

Kvalitetsmål for Laboratorievirksomheten, SSHF

Side 1 av 5

Dokumentplassering:

II.MSK.FEL.LAB FEL.KVAL HAND.2-4

Godkjent dato:

26.09.2024

Gyldig til:

[]

Dato endret:

26.09.2024

Revisjon:

22.00

Medisinsk serviceklinikk/Fellesdokumenter MSK/Laboratoriene fellesdokumenter/Kvalitetshåndbok/Strukturelle og styringsmessige krav

DISTRIBUSJONSLISTE: EK,

ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: Vurdering av kvalitetsmål for 1. halvår 2024. Dokument endret etter innspill etter 2023 gjennomgangen. Lagt til Kompetanseportal som måleverktøy i punkt 1.3 og 2.3. Punkt 1.3 LIS og bioingniørutdanning. Punkt 2.3 Opprettholdelse av revisorkompetanse. Punkt 3.2 Bidrag i kliniske forskningsstudier.

HENSIKT

Sikre god faglig kvalitet av tjenester fra Laboratorievirksomheten (LV) SSHF. Ledergruppen er informert om og vurderer helhetlig status av oppnåelse av kvalitetsmålene.

MÅLGRUPPE

Laboratorievirksomheten SSHF

FREM GANGSMÅTE

Ledergruppen i Laboratorievirksomheten SSHF skal halvårlig utarbeide status for oppnåelse av kvalitetsmål samlet for Laboratorievirksomheten. Kvalitetsmålene vurderes til **Grønn** = generelt god måloppnåelse. **Gul** = mindre god måloppnåelse, kommenteres og tiltak vurderes. **Rød**: ikke tilstrekkelig måloppnåelse, kommenteres og tiltak dokumenteres.

Kvalitetsmål	Måleverktøy	Målefrekvens	System	Status			Ansvar
				1.halvår-24	2.halvår-24	Kommentar	
SSHF Strategimål:							
1. Kvalitet i pasientforløpet							
1.1 Godkjent akkreditering iht ISO NS 15189	Ekstern revisjon	Årlig				01/24: Godkjent akkreditering. Ønsker bedømming etter ny ISO 15189:2022 i uke 37	Avdelingssjef/ kvalitetskoordinatorer
1.2 LV skal levere pålitelige analysetjenester og blodprodukter av høy kvalitet	Analysar: Rapporter fra aktuelle SLP	Halvårlig Status i ledermøter/LGG.					Avdelingssjef/ kvalitetskoordinatorer
	Blodprodukter: Statistisk prosesskontroll	Månedlig gjennomgang i hver Blodbank					Avdelingssjef blodbanker

DokumentID:D34592

Utarbeidet av: Klinikkdirektør Siri Tønnessen	Fagansvarlig: Ledergruppen i lab. virksomheten	Godkjent av: Per Kristian Andersen	Verifisert av: 25.09.2024 - Kvalitetskoordinator Inger Anne Tveit
---	--	--	---

Dokumentplassering:
 II.MSK.FEL.LAB FEL.KVAL.HAND.2-4

 Utarbeidet av:
 Klinikkdirktør Siri Tønnessen

 Fagansvarlig:
 Ledergruppen i lab. virksomheten

 Godkjent dato:
 26.09.2024

 Godkjent av:
 Per Kristian Andersen

 Revisjon:
 22.00

Medisinsk serviceklinikk/Fellesdokumenter MSK/Laboratoriene fellesdokumenter/Kvalitetshåndbok/Strukturelle og styringsmessige krav

Kvalitetsmål	Måleverktøy	Målefrekvens	System	Status			Ansvar
				1.halvår-24	2.halvår-24	Kommentar	
	Klagegjennomgang	Årlig	Kvalitetsportalen Public				Avdelingssjef/ kvalitetskoordinatorer
1.3 Opparbeide og opprettholde kompetanse: Sertifisering og resertifisering LIS utdanning Bioingeniørutdanning	Kompetanseportalen	Årlig Rapportering i LGG LV	Kompetanseportalen			01/24: Kvaliteten er god, ønsker flere LIS.	Avdelingssjef
1.4 Laboratoriehåndboken - skal gi oppdatert informasjon til rekvirentene	Henvendelser på e-post arkiveres kontinuerlig	Årlig Rapportering i LGG LV	Alle nyhetssaker arkiveres i Public360. Nye metodebøker logges i Sunsoft.			01/24: Vurdert i møte red. kom. 15.09.24.	Redaksjonskomiteen LV
1.5. Gjennomføre overordnet rapportering på status vedr kvalitet som sikrer et godt kvalitetssystem i LV. Skal inneholde: <ul style="list-style-type: none"> ○ Risikovurderinger ○ Uønskede hendelser ○ Revisjoner ○ Eksterne tilsyn 	Gjennomgang fra avdelingene, dokumenteres i referater.	Årlig hoved-rapportering i LGG.					Avdelingssjef
SSHF Strategimål 2. Ledelse, organisering og kultur							
2.1 Prosedyrer i LV skal følge aktuelle lover, forskrifter og avtaler innen feltet som beskrives	Internrevisjon Kontinuerlig- ved oppfølging av endringer i Lovdata	Årlig	Rapportering i LGG LV				Kvalitetsgruppen Videre oppfølging: avdelingssjef
2.2 God og likeverdig service på tvers av avdelinger	Felles metoder og prosedyrer i LV. Revisjoner innen fagfelt på tvers.	Halvårlig Status i ledermøter	Kvalitetsportalen				Avdelingssjef
2.3 Sikre tilstrekkelig opplærte og erfarne revisorer i LV	Deltakelse i interne SSHF kurs for nye revisorer.		Kompetanseportalen og kvalitetshåndboken				Avdelingssjef

Dokumentplassering:
 II.MSK.FEL.LAB FEL.KVAL.HAND.2-4

 Utarbeidet av:
 Klinikkdirktør Siri Tønnessen

 Fagansvarlig:
 Ledergruppen i lab. virksomheten

 Godkjent dato:
 26.09.2024

 Godkjent av:
 Per Kristian Andersen

 Revisjon:
 22.00

Medisinsk serviceklinikk/Fellesdokumenter MSK/Laboratoriene fellesdokumenter/Kvalitetshåndbok/Strukturelle og styringsmessige krav

Kvalitetsmål	Måleverktøy	Målefrekvens	System	Status			Ansvar
				1.halvår-24	2.halvår-24	Kommentar	
Opprettholdelse av revisorkompetanse hver 2. år	Kompetanseportalen						
2.4 Bruk av endringskontroll og kvalitet på endringer Sikre at endringer i LV følges opp med endringskontroll	Internrevisjon Vurderes i sjekklisterrevisjon for mai under «Forebyggende tiltak»	Årlig	Kvalitetsportalen				Kvalitetsgruppen
2.5 Forankring av kvalitetssystemet i LV's ledelse	Dokumentert gjennomgang av Sjekklisterrevisjon ledelse, november - mai, Laboratorievirksomheten SSHF på klinikknivå	Årlig					Leder av kvalitetsgruppen/ klinikkdirktør
	Gjennomgang av kvalitetsindikatorer i ledermøter i LV	Kvartalsvis Status i ledermøter					Leder av kvalitetsgruppen
2.6 LV skal sikre et godt arbeidsmiljø, legge til rette for gode samarbeidsformer og inneha en hensiktsmessig organisering	Oppfølging av Forbedring inkl medarbeidersamtaler. Vernerunder Sikre at samarbeidsavtalen med TV følges opp. Vurdering av organisering i LGG.	Årlig					Avdelingssjef og Klinikkdirktør
2.7 Riktig bruk av tjenester, rett service til rett tid, med god kvalitet og med respekt for pasient og prøvemateriale, inkl dialog med brukere	Kontinuerlig bruk av definerte kvalitetsindikatorer	Årlig Rapportering i LGG LV Kvartalsvis Status i ledermøter				01/24: Gjennomgås i ledermøter 4g. per år	Avdelingssjef/ kvalitetskoordinatorer
	Utdatering av blodprodukter	Månedlig				01/24: Gjennomgås i ledermøter 4g. per år	Avdelingssjef blodbanker
	MSK deltar i ulike fora på tvers av klinikker	Årlig				01/24: Deltar i faglige fora	Avdelingssjef/ klinikkdirktør
	Klinikkledelse fra andre klinikker deltar i ledermøter i MSK	Årlig				01/24: To deltakelser første halvår	Avdelingssjef/ klinikkdirktør

Dokumentplassering:
 II.MSK.FEL.LAB FEL.KVAL HAND.2-4

 Utarbeidet av:
 Klinikkdirktør Siri Tønnessen

 Fagansvarlig:
 Ledergruppen i lab. virksomheten

 Godkjent dato:
 26.09.2024

 Godkjent av:
 Per Kristian Andersen

 Revisjon:
 22.00

Medisinsk serviceklinikk/Fellesdokumenter MSK/Laboratoriene fellesdokumenter/Kvalitetshåndbok/Strukturelle og styringsmessige krav

Kvalitetsmål	Måleverktøy	Målefrekvens	System	Status			Ansvar
				1.halvår-24	2.halvår-24	Kommentar	
2.8 LV bidrar i utdanning av helsesekretærer, bioingeniører og LIS	Antall bacheloroppgaver. Antall praksisplasser og, eller studenter	Årlig				01/24: Avdelingene leverer inn oppgaver til UiA	Avdelingssjef
SSHF Strategimål 3. Forskning, nyskaping og innovasjon							
3.1 Opprettholde/utvikle kompetanse: Deltakelse på tilstrekkelige interne og eksterne kurs, og brukermøter, for etablering og opprettholdelse av rett kompetanse. Det skal finnes oppdaterte planer for etter og videreutdanning per avdeling.	Deltakere på kurs, brukermøter og hospitering. Rapportering i LGG på hvilke prioriteringer som er gjort og om enkelte fagområder er i risiko for manglende kompetanse.	Årlig				01/24: For lavt kursbudsjett i avdelingene <u>For 2025:</u> Vurdere å legge til punkt om videreutdanning	Avdelingssjef
3.2 Deltakelse i forbedringsprosjekt og bidrag kliniske forskningsstudier	Følge antall kliniske studier med deltakelse fra LV.	Årlig					Avdelingssjef
	Forbedringsprosjekt, mål om minst ett forbedringsprosjekt per avdeling årlig	Årlig					Avdelingssjef
SSHF Strategimål 4. Teknologi og bygg							
4.1 IKT: Nedetid av fagsystemene i klinikken. Mål om at systemene skal være tilgjengelig for brukerne 100 % av tiden. Mål på 99,9% oppetid (<0,1% nedetid).	Det rapporteres antall ganger det har vært stopp og omfanget rapporteres i avvikssystem ved uforutsette hendelser	Årlig i LGG				01/24: Mye nedetid og bruk av manuelle rutiner. Hovedårsak problemer med nettverk og ikke fagsystemene i seg selv.	IKT gruppen LV
4.2 Utstyr: Avdelingene har hensiktsmessig og moderne utstyr av god standard. Avdelingssjef melder inn behov til investeringer årlig.	Status innmeldte investeringsbehov i forhold til vedtatte investeringer	Halvårlig i klinikk møter MSK				01/24: Meldt betydelig behov for utskiftning av utstyr til investeringsutvalget SSHF. Lite innvilget investeringsmidler.	Avdelingssjef Spesialrådgiver i stab

Dokumentplassering:
 II.MSK.FEL.LAB FEL.KVAL HAND.2-4

 Utarbeidet av:
 Klinikkdirktør Siri Tønnessen

 Fagansvarlig:
 Ledergruppen i lab. virksomheten

 Godkjent dato:
 26.09.2024

 Godkjent av:
 Per Kristian Andersen

 Revisjon:
 22.00

Medisinsk serviceklinikk/Fellesdokumenter MSK/Laboratoriene fellesdokumenter/Kvalitetshåndbok/Strukturelle og styringsmessige krav

Kvalitetsmål	Måleverktøy	Målefrekvens	System	Status			Ansvar
				1.halvår-24	2.halvår-24	Kommentar	
						Uendret fra 2. halvdel 23. Utfordrende å få innkjøper fra Sykehusinnkjøp	

Kryssreferanser:
[II.MSK.FEL.LAB FEL.KVAL HAND.5-1](#)
[II.MSK.FEL.LAB FEL.KVAL HAND.5.d-2](#)
[II.MSK.FEL.LAB FEL.KVAL HAND.5.d-8](#)
[II.MSK.FEL.LAB FEL.KVAL HAND.5.d-13](#)
[Kvalitetsledelsessystem - LV SSHF](#)
[Oversikt over revisorer i Laboratorievirksomheten, SSHF](#)
[Sjekklisterevisjon mai, Laboratorievirksomheten SSHF](#)
[Sjekklisterevisjon ledelse, november - mal, Laboratorievirksomheten SSHF](#)
Eksterne referanser: