

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 27. april 2020

Saksbehandler: Direktør pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling

Vedlegg:

1. Ledelsessystem for kvalitet og pasientsikkerhet
2. Ledelsens gjennomgang
3. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

**SAK 40/2020 ETTERLEVELSE AV FORSKRIFT OM LEDELSE OG
KVALITETSFORBEDRING I HELSE- OG
OMSORGSTJENESTEN**

Forslag til vedtak:

Styret tar redegjørelsen om forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring til etterretning og ber administrerende direktør om å oversende til Helse Sør-Øst innen 15. mai 2020.

Oslo, den 20. april 2020

Bjørn Atle Bjørnbeth

Hva saken gjelder

I oppdrag og bestilling for 2020 ble Oslo universitetssykehus gitt følgende oppgave:

"Helseforetaket skal rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring innen 15. mai 2020, herunder hvordan den årlige gjennomgangen er lagt opp og erfaringer så langt."

Denne saken, med vedlegg, beskriver Oslo universitetssykehus' redegjørelse til Helse Sør-Øst.

Ledelsessystemet for kvalitet og pasientsikkerhet i Oslo universitetssykehus

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring trådte i kraft 1. januar 2017. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, samt at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring erstattet den tidligere forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten som gjaldt fra 2002. Den nye forskriften var en tydeliggjøring av kravene, og ble bygget opp om de fire elementene i Demings sirkel: planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere.



Foretakets retningslinje "Ledelsessystem for kvalitet og pasientsikkerhet" beskriver inneholder en detaljert oversikt med lenker til de enkelte elementene i systemet. Under nevnes noen eksempler:

- Utviklingsplaner, strategidokumenter og økonomisk langtidsplan (ØLP)
- Handlingsplaner / klinikkvise driftsavtaler/budsjettplaner som utarbeides for foretaket og for hver klinikk, bl.a. basert på det årlige oppdragsdokumentet.
- Sentralt kvalitetsutvalg med månedlig møte med rapportering av aktuelle kvalitetsprosjekter, data fra forbedringssystemet og utvalgte uønskede hendelser.

Administrerende direktør, stabsdirektører, klinikkledere, hovedtillitsvalgte, hovedverneombud, brukerrepresentanter og pasientombudet deltar.

- Forbedring av driften, en portefølje av forbedringsprosjekter definert av sykehus- og klinikkledelsen for å utnytte ressursene best mulig. De riktige prosjektene prioriteres og planlegges helhetlig i samsvar med virksomhetens strategier og kapasitet.
- Forbedringstiltak lokalt initiert og gjennomført med støtte fra sykehusets Nettverk for kontinuerlig forbedring
- Pasientsikkerhetsråd i hver klinikk, som behandler uønskede pasienthendelser og risikoområder.
- Tavlemøter, Risikotavler og Det grønne korset, et verktøy for visualisering og daglig risikostyring.
- HMS-runder og systematisk oppfølging av ForBedring-spørreundersøkelsen.
- Dokumentstyring – styrende dokumenter / prosedyrer.
- Funn fra målinger, registre, revisjoner, hendelsesanalyser, tilsyn og brukerundersøkelser benyttes til læring og forbedring av sykehusets tjenester.
- Pasientsikkerhetsvisitter med direktør / klinikkleder, der hensikten er å fremme pasientsikkerhet blant annet gjennom å forbedre kommunikasjonslinjer mellom ansatte, avdelingsledere og sykehusledelsen og definere prioriterte tiltak.
- Risikovurderinger, der aktuelle risikoområder systematiseres og prioriteres basert på tilgjengelig informasjon fra driften, budsjetter, pågående endringer, registrerte hendelser i forbedringssystemet mm. Vurderingene visualiseres i 5x5 risikomatrixe og det besluttes forbedringstiltak som inkluderes i handlingsplaner.
- Ukentlig oppfølging av tilgjengelighet av helsetjenester, pasientbehandling og ressursbruk samt andre utvalgte tema ved behov. Månedlig og tertialvis oppfølging av driftsavtale/målekort, kvalitetsindikatorer mv. samt rapportering til Helse Sør-Øst og styret.
- Ledelsens gjennomgang (LGG), der administrerende direktør og stabsdirektører møter klinikk- og avdelingsledere for en gjennomgang av utvalgte områder i ledelsessystemet.

Ledelsens gjennomgang

Ledelsens gjennomgang har som formål å følge opp og vedlikeholde de systematiske aktivitetene for styring og kontroll av en virksomhet. Det innebærer å sette fokus på utvalgte risikoområder og tiltak for å redusere risiko. Det benyttes utvalgte data fra systemer som ledelsens informasjonssystem, som bl.a. samler data om pasientaktivitet og data fra HR-systemer. Det hentes data fra Klinisk datavarehus og fra forbedringssystemet Achilles som inneholder uønskede hendelser, klager, tilsyn, tilsynssaker og brukerundersøkelsen og fra eHåndbok mv. Ledelsens gjennomgang gjennomføres to ganger årlig. Resultatene blir gjennomgått i ledelsen og presenteres styret i en risiko- og tiltaksrapport. Etter tredje tertial gjøres en oppsummering av gjennomføringen av oppdrag og bestilling i årlig melding og en rapportering til eier om virksomheten i året som er gått i årsoppgjøret.

Ledelsessystemet videreutvikles også med hensyn til forbedring av ledelsens gjennomgang av områder som fungerer godt og uløste problemer/ risikoområder.

Risikovurdering, tilsyn og data om uønskede hendelser rapporteres til Helse Sør-Øst i overensstemmelse med regionale rutiner for dette.

Erfaringer med forskriften

Å sikre kvalitet og pasientsikkerhet er sentralt i gjennomføring av virksomheten og en viktig del av styringssystemet i Oslo universitetssykehus. Erfaringene med forskriften er etter tre år:

- Forskriften ga en revitalisering av begreper som brukes i arbeidet, og har en god og forståelig oppbygning.
- De styrende dokumentene som beskriver hvordan ledelse skal utøves i tråd med forskriften er dekkende og har god forankring i sykehuset strategi.
- Grad av implementert praksis og modenhet i organisasjonen utvikles over tid, sammen med videreutvikling av støtteverktøy og metoder som er gjennomførbare for ledere på alle nivåer.
- Ledelsens gjennomgang på klinikk og lavere nivåer har vært gjennomført i varierende grad og med varierende metodikk. For eksempel kan temaer behandles som saker i løpende ledermøter, men ikke som en helhetlig / samlet gjennomgang av styringssystemet. Gode eksempler på systematisk ledelse finnes uten at det nødvendigvis brukes referanser til og begreper fra forskriften.
- Ledelsens gjennomgang på sykehusnivå har vært omfattende, med mange temaer som skal dekkes. Da er det også risiko for å miste fokus på de viktigste områdene. De siste årene er dette forbedret ved at færre temaer tas opp hver gang, og at temaene i større grad er tilpasset behovet i den enkelte klinikk.

Oslo universitetssykehus vil fortsette å utvikle styringssystemet med hensyn til erfaringene.