

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Fonna HF
DATO: 12.05.22
SAKSHANDSAMAR: Olav Klausen
SAKA GJELD: **Leiinga sin gjennomgang**

STYRESAK: 33/22

STYREMØTE: 24.05.22

1 vedlegg

FORSLAG TIL VEDTAK

Styret i Helse Fonna HF tar saka til vitande

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.

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

Forskrifta utdjuvar 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.

Forskrifta stiller bestemte krav til at arbeidet med internkontroll skal utførast etter alminneleg forbetningsmetodikk i ein syklus, der forbetringssirkelen er eit verktøy for gjennomføring.

Det er 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»*.

I Helse Fonna er det valt ut nokre element og saksomfang frå styringssystemet til gjennomgangen. Ein legg òg vekt på å følge opp nokre element frå tidlegare gjennomgangar. Leiinga sin gjennomgang på føretaksnivå blei gjennomført 29.04.22 med deltakarar frå leiinga på føretaks-, klinikk-, og avdelingsnivå samt brukarar, tillitsvalde, verneombod og leiar av HMS-tenesta.

Administrerande direktør har i gjennomgangen mellom anna merka seg:

- Læringsmeldingar kan nyttast betre
- Kirurgiske pasientar ligg for lenge i akuttmottaket før dei får undersøking av lege
- Timen til for mange pasientar har fortsatt passert planlagt tidspunkt. Utviklinga er god
- HMS, pasienttryggleik og kvalitet bør integrerast betre ved framtidige gjennomgangar og internrevisjonar

Innspela til utvikling og kontinuerlig forbetring vil bli gjennomgått og diskutert i leiarlinja, med verneombod og tillitsvalde samt i ulike utval, for å finne fram til forslag til forbetring

Vedlegg

Leiinga si gjennomgang

Leiinga sin gjennomgang på føretaksnivå for 2021, Helse Fonna HF

Haugesund 11.04.2022

Tomas Jonson

Mentor Kvalitet og pasientsikkerhet

Helse Fonna HF

Innledning

Ledelsens gjennomgang 2021 baserer seg på aktuelle lover og forskrifter som regulerer kjernevirksomheten i spesialisthelsetjenesten ved de pasientrelaterte deler, samt samspillet mellom HMS- og kvalitet-/pasientsikkerhetsarbeidet.

Bakgrunns materialet for ledelsens gjennomgang 2021 er evaluering av den tiltaksplan som ble vedtatt i samband med ledelsens gjennomgang i 2020.

Bakgrunn

I «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» er det lagt vekt på en kontinuerlig prosess med planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende tiltak. Det er også presisert den øverste leder sitt ansvar for virksomhetens systematiske styring med fokus på pasient- og brukersikkerhet, samt krav på samhandling internt og eksternt.

Plikt til å opprette internkontrollsystem og tilsyn med at det føres internkontroll er hjemlet i spesialisthelsetjenstloven. Fylkesmannen skal påse at det er etablert slikt system og at det fungerer etter hensikt.

I «Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024» (vedtatt av styret i Helse Vest RHF 11. mars 2020) er et av tiltakene å «Samkøye HMS (inkl. ytre miljø) og kvalitet/pasienttryggleik ved leiingsgjennomgangar og internrevisjonar»

Hensikten med «ledelsens gjennomgang»

For å sikre at styringssystemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten, herunder at mål for kvalitet og pasient- brukersikkerhet nås, må styringssystemet evalueres. Det er krav om at virksomheten systematisk skal gjennomgå og vurdere hele styringssystemet minst en gang årlig.

Ledelsens gjennomgang skal i hovedsak besvare:

- Oppnås ønskede mål og resultater?
- Overholdes gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger?
- Fungerer styringssystemet som forutsatt og bidrar det til kontinuerlig forbedring av virksomheten?

Oppsett for «ledelsens gjennomgang» i 2021

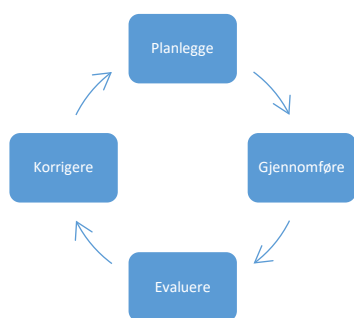
Ledelsens gjennomgang 2021 er en oppfølging og evaluering av tiltakene som utarbeidedes etter ledelsens gjennomgang i 2020, for å innføre 2022 vurdere eventuelt behov for korrigerende/revurdering av tiltakene.

Grunnet Covid19-pandemien, og de driftsutfordringer som dette medført, blir ledelsens gjennomgang for 2021 tidsmessig forsinket og avholdes i april 2022.

Gjennomgangen er planlagt som et tilstedemøte med et utvalg av inviterte deltakere, se deltakerliste, med mulighet for deltakelse via Teams for de som ikke har mulighet til oppmøte i Haugesund.

Det skrives møtenotat fra gjennomgangen.

Ledelsens gjennomgang følger PDSA-prinsippet i «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten» med plikt til å:



Aktivitetsoversikt

Oversikt over aktiviteter ved ledelsens gjennomgang 2017 - 2021 i forhold til PDSA-prinsippet.

År	Arbeidsform	Aktiviteter ved «ledelsens gjennomgang» på foretaksnivå
2017	Plenum	Evaluering med innspill til korrigerende i plenum
2018	Utvidet plenum	Evaluering med innspill til korrigerende i utøket plenum
2019	Ledergruppe og nøkkelpersonell	Planlegging av tiltak utfra innspill til korrigerende 2017 og 2018 Utarbeidelse av tiltaksplan for gjennomføring i 2020
2020	Ledergruppe og nøkkelpersonell Elektronisk møte	Evaluering av tiltakene sin effekt i 2020 med eventuell korrigerende / re-planlegging av tiltak innfor 2021
2021	Utvidet plenum og elektronisk deltakelse	Evaluering av beskrevne tiltak for gjennomføring i 2021, med eventuell korrigerende / re-planlegging av tiltak innfor 2022, samt enkelte nye spørsmålstillinger

Forberedelser til, og gjennomføring av, ledelsens gjennomgang 2021

1. Spørsmålstillingene til den enkelte direktør finnes i programmet.
2. Redegjørelsene skal gjenspeile et perspektiv fra klinikk eller foretaksnivå, se merkingen i programmet
 - F: Foretaksperspektiv
 - K: Klinikkperspektiv
3. PowerPoint skal brukes som presentasjonsverktøy.
4. Respektive direktør går igjennom og beskriver resultatene av de utvalgte tiltak etter ledelsens gjennomgang 2020, tiltak som skulle effektueres i 2021. Gjennomgangen skal inneholde forslag på ev nødvendige korrigerende.
5. Det er for noe enkelte direktører lagt til nye spørsmålstillinger som skal besvares.
6. Det beregnes 10 minutter per presentasjon samt 5 minutter for innspill og diskusjon fra deltakerne.
7. Samtlige inviterte deltakere oppfordres til å sette seg inn i spørsmålstillingene for å kunne delta aktivt i diskusjonen ved gjennomgangen.

Etterarbeide

Ledelsens gjennomgang 2021 vil sammen med de styrende dokumenter gi en føring til det videre arbeide med ledelse og kvalitetsforbedring i Helse Fonna sin linjeorganisasjon i 2022.

Notat fra ledelsens gjennomgang utgjør grunnlag for styrerapportering.

Program

Lokal: Auditoriet Haugesund
Dato: Fredag 29.04.2022
Tid: kl. 10:00 – 12:00

Fra	Til	Innehold
10:00	10:10	Velkommen ved adm. dir. Olav Klausen
10:10	10:15	Dagens program og metodikk ved Tomas Jonson
10:15	10:30	Fagdirektør sin gjennomgang ved Haldis Lier Tiltak fra 2020 til evaluering: <ul style="list-style-type: none">- Utarbeida læringsmeldinger og gjøre de mer synlige (F)- Ferdigstille en lokal handlingsplan for kvalitet og pasientsikkerhet (K)
10:30	10:45	Klinikkdirektør sin gjennomgang ved John Conrad Brandsø Tiltak fra 2020 til evaluering: <ul style="list-style-type: none">- Ha høgt fokus på god planlegging (F)- Pasienten skal registreres med prioritet (K)- Årshjul-planlegning skal integreres i hele medisinsk klinikk (K)
10:45	11:00	Klinikkdirektør sin gjennomgang ved Anne Beth Njærheim Nytt spørsmål: <ul style="list-style-type: none">- Hvordan sikre at pasienter får beskjed om rett/ikke rett til nødvendig helsehjelp innen fastsatt tid, 10 virkedager (F)
11:00	11:15	Klinikkdirektør sin gjennomgang ved Kjersti Tollaksen Nytt spørsmål: <ul style="list-style-type: none">- Hvordan sikre at kirurgiske pasienter på akuttmottak blir tilsett av lege innenfor vedtatt tidsrom (F)
11:15	11:30	HR-direktør sin gjennomgang ved Helga Onarheim Tiltak fra 2020 til evaluering: <ul style="list-style-type: none">- Oppretta samarbeidsfora med faste møter mellom HMS og Pasientsikkerhet (F) Nytt spørsmål: <ul style="list-style-type: none">- Hvordan sikre en god beredskap hos foretaket og den enkelte medarbeider for å kunne håndtere vold og trusler «her og nå» (F)
11:30	11:45	Innspill fra deltakere
11:45	12:00	Veien videre , ved adm. dir. Olav Klausen

Inviterte deltakere

Navn	Stilling / funksjon	Medlem av
Olav Klausen	Administrerende direktør, møteleder	AMU
Tomas Jonson	Mentor Kvalitet og pasientsikkerhet, fasilitator	
Aud Gunn Løklingholm	Administrasjonssjef, referent	
Haldis Ø Lier	Fagdirektør	KU
Helga Onarheim	HR direktør	AMU
Hege Etterlid	Økonomidirektør	
Sverre Kolbeinsen Lien	Klinikkdirektør Medisinske tjenester og beredskap	AMU
Kjersti Tollaksen	Klinikkdirektør Kirurgisk klinikk	
John Conrad Brandsø	Klinikkdirektør Medisinsk klinikk	
Kenneth Eikeset	Klinikkdirektør Psykisk helsevern	
Anne Beth Njærheim	Klinikkdirektør Somatikk Stord	
Leif Terje Alvestad	Direktør Drift	AMU
Tonje Aukland Sandtorv	Avdelingsleder Kvalitet og pasientsikkerhet	KU
Reidun Mjør	Samhandlingssjef	
Anne Lise Kvalevaag	Forskningsjef	
Magne Kydland	Kommunikasjonssjef	
Åse Lervik Steine	Leder avdeling for helsedata	
Åsa Eldøy	Avdelingsleder HMS/BHT	AMU
Randi Broch Guddal	Hovedverneombud	AMU
Anne Catherine Skaar	Foretakstillitsvalgt DNLF	HSU
Laura Lill Haavik	Foretakstillitsvalgt FF	HSU
Nina Budal	Foretakstillitsvalgt NSF	HSU
Tore Samdal Lund	Foretakstillitsvalgt Delta	HSU
Bente Omenås	Foretakstillitsvalgt NITO	HSU
Grete Müller	Brukerrepresentant	KU
Randi Ofstad	Smittevernoverlege	KU
Bjørn Egil Vikse	Klinikkoverlege Medisinsk klinikk Haugesund Odda	KU
Helge Espelid	Avdelingsleder lege Kirurgisk klinikk Haugesund	
Bodo Günther	Seksjonsoverlege kirurgisk seksjon Stord	KU
Ineke HogenEsch	Avdelingsleder lege Neurologi/slag Haugesund	
Annelin Vora Steinsnes	Leder Mottaksavdeling Haugesund	
Eva Karin Schmidt	Avdelingsleder lege Hjerter- og lungeavdeling Haugesund	
Aud Lisa Kjøl	Leder Kirurgisk seksjon Stord	AMU
Jan Fridtjof Rachor	Seksjonsleder lege Ortopedisk avdeling Haugesund	
Harald Nes	Seksjonsleder lege Radiologisk avdeling	
Dagny Klausen	Avdelingsleder lege Anestesi, intensiv og operasjons-avdeling	
Kari Marie Tjelmeland	Avdelingsleder Somatikk Odda	
Marianne Lund Anderssen	Avdelingsleder psykisk helsevern Valen	AMU
Ingvill Hystad Kyvik	Seksjonsleder Ambulanse område 2	
Håvard Wester Breistein	Avdelingsleder Stord DPS/BUP	
Heine Hagenberg	Avdelingsleder psykisk helsevern Haugesund	
Ingrid Camilla Aasbøe	Avdelingsleder Haugaland DPS	
Marianne Hollund Espeland	Leder Fysikalsk medisin og rehabilitering seksjon Stord	
Ernst Hetland Larsen	IKT-sikkerhetsleder	
Evabeth Roseth Bruvoll	Strålevernskoordinator	KU
Valborg Marie Sinnes	Sjukehusprest	KEK
Atle Totland	Overlege Lungeavdeling Haugesund	LK
Emma Sofie Lae-Pedersen	Leder Ungdomsrådet	UR

Forkortelser	
AMU	Arbeidsmarkedsutvalget
BU	Brukerutvalget
HSU	Hovedsammenslutningsutvalget
KEK	Klinisk etisk komité
KU	Kvalitetsutvalget
LK	Legemiddel Komiteen
UR	Ungdomsrådet

Referat frå leiinga sin gjennomgang på føretaksnivå for 2021, Helse Fonna HF

Lokal: Auditoriet Haugesund sjukehus

Dato: Fredag 29. april 2022

Tid: kl. 10.00 – 12.00

Program med referat

(F) = Føretaksnivå, (K) = Klinikknivå

Frå	Til	Inneheld
10:00	10:10	Velkommen ved adm. dir. Olav Klausen <ul style="list-style-type: none">○ Omgrepet er henta frå «Internkontrollforskriften» og «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten», og har vore gjennomført i Helse Fonna sidan 2013○ Det er viktig å leggja til rette for arenaer der ein møter kvarandre på tvers○ I leiingas gjennomgang kan deltakarane seia det ein meina – det skal vera stor takhøgda for innspel og ein skal kunna ta opp både kritikk og gi positive tilbakemeldingar○ Gjennomgang av samla styringssystem er svært omfattande - ein har derfor valt å plukka ut nokre element for gjennomgangen som ein skal ha spesielt fokus på i året som kjem
10:10	10:15	Dagens program og metodikk ved mentor Tomas Jonson <ul style="list-style-type: none">○ Føremålet med leiingas gjennomgang er å sikra at styringssystemet fungerer slik det skal, og bidreg til kontinuerleg forbetring i verksemda○ Gjennomgangen skal i hovudsak svara på<ul style="list-style-type: none">✓ om ønska mål og resultat vert oppnådd✓ om gjeldande lover, forskrifter og faglege tilrådingar vert følgde✓ om styringssystemet fungerer som tenkt og bidreg til kontinuerleg forbetring av verksemda○ Dagens gjennomgang utgår frå tidlegare gjennomgangar, 2017 - 2020, som alle byggjer på PDSA metoden (plan-do-study-act)○ Leiingas gjennomgang 2021 er en evaluering av gjennomførte tiltak etter gjennomgangen 2020 i form av utvalde oppfølgingsspørsmål, i tillegg er det tilført noe nye spørsmålsstillingar som det skal arbeidast med i 2022○ Referat frå møtet vil saman med styrande dokumenter gi føringar for det vidare arbeid med leiing og kvalitetsforbetring i Helse Fonna
10:15	10:30	Fagdirektør sin gjennomgang ved Haldis Lier Tiltak frå 2020 til evaluering: <ul style="list-style-type: none">- Utarbeida læringsmeldingar og gjere dei meir synleg (F)<ul style="list-style-type: none">✓ Har utarbeida læringsmeldingar i to år – læringsmeldingane ligg som eiga flis på framsida i føretaket si e-Handbok✓ Det er utarbeida åtte læringsmeldingar i Helse Fonna i 2021✓ «Melde på tvers» (i regionen) - 13 meldingar i 2021 - ei av desse var frå Helse Fonna etter initiativ frå Kvalitetsutvalet✓ Samarbeid med HMS om å ta i bruk læringsmeldingar for sakstypen HMS✓ Kvalitetsutvalet har fokus på korleis læringsmeldingane vert følgd opp i klinikkane✓ Dessverre relative låge «lesetal» på læringsmeldingane våre som ligg i e-Handboka, dette arbeidast det vidare med

		<ul style="list-style-type: none"> - Ferdigstille en lokal handlingsplan for kvalitet og pasientsikkerhet (K) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lokal handlingsplan for kvalitet og pasientsikkerhet er ferdigstilt ✓ Stort informasjonsarbeid i føretaket for å gjera planen kjent (leiarmøte, HMS-kurs for leiarar og verneombod) ✓ Prioriterte område i planen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tavler og risikomøte ▪ Risikostyring: Kvar eining set opp minst eit forbetningsområde per år ut frå identifiserte risikoområde ▪ Trygg pleie ▪ Forbetningsutdanning ▪ Snakk om forbetring ▪ Legemiddelsamstemming ▪ Sjekkliste for innlegging og utskriving frå sjukehus ▪ NEWS (vurdering av vitale funksjoner hos pasientar) ▪ Læring på tvers – læringsmeldingar <p>Innspel frå salen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Læringsmeldingane vert tatt opp i leiarmøte i kirurgisk klinikk, i kvalitetsråd medisinsk klinikk og i kvalitetsråd i klinikk for psykisk helsevern ○ Det er mogeleg å gi tilbakemelding på læringsmeldingane i Synergi via tilbakemeldingsknapp ○ Kor detaljerte må meldingane vera for å ha læringseffekt balansert mot kor detaljert meldingane kan vera utan å bryta teieplikt? ○ Skal læringsmeldingane ut til alle eller leiarar på 3. og 4. nivå? ○ Læringsmeldingar HMS er under utarbeiding og skal vera slik at dei kan skrivast ut på ei side og hengast opp i pauserom mv.
10:30	10:45	<p>Klinikkdirektør sin gjennomgang ved John Conrad Brandsø</p> <p>Tiltak frå 2020 til evaluering:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ha høgt fokus på god planlegging (F) <ul style="list-style-type: none"> ✓ bruken av tentative timar aukar ✓ Talet på fristbrot behandla og ventande har auka ✓ Auke av digitale konsultasjonar auke , men variabelt mellom klinikkane ✓ Utvikling passert planlagt tid – Helse Fonna si utvikling etter april 2020 har vore god (gjeld ikkje venting på 1. time men kontrolltime) – manglar 3 % for å nå nasjonalt snitt ✓ Passert planlagt tid vert følgd opp på alle nivå <ul style="list-style-type: none"> ▪ Restarta «vel planlagt» ▪ Auka mengde digitale konsultasjonar ▪ Halda fram med ryddejobben ▪ Prioritera ved oppsett av ny kontroll ▪ Laga kriterier for kor tid kontroll er aktuelt ▪ Ta i bruk Checkware ▪ Bruka årshjul og planlegging på alle avdelingar ▪ Auka planleggingskompetanse hos merkantile ▪ Bruka dei gode historiene for å oppnå måla - Pasienten skal registrerast med prioritet (K) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lokale tiltak – ikkje implementert bredt systematisk ✓ Prioriteringar fordrar god informasjon og at ein følgjer systemet for prioriteringar lojalt - Årshjul-planlegning skal integrerast i hele medisinsk klinikk (K) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Er laga årshjul for planlegginga – ligg til grunn for planlegginga

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Auka kompetanse i de merkantile stillingar – har vore prioritert å arbeida med rett koding
10:45	11:00	<p>Klinikkdirektør sin gjennomgang ved Anne Beth Njærheim</p> <p>Nytt spørsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Korleis sikre at pasientar får beskjed om rett/ikkje rett til nødvendig helsehjelp innan fastsatt tid, 10 vyrkedagar (F) <ul style="list-style-type: none"> ✓ «Ventebrev» vart tatt i bruk att primo 2022, men vert per i dag ikkje nytta ved kirurgisk klinikk, avdeling for gyn/føde Stord og klinikk for psykisk helsevern og rus <ul style="list-style-type: none"> ▪ «Ventebrev» opplyser pasienten om at medisinskfagleg vurdering av helsetilstand og hjelpebehov er gjort og kven som har gjennomført vurderinga ▪ Ved konklusjon rett til helsehjelp får pasienten informasjon om frist for behandling, at tildeling av time vert gjort i eige brev, og informasjon om å ta kontakt med fastlege for råd og oppfølging dersom tilstanden vert forverra i ventetida ✓ «Ventebrev» til pasientane blir no sendt per post – vert elektronisk utsending når DIPS Arena vert innført ✓ Grunna ubesette legestillingar er det auka behov for replanlegging ✓ Fristbrot skal meldast til Helfo – har hatt noko varierende praksis her – rutinane her er betra slik at fristbrot i større grad vert meldt
11:00	11:15	<p>Klinikkdirektør sin gjennomgang ved Kjersti Tollaksen</p> <p>Nytt spørsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Korleis sikre at kirurgiske pasientar på akuttmottak blir tilsett av lege innanfor vedtatt tidsrom (F) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mål – pasienten skal maks vera i akuttmottak 3 timar – reglar for triagering avgjer tidsfrist for kor tid lege skal sjå til pasienten (andre reglar for barn) <ul style="list-style-type: none"> ▪ LIS 1 har ansvar for å ta i mot pasienten i akuttmottak – har fått meir administrative oppgåver t.d. i samband med rekvisisjonar ▪ LIS 2 og 3 har ansvar for å gi støtte i høve beslutning om behandling ▪ Kirurgiske legar er seksjonert i ulike vaktteam ▪ Gjennomsnittleg ventetid gjennom 33 veker er mellom 143 og 208 minuttar ▪ Ortopedi har 30 – 40 innleggingar i veka ✓ Tiltak: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Det er tilsett kirurgisk overlege (ortoped) i 50 % stilling i mottak ▪ Fokus på og etterspørsel av status for ventetid på legetilsyn i mottak ▪ Styrka LIS i mottak på dei travlaste tidspunkta, men har per i dag ikkje ledige ressursar til dette – men må arbeida vidare med kva som er mogeleg å få til her <p>Innspel frå salen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bør forsterka legefunksjonen i mottak – kulturproblem i kir. klinikk, må prioritera lege i mottak, uheldig med overlege som «spring» frå operasjonssal for å sjekka/ bistå i mottak ○ Medisinsk klinikk har allmennlege i mottak og har flytta meir legeressursar inn i mottak – gir veldig god ressursstyring og effektivitet i

		<p>pasientbehandlinga – fører til mindre press på sengepostar – pasientar som vert snudd i mottak ligg lenger – men tidlegare vart dei innlagt på post.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Er skadepol del av mottak? <ul style="list-style-type: none"> ✓ Blir drifta på dagtid av eigne LIS legar, på vakttid av LIS leger på akuttmottak ○ Ortopeden har 50 % dagstilling – kan ikkje erstatta vaktlege (er der anna kvar veke dag) arbeidar mykje med prosedyrar og opplæring
11:15	11:30	<p>HR-direktør sin gjennomgang ved Helga Onarheim</p> <p>Tiltak frå 2020 til evaluering:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oppretta samarbeidsfora med faste møter mellom HMS og Pasientsikkerhet (F) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Internkontroll HMS og internkontroll leing og kvalitetsforbetring – mange samanfallande punkt ✓ Det er oppretta samarbeidsfora mellom HMS og Kvalitet- og pasientsikkerheit med jamlege møte som fungerer godt ✓ Revisjon av «<i>ForBedringsrutinen</i>» – god bruk av handlingsplan i Synergi etter «<i>ForBedringsundersøkinga</i>» ✓ Felles representasjon i utvala (AMU og KU) ✓ Samarbeid om undervisning – uønskte hendingar – større kunnskapsdeling på tvers enn tidlegare ✓ Langsiktige mål: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Risikostyring – nye retningslinjer frå Helse Vest – er implementert i Helse Fonna – ventar no på felles verktøy i Helse Vest for risikostyring (modul i Synergi som skal tilpassast helseføretak) ▪ Mål om felles planlegging av internrevisjonar ▪ Felles planlegging av leiingens gjennomgang? ▪ Verneombod bør delta i pasientsikkerhetsvisitt <p>Nytt spørsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Korleis sikre en god beredskap hos føretaket og den enkelte medarbeidar for å kunne handtere vold og truslar «her og nå» (F) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Felles retningslinjer <ul style="list-style-type: none"> ▪ Førebygging, handtering og oppfølging av vald og truslar ▪ Handtering av vald og truslar frå pasient utanfor arbeidstid ▪ Debriefing ved vald og truslar ▪ Kollegastøtteordning ▪ Ekstern psykologbistand ▪ Melding til politiet ✓ Aktørar i arbeidet <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leiar, verneombod, kollega, kollegastøtte om det er etablert, Bedriftshelsetenesta, prestetenesta, ekstern psykologbistand ✓ Opplæring for å førebyggja vald og truslar <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utdanning i handtering av vald og truslar i psykiatri og somatikk ▪ Førebygging av vald og truslar i arbeidslivet – kunnskapsformidling og bevisstgjerung av risikofaktorar ▪ arbeidar med ny overordna retningsline – ivaretaking av medarbeidarar etter alvorlege hendingar

		<p>Innspel frå salen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kurs for medarbeidarar vert etterspurt frå avdelingane ○ kan vera behov for eigne skjermingsrom med bemanning ○ Kollegastøtteordning i Helse Fonna? Har me dette? Me har retningslinje for oppretting av kollegastøtte i eigen avdeling – mest i bruk i klinikk for medisinske tenester og beredskap, pilotstudie i ambulansetenesta, et supplement til leiarstøtte – ikkje i staden for. Ble brukt mindre under pandemien – stort sett positive tilbakemeldingar der ordninga har vore brukt ○ Kollegastøtteordninga er og innført i akuttmottak – utarbeida saman med Bedriftshelsetenesta ○ Debriefing er leiinga sin systematiske gjennomgang med alle involverte partar, mens kollegastøtte er noko heilt anna – er ment å gi den som har behov for støtte rask tilbakemelding ○ Psykisk helsevern og rus har en uformell ordning med kollegastøtte – må rydda i bruken ○ Ulike fagforeiningar har eigne ordningar for dette – burde vore betre informasjon om desse støtteordningane ○ godt samarbeid med Bedriftshelsetenesta – helsesamtalar og ekstern psykologbistand
11:30	11:45	<p>Avsluttande Innspel frå deltakare</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Brukar mykje tid på risikovurderingar – treng eit godt verktøy ○ Pasientsikkerhetsvisitt – planlegg å ta opp igjen – adm. dir tar ein runde på utvalte avdelingar og har samtale med avdelinga for å få innspel på kva opplevt risiko for pasientsikkerheit. ○ Saknar lab/røntgen si deltaking i leiingas gjennomgang ○ Stykke opp og kategorisere gjengangar av problemstillingar ○ Klinisk etisk komité – viktig å bruka denne ordninga
11:45	12:00	<p>Vegen vidare, ved adm. dir. Olav Klausen</p> <p>Takk til Tomas for fasilitering av leiingas gjennomgang og alle som har bidrege til gjennomgangen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Viktig å ha fokus på bruk av læringsmeldingar framover ○ Positivt at det vert utarbeidd tilsvarande for HMS området ○ Viktig med fokus på tildeling av timar – skal ein i større grad ta sjansen på å tildela timar og heller replanlegga dersom time ikkje kan gjennomførast etter plan? ○ Flott med skadepoliklinikk som en del av akuttmottak ○ Medisinsk klinikk har tatt handlingsrommet med nytt akuttmottak på ein god måte ○ God og systematisk gjennomgang frå HMS ○ Klinikk for medisinske tenester og beredskap – kan førebu seg til neste års leiingas gjennomgang <p>Oppsummering frå dagen vert tatt inn i direktørgruppa for vidare arbeid</p>

Haugesund 2. mai 2022

Tomas Jonson