

		<b>Medisinsk serviceklinikk</b>		<b>Generelt dokument</b>
<b>Forbedring, LV SSHF</b>				Side 1 av 2
Dokumentplassering: <b>II.MSK.FEL.LAB FEL.KVAL HAND.5-4</b>	Godkjent dato: <b>29.04.2024</b>	Gyldig til: <b>29.04.2026</b>	Dato endret: <b>29.04.2024</b>	Revisjon: <b>10.00</b>

Medisinsk serviceklinikk/Fellesdokumenter MSK/Laboratoriene fellesdokumenter/Kvalitetshåndbok/Krav til ledelsessystemer

DISTRIBUSJONSLISTE: EK

ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: Revidert i fbm overgang til ISO 15189:2022 (Kap 8.6 Forbedring). Ny tittel "Forbedring. LV SSHF".

## HENSIKT

Dokumentet gir en beskrivelse av ulike forbedringsprosesser i Laboratorievirksomheten (LV).

## OMFANG

Ansatte i LV SSHF.

## BAKGRUNN

I henhold til ISO 15189:2022 kapittel 8.6 Forbedring skal laboratoriene har fokus på kontinuerlig forbedring (8.6.1). Det skal også innhentes tilbakemelding fra laboratoriets pasienter, brukere og personell (8.6.2.).

## AKKREDITERT?

ISO 15189:2022 kapittel 8.6 Forbedring.

## UTFØRELSE

### KONTINUERLIG FORBEDRING

Kontinuerlig forbedring foretas ved å sette kvalitetsmål som måles, evalueres og følges opp med eventuelle tiltak.

Kvaliteten på tjenestene måles og vurderes ved hjelp av bl.a.


- Kvalitetsindikatorer
- Modul for uønskede hendelser
- Interne og eksterne revisjoner
- Forbedringsforslag fra ansatte
- Brukerundersøkelser/tilbakemelding fra brukere
- Risikovurdering
- Kompetanseplan
- Kvalitetsmål

Forbedringsområder velges ut fra der risikoen er størst, og/eller der vi er dårligst. Dette gjøres i egne møter eller i Ledelsens gjennomgang. Tiltak beskrives og følges opp i avdelingsvise handlingsplaner. Der det er nødvendig vurderes virkningen av tiltak ved eventuelt nye målinger, internrevisjon eller andre vurderinger. Tiltak fra handlingsplan som etter evaluering viser seg å ikke være tilfredsstillende videreføres til ny handlingsplan.

Informasjon om forbedringsområder formidles til ansatte gjennom informasjonskriv, møter og møtereferater.

Dokument ID: D29406

Utarbeidet av: <b>Kvalitetsgruppen for Lab. virksomheten SSHF</b>	Fagansvarlig: <b>Kvalitetsgruppen for Lab. virksomheten SSHF</b>	Godkjent av: <b>Per Kristian Andersen</b>	Verifisert av: <b>23.04.2024 - Kvalitetskoordinator Inger Anne Tveit</b>
--	---	--	---

		<b>Forbedring, LV SSHF</b>			<b>Side: 2</b> <b>Av: 2</b>
Dokumentplassering: II.MSK.FEL.LAB FEL.KVAL HAND.5-4	Utarbeidet av: Kvalitetsgruppen for Lab. virksomheten SSHF	Fagansvarlig: Kvalitetsgruppen for Lab. virksomheten SSHF	Godkjent dato: 29.04.2024	Godkjent av: Per Kristian Andersen	Revisjon: 10.00

Medisinsk serviceklinikk/Fellesdokumenter MSK/Laboratoriene fellesdokumenter/Kvalitetshåndbok/Krav til ledelsessystemer

## TILBAKEMELDING FRA LABORATORIETS PASIENTER, BRUKERE OG PERSONELL

For å få informasjon om våre brukeres oppfatning av våre tjenester, og om vi oppfyller deres behov og krav, legges det vekt på å etablere gode kommunikasjonsveier og møteplasser.

Det kan også være aktuelt å utføre brukerundersøkelser ved hjelp av spørreundersøkelser eller intervju med utvalg av brukere. Oppsummering av registreringene som er gjort, og tiltak som er satt i verk etter en brukerundersøkelse skal oppbevares.

De ansatte oppfordres til å komme med forslag til forbedringer. Dette ved hjelp av f.eks. forbedringsforslag i kvalitetsportalen, forslagskasse, møter, medarbeidersamtaler, samtaler i internrevisjoner, o.l.

Rekvirenter og brukere får informasjon blant annet gjennom NOKLUS-konsulenter, Praksisnytt, Laboratoriehåndboka eller foretakets intranettside.

### Vedlegg:

#### Kryssreferanser:

[I.6.2.3-3](#)

[I.6.2.5-2](#)

[II.MSK.FEL.LAB](#)

[FEL.KVAL HAND.5-](#)

[5](#)

[II.MSK.FEL.LAB](#)

[FEL.KVAL](#)

[HAND.5.a-1](#)

[II.MSK.FEL.LAB](#)

[FEL.KVAL](#)

[HAND.5.c-1](#)

[Internrevisjon - gjennomføring](#)

[Kontinuerlig forbedring - A3 mal](#)

[Evaluering - LV SSHF](#)

[Dokumentstyring - LV SSHF](#)

[Mal - Kvalitetsindikatorer, Laborativirksomheten SSHF](#)

#### Eksterne referanser: