsens gjennomgang](#)
 - [PR6021 Kvalitets- og arbeidsmiljøgrupper, KVAM gruppe NLSH HF](#)
 - Læringsnotater fra meldeordningen og eksterne tilsyn- og revisjonsrapporter

4.1.2 Sørge for å utføre



Gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- Sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres.
 - [DS3427 Virksomhetsplaner](#)
 - [SJ3286 HMS-handlingsplan](#)
 - [RL1660 Dokumentstyring i Docmap](#)

- Sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet.
 - Aktuelle dokumenter finnes i Docmap (ihht [RL1660 Dokumentstyring i Docmap](#)) og [Personalportalen](#)
 - Funksjonsbeskrivelser
 - Ansettelsesavtaler
 - Kompetanseoversikter (CV)
 - Kartleggings skjema for kompetansebehov
 - Opplæringsplaner
 - Oversikter over gjennomførte opplæringstiltak og deltakere
- Utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.
 - [RL1660 Dokumentstyring i Docmap](#)
 - [DS1473 Avvikssystemet](#)
- Sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.
 - [PR6021 Kvalitets- og arbeidsmiljøgrupper, KVAM gruppe NLSH HF](#)
 - [DS0103 Medarbeidersamtaler](#)
 - [DS1473 Avvikssystemet](#)
- Sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.
 - [DS5389 Brukermedvirkning](#)
 - Pårørende og brukerutvalg
 - Ombudsordninger
 - [DS4502 Pasientklager](#)
 - Brukerundersøkelser (lokale/sentrale)

4.1.3 Sørge for å evaluere



Evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- Kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres.
 - [DS3431 Ledelsens gjennomgang](#)
 - [PR6021 Kvalitets- og arbeidsmiljøgrupper, KVAM gruppe NLSH HF](#)

- Vurdere 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.
 - [DS3431 Ledelsens gjennomgang](#)
 - Systematisk forbedring
- Evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen.
 - [DS0076 Internrevisjon](#)
 - [PR28924 Pasientsikkerhetsvisitter NLSH HF](#)
 - [PR29139 Strukturert journalanalyse med Global Trigger Tool \(GTT \) NLSH](#)
- Vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer.
 - [DS5389 Brukermidvirkning](#)
 - Pasientundersøkelser/PasOpp
- Gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges.
 - [DS1473 Avvikssystemet](#)
 - [PR12053 Statusrapport Docmap](#)
 - [PR6021 Kvalitets- og arbeidsmiljøgrupper, KVAM gruppe NLSH HF](#)
- 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.
 - [DS3431 Ledelsens gjennomgang](#)

4.1.4 Sørge for å korrigere



Korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver.

Rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold.

- [DS1473 Avvikssystemet](#)
- [RL0026 Kvalitetsutvalg](#)
- [PR6021 Kvalitets- og arbeidsmiljøgrupper, KVAM gruppe NLSH HF](#)

- Sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.
 - [DS1473 Avvikssystemet](#)
 - [RL0026 Kvalitetsutvalg](#)
 - [PR6021 Kvalitets- og arbeidsmiljøgrupper, KVAM gruppe NLSH HF](#)
- Forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.
 - [DS1473 Avvikssystemet](#)
 - [RL0026 Kvalitetsutvalg](#)
 - [PR6021 Kvalitets- og arbeidsmiljøgrupper, KVAM gruppe NLSH HF](#)
 - [RL1660 Dokumentstyring i Docmap](#)

4.1.5 Dokumentasjon

Innholdet i styringssystem for ledelse og kvalitetsforbedring skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig av hensyn til virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Ledelsen skal sørge for at informasjon om sentrale forhold ved virksomhetens organisasjon og oppgaveløsning er tilgjengelig for de ansatte.

Dokumentasjonen systematiseres ved å dele den i to kategorier; styrende dokumenter og resultatdokumenter:

- [Styrende dokumenter skal finnes i kvalitetssystemet Docmap og Nordlandssykehusets personalhåndbok.](#)
- [Resultatdokumenter lagres i arkivsystemet ePhorte og kvalitetssystemet Docmap.](#)

Aktuelle dokumenter:

- [DS3840 Arkivsystem og dokumentstyring](#)
- [NLSH personalhåndbok](#)
- [DS1473 Avvikssystemet](#)

5 Referanser

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.](#)

[Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)

[Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter \(Internkontrollforskriften\)](#)

[RL1660 Dokumentstyring i Docmap](#)

[DS0017 Informasjonssikkerhet](#)