

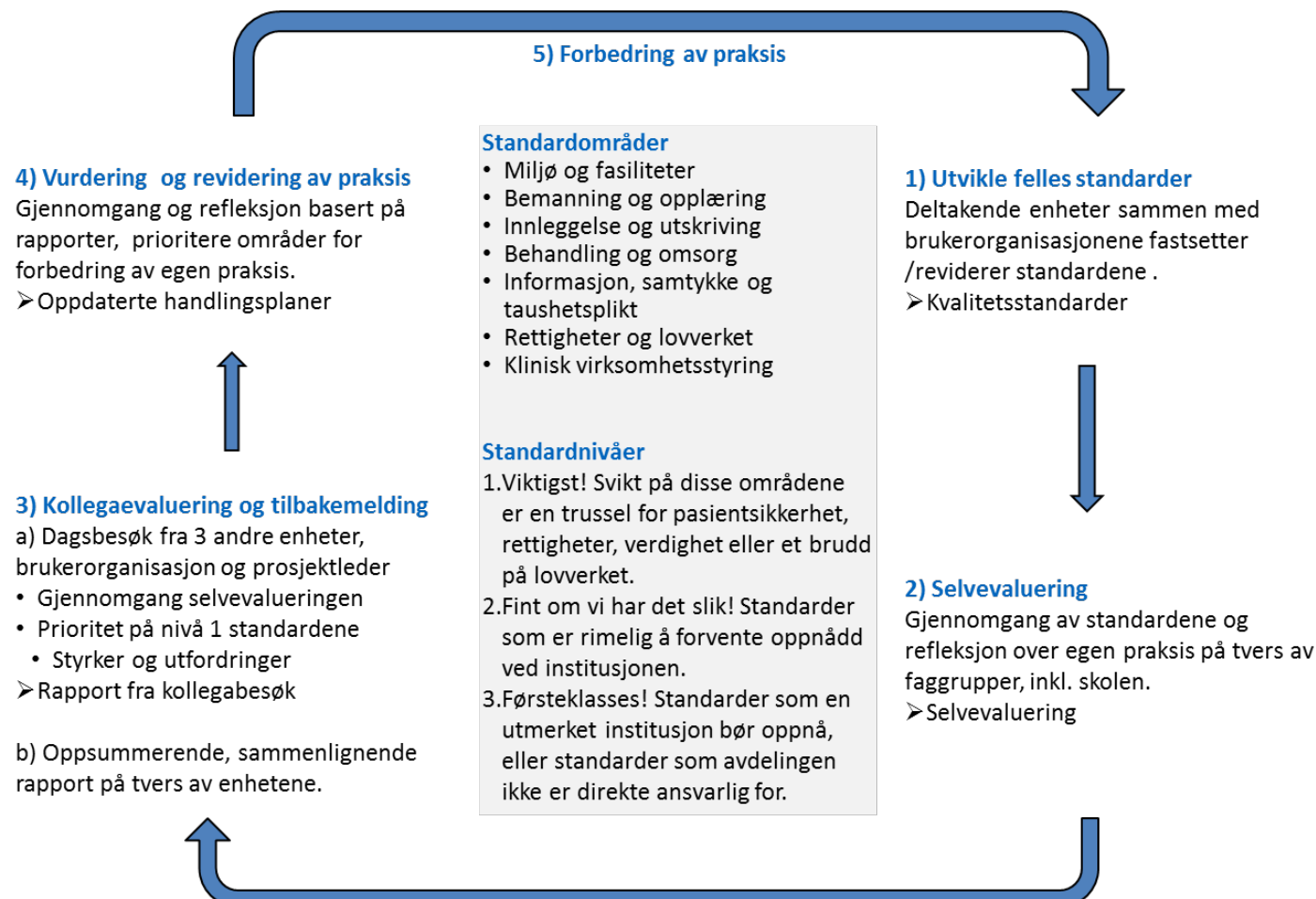
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten



KvIP: Kvalitet i institusjonsbehandling - barn og unge

«Sammen blir vi bedre» – et lærende nettverk i praksis



KVIP – Kvalitet i institusjon psykisk helsevern

Vi har delt kvalitetsarbeidet i følgende områder:

- miljø og fasiliteter
- bemanning og opplæring
- innleggelse og utskriving
- behandling og omsorg
- informasjon, samtykke og taushetsplikt
- rettigheter og lovverket
- klinisk virksomhetsstyring

Kvalitetsstandarder

- 228 konkret definerte krav
- utviklet på bakgrunn av hva lovverk, veiledere, retningslinjer med mer, stiller som krav til tjenesten.
- listen inneholder også krav som ansees som beste praksis på området, basert på forskning og evidens hvor det finnes

Eksempler på krav er

- «Avdelingen kan tilby overnatting for pårørende»
- «Mestringsplan er utarbeidet sammen med pasienten når det er mulig»
- «I etterkant av en holdeepisode / fysisk grensesetting / bruk av tvang bruker de ansatte tid med pasienten og reflekterer i fellesskap om episoden.»

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

- Ny forskrift fra 1. januar 2017, erstatter internkontrollforskriften
- Veileder til forskriften gir råd og praktiske eksempler på hvordan etterleve forskriften
- Forskriften har som mål å bidra til at tjenestene oppfyller pasientenes behov og kravene som stilles i lovverket, og at tjenesten vurderer dette kontinuerlig, dvs ikke som et prosjekt eller en gang imellom, men i selve arbeidsprosessen.

Plikten til å ...

- § 6: Planlegge
- § 7: Gjennomføre
- § 8: Evaluere
- § 9: Korrigere

§ 6. *Plikten til å planlegge*

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) ha **oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering**. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten
- b) innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene
- c) ha **oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere**, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten
- d) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er **risiko for svikt** eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er **behov for vesentlig forbedring** av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten

§ 6. *Plikten til å planlegge*

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

e) planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt

f) ha **oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring**

g) ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

§ 7.Plikten til å gjennomføre

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

a)sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres

b)sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet

c)utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

d)sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes

e)sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.

§ 8.Plikten til å evaluere

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a)kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres
- b)vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- c)evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen
- d)vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer*
- e)gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges
- f)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.*

§ 9.Plikten til å korrigere

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

a)rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold

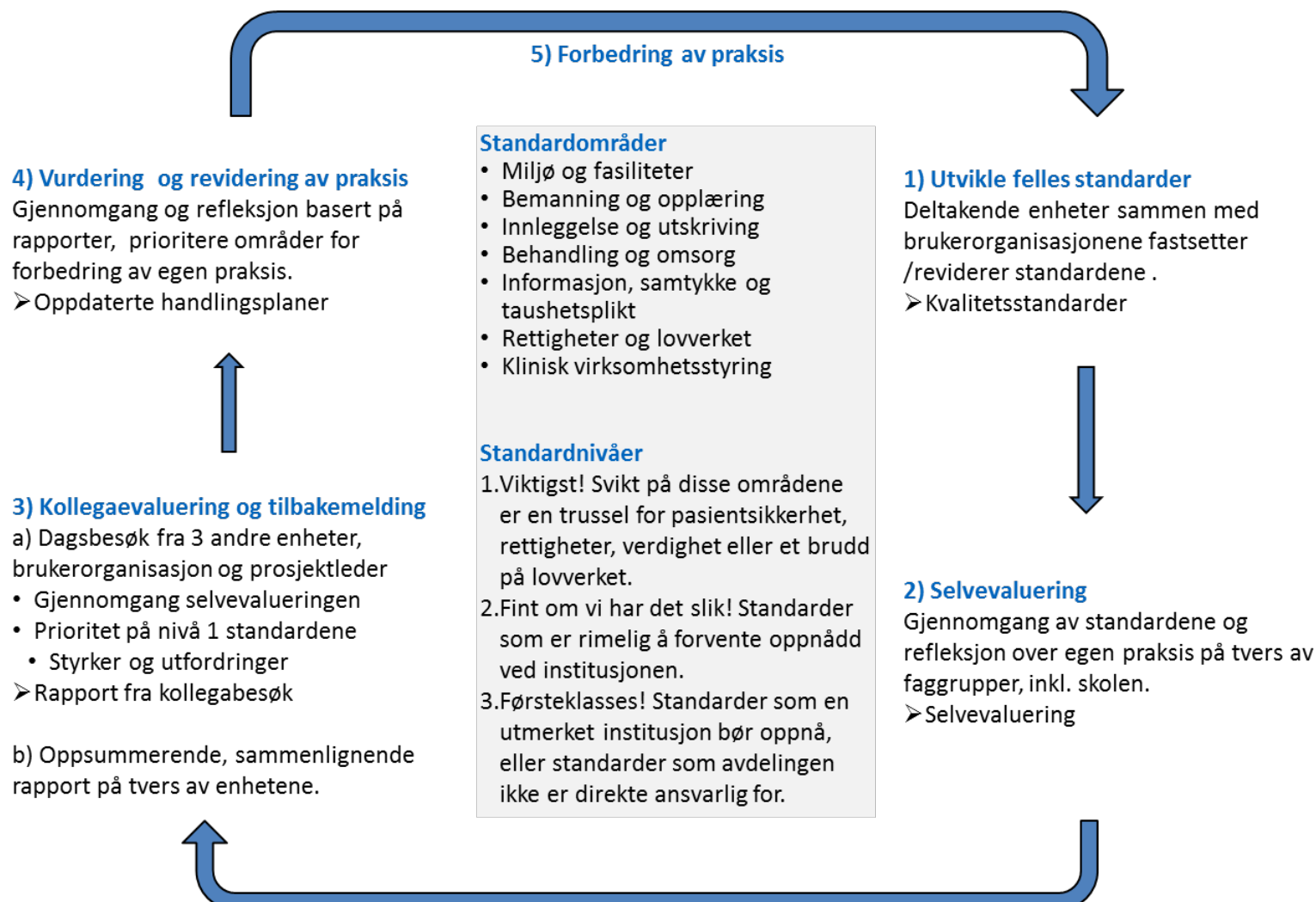
b)sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at **systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres**.

c)forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Søkt midler – Extrastiftelsen

- Oppfyller metoden vi benytter i nettverket kravene til kvalitetssystem slik de er beskrevet i «» Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten»?
- Hvis den ikke tilfredsstillter kravene, hvilke endringer bør gjøres for at metoden kan oppfylle kriteriene.

KvIP: Kvalitet i institusjonsbehandling - barn og unge



Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) (St. Meld 11)

11.6 Nasjonalt nettverk for fagrevisjon

Fagrevisjon, «clinical audit» eller «peer review», som det også kalles, innebærer en gjennomgang av sykehusets praksis på et eller flere fagområder av eksterne fagfolk med kompetanse på området. Gjennomgangen skal avklare om pasientbehandlingen skjer i tråd med god praksis. Målsettingen er å lære av hverandre og få råd og veiledning, ikke kontroll eller sanksjoner.

11.5 Sertifisering av sykehus

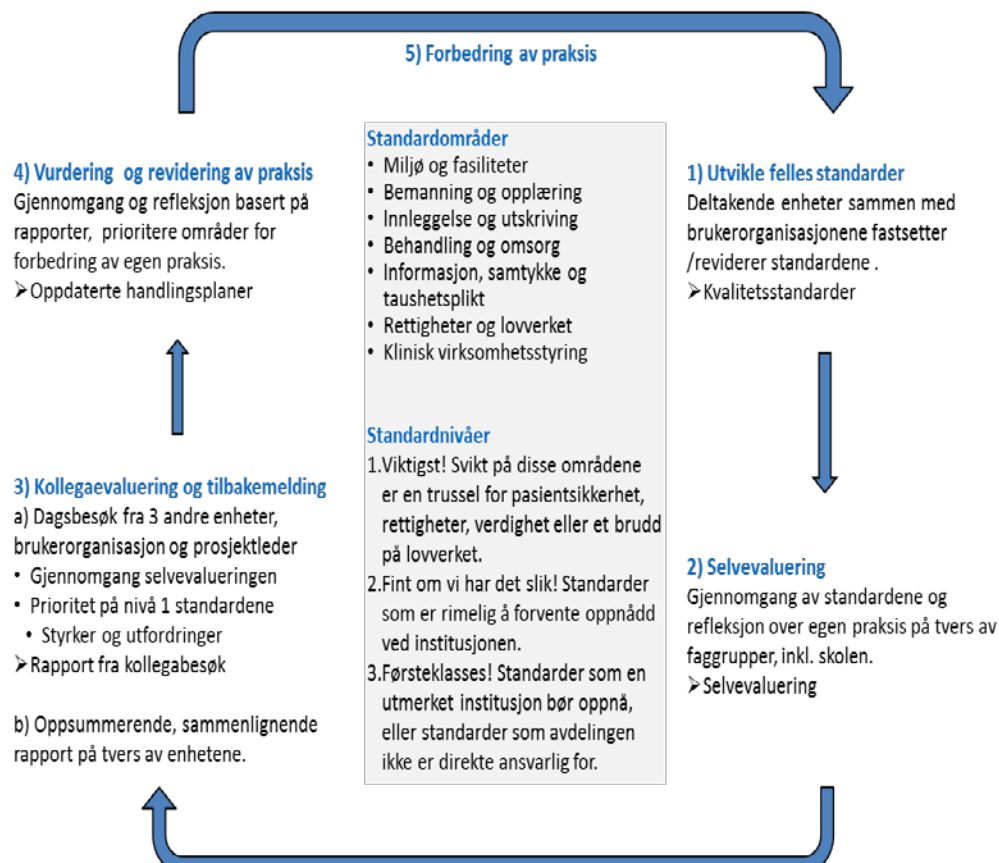
- Det overordnede formålet med å stille krav om kvalitetssertifisering av norske sykehus er å gjøre virksomheten bedre i stand til å levere gode og sikre tjenester til pasienter og brukere.
- Sentrale virkemidler i en sertifiseringsprosess er å samle prosedyrer og rutiner i et felles system, sikre oversikt og tilgang til lover, forskrifter og andre normative dokumenter som regulerer virksomheten, sikre at pasientbehandling er kunnskapsbasert, ha oversikt over risikoområder, avklare roller og ansvar hos personellet og nyttiggjøre seg tilbakemeldinger fra pasienter og brukere.
- En sertifiseringsprosess skal stimulere til å nå mål og resultater og skal lette arbeidet med styring av kvalitet og pasientsikkerhet, og er ikke en tilsynsordning med kontroll og sanksjoner.
- Sertifiseringsordninger – alternative løsninger;
 - a) Tilsynsmyndighetene sertifiserer
 - b) Ny nasjonal enhet for intern revisjon (NEIR) sertifiserer
 - c) Kommersielle selskaper sertifiserer

KvIP: Kvalitet i institusjonsbehandling - barn og unge

«Sammen blir vi bedre»
– et lærende nettverk i praksis

Ett skritt i riktig retning?

Ett nyttig verktøy som gjør det
enklere å oppfylle lovkrav?



Takk for meg