

Ledelsens gjennomgang 2024 - Lab.avd. SSA

Side 1 av 15

Dokumentplassering:

II.MSK.Lab SSA.FEL.10.8-4

Godkjent dato:

12.04.2024

Gyldig til:

12.04.2026

Dato endret:

21.05.2024

Revisjon:

16.02

Medisinsk serviceklinikk/Laboratorieavdelingen SSA/Fellesdokumenter lab.avd. SSA/Forbedringsarbeid/LGG

DISTRIBUSJONSLISTE: EK,

ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: []

Organisasjonsnivå	<i>Lab avd SSA</i>
Utført dato	<i>06.03.24, 13.03.24 og sendt på høring i EK med frist 01.04.24</i>
Deltakere	<i>6/3: Susanne N. Grundesen, Louise Myrland-Lysholm, Siri Brømnes, Vivi C.E. Bengtson, Inger Anne Tveit, Elin H. Reiersøl, Rolf Arne Helås, Beate Sommer. 13/3: Susanne N. Grundesen, Louise Myrland-Lysholm, Siri Brømnes, Vivi C.E. Bengtson, Inger Anne Tveit, Elin H. Reiersøl, Beate Sommer, Tine Steinsvåg</i>
Referent	<i>Beate Sommer</i>

Innhold


1. Oppfølging av forrige LGG.....	2
2. Lover og forskrifter	2
3. Mål- og kvalitetspolitikk	3
4. Organisasjonskart	5
5. Kompetanse, opplæring og sertifisering.....	5
6. Kapasitet og endringer av volum, oppgaver, lokaler og ansatte	6
7. Intern kvalitetskontroll	7
8. Ekstern kvalitetskontroll	7
9. Kvalitetsindikatorer	8
10. Avvik, klager og tilbakemeldinger, status korrigerende tiltak	8
11. Interne revisjoner	9
12. Eksterne tilsyn	9
13. Eksterne leverandører/samarbeidspartnere, henvisningslaboratorier	10
14. Tilbakemelding fra pasienter, brukere og personell	10
15. Risikovurdering, forbedringstiltak og forbedringsprosjekter	11
16. HMS og medvirkning (internkontrollforskriften).....	12
17. Rådgivende tjeneste.....	13
18. Preanalytisk vikrksomhet	13
19. Rekvisisjon, svarrapportering og krav til prøve	13
20. Eventuelt.....	14
21. Oppsummering og konklusjon.....	14
22. Saker som løftes/prioriteres	14

[Prosedyre for Ledelsens gjennomgåelse ved Laborativirksomheten SSHF](#)

Dokument-ID

D22855[]

Utarbeidet av: Avdelingssjef Beate Sommer	Fagansvarlig: Utvidet ledergruppe	Godkjent av: Avd. leder Beate Sommer	Verifisert av: 11.04.2024 - Kvalitetskoordinator Inger Anne Tveit, 08.04.2024 - Kvalitetskoordinator Elin Hallheim Reiersøl
---	---	--	---

		Ledelsens gjennomgang 2024 - Lab.avd. SSA			Side: 2 Av: 15
Dokument-id: II.MSK.Lab.SSA.FEL.10.8-4	Utarbeidet av: Avdelingssjef Beate Sommer	Fagansvarlig: Utvidet ledergruppe	Godkjent dato: 12.04.2024	Godkjent av: Avd. leder Beate Sommer	Revisjon: 16.02

Medisinsk serviceklinikk/Laboratorieavdelingen SSA/Fellesdokumenter lab.avd. SSA/Forbedringsarbeid/LGG

LGG gjennomføring

LGG gjennomgår hendelser og aktiviteter gjennomført i foregående år, samt redegjørelse for nåværende status og planer for fremtiden. Gjennomgangen skal avklare muligheter for forbedring og behov for endringer. Vurder risiko før tiltak er gjennomført.

	Kritisk / høy risiko. Risikoreduserende tiltak må iverksettes umiddelbart. Stans av aktuell aktivitet må vurderes.
	Høy risiko. Nye risikoreduserende tiltak må iverksettes.
	Moderat risiko. Nye risikoreduserende tiltak må vurderes.
	Lav risiko. Kan aksepteres uten ytterligere tiltak. Åpenbare risikoreduserende tiltak må vurderes.

1. Oppfølging av forrige LGG

Legg inn saker som ikke er fullført etter forrige LGG, vurder status. Ev. vis til punkter i handlingsplan for siste års LGG.

Tiltak	Status	Risiko	Ref nr i HP 2024/050
Innføre elektronisk transfusjonskontroll	Reetablert prosjektgruppe som ledes av ATI ved Stine T.Smith. RAH, EHR, EOv og Tine er med i gruppen. Skal gjennomføre pilot på anestesi på SSK og SSA innen sommer 2024		T02
Erstatte BB sin statistiske prosesskontroll	Under utvikling hos SP		T19
Alt PNA over på POC Celerator	Pågår, men fremdrift hindres pga. ressurser		T17
Ny metode for analyse av blod i fæces	Usikkerhet mht. valg av metode og ressurser hindrer videre fremdrift.		T08
Trygge blodlagre	Pågår, men fremdrift hindres pga. mangel på ressurser og turnover nøkkelstillinger		T09

2. Lover og forskrifter


Klinikknivå: Gå gjennom aktuelle endringer i [lover og forskrifter for LV](#) og se om endringer påvirker driften.

Avdelings-/enhetsnivå: Få oversikt over aktuelle endringer fra klinikknivå, sjekke at drift er i henhold til lovverk og om ev. tiltak fra forrige LGG på klinikknivå er gjennomført.

Forberedelser/grunnlag for vurdering

LV sin kval.gruppe har funnet løsning for å følge opp lovendringer. Vi får epost-varslinger i Lovdata PRO på aktuelle lover og forskrifter som varsles ut i LV når det kommer aktuelle endringer.

Vurdering - Tiltak	Risiko	Ref nr i HP 2024/050
Følge med på varslene fra Lovdata som sendes ut av kval.gruppen LV og iverksette endringer ved behov.		
Følge opp at analyser, kontroller og utstyr er iht. IVDR: Med.bio. er sjekket ut i forhold til dette og er OK. BB følger dette opp i egen h-plan – gjelder to manuelle analyser.		

		Ledelsens gjennomgang 2024 - Lab.avd. SSA			Side: 3 Av: 15
Dokument-id: II.MSK.Lab.SSA.FEL.10.8-4	Utarbeidet av: Avdelingssjef Beate Sommer	Fagansvarlig: Utvidet ledergruppe	Godkjent dato: 12.04.2024	Godkjent av: Avd. leder Beate Sommer	Revisjon: 16.02

Medisinsk serviceklinikk/Laboratorieavdelingen SSA/Fellesdokumenter lab.avd. SSA/Forbedringsarbeid/LGG

3. Mål- og kvalitetspolitikk

Klinikknivå: Klinikkdirktør har hovedansvar for at det i samarbeid med øvrige ledere i LV kontinuerlig formuleres kvalitetsmål for LV og at disse målene følges opp. Avdelings-/enhetsnivå: Er målene oppnådd? Er det behov for endring?

Forberedelser/grunnlag for vurdering

Laboratorieavdelingen SSA sine satsningsområder: <http://kvalitet2.sshf.no/docs/pub/dok19840.pdf>

Rett service til rett tid, med god kvalitet og med respekt for pasient og prøvemateriale

Kvalitet i pasientforløpet

1. Enkle rekvireringsrutiner og raske svar på analyser og tjenester.
2. God kvalitet på alle laboratorietjenester, også pasientnære iht. interne og eksterne kvalitetskrav.
3. Sørge for gode opplæring- og resertifiseringsrutiner.
4. Analyse- og tjenesterepertoar som sikrer rekvirentens behov for diagnostisering og behandling.
5. Støtte opp om NOKLUS sitt kvalitetssikringsarbeid og pasientopplæring.

Ledelse, organisering og kultur

6. Ha klare mål, engasjert ledelse og sørge for bred medvirkning.
7. Sørge for trivsel på jobben med mangfold og engasjement blant medarbeidere.
8. Automatisere mest mulig for å oppnå raskere svar og høyere kostnadseffektivitet.
9. Samordne laboratoriedrift i hele SSHF for optimal bruk av utstyr, areal og personell.
10. Vurdere egenproduksjon opp mot kjøp av tjenester fra eksterne laboratorier.

Forskning, nyskaping og innovasjon


11. Ha oppdatert plan for videre- og etterutdanning.
12. Bidra aktivt i utdanning av helsepersonell og veiledning av ansatte i og utenfor SSHF.
13. Delta i forbedringsprosjekter og kliniske studier

Teknologi og bygg

14. Jobbe for driftssikkert og brukervennlig utstyr og IKT systemer.
15. Tilrettelegge lokalene slik at driften «flyter» best mulig.

Avd.mål bygger på klinikkens og vedlikeholdes årlig. Manglende måloppnåelse gjelder; svartid, blodlagre, plasmaproduksjon, sykefravær, overtid, arbeidsbelastning og out of support utstyr. Må lete etter flere «tidstyver», flere muligheter for automatisering og bør vurdere mål vedr akkreditering.

Vurdering - Tiltak	Risiko	Ref nr i HP 2024/050
1. Ny IHR, automasjon, rørpost fra AMOT og «strammere» org. av morgenrunden (UC09) har gitt raskere svar. Ventetid poliklinikk redusert med økt bemanning og timebestilling. Nye tiltak: Bedre svartid 2C Vurdere å utvide timebestilling poliklinikk – følges opp i h-plan for PA. Fremme behov for rørpost fra C-fløy og poliklinikken i budsjett 2025		T33
2. Nye instrumenter og automasjon på MedBio og BB trygger kvaliteten på drift og analyser. Tiltak som pågår: PNA på POC Celerator, Investering Syre&Base, erstatte gamle Trima.		T17,T32,T30
3. Kompetanseportalen følges opp i årshjul og avd H-plan mht status og leste siste 40 og årlig mht oppdatering av planene og tildeling til aktuelle ansatte.		T31
4. Trygge blodproduksjonene i SSHF ved økende behov for spesialprodukter. Tiltak som pågår: Prosjekt Trygge Blodlagre Vurdering av fullblod til luftambulanse Gjeninnføring av multiaferese og dobbel SAG.		T09 T59 BB h-pl T65 BB h-pl
4. Ønske om innføring av immunologisk test for blod i fæces. Vurderinger pågår mht. ressurser og metode.		T08
4. Utprøving av syndrombasert hurtigdiagnostikk på BioFire pågår. Resultatet av utprøvingen avgjør om dette blir permanent.		T29
5. Enh.leder PA organiserer interne møter for å følge opp problemer i PHT sammen med NOKLUS og sender ved behov ut info. Møtet er beskrevet i avd. sin møteplan.		
6. Avd. mål revideres årlig. Styringstavle, utsendelse av mnd. status, ukentlig faglunsj, ukentlig info og alle møtene i avd. er verktøy for å sikre god informasjon og involvering.		

		Ledelsens gjennomgang 2024 - Lab.avd. SSA			Side: 5 Av: 15
Dokument-id: II.MSK.Lab SSA.FEL.10.8-4	Utarbeidet av: Avdelingssjef Beate Sommer	Fagansvarlig: Utvidet ledergruppe	Godkjent dato: 12.04.2024	Godkjent av: Avd. leder Beate Sommer	Revisjon: 16.02

Medisinsk serviceklinikk/Laboratorieavdelingen SSA/Fellesdokumenter lab.avd. SSA/Forbedringsarbeid/LGG

4. Organisasjonskart

Vurdere om organisering og fullmaktstrukturen er hensiktsmessig.

Forberedelser/grunnlag for vurdering

Laboratorieavdelingen SSA http://kvalitet2.sshf.no/docs/pub/dok19840.pdf <ul style="list-style-type: none"> • Alle enheter har stedfortredere for bestilling av varer og reagenser og vi har tilstrekkelig hjemmepc muligheter. • Alle kan bruke everbridge for å tilkalle ekstrasjelp ved behov. • Automasjonsprosjektet har ført til noen justeringer på ANA og PA etter automasjon. PA overtar det formelle ansvaret for poliklinikken og bemanner en plass hver dag. Har justert bemanningsplanen i hht dette. • IKT ressursene i LV har fått ny organisering med egen fagleder som rapporterer til KD. • LV org.prosjekt startet opp igjen med ny konseptfase i 2023. Lab.SSA har vært rep med avd.sjef. Dialogmøte i avd har vært tett involvert. Venter nå på høring av prosj.rapport og videre avgjørelse fra KD.
--

Vurdering - Tiltak	Risiko	Ref nr i HP 2024/050
Lab.org.prosjektet; Venter på høring av prosj.rapport og videre avgjørelse fra KD. Nytt fra april 2024 er at KD skal vikariere ett år som KD for Somatikk SSK.		Ingen tiltak fra Lab SSA sin side

5. Kompetanse, opplæring og sertifisering

Klinikknivå: Behov for ny kompetanse?


Avdelings-/enhetsnivå: Er sertifiserings-/ opplæringsprogram gjennomført, og fungerer det etter hensikten?

Behov for ny kompetanse? Er kompetanseplan oppdatert?

Forberedelser/grunnlag for vurdering

Etter- og videreutdanningsplan; http://kvalitet2.sshf.no/docs/pub/dok45174.pdf Sertifisering, resertifisering, etter- og videreutdanning; http://kvalitet2.sshf.no/docs/pub/dok24729.pdf Kompetanasetabell ansatte Lab SSA; http://kvalitet2.sshf.no/GetDoc.aspx?id=40919 Kompetanseportalen: Alle fagområder er i kompetanseportalen fra 2022. Brukes til sertifisering og resertifisering.

Vurdering - Tiltak	Risiko	Ref nr i HP 2024/050
Opplæring nye ansatte, nye folk i nye funksjoner, nye/endrede prosedyrer/instrumenter og sommervikarer er en kontinuerlig prosess. Stor utskifting av personell siste tre år med turnover av 23 nøkkelstillinger og 19 vaktbio. Plan for opplæring i avdelingen justeres kontinuerlig og har høy prioritet. Variasjon i evne til å lære og grad av tilstedeværelse gjør at planen må tilpasses individuelt.		Løpende driftsoppgave
Årlig oppdatering komp. planer dokumenteres i avd. h-plan og sjekke de ansattes status på planene. Et mål flagger først rødt når det er fylt ut!		T31
Mye opplæring i nye rutiner automasjon, blodtypeinstrumenter og rørpost i 2023. Sertifiserte nye vaktbio, 3 fagbio, 1 enh.leder og resertifisert 8 etter fravær. Resert. etter permisjon medførte full opplæring ANA pga mye nytt. 2024 ser roligere ut. Stort fagområde med både med.bio. og blodbank er en økende utfordring og ikke alle klarer alt.		Løpende driftsoppgave
Etter- og videreutdanningsplan er oppdatert for 2024.		Løpende driftsoppgave
Lært opp flere på tapping av bl.g. og aferese og fortsette med dette i 2024. Fortsette å lære opp vaktbio i utvidet blodtypeserologi som vi påbegynte i 2022.		Løpende driftsopp. T05 24/007
Lære opp flere på h-tjenesten i 2024		Løpende driftsoppgave

		Ledelsens gjennomgang 2024 - Lab.avd. SSA			Side: 6 Av: 15
Dokument-id: II.MSK.Lab.SSA.FEL.10.8-4	Utarbeidet av: Avdelingssjef Beate Sommer	Fagansvarlig: Utvidet ledergruppe	Godkjent dato: 12.04.2024	Godkjent av: Avd. leder Beate Sommer	Revisjon: 16.02

Medisinsk serviceklinikk/Laboratorieavdelingen SSA/Fellesdokumenter lab.avd. SSA/Forbedringsarbeid/LGG

6. Kapasitet og endringer av volum, oppgaver, lokaler og ansatte


Klinikknivå: Vurdere behov meldt fra avdelings-/enhetsnivå.

Avdelings-/enhetsnivå: Vurdere endringer av volum, type utført arbeid og eventuelt ressursbehov (personell, utstyr, lokaler) knyttet til dette. Vurdere upartiskhet for våre aktiviteter, laboratorieledelsen og ansatte, eventuelt identifisere trusler mot upartiskheten (Bierverv).

Forberedelser/grunnlag for vurdering

- **Bemanningen 2023** Automasjonsprosjektet har gitt gevinst i form av raskere svar, kortere ventetid poliklinikk, redusert forbruk stillinger med 23% og overtid med 31% sml med 2022, men høyt sykefravær, turnover, opplæring, overtid og arbeidsbelastning siste tre år tærer på de ansatte. Daglig jobbes det overtid for å fullføre dagens rutine, nødvendig fag-, kvalitet- og adm.arbeid. Enh.ledere, fagbio og stabst. trekkes daglig inn i rutineproduksjon og utfører egne oppgaver på overtid. Fagbioingeniører går ut i sy.melding pga arb.press og vi sliter med ferieavvikling. Avspaseringsmuligheter er redusert til null. Første kvartal 2024 er det allerede jobbet totalt 553 timer overtid og 357 av disse timene er overtid i etterkant av vakt for å gjøre ferdig rutineproduksjon og nødvendig fag-, kval- og adm.arbeid. Grunnbemanningen må økes, for å få gjennomført daglig rutinearbeid, fag-, kval- og adm. arbeid innen regulert arb.tid og for å unngå økt sykefravær.
- [Årlig vurdering av utstyr, Blodbanken SSA](#)
- ANA og PA vurderer utstyr og utstyrsbehov i sine LGG'er.
- **Aktiviteten MedBio 2023:** Aktivitet husets poliklinikk har økt 10% sml i fjor og poliklinikk MedBio total har økt 3%. Inneliggende har gått ned 5% sml i fjor pga procalsitonin kampanjen. I 2022 hadde SSA et volum på 10 670 procalsitonin og i 2023 endte vi på 4 591. Det er en reduksjon på 6 079 analyser (57%). Økonomisk utgjorde det et inntektstap på 3 mill for Lab SSA og tilsvarende gevinst for somatikk SSA. **Somatikk SSA står under press og trenger stadig raskere svar på morgenrunden. Mange tiltak er gjennomført, men dagens ressursituasjon er en begrensning.**
- **Aktiviteten BB 2023:** Forbruk erythrocytter ved SSA endte på 15% mindre enn i fjor og trombocytter på 11% mindre. **Total produksjon av erythrocytter i SSHF er nesten lik forbruk, noe som resulterer i stressede situasjoner med eksternt kjøp. Den totale blodproduksjonen i SSHF står under press. Vi klarer heller ikke å bidra med nok plasma til fraksjonering. Målet om å produsere ihht forbruk for å unngå ut datering har gått for langt og manglende personalressurser medfører at plasmatapping utgår når ressursene ikke strekker til.**
- **Nyheter i 2023:** Nye blodtypeinstrumenter, jungelrommet, BioFire, timebestilling poliklinikk, automasjon/analysehall og rørpost AMOT.
- **Prosjekter i 2023:** Fullføre automasjon, UC09, Trygge Blodlagre og Lab.org.prosjektet.
- **Bierverv:** Sjekkes ut i MS og utgjør ingen trussel i vår avd.

Vurdering - Tiltak	Risiko	Ref nr i HP 2024/050
Avdelingens lønnsbudsjett ble kuttet med to stillinger i 2023 til 54,6. Vi bemanner fremdeles for 56,6 stillinger og dreier gevinst fra automasjon over på prøvetaking, fagarbeid og kliniske studier. Må fortsette fokus på reduksjon av overtid, forbruk stillinger og vi må komme ned på normalt sykefraværnivå igjen. Trenger å øke grunnbemanning for å få utført rutineproduksjon, nødvendig fag- og adm.arbeid innen normalarbeidstid. Trenger mer ressurser for å ivareta blodproduksjonen og svartider/servicenivå. Økt grunnbemanning vil redusere presset på de ansatte, redusere overtid, gjøre det mulig å avvike ferie på en forsvarlig måte og forhåpentligvis redusere sykefravær.		Løpende driftsoppgave. T09 24/138: Fremme behov stillinger bud.2025
Trange forhold på blodbanken. BB må vurdere tiltak som er realistisk å få gjennomført.		H-plan BB
Kapasitet poliklinikk; vurdere utvidelse både luke og prøvetakingsrom		H-plan PA
Tiltak for å redusere urin mikro.		H-plan PA
Riktig bruk av lab.analyser med «Ikke stikk meg uten grunn» prosjektet og vurdering av hasterunder kveld.		T35
Innføre ny organisering av ferie med årsplanlegging og revidere turnusavtalen		T34

		Ledelsens gjennomgang 2024 - Lab.avd. SSA			Side: 7 Av: 15
Dokument-id: II.MSK.Lab.SSA.FEL.10.8-4	Utarbeidet av: Avdelingssjef Beate Sommer	Fagansvarlig: Utvidet ledergruppe	Godkjent dato: 12.04.2024	Godkjent av: Avd. leder Beate Sommer	Revisjon: 16.02

Medisinsk serviceklinikk/Laboratorieavdelingen SSA/Fellesdokumenter lab.avd. SSA/Forbedringsarbeid/LGG

Trygge Blodlagre vil kreve ressurser både i 2024 og 2025		T09
Øke blodgiverkorpset – heve tappegrensen fra 65 til 70 år		H-plan BB
Lab.org.prosjektet vil kunne kreve ressurser avh. av hva KD bestemmer.		
Prosangprosjektet vil kreve ressurser både i 2024 og 2025		IKT h-plan
Investeringsbehov for 2025 – se tabell nederst i dette dok.		

7. Intern kvalitetskontroll

Klinikknivå: Vurdere utfordringer meldt fra avdelings-/enhetsnivå.

Avdelings-/enhetsnivå: Vurdere resultat av kontroller for alle analyser, og om det er dekkende for alle områder. Der det er aktuelt vurderes temperaturkontroll, volumkontroll og vektkontroll.

Forberedelser/grunnlag for vurdering

- Enhetene har egne tiltak her – se LGG til P, ANA og BB.
- BBkvaliSys må erstattes. Pr nå er det Tom MP ved SP som har kompetanse til å vedlikehold eksisterende versjon.

Vurdering - Tiltak	Risiko	Ref nr i HP 2024/050
Pr. 16.02.23: Utviklingsinitiativet for statistisk prosesskontroll har blitt godkjent. Arbeidet med løsningsdesign og ROS er igangsatt i forvaltningen i Sykehuspartner. De neste stegene er å høste data fra Labcraft og Prosang og å utvikle rapportene iht. behovene vi har. Kari-Ann IMTRA SSK er med videre i arbeidet og mulig at de klarer å få involvert TomMP. Pr. 16.02.24: Vi står nå ved et veivalg: Fortsette prosessen med RDAP og utvikle en felles løsning for SPC, kombinert med manuell registrering/høsting av data, eller avslutte prosessen med RDAP. Det skal samles inn innspill fra lokale systemeiere vedr. behov. Beslutning tas av regional systemeier RDAP.		T19
Ressurser til vurdering av interne kval.ktr. trues av kapasitet til fagbioingeniører. Fagbio trenger mer tid ut av rutine for å ivareta denne type oppgaver. Vi har mangelfull utnyttelse av QC programmer både innen med.bio og BB. QC modul infinity er ikke ferdig utviklet av Roche enda, men er en del av leveransen. Saken følges opp med Roche. BB har QC programmer, men vi har ikke hatt fagbiokapasitet til å ta dem i bruk enda. Innføring av POC Celerator vil løse QC behov for det meste av PNA utstyret, men her skorter det også på personalressurser å få alt PNA over på POC Celerator.		T43 ANA h-pl T60 BB h-pl T17

8. Ekstern kvalitetskontroll


Klinikknivå: Vurdere utfordringer meldt fra avdelings-/enhetsnivå.

Avdelings-/enhetsnivå: Vurdere resultat av SLP for alle analyser og om behovet er dekket. Er det behov for nye program?

Forberedelser/grunnlag for vurdering

Enhetene har kontroll på dette. Med.bio har gjennomgang med med. faglig rådgiver to ganger i året og lager egen rapport fra dette. I tillegg kaller kval.koord MB inn til jevnlig kval.møter. BB har gjennomgang lokalt og med sin med. faglige rådgiver som fast punkt på tversgående fagmøter. Se LGG ANA, PA og BB.

Vurdering - Tiltak	Risiko	Ref nr i HP 2024/050

		Ledelsens gjennomgang 2024 - Lab.avd. SSA			Side: 8 Av: 15
Dokument-id: II.MSK.Lab.SSA.FEL.10.8-4	Utarbeidet av: Avdelingsjef Beate Sommer	Fagansvarlig: Utvidet ledergruppe	Godkjent dato: 12.04.2024	Godkjent av: Avd. leder Beate Sommer	Revisjon: 16.02

Medisinsk serviceklinikk/Laboratorieavdelingen SSA/Fellesdokumenter lab.avd. SSA/Forbedringsarbeid/LGG

9. Kvalitetsindikatorer

Klinikknivå: Vurdere utfordringer meldt fra avdelings-/enhetsnivå.

Avdelings-/enhetsnivå: Gå gjennom resultater. Vurdere nytten og ev. behov for nye.

Forberedelser/grunnlag for vurdering

Ne indikatorer BB: Svartid T&S traume og LettPost og tre nye indikatorer for SPC.

Nye indikatorer MB: Hemolyse ved prøvetaking og forurensning av blodkulturer (preanalytisk).

Svartid straksprøver og morgenrunden ikke helt der vi ønsker, men har blitt bedre etter oppstart automasjon. Henger på personalressurser.

Ventetid poliklinikken er bedret etter tilføring av mer ressurser og innføring av timebestilling.

Indikatorer på EK prosedyrer og kompetanseportalen viser god kontroll. Har innført ny indikator for status kompetanseplaner i tillegg til leste siste 40. Har derfor senket kravet på leste siste 40 til 75%.

Lukking avvik innen 8 uker har vært en del rødt både for MB og BB i 2023. Kamp om tiden og personalressurser!

Vurdering - Tiltak	Risiko	Ref nr i HP 2024/050
Har endret svartid morgenrunde til svar innen 3 timer, da det stemmer med serviceerklæringen vår. Dette er likevel ikke godt nok for somatikk SSA som trenger raskere svar på utskrivningsklare pasienter.		Utført
Svartid straks CRP har flagget rødt særlig på dagtid. Har derfor innført nytt tiltak mars 2024 med å starte analysing av prøver før ktr. er ferdig. Dette for å øke kapasiteten på straksprøver på morgenene (mange cyt pas. på poliklinikken).		Utført
Justere indikator svartid CRP og HB tatt i AMOT fra 95% innen to timer til 95% innen EN time pga. innføring av rørpost. Måtte avvente tiltaket til BLIM'en fungerte riktig.		H-plan ANA
Følge med og risiko vurdere avvik som vi ikke får lukket innen fristen på åtte uker		Løpende driftsoppg.

10. Avvik, klager og tilbakemeldinger, status korrigerende tiltak

Vurdere trender. Er oppfølging av klager og tiltak tilstrekkelig? Er årsaksanalyse gjennomført der det er aktuelt?

Forberedelser/grunnlag for vurdering

Kvalitetsrapport. Laboratorieavdelingen SSA

2019 Avvik totalt: 306 (6 klager): Lab 17, ANA 35, BB 126, Kontor 41, PA 87

2020 Avvik totalt: 235 (6 Klager): Lab 13, ANA 21, BB 105, Kontor 14, PA 82

2021 Avvik totalt: 299 (11 Klager): Lab 11, ANA 42, BB 168, Kontor 2, PA 76

2022 Avvik totalt: 290 (13 Klager): Lab 23, ANA 53, BB 149, Kontor 0, PA 65


2023 Avvik totalt: 321 (8 Klager): Lab 17, ANA 49, BB 169, Kontor 24, PA 62

Årsak avvik har dreid fra ressurser/arb.mengde og samtidskonflikt i 2022 til mangelfulle/uklare prosedyrer og kompetanse i 2023. Det er lett å se dette i sammenheng med arbeidspresset vi hadde i 2022 og alt nytt bioingeniørene må beherske i 2023. Fagbio har slitt med å skrive nye og holde gamle EK prosedyrene oppdatert. Trenden hittil i 2024 er dessverre at den øker på ressurser/arb.mengde og samtidskonflikt igjen.

Trend årsak avvik:	2022	2023
Ressurser/arb.mengde	62	34
Samtidskonflikt	32	14
Mangelfull/uklar prosedyre	11	21
Kompetanse	7	19

Antall pasient avvik har økt pga vi melder flere avvik som pas.hendelser. Tidligere meldte vi stort sett AH avvik.

Avvik kontoret har økt etter at IKT begynte å melde feilregistrering av rekvirenter enkeltvis og ikke som samleavvik. Kontoret har også fått økt meldekultur på feil ved skanning (skriver avvik til seg selv med IKT som saksbehandler).

		Ledelsens gjennomgang 2024 - Lab.avd. SSA			Side: 9 Av: 15
Dokument-id: II.MSK.Lab.SSA.FEL.10.8-4	Utarbeidet av: Avdelingssjef Beate Sommer	Fagansvarlig: Utvidet ledergruppe	Godkjent dato: 12.04.2024	Godkjent av: Avd. leder Beate Sommer	Revisjon: 16.02

Medisinsk serviceklinikk/Laboratorieavdelingen SSA/Fellesdokumenter lab.avd. SSA/Forbedringsarbeid/LGG

Vurdering - Tiltak	Risiko	Ref nr i HP 2024/050
Vi mistenker at det er flere klager enn vi registrerer, så alle enheter kan øke sitt fokus på å registrere klager. Vi kan også bli bedre i å krysse av for MTU på avvik hvor dette er aktuelt. Kval.koord. kan minne på dette i avd. sine KPU. Med stadig underbemanning kan vi også bli bedre på å registrere HMS avvik grunnet stress og arbeidspress. Usikker på om og når vi skal reg. HMS avvik grunnet ressurser/arb.mengde. Dette er en av de hyppigste årsakene til avvik, bakgrunn for de fleste klager og likevel melder vi ikke hms avvik....har ikke tid og vil det hjelpe?		Løpende driftsoppg.

11. Interne revisjoner

Resultat av gjennomførte revisjoner. Vurdere resultat/oppfølging av ev. tiltak. Forslag til nye revisjoner

Forberedelser/grunnlag for vurdering

Internrevisjoner 2023: 6 sjekklisterrevisjoner og 7 interne revisjoner: Kvalitetsrapport. Laboratorieavdelingen SSA Internrevisjoner MB 2023 er ikke gjennomført helt i hht. plan. En måtte utsettes til 2024.
--

Vurdering - Tiltak	Risiko	Ref nr i HP 2024/050
Med.Bio: Årshjulet kap. 5 ISO 15189 for intern revisjon går fra juni til juni. I tillegg må vi utføre den som ble utsatt fra 2023. Kamp om tiden og ressurser!		I hht plan
BB: Årshjulet kap. 5 ISO 15189 for intern revisjon går fra juni til juni.		I hht plan
Lab.avd. sjekklister revisjoner kap. 4 ISO 15189		I hht plan
Internrevisjoner innen mikrobiologi styres fra MedMik SSK		I hht plan
Påse at revisjonsledere holder kompetansen sin vedlike. Følges opp i kompetanseportalen. Har for tiden nok revisjonsledere.		Løpende driftsoppg.


12. Eksterne tilsyn

Resultat av gjennomførte tilsyn. Vurdere resultat/oppfølging av ev. tiltak.

Forberedelser/grunnlag for vurdering

Tilsyn 2023: Norsk Akkreditering: Fornylsesbedømming 09-12.05.2023 (57 avvik)
--

Vurdering - Tiltak	Risiko	Ref nr i HP 2024/050
Forberede oss til neste besøk av NA, Takeda og SLV. Målet er å opprettholde godkjenning av NA i forhold til ny standard.		Løpende driftsoppg.
Vi bør vurdere omfanget av akkreditering mht. kost/nytte med særlig fokus på ev. utvidelse.		H-plan til LV

		Ledelsens gjennomgang 2024 - Lab.avd. SSA			Side: 10 Av: 15
Dokument-id: II.MSK.Lab.SSA.FEL.10.8-4	Utarbeidet av: Avdelingsjef Beate Sommer	Fagansvarlig: Utvidet ledergruppe	Godkjent dato: 12.04.2024	Godkjent av: Avd. leder Beate Sommer	Revisjon: 16.02

Medisinsk serviceklinikk/Laboratorieavdelingen SSA/Fellesdokumenter lab.avd. SSA/Forbedringsarbeid/LGG

13. Eksterne leverandører/samarbeidspartnere, henvisningslaboratorier

Klinikknivå: Vurdere utfordringer meldt fra avdelings/-enhetsnivå.

Avdelings-/enhetsnivå: Vurdere om de tilfredsstillende våre krav.

Forberedelser/grunnlag for vurdering

Hver enhet følger opp sine leverandører og legger inn logg i sin LGG. Etter tilsyn NA 2022 ble det laget ny mal for logging av leverandører. Alle enh. bruker denne til LGG 2023. Leverandørene vurderes ut fra følgende minimumskrav:

- Leveringstid på reagens, forbruksvarer og tjenester
- Informasjon vedrørende endringer og nyheter
- Responstid på service og vedlikehold
- Tilgjengelighet for bruker
- [Leverandører, henvisningslaboratorier og IKT, årlig vurdering av tjeneste, Lab avd SSA](#)
- Leverandører, henvisningslaboratorier og IKT Analytisk - se LGG
- [Årlig vurdering av eksterne leverandører/samarbeidspartnere og henvisningslaboratorier. Preanalytisk enhet. Lab.avd SSA](#)
- [Årlig vurdering av leverandører, henvisningslaboratorier og IKT, Blodbanken SSA](#)

Vurdering - Tiltak	Risiko	Ref nr i HP 2024/050
Hver enhet og avd.felles har en oversikt over sine leverandører og følger opp de som ikke innfrir.		Løpende driftsoppg.
BB sliter med reagens leveranse fra Labex. Vurderer å kalle inn leverandør til felles gjennomgang av problematikken, mulig md KD MSK.		Ev. H-plan BB

14. Tilbakemelding fra pasienter, brukere og personell

Klinikknivå: Vurdere behov for tilbakemelding, vurdere metoder for å måle brukertilfredshet.


Avdelings-/enhetsnivå: Vurdere tilbakemeldinger (dialogmeldinger, klager, etc), har tilbakemeldinger ført til forbedring?

Ved behov gjøre nødvendige tiltak.

Forberedelser/grunnlag for vurdering

- Brukerundersøkelse på blodgivere gjennomføres årlig siden 2015.
- De fleste klagen fra somatikker er på svartid og ventetid poliklinikken. Ventetiden poliklinikk har blitt bedre etter økning av ressurser med tre prøvetakere (19.10.22) og innføring av timebestilling (aug.23). Ventetid AMOT har også blitt bedre etter innføring av rørpost (høst 23). Svartid morgenprøver UC har blitt bedre etter UC09 prosjektet (jan.23).
- Forbruk analyser SSA sml. med SSK viste et høyt forbruk av Procalcitonin ved SSA. I 2022 hadde SSA et volum på 10 670 procalcitonin og i 2023 endte vi på 4 591. Det er en reduksjon på 6 079 analyser (57%). Økonomisk utgjorde det et inntektstap på 3 mill for Lab SSA og tilsvarende gevinst for somatikk SSA. Møte med somatikken feb.23 og fellesmøte med alle legene på SSA april 23.

Vurdering - Tiltak	Risiko	Ref nr i HP 2024/050
Somatikk SSA har fremdeles klager på svartid og særlig morgenrunden pga. de ønsker å få skrevet ut pasientene. Nytt tiltak: Raskere svar på kritiske pasienter på 2C		T33
Brukerundersøkelse poliklinikken med smily terminal for å sjekke ut utvalgte problemstillinger.		H-plan PA

		Ledelsens gjennomgang 2024 - Lab.avd. SSA			Side: 11 Av: 15
Dokument-id: II.MSK.Lab.SSA.FEL.10.8-4	Utarbeidet av: Avdelingssjef Beate Sommer	Fagansvarlig: Utvidet ledergruppe	Godkjent dato: 12.04.2024	Godkjent av: Avd. leder Beate Sommer	Revisjon: 16.02

Medisinsk serviceklinikk/Laboratorieavdelingen SSA/Fellesdokumenter lab.avd. SSA/Forbedringsarbeid/LGG

15. Risikovurdering, forbedringstiltak og forbedringsprosjekter

Klinikknivå: Er evalueringer gjennomført i avdelings-/enhetsnivå ut fra behov?

Avdelings-/enhetsnivå: Evaluering av gjennomførte risikovurderinger siste år, evaluere virkning av tiltak og muligheter for forbedring, eventuelle nye risikovurdering. Legg inn de viktigste forbedringstiltakene som er utført siste år.

Forberedelser/grunnlag for vurdering

Det er utført **12** ROS analyser i kval.portalen i 2023; [KVALITETSPORTAL \(sykehuspartner.no\)](https://kvalitetssportal.sykehuspartner.no)

og **1** pro/kontra analyser: [KVALITETSPORTAL \(sykehuspartner.no\)](https://kvalitetssportal.sykehuspartner.no)

Alle tre enheter har opprettet ROS analyse av enheten i 2023 og vi har gjennomført ROS knyttet til bemanning og kompetanse i avdelingen. ROS bemanning avdekket tydelig behov for økt grunnbemanning.


I tillegg har BB egne ROS av blodberedskap SSA: [R 2024/020 Blodberedskap, Blodbanken SSA \(sykehuspartner.no\)](#)

ANA og PA har kartlagt risikoer ved stopp i automasjonene og vurdert tiltak for de ulike scenariene tilsvarende «datastopp» prosedyren og laget en prosedyre for dette.

Forbedringstiltak og prosjekter i 2023: Nye blodtypeinstrumenter, Trygge blodlagre prosjektet, Jungelrommet, full drift analysehall med rørpost fra AMOT, teste ut syndrombasert PCR hurtigdiagnostikk, innført timebestilling poliklinikken og innført BAL analyse. Utviklet nye prøvetraller med MedKjemi. Gjeninnført tacrolimus ved SSA.

Virkning av tiltak: Tryggere drift med nye instrumenter. Bedre prøvetakingssituasjon for barn. Raskere svartid PHT, husets prøver og poliklinikk. Raskere riktig behandling med rett antibiotika av kritisk syke pasienter. Raskere behandling av BAL pasienter som slipper å reise til SSK el Oslo for å utføre BAL. Raskere svar tacrolimus SSA og avlastning MB SSK. Prosjekt Trygge blodlagre pågår, så ingen stor effekt enda.

Vurdering - Tiltak	Risiko	Ref nr i HP 2024/050
Følge opp Trygge Blodlagre prosjektet, men sliter med ressurser nøkkelpersonell BB		T09
Ikke stikk meg uten grunn prosjektet for å få riktig nivå av blodprøver. Vurdere også å redusere prøverunder på kveld.		T35
Innføre nye transportesker for transport av blodprodukter internt i SSHF		H-plan BB
Øke aldersgrense for etablerte blodgivere fra 65 til 70		H-plan BB
Nye risiko 2024: Persoanressurser i avdelingen. Kompetanse og ressurser til å gjennomføre Prosang 10 prosjektet. Trimaene på BB er out of support. En erstattes i 2024 og en i 2025. Farging sternaler har økt 57% og manuell metode er tidkrevende og helsefarlig. Trenger nytt automatisert utstyr (140'). Plan er å kjøpe denne i 2024 Nytt utstyr for bedre automatisering urinstix avlesning. Plan er å kjøpe dette i 2024 Trenger nytt osmometer som kan kobles online. Plan å kjøpe dette i 2025 Svartider morgenrunden på huset og poliklinikken kan bedres med rørpost. Plasmatiner nærmer seg breakdown (350'). Innvilget i 2024 En ultrafrys for oppbevaring av kontroller må erstattes pga krav til temp.		T09 24/138

		Ledelsens gjennomgang 2024 - Lab.avd. SSA			Side: 12 Av: 15
Dokument-id: II.MSK.Lab.SSA.FEL.10.8-4	Utarbeidet av: Avdelingssjef Beate Sommer	Fagansvarlig: Utvidet ledergruppe	Godkjent dato: 12.04.2024	Godkjent av: Avd. leder Beate Sommer	Revisjon: 16.02

Medisinsk serviceklinikk/Laboratorieavdelingen SSA/Fellesdokumenter lab.avd. SSA/Forbedringsarbeid/LGG


16. HMS og medvirkning (internkontrollforskriften)

Er vernerunde og HMS handlingsplan fullført? Er resultater fra MU fulgt opp? Er medarbeidersamtaler gjennomført? Vurder forbedringsforslag fra ansatte.

Forberedelser/grunnlag for vurdering

- ForBedring ble gjennomført med 100% svar og 7 gruppesamtaler. Alle unntatt tre deltok. Tema for gruppesamtalene var funnene i rapporten i tillegg til innspill om tema fra ansatte. De 12 tiltakene ble fulgt opp i HP 2023/040. Mye fokus på arbeidsbelastning og stress pga for lite personalressurser.
- Gjennomførte MS med alle ansatte fra des. 2023 – feb.2024.
- Vernerunde ble gjennomført og de 4 tiltakene ble fulgt opp i HP 2023/040. Tre tiltak fortsetter i 2024.
- Personalmøter er byttet ut med Infolunsj/faglunsj som vi klarte å gjennomføre med mange spennende foredrag.
- Har fått gjennomført flere sosiale samlinger i 2023 og det er etterlenget etter pandemitiden: Fengselsfest i februar, offisiell åpning analysehallen i mars, blåtur i juni og mange pop up sosiale tiltak på jobb.
- Innført nærlager kritisk utstyr i AMOT og rørpost gir bedre arb.situasjon for ansatte.
- Nytt utstyr, nye traller, jungelrommet og mer LEAN utformet lab gir bedre arb.situasjon. Mindre manuell arkivering av rør. Mindre kø på poliklinikken reduserer stress.
- Sykefraværet gikk opp med koronapandemien og vi har ikke klart å få det ned på «normalt» nivå igjen. Belastning med få på dag og mange ledige vakter og overtid vedvarte i 2023, selv om overtid reduserte med 31% og overforbruk stillinger reduserte med 22% sml med 2022. **Økt sykefravær, turnover, opplæring, overtid og arbeidsbelastning siste tre år tærer på de ansatte. Daglig jobbes det overtid for å fullføre dagens rutine, fag-, kval- og adm.arbeid. Enh.ledere, fagbio og stabst. trekkes daglig inn i rutineproduksjon og ender opp med overtid får å få utført sine oppgaver. Vi får likevl press og klager på svartid.**

Vurdering - Tiltak	Risiko	Ref nr i HMS HP 2024/138
Grunnbemanningen må økes i budsjett 2025, for å få mer tid til fag-/adm. arbeid innen regulert arb.tid. Vi tror det vil redusere overtid og sykefravær og bedre servicenivået.		T09 24/138
Sørge for god rekruttering, tett oppfølging av sykemeldte, regelmessig info om status ut i avdelingen, rask konflikthåndtering, forutsigbarhet i forhold til arb.planer, ferie og avspasering. Helhetskultur med flest mulig i 100% stilling, sørge for bred medvirkning, nærhet til leder og nødvendig tilrettelegging for å holde folk på jobb.		Kontinuerlige oppgaver for ledere.
ForBedring, vernerunde og medarbeidersamtaler gjennomføres som vanlig i 2024. Tiltakene legges inn i egen HMS plan.		Årshjul 2024
Sosial sammenkomst både på jobb og utenfor jobb. Blåtur i juni når sommervikarene har kommet og festkomite for vinterfest er etablert.		Løpende oppg.
Samarbeid på vakt – et initiativ fra vaktbio RM å opprette «Samarbeidsregler for godt teamsamarbeid på vakt». Saken er sendt ut på e-post, satt opp som sak på torsdag infolunsj i mars og reglene vil bli sendt på høring.		T08

		Ledelsens gjennomgang 2024 - Lab.avd. SSA			Side: 13 Av: 15
Dokument-id: II.MSK.Lab.SSA.FEL.10.8-4	Utarbeidet av: Avdelingsjef Beate Sommer	Fagansvarlig: Utvidet ledergruppe	Godkjent dato: 12.04.2024	Godkjent av: Avd. leder Beate Sommer	Revisjon: 16.02

Medisinsk serviceklinikk/Laboratorieavdelingen SSA/Fellesdokumenter lab.avd. SSA/Forbedringsarbeid/LGG

17. Rådgivende tjeneste

Vurderer [informasjonsflyt](#) internt/eksternt, labhåndbok, praksiskonsulenter og til Noklus. Er oversikt over undervisning oppdatert der det er aktuelt?

Forberedelser/grunnlag for vurdering

- Labhåndboken: er i funksjon og tilgjengelig for rekvisiterer i PHT. MSK har tilsatt markedskoordinator for PHT med koordinerende ansvar for Lab.håndboken. Labhåndboken har egen red.komite.
- Har etablert system for å dokumentere kontakt og rådgivning ut til våre brukere. Er eget punkt på enhetsmøtene for å huske å oppdatere loggen: [Informasjon/undervisning/rådgivning til rekvisiterer på huset eller PHT 2023, Lab avd. SSA](#) I tillegg har BB SSHF eget dok. som brukes hovedsakelig av med.faglig rådgiver BB: [Registrering av undervisning/rådgivning til rekvisiterer og andre eksterne parter, Immunologi og transfusjonsmedisin SSHF](#)
- Utveksler info med NOKLUS og gir beskjed om situasjoner vi tenker de bør kjenne til. Reetablert «Info gruppe PHT» for å bedre informasjonsflyten til PHT. Gruppen gikk i dvale i 2021 pga. sykefravær og automasjonsprosjektet. Ledes av enh.leder PA
- God kommunikasjon med somatikken på huset. Samarbeider om prosjekter. Eks UC09 og forbruk procalcitonin.

Vurdering - Tiltak	Risiko	Ref nr i HP 2024/050
Vedlikehold Labhåndbok.		Løpende drift
Dokumentere informasjon og rådgivning på huset og til PHT		Løpende driftsoppgave

18. Preanalytisk vikrsomhet

Klinikknivå: Vurderer utfordringer meldt fra avdelings-/enhetsnivå.

Avdelings-/enhetsnivå: Vurderer prøvetakning, superbruker og kontroll på laborietstyr innenfor og utenfor egen avdeling.

Forberedelser/grunnlag for vurdering

Vurdering - Tiltak	Risiko	Ref nr i HP 2024/050
Oppkobling til POC Celerator er fremdeles viktig for å bedre overvåking av instrumenter og brukere. Ble utsatt i 2022 pga. automasjonsprosjektet og er enda ikke helt på plass pga ressurser.		T17
Unngå at vi tar prøver på utdatert prøvetakingsutstyr. Fra 2023 har vi innført logging av lot.nr og utløpsdato. Må vurdere når vi skal kassere utstyr som nærmer seg utløpsdato – eks citratrør. Mangler å få på plass en prosedyre for dette.		T28
Føden har fått eget glukoseinstrument og skal nå lære å ta prøvene og analysere selv.		H-plan PA

19. Rekvisisjon, svarrapportering og krav til prøve


Klinikknivå: Vurderer utfordringer meldt fra avdelings-/enhetsnivå.

Avdelings-/enhetsnivå: Behov for endringer? Tilfredsstillende svarrapportering?

Forberedelser/grunnlag for vurdering

Laget ny papirrekvisisjon i 2022, men den må oppdateres pga endringer i prøvemateriale. Følges opp av IKT gruppen.

Vurdering - Tiltak	Risiko	Ref nr i HP 2024/050
Elektronisk transfusjonskontroll tas i bruk. Pilot på gang på anestesi SSK og SSA.		T02

		Ledelsens gjennomgang 2024 - Lab.avd. SSA			Side: 14 Av: 15
Dokument-id: II.MSK.Lab.SSA.FEL.10.8-4	Utarbeidet av: Avdelingssjef Beate Sommer	Fagansvarlig: Utvidet ledergruppe	Godkjent dato: 12.04.2024	Godkjent av: Avd. leder Beate Sommer	Revisjon: 16.02

Medisinsk serviceklinikk/Laboratorieavdelingen SSA/Fellesdokumenter lab.avd. SSA/Forbedringsarbeid/LGG

20. Eventuelt

Forberedelser/grunnlag for vurdering


<i>Her kan kryssreferanser legges inn fra EK, dokumenter kan legges inn som objekt, eller det kan skrives direkte i feltet.</i>		
Vurdering/Tiltak	Risiko	Ref nr i HP

21. Oppsummering og konklusjon

Fungerer styringssystemet som forutsatt?	OK
Bidrar det til kontinuerlig forbedring av virksomheten?	OK
Er hensikten med denne gjennomgangen oppnådd?	JA
Ved registrering av tiltak i modul for handlingsplan	<i>Hovedsakelig i HP 2024/050</i>

22. Saker som løftes/prioriteres

Samlet vurdering fra LabSSA meldt til LGG LV MSK – HER MÅ VI KOMME MED EN SAMLET VURDERING
<ul style="list-style-type: none"> Ressurser til daglig rutinearbeid, nødvendig fag-, kval- og adm.arbeid og blodproduksjon – 3 stillinger+økt fraværsbudsejtt Prosjektstilling ny Prosangversjon (må sees i sammenheng med alle blodbankene i SSHF før prosjektet starter) Erstatte gamle Trimaer i SSHF; 2 innvilget i 2024 og de siste 3 må erstattes i 2025 Single tube rør fra C-fløyen og egen poliklinikk (1 mill pr rør) Erstatte gammelt osmometer med ett som kan kobles til IKT – 175' Erstatte -35 grader frys på ANA – 100' Lokaler blodtypeserologi og tapperom (1 mill) Bestrålingsenhet – 2 mill Øke ressursene poliklinikken med en luke og et rom som også må bemannes Slutte med internfakturering PNA reagens og syre&base – flytte budsjett (EWS)
Oppgaver i 2024: <ul style="list-style-type: none"> Hente hjem prøver; C-peptid, cyctatin C, preklamsi- prøver; PIGF, sFlt-1, benmarkør; P1NP og lipoproteiner; APO-B, Lp(a). Erstatte gamle Trimaer i SSHF; 2 innvilget i 2024 og de siste 3 må erstattes i 2025 Skifte ut Syre&Base BioFire og hurtigtest TBE Fargemaskin til sternaler, malaria og back up for SP50 og HMS tiltak pga. gimsa er helsefarlig. Sternaler har økt med 52% fra 2022 til 2023. Tot. 123 i 2023 og det tar en time å farge ett utstryk (140') Erstatte gammel plasmatiner (350') Følge opp Trygge Blodlagre prosjektet. Jakte tidstyver; slutte med urin mikro på neg stix og redusere prøverunde kveld fra to til en. Kjøpe inn utstyr til ytterligere automatisering av urinstix avlesning – 78' Fortløpende kost nytte vurdering mht akkreditering og fellesprosedyrer. Tapping og prod. kan utgå pga andre tilsyn. Få på plass elektronisk transfusjonskontroll – pilot anestesi SSA og SSK. 2Cpri morgenrunde prosjekt og 3C pri. Ny organisering sommerferie avvikling 2024 og årsplanlegging ferie 2025

 SØRLANDET SYKEHUS		Ledelsens gjennomgang 2024 - Lab.avd. SSA			Side: 15 Av: 15
Dokument-id: II.MSK.Lab SSA.FEL.10.8-4	Utarbeidet av: Avdelingssjef Beate Sommer	Fagansvarlig: Utvidet ledergruppe	Godkjent dato: 12.04.2024	Godkjent av: Avd. leder Beate Sommer	Revisjon: 16.02

Medisinsk serviceklinikk/Laboratorieavdelingen SSA/Fellesdokumenter lab.avd. SSA/Forbedringsarbeid/LGG

Kryssreferanser:

[II.MSK.FEL.LAB.FEL.KVAL.HAND.2-4](#)
[II.MSK.FEL.LAB.FEL.KVAL.HAND.2-8](#)

[II.MSK.FEL.LAB.FEL.KVAL.HAND.2.b-6](#)
[II.MSK.FEL.LAB.FEL.KVAL.HAND.5.e-1](#)
[II.MSK.FEL.LAB.FEL.LAB.DATA.1.b-11](#)
[II.MSK.FEL.LAB.FEL.LAB.DATA.6.2-15](#)
[II.MSK.FEL.LAB.FEL.IMTRA.FEL-22](#)

[II.MSK.Lab.SSA.FEL.1-1](#)
[II.MSK.Lab.SSA.FEL.1-2](#)
[II.MSK.Lab.SSA.FEL.1-5](#)
[II.MSK.Lab.SSA.FEL.1-6](#)
[II.MSK.Lab.SSA.FEL.1-9](#)
[II.MSK.Lab.SSA.FEL.8-1](#)
[II.MSK.Lab.SSA.FEL.8-2](#)
[II.MSK.Lab.SSA.FEL.8-10](#)
[II.MSK.Lab.SSA.FEL.10-1](#)
[II.MSK.Lab.SSA.FEL.10.3-1](#)
[II.MSK.Lab.SSA.FEL.10.8-1](#)
[II.MSK.Lab.SSA.FEL.10.8-2](#)
[II.MSK.Lab.SSA.FEL.10.8-3](#)
[II.MSK.Lab.SSA.PRE.7-15](#)

[II.MSK.Lab.SSA.ANA.10.2-2](#)

[II.MSK.Lab.SSA.BB.12-1](#)
[II.MSK.Lab.SSA.BB.12-2](#)
[II.MSK.Lab.SSA.BB.12.4-5](#)

[Kvalitetsmål for Laboratorievirksomheten, SSHF](#)

[Oversikt over de viktigste lover, forskrifter og retningslinjer som styrer Laboratorievirksomheten \(LV\), SSHF](#)

[Flytskjema; Informasjon/rådgivningstjeneste til rekvirenter fra Lab.virksomheten, SSHF.](#)

[Prosedyre for Ledelsens gjennomgåelse ved Laboratorievirksomheten SSHF](#)

[ROS - passord rutiner, Laboratorievirksomheten, SSHF](#)

[ROS- Kritisk utstyr Prosang, Laboratorievirksomheten, SSHF](#)

[Registrering av undervisning/rådgivning til rekvirenter og andre eksterne parter, Immunologi og transfusjonsmedisin SSHF](#)

[Årsberetning 2023 Lab.avd.SSA](#)

[Laboratorieavdelingen SSA](#)

[Virksomhetsplan 2025, Lab.avd.SSA](#)

[Etter- og videreutdanningsplan 2024 Lab.avd.SSA](#)

[Leverandører, henvisningslaboratorier og IKT, årlig vurdering av tjeneste, Lab avd SSA](#)

[Sertifisering, resertifisering, etter- og videreutdanning - Lab.avd. SSA](#)

[Kompetansetabell ansatte Lab.avd.SSA](#)

[Informasjon/undervisning/rådgivning til rekvirenter på huset eller PHT 2023, Lab avd. SSA](#)

[Kvalitetsrapport. Laboratorieavdelingen SSA](#)

[Kvalitetsindikatorer og data for overvåking av service og drift, Lab. avd SSA](#)

[Ledelsens gjennomgang 2023, Analytisk enhet, Lab. avd. SSA.](#)

[Ledelsens gjennomgang 2023. Preanalytisk enhet, Lab.avd SSA](#)

[Ledelsens gjennomgang for Blodbank 2023, Lab.SSA](#)

[Årlig vurdering av eksterne leverandører/samarbeidspartnere og henvisningslaboratorier. Preanalytisk enhet. Lab.avd SSA](#)

[ROS analyse ifm. LGG 2021. Vurdering av problemer dersom leveranse av nye instrumenter tar for lang tid \(klinisk kjemi og immunkjemi\), Analytisk enhet, Lab. avd. SSA](#)

[Årlig vurdering av leverandører, henvisningslaboratorier og IKT, Blodbanken SSA](#)

[Årlig vurdering av utstyr, Blodbanken SSA](#)

[Risikovurdering - ved årlig LGG, Blodbanken SSA](#)

Eksterne referanser: