

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Fonna HF
DATO: 12.12.17
SAKSHANDSAMAR: Ingebjørg Kismul
SAKA GJELD: **Leiingas sin gjennomgang**

STYRESAK: 91/17

STYREMØTE: 19.12.17
1 vedlegg

FORSLAG TIL VEDTAK

Styret i Helse Fonna HF tar leiinga sin gjennomgang til orientering.

Bakgrunn for saka

Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta tok til å gjelde frå 1. januar 2017. Forskrifta erstattar tidlegare forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstenesta, men vidarefører dei fleste krava i den tidlegare forskrifta. Forskrifta er tydeleg på kva plikta til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere omfattar.

Forskrifta utdjupar kravet om systematisk arbeid med kvalitetsforbetring og pasienttryggleik, og tydeleggjer øvste leiar sitt ansvar for at alle aktiviteter styres i tråd med den nye forskrifta.

Leiinga sin gjennomgang skal i hovudsak svare på:

- Oppnår føretaket sine mål og resultat?
- Overheld organisasjonen gjeldande lover, forskrifter og faglige anbefalingar?
- Fungerer styringssystemet som tenkt, og bidrar det til kontinuerlig forbetring av verksemda?

Føremålet med forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta er å bidra til faglig forsvarlege helse- og omsorgstenester, kvalitetsforbetring og pasient- og brukartryggleik, og at andre krav i helse- og omsorgslovgivinga blir etterlevde.

Forskrifta stiller bestemte krav til at arbeidet med internkontroll skal utførast etter alminneleg forbetringssystemet i ein syklus, der forbetringssirkelen (PDSA eller Deming sin sirkel) er eit verktøy for gjennomføring.

Det er eit krav i § 8f om at verksemda systematisk skal «...*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*».

Leiinga sin gjennomgang på føretaksnivå blei gjennomført som en heildagssamling 28.11.17 med deltakarar frå leiinga på føretaks-, klinikk- og seksjonsnivå, samt tillitsvalde, verneombod og forskjellige interne komitear og utval.

Tidlegare år er det berre direktørgruppa i Helse Fonna som samla har gjennomført leiinga sin gjennomgang. Målet for gjennomgangen i år var større involvering blant medarbeidarar i organisasjonen for å få fleire innspel og forslag til kontinuerleg forbetring.

Innspela til utvikling og kontinuerlig forbetring vil bli gjennomgått og diskutert i leiarlinja, med verneombod og tillitsvalde samt i ulike utval, for å definere forslag til forbetring og eventuelt nye risikostyringsmål for 2018.

Forbetringpunkt i leiinga sin gjennomgang 2017 vil bli følgt opp i neste års gjennomgang.

Vedlegg

Leiinga sin gjennomgang for 2017

Leiinga sin gjennomgang 2017

Helse Fonna

Innhald

Innleiing	2
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.....	2
Helsetilsynsloven § 3.	3
Føremålet med leiinga sin gjennomgang.....	3
Gjennomføring	3
Samandrag frå presentasjonar og diskusjon i plenum.....	6
Kvalitetsutvalet sitt arbeid.....	6
Dokumentstyring.....	6
Beredskapsplaner og øvingar	6
Brann	6
Grønt sjukehus, miljøregnskap.....	6
AML brot, vernerapporter og HMS avvik tilsette.....	7
Nasjonale indikatorar , generelle (fokus på korridorpatient).....	7
Nasjonale indikatorar, kirurgiske spesialitetar	7
Nasjonale indikatorar, medisinske spesialitetar	7
Nasjonale indikatorar, psykisk helsevern.....	7
Smitteførebygging / smittevern, Pasienttryggleiksprogrammet, Tilsynsrapporter / NPE / interne avvik.....	7
Generelt	8
Den vidare oppfølginga.....	8
Referansar.....	8

Innleiing

Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta tok til å gjelde frå 1. januar 2017. Forskrifta erstattar tidlegare forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstenesta, men vidarefører de fleste krava i den tidlegare forskrifta. Forskrifta er tydeleg på kva plikta til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere omfattar.

Nokre krav har blitt tydelegare, som til dømes:

- Øvste leier sitt ansvar for verksemda sin systematiske styring
- Pasient- og brukartryggleik
- Samhandling internt og eksternt
- Løypande evaluering og korrigering

Leiingas gjennomgang skal i hovudsak svare på:

- Oppnår føretaket sina mål og resultat?
- Blir gjeldande lover, forskrifter og faglige anbefalingar overholdt?
- Fungerer styringssystemet som tenkt, og bidrar det til kontinuerlig forbetring av verksemda?

I § 8f i forskrifta heiter det mellom anna : «...*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*».

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

§ 1. Formål

Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterlevs

§ 2. Virkeområde

Forskriften gjelder virksomheter som er pålagt internkontrollplikt etter

- a) helsetilsynsloven § 3*
- b) spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a tredje ledd*
- c) helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd eller*
- d) tannhelsetjenesteloven § 1-3a.*

Forskriften gjelder også virksomheter som er pålagt plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet etter

- a) spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a eller*
- b) helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2.*

§ 3. Ansvar for styringssystem

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

§ 4. Definisjon

I denne forskriften betyr styringssystem for helse og omsorgstjenesten den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.

§ 5. Omfang og dokumentasjon

Styringssystemet, jf. pliktene i § 6 – § 9, skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.

Hvordan pliktene etter denne forskriften etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut i fra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

§ 6 - gjeld plikta til å planlegge verksemda

§ 7 - gjeld plikta til å gjennomføre oppgåvene i verksemda

§ 8 - gjeld plikta til å evaluere, vurdere og kontrollere gjennomføringa av oppgåver, tiltak planer og mål til verksemda

§ 9 - gjeld plikta til korrigere aktivitetane til verksemda og rette opp uforsvarlege og lovstridige tilhøve

Helsetilsynsloven § 3.

«Plikt til å opprette internkontrollsystem og tilsyn med at det føres internkontroll»

«Enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.

Fylkesmannen skal påse at alle som yter helse- og omsorgstjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygge svikt i tjenestene.»

Føremålet med leiinga sin gjennomgang

Styringssystemet må evaluerast for å sikre at styringssystemet fungerer etter hensikta og bidrar til kontinuerlig forbetring i verksemda samt at måla for kvalitet og pasient- og brukartryggleik blir nådde. Det er derfor nedfelt et krav i ny forskrift om at verksemda systematisk skal gjennomgå og vurdere styringssystemet minst ein gang årleg. Dette kjem i tillegg til den løypande plikta til å evaluere styringssystemet.

Gjennomføring

Leiinga sin gjennomgang på føretaksnivå blei gjennomført som en heildagssamling med deltakarar frå leiinga på føretaks-, klinikk- og seksjonsnivå, samt tillitsvalde, verneombod og forskjellige interne komitear og utval.

Inviterte var:

Stilling	Namn
Administrerande direktør, møteleder	Olav Klausen
Kvalitets og pasienttryggleikssjef, fasilitator	Tomas Jonson
Administrasjonssjef, referent	Ingebjørg Kismul

Rådgivar kvalitet og pasientsikkerhet, medreferent	Trine Båtsvik Grov
Fagdirektør	Haldis Ø Lier (leder KU)
HR direktør	Helga Onarheim
Økonomidirektør	Jan Håvard Frøyland
Klinikkdirektør Medisinsk service	Anne Hilde Bjøntegård
Klinikkdirektør Medisinsk og Kirurgisk klinikk	Berit Haaland
Klinikkdirektør Psykisk helsevern	Kenneth Eikeset
Klinikkdirektør Somatikk Stord	Anne Karin Fossdal
Direktør Internservice	Leif Terje Alvestad
Føretaksadvokat	Lucie C Berge (leder KEK)
Samhandlingssjef	Kari Ugland
IKT-sjef	Terje Medby
Forskingssjef	Anne Lise Kvalevaag
Kommunikasjonssjef	Margareth Langebro
Klinikkoverlege Medisinsk klinikk	Bjørn Egil Vikse
Klinikkoverlege Kirurgisk klinikk	Helge Espelid
Klinikkoverlege Klinikk somatikk Stord	Ralf Teetzmann
Seksjonsleder Radiologi Helse Fonna	Harald Nes
Seksjonsleder Somatikk Odda	Ingunn Olin Haugen
Seksjonsleder Spesialisert behandling Valen	Marianne Lund Anderssen
Seksjonsleder Ambulanse område 2	Ingvill Hystad Kyvik
Seksjonsleder BUP / VUP Stord	Liv Åse Dybdal
Seksjonsleder Spesialisert behandling Haugesund	Heine Hagenberg
Smittevernoverlege	Randi Ofstad
IKT-tryggleiksleiar	Kenneth Førland
Strålevernskoordinator	Evabeth Roseth
Leder BHT	Astrid Grimstvedt
Lokal programleiar pasienttryggleiksprogrammet	Elisabet Huseby
Hovudverneombod	Randi Broch Guddal
Føretakstillitsvalt DNLF	Anette Cathrine Skaar
Føretakstillitsvalt FF	Laura Lill Haavik
Føretakstillitsvalt NSF	Tove Martha H Callaghan
Føretakstillitsvalt Delta	Bjørn S Johnsen
Føretakstillitsvalt NITO	Bente Omenås
Medlem i kvalitetsutvalet	Anne Mari With Tande
Medlem i kvalitetsutvalet (brukarrepresentant)	Beverly Kaye Braatveit
Medlem i kvalitetsutvalet	Laila Sletten
Medlem i kvalitetsutvalet	Ingrid Camilla Aasbø Heggland
Medlem i kvalitetsutvalet	Ralf Teetzmann
Medlem i kvalitetsutvalet	Nelly Karin Særsten Oma
Medlem i kvalitetsutvalet	Bjørn Nedrebø
Leiar AMU	Isabel Solvang Tofte
Leiar Legemiddelkomiteen	Atle Totland
Leiar Brukerutvalet	Laila Stensletten
Leiar Ungdomsrådet	Solveig Eline Mathissen

Respektive klinikk- og områdedirektører hadde i forkant fått tildelt relevante emne for gjennomgang.

Agenda for dagen var:

Frå	Til	Innehald
09:00	09:10	Velkommen ved administrerende direktør Olav Klausen
09:10	09:20	Dagens program og praktisk informasjon ved kvalitets og pasienttryggleikssjef Tomas Jonson
09:20	09:50	Oppsummering av: <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsutvalet sitt arbeid det siste år ved fagdirektør Haldis Lier
09:50	10:10	Prosedyrar og rutinar for: <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentstyring • Beredskapsplaner og beredskapsøvingar ved klinikkdirektør Anne Hilde Bjøntegård
10:10	10:20	Beinstrekk
10:20	10:40	Prosedyrar og rutinar for: <ul style="list-style-type: none"> • Brann • Grønt sjukehus, miljøregnskap ved områdedirektør Leif Terje Alvestad
10:40	11:00	Resultatgjennomgang: <ul style="list-style-type: none"> • AML brot • Vernerapporter • HMS avvik tilsette ved HR-direktør Helga Onarheim
11:00	11:30	Lunsj, servering i form av matpakke.
11:30	12:00	Resultatgjennomgang: <ul style="list-style-type: none"> • Nasjonale indikatorar, generelle indikatorar <ul style="list-style-type: none"> ○ (Fristbrot, korridorpasientar etc.) ved klinikkdirektør Anne Karin Fossdal
12:00	12:30	Resultatgjennomgang: <ul style="list-style-type: none"> • Nasjonale indikatorar, kirurgiske spesialiteter ved klinikkdirektør Berit Haaland
12:30	12:40	Beinstrekk
12:40	13:10	Resultatgjennomgang: <ul style="list-style-type: none"> • Nasjonale indikatorar, medisinske spesialiteter ved klinikkdirektør Berit Haaland
13:10	13:40	Resultatgjennomgang: <ul style="list-style-type: none"> • Nasjonale indikatorar, psykisk helsevern ved klinikkdirektør Kenneth Eikeset
13:40	13:50	Beinstrekk
13:50	14:20	Resultatgjennomgang: <ul style="list-style-type: none"> • Smitteforebygging / smittevern • Pasienttryggleiksprogrammet • Tilsynsrapporter / NPE / interne avvik Ved fagdirektør Haldis Lier
14:20	14:30	Oppsummering og avslutting ved administrerende direktør Olav Klausen

Disposisjonen var lagt opp som følgjer:

- Presentasjon
- Diskusjon i smågrupper
- Tilbakemelding i plenum

Etter at direktørane hadde presentert sin gjennomgang var det diskusjon i smågrupper i auditoriet. Det var etter dette deling i plenum av det smågruppene hadde diskutert. Referat blei lagd, under er ei oppsummering av innspel og kommentarar som kom.

Presentasjonar er lagra på fellesområde slik at dei er tilgjengeleg for leiarar som skal følgje opp gjennomgangen.

Samandrag frå presentasjonar og diskusjon i plenum

Kvalitetsutvalet sitt arbeid

- Ønskjer tydelegare tilbakemelding frå kvalitetsutvalet
- Kan vi sjå om legemiddelrelaterte feil er gått ned etter innføring av elektronisk kurve?
- Med utgangspunkt i mange saker ang overflytting av pasientar bør kvalitetsutvalet ha medlemmer frå alle lokalisasjonar
- Treng å ha meir fokus på forbettringsprosessar
- Etterlyser klarere føringa frå føretaksleiinga på korleis ein skal jobbe med kvalitet.
- Det er for lange saksbehandlingstider for saker i Synergi. Bør ha meir fokus på det som skjer mest, dei vanlegaste sakene.

Dokumentstyring

- Høg grad av elektroniske tilvisingar (80 %)
- Dokumenter til skanning er halvert etter innføring av elektronisk kurve, det vert framleis nytta papir
- Dokumentbehandling fungerer godt. Utfordring er spørsmål frå pasientar og klager
- Må få betre prosedyrar på sakshandsaming

Beredskapsplaner og øvingar

- Beredskap for luftsmitte, virus som pandemiar må bli betre. Trener for lite og har for lite utstyr
- Omtale av hendingar som krev samhandling mellom klinikkar må bli betre (eksemplet brann blei tatt opp)

Brann

- Brannvern for ambulansestasjonar som er i leigde lokale
- Klinikkanane bør ha tettare kontakt med brannvernleiar
- Kjemikalielagring og planar for brannvern ved seksjon for patologi må sjåast på
- Må ha fleire som har gjennomført brannvern i kompetanseportalen, ynskjer å bli etterspurd på resultat her jamleg

Grønt sjukehus, miljøregnskap

- Meir rapportering foreslått
- Tilbakemeldingar om skepsis til auka rapportering
- Kompetanseportalen bør nyttast til opplæring og etterspørsel av gjennomføring av opplæring bør gjerast

AML brot, vernerapporter og HMS avvik tilsette

- Nedgang i AML brot i 2017 samanlikna med 2016.
- HMS kartlegging: 72 % har svart på årleg HMS .
- Bør AML brot etterspørjast ved faste rapporteringsmøte?
- Psykisk helsevern har høg grad av vold og truslar. Må ha system for førebygging. Tiltak går på fag og arbeidsmiljø.

Nasjonale indikatorar, generelle (fokus på korridorpatient)

- Kva styringssystem for korridorpatientar har vi?
- Ansvar ligg i linja, men treng systematisk forbetring
- Risikoen med korridorpatient må takast opp på morgonmøte med alle. Både sjukepleiar og legar. Alle får same oppfatninga av risiko.
- Godt arbeid på Stord, erfaringar må delast
- Risikoen med korridorpatient må takast opp på morgonmøte med alle.
- Tiltak som kortare liggetid og styring til dag behandling.
- Samarbeid mellom sjukehusa er blitt betre i haust
- Bekymra for variasjon i pasienttilstrømming til akuttmottak i Haugesund. Opphoping av pasientar kan vere eit problem

Nasjonale indikatorar, kirurgiske spesialitetar

- Når vi eit mål på eitt område kan det skape utfordringar på et andre område
- Viser til prosjekt felles vurdering av pakkeforløp pasientar til tjukktarmskreft. Viktig samarbeid
- Skepsis til tala, blir pasientane talt fleire gonger?
- Vi følger ikke godt nok egne rutiner. Dette kan føre til svikt
- Kan tenke seg å sjå på variasjon for tala, nokre er små og variasjon bli stor av den grunn

Nasjonale indikatorar, medisinske spesialitetar

- Viktig å ta kvalitetsindikatorane inn i faggruppene
- Eit behov for å sjå på dialyseverksemda i føretaket, jamfør heimedialyse.
- Kan vi bruke indikatortal meir aktivt?

Nasjonale indikatorar, psykisk helsevern

- Indikatorane er eit temperaturmål på det vi gjer i kvardagen. Må ha med oss at dei likevel ikkje treng å sei noko om pasientopplevd kvalitet.
- Må tenke på pasienten bak tala. Tenke på dei som ikkje får innfridd i høve til mål. Ikkje berre sjå på nasjonale mål men setja egne offensive mål
- Positivt at klinikken setter strengare mål på vegne av pasientane

Smitteførebygging / smittevern, Pasienttryggleiksprogrammet, Tilsynsrapporter / NPE / interne avvik

- Berre 44 % av aktuelle medarbeidarar har utført e-læring om handhygiene
- Litt for stor variasjon i del pasientar som blir talte og inkluderte på postane ved trygg pleie
- Få avdelingar melder dagar mellom fall og trykksår
- Kanskje me bør utfordra kvarande på å læra av kvarandre
- Det finns lite målingar på om tiltaka fungerer.
- Gode resultata stimulerer til å fortsetje reduksjonen i bruk av breispektra antibiotika

- Ang NOISE og GTT, viktig at leiinga engasjere seg i desse talane

Generelt

- Konseptet for leiinga sin gjennomgang har fungert bra etter hensikta, vi er spente på oppfølginga.
- Når me gjer noko på ein plass endrar det seg ein annan plass.

Den vidare oppfølginga

Leinga sin gjennomgang på føretaksnivå 2017 ska brukast i kvalitets- og utviklingsarbeid i 2018 på alle nivåa i føretaket. Dokumentet vil bli gjennomgått i direktørmøte før vidare bruk ut i linjeorganisasjonen, vere tilgjengelig for aktivt bruk blant tillitsvalte og i verneorganisasjon, og vere eitt av grunnlaga for føretakets risikostyring i 2018.

I det vidare arbeidet kjem metodikken med forbettringssirkelen til å bli brukt. Forbettringspunkt i leiinga sin gjennomgang 2017 vil bli følgt opp i neste års gjennomgang.

01.12.2017

Tomas Jonson
Kvalitets og pasienttryggleikssjef

Referansar

Referansar	Link
«Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten»	https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250
Rettleier til «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten»	https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ledelse-og-kvalitetsforbedring/
Nasjonale Kvalitetsindikatorer Helse Noreg, Helse Fonna HF	https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Dashboard.aspx?TF1=1086
Prosedyrar, e-handbok Helse Fonna.	http://ehandbok.helse-fonna.no/
Leiingas gjennomgang av internkontroll 2016	https://helse-fonna.no/Documents/Styret/2016/12-19/sak-082-16-leiingas-gjennomgang-av-internkontroll.pdf
Nasjonalt mandat for KEK	http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/om/nasjonalt-mandat-kliniske-etikkomiteer-helseforetak.pdf
Komitear og utval	Link
AMU, Arbeidsmarketsutvalet, heimeside	http://intranett.helse-fonna.no/komitear-og-utval/amu
KEK, klinisk Etisk Komité, heimeside	http://intranett.helse-fonna.no/komitear-og-utval/Sider/Klinisk-etikk-komite.aspx
LK, Legemiddel komiteen heimeside	http://intranett.helse-fonna.no/komitear-og-utval/legemiddelkomiteen/Sider/Legemiddelkomite%c3%a9en.aspx
BU, Brukarutvalet, heimeside	https://helse-fonna.no/om-oss/brukarutvalet
KU, Kvalitetsutvalet, heimeside	http://intranett.helse-fonna.no/einingar/fagdirektor/kvalitetsutvalet