

|                                                                                               |                                                                        |                                         |                                      |            |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|------------|------------|
|  HELSE FØRDE | Kontinuerleg forbetring av kvalitetsstyringssystemet                   |                                         | Dokument-id: D22224                  |            |            |
|                                                                                               |                                                                        |                                         | Prosedyre                            |            |            |
| Organisasjon<br>Kvalitetsstyringssystemet<br>Forbetring                                       | Utarbeidd av<br>Seniorrådgjevar Janny Strøm/Spesialrådgjevar Vidar Vie | Godkjent av<br>Administrerende direktør | Versjon                              | Gyldig frå | Rev. innan |
|                                                                                               |                                                                        |                                         | 1.01                                 | 21.12.2017 | 21.12.2019 |
|                                                                                               |                                                                        |                                         | EK-ansvarleg<br>Vie, Vidar Atle John |            |            |

## 1 Føremål og omfang

Føremålet med prosedyren er å sikre at Helse Førde kontinuerleg forbetrar prosessar i kvalitetsstyringssystemet, gjennom analyse og evaluering av prestasjonar, internrevisjonar og leiinga sin gjennomgang. Nødvendige tiltak skal implementerast for å oppfylle krav til forsvarlege helsetenester, og kvalitetsstyringssystemet, og mål om å oppnå tilfredse brukarar og andre interessepartar.

Denne prosedyren gjeld for føretaksleiinga, spesialrådgjevar for administrerende direktør, og alle tilsette i Helse Førde.

## 2 Framgangsmåte

### 2.1 Ansvar

Det er administrerende direktør sitt ansvar at kvalitetsstyringssystemet til Helse Førde fungerer som det skal, og at føretaket driv kontinuerleg forbetring. På same måte er det leiarar for klinikkar, avdelingar, seksjonar og einingar sitt ansvar at kvalitetsstyringssystemet vert følgt opp på deira område, og at det vert sett i gong forbetringar og tiltak der.

### 2.2 Generelt

Overvaking, måling, analyse og evaluering skal sikre at prestasjonar er i samsvar med kvalitetspolitikk, kvalitetsmål, og vedteken handlings- og tiltaksplan. Når evalueringa syner at resultata ikkje er i samsvar med krav, skal det treffast nødvendige tiltak for å forbetre resultat og prosessar. Vidare for å møte framtidige behov og forventingar hjå brukarar og interessepartar. Tiltaka skal korrigere, forhindre og redusere uønska verknader, og forbetre prestasjonar og verknaden av kvalitetsstyringssystemet.

### 2.3 Avvik frå forventa resultat og måloppnåing og korrigerande tiltak

Når det oppstår avvik, inklusive alle som oppstår ved klager, skal organisasjonen:

- Reagere på avviket, og viss aktuelt:
  - treffe tiltak for å styre og korrigere det
  - handtere konsekvensane
- Evaluere behovet for tiltak for å eliminere årsakene til avviket, slik at det ikkje gjentek seg eller oppstår ein annan stad, ved å:
  - gjennomgå og analysere avviket
  - bestemme årsakane til avviket
  - bestemme om liknande avvik finst, eller kan tenkast å oppstå
- Implementere tiltak som måtte vere nødvendig
- Gjennomgå verknaden av dei iverksette korrigerande tiltak
- Oppdatere risikoar og mogelegheitast bestemt under planlegging, om nødvendig
- Gjere endringar i kvalitetsstyringssystemet, om nødvendig

Korrigerande tiltak skal vere tilpassa verknadene av dei avdekkte avvika og skal dokumenterast. I Helse Førde oppstår det avvik på mange område, som til dømes i pasientbehandling, innan HMS, økonomi, IKT, og på teknisk utstyr. Hovudsystemet for avvikshandtering skal skje i Synergi, sjå [Handsaming av uønska hendingar / avvik i Synergi](#)



## 2.4 Intern revisjon av kvalitetstyringssystemet

Føretaket skal kontinuerleg forbetre «egnetheten» og verknaden av kvalitetsstyringssystemet. Det skal gjennomgåast årleg, og skal vere tema i den årlege revisjonsplanen i føretaket, for å sikre at systemet er føremålstenleg og i samsvar [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) og ISO 9001:2015.

## 3 Referansar

### Interne referansar

- [ORG-KSS.06.01-1](#)    Overvaking, måling, analyse og evaluering
- [ORG-KSS.06.03-1](#)    Leiinga sin gjennomgang
- [ORG-TILSYN.02-1](#)    Flytskjema for avvikshandtering i Helse Førde
- [ORG-TILSYN.02-3](#)    Handsaming av uønska hendingar / avvik i Synergi
- [ORG-TILSYN.02-8](#)    Handbok i årsaksanalyse etter uønskte hendingar

### Eksterne referansar

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)

|                                                                                                      |                                                         |                                         |                     |                                      |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------|--------------------------------------|--------------------------|
|  <b>HELSE FØRDE</b> | <b>Forbetringsmetodikk</b>                              |                                         | Dokument-id: D22862 |                                      |                          |
|                                                                                                      |                                                         |                                         | Prosedyre           |                                      |                          |
|                                                                                                      | Organisasjon<br>Kvalitetsstyringssystemet<br>Forbetring |                                         | Versjon<br>1.00     | Gyldig frå<br>13.02.2018             | Rev. innan<br>13.02.2020 |
| Utarbeidd av<br>Seksjonsleiar Kari Furevik, KOP                                                      |                                                         | Godkjent av<br>Administrerende direktør |                     | EK-ansvarleg<br>Furevik, Kari Holvik |                          |

## 1 Føremål og omfang

Føremålet med prosedyren er å skildre metode for forbetring som Helse Førde legg til grunn i alt sitt forbetringsarbeid, prosjekt og utviklingarbeid uavhengig av fagområde. Metoden skal sikre forankring, involvering og gjennomføring. Prosessforståing og kunnskap om egne prosessar er eit sentralt utgangspunkt for å oppnå forbetringar.

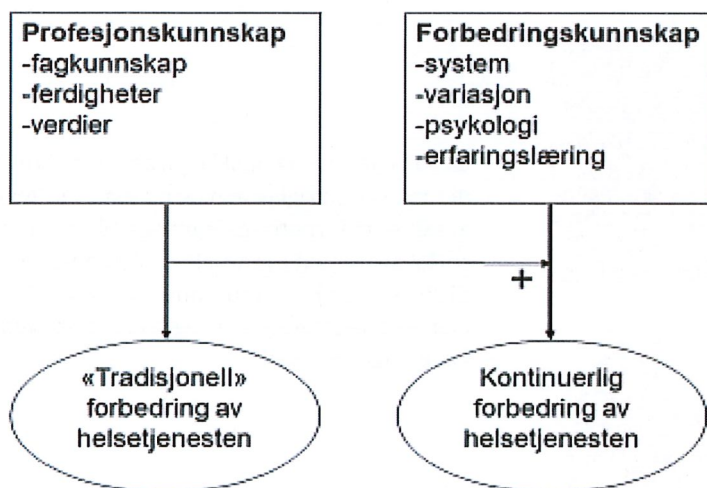
Denne prosedyren gjeld alle tilsette i Helse Førde.

## 2 Framgangsmåte

Målet er å forbetre arbeidsmetodar, organisasjonsstruktur, organisasjonskultur og behandlinglinjer systematisk og kontinuerleg innanfor gitte rammer frå styresmakter og eigar, og sikre at Helse Førde er ein lærande organisasjon.

### 2.1 Viktige prinsipp

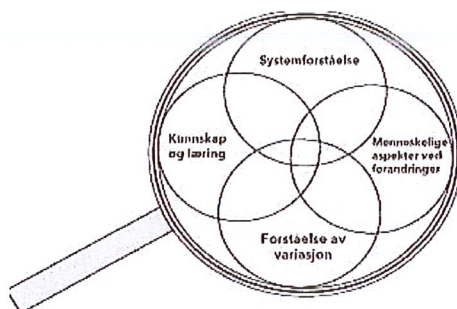
- Dei som eig utfordringane er med å løyse dei.
- Det er linja (leiarlinja) som eig og leiar prosjekta. Slik sikrar vi at medarbeidarar som kjenner utfordringane best, nyttar sine kunnskapar til å vidareutvikle den faglege kvaliteten og sikrar pasienttryggleik.
- Partssamarbeid. Medarbeidarar, leiarar, tillitsvalde, vernetenesta og brukarar skal delta så langt dette let seg gjere. Andre samarbeidspartar som kommunar, eller andre, skal inkludrast der det er naturleg.
- Bruk av tverrfaglege team/arbeidsgrupper/prosjektgrupper.



Stoltz & Batalden 1993



Forbetringsmetodikk bygger på teorien «System og profound knowledge» (W. Edward Deming)

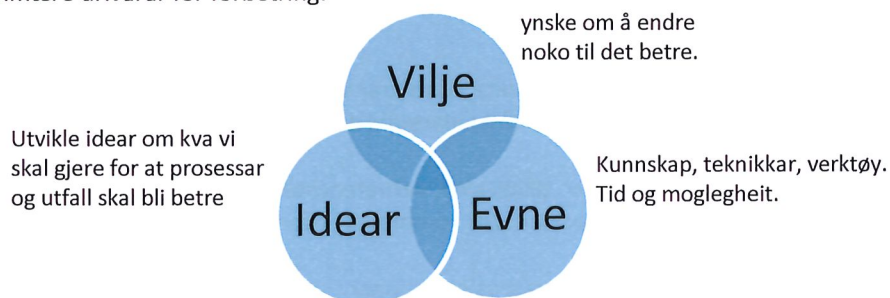


Ved å sjå på utfordringsbilde vårt gjennom linsa, og gjennom kvart av dei fire områda, kan analysere og forstå det betre slik at det er lettare å gjere noko med det.

Linsa er sett saman av fire hovud-dimensjonar eller område:

- Forståing for verksemda og tenester som **system**
- Forståing for **variasjon** i prosessar
- Forståing for korleis vi skapar **læring og bygger kunnskap** om systemet vårt, og korleis vi skal **endre**, og korleis gjere endringar i dette systemet.
- Forståing for **menneskelege aspekt** i endringsprosessar.

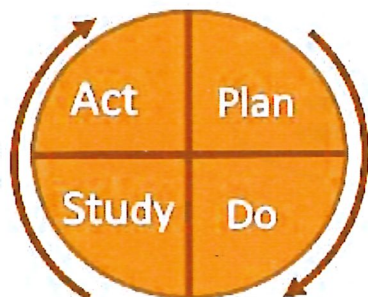
Primære drivarar for forbetring:



## 2.2 Metode



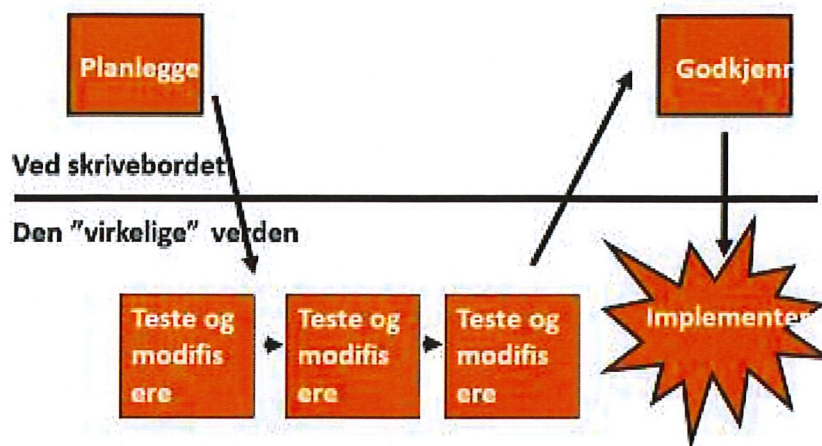
Eit forbetrings- og utviklingarbeid må formulere målsetting, det må vere mogleg å måle på ein eller fleire måtar, at ein ser at det er ei forbetring. Framlegg til endringar bør testast ut i småskala før ein eventuelt implementerer eller vidarefører det til større område. Tradisjonell implementering er ofte at ein planlegg, drøftar, høyrer og godkjenner ved «skrivebordet» før ein implementerer.



(Longley and Nolan)



Ved å nytte forbetringsmetodikk vil implementering ved testing sjå meir slik ut:



### 2.3 Ulike verktøy

I forbetrings- og utviklingsarbeid er der ei rekke verktøy og teknikkar som kan nyttast. Til dømes:

- Prosesskartlegging
- Flytskjema
- Drivardigram
- PDSA - småskaletesting
- Ulike program og verktøy for å framstille målingar (SPSS, excel, life QI, extranett mm)
- SWOT-analyse
- Forbetringstavler
- Risiko og beslutningstavler
- Årsak verknadsdiagram (Fiskebeinsdiagram)
- Paretodiagram
- Nominell gruppeteknikk – NGT

## 3 Referansar

### Interne referansar

- |                                 |                                           |
|---------------------------------|-------------------------------------------|
| <a href="#">ORG-KSS.04.01-5</a> | Organisasjonen sin kunnskap og kompetanse |
| <a href="#">ORG-KSS.07-3</a>    | Partssamarbeid om prosjekt                |
| <a href="#">ORG-KSS.07-4</a>    | Prosesskartlegging                        |

### Eksterne referansar

- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)



|                                                                                               |                                                                    |                                                                         |                                         |                 |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------|--------------------------|
|  HELSE FØRDE | Leiinga sin gjennomgang                                            |                                                                         | Dokument-id: D22225                     |                 |                          |
|                                                                                               |                                                                    |                                                                         | Prosedyre                               |                 |                          |
|                                                                                               | Organisasjon<br>Kvalitetsstyringssystemet<br>Prestasjonsevaluering | Utarbeidd av<br>Rådgjevar Ibtisam<br>Rawdhan/spesialrådgjevar Vidar Vie | Godkjent av<br>Administrerende direktør | Versjon<br>1.04 | Gyldig frå<br>21.12.2017 |
|                                                                                               |                                                                    | EK-ansvarleg<br>Rawdhan, Ibtisam Taha Rawdhan                           |                                         |                 |                          |

## 1 Føremål og omfang

Kvalitetsstyringssystemet i føretaket skal gjennomgåast årleg, for å sikre at det til ei kvar tid er føremålstenleg, i samsvar med gjeldande lover og føreskrifter, og i kontinuerleg forbetring. Prosedyren gjeld for øvste leiing og den ansvarlege for kvalitetsstyringssystemet i Helse Førde.

## 2 Framgangsmåte

### 2.1 Ansvar

Administrerende direktør, og den han peikar ut til gjennomføringa, er ansvarleg for at leiinga sin gjennomgang vert utført etter planen. Det same gjeld direktør for klinikk når det gjeld leiinga sin gjennomgang der.

Organisasjonen elles pliktar å legge til rette, og medverke til at, informasjonen som krevst vert strukturert og kjem på plass til leiinga sin gjennomgang (LGG).

### 2.2 Område og tidspunkt

Leiinga sin gjennomgang skal gjennomførast på Helse Førde-nivå to gonger årleg i mars og november.

### 2.3 Grunnlag for gjennomgåinga

- Status for korrigerande og førebyggjande tiltak frå tidlegare gjennomgåingar
- Endring i behov og forventingar frå interessepartar, og endringar i samarbeid med desse
- Informasjon om prestasjonar og verknader av KSS, inklusiv trendar innanfor;
  - Kvalitetsmål; I kva grad mål og delmål er oppnådd
  - Kvalitetsstyringssystemet i klinikkane; forankring, risikovurderingar, endringar m.m.
  - Resultat av overvaking og måling
  - Tilfredsheit hos pasientar, brukarar, pårørande og andre interessentar, førespurnader frå eksterne, inklusive klager
  - Avvik og korrigerande tiltak
  - Revisjonsresultat
  - Eksterne leverandørar sine prestasjonar
  - Tilstrekkeleg ressursar i føretaket, herunder verksemda sin kompetanse og kapasitet
  - Verknad av tiltak treft for å ta omsyn til risikoar og moglegheiter (sjå [Tiltak for å ta omsyn til risikoar og moglegheiter](#))
  - Vurdering av samsvar med bestilling i styringsdokument
  - Vurderingar av prosessar sin prestasjon, og samsvar med lovbestemte krav og andre krav, som føretaket pålegg seg t.d.: Nasjonale faglege tilrådingar, Pasienttryggleiksprogrammet osv.
- Planlagde og mogelege endringar i (inkludert påpeiking av behov):
  - Tenestetilbodet
  - Prosessane (t.d. pasientforløp)
  - Kvalitetsmål
  - Sjølve kvalitetsstyringssystemet



|                                                                                                      |                                |                     |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------|-----------------|
|  <b>HELSE FØRDE</b> | <b>Leiinga sin gjennomgang</b> | Dok. id.:<br>D22225 | Versjon<br>1.04 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------|-----------------|

- Resultat av leiinga sin gjennomgang:
  - Forbetringsforslag
  - Behov for revidering av kvalitetspolitikk
  - Konklusjon og vedtak

Leiinga sin gjennomgang skal gjennomførast to gonger årleg, jfr føretaket sitt årshjul, slik at evt. avgjersler med økonomisk konsekvens kan innarbeidast i føretaket sin økonomiplan og budsjett.

Resultata av LGG skal omfatte alle avgjersler og tiltak, som vedkjem mogelege endringar av kvalitetspolitikk, kvalitetsmål og andre element av kvalitetssystemet, i høve forpliktinga til kontinuerleg forbetring.

Resultatet frå leiinga sin gjennomgang skal skrivast i form av eit referat med tilhøyrande vedlegg. I tillegg skal det lagast ein handlingsplan for lukking av ev. avvik/tiltak, med frist for lukking og ansvarleg for oppfølging knytt til vedtaka i LGG.

### 3 Sjekkliste for førebuing til leiinga sin gjennomgang

|                                                                                                                            |                                       |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------|
| <b>Helse Førde HF</b>                                                                                                      | <b>Dato:</b>                          |               |
| <b>Leiinga sin gjennomgang – sjekkliste førebuing</b>                                                                      | <b>Ansvarleg: Spesialrådgjevar AD</b> |               |
| <b>Dokumentasjon som må leggst fram:</b>                                                                                   | <b>Ansvar for oppfølging:</b>         | <b>Frist:</b> |
| Kvalitetspolitikk, kvalitetsmål og kvalitetsindikatorar                                                                    |                                       |               |
| Rapportar frå revisjonar gjennomført sidan sist gjennomgang må leggst fram, med oversikt over avvik og korrigerande tiltak |                                       |               |
| Vurdering av <u>samsvar</u> med lovbestemte krav og med andre krav som føretaket pålegg seg (samsvarsevaluering)           |                                       |               |
| Prosedyrar for handtering av avvik og uønska hendingar                                                                     |                                       |               |
| Status for HMS-arbeidet (grov-/finkartleggingar, medarbeidarundersøkingar)                                                 |                                       |               |
| Rutinar for risikostyring                                                                                                  |                                       |               |
| Endringar i risikoar og mogelegheiter                                                                                      |                                       |               |
| Rutinar for dokumentstyring                                                                                                |                                       |               |
| Resultat frå brukartilfredshet og opplevd kvalitet                                                                         |                                       |               |
| Førespurnader frå eksternt involverte partar/brukarar/pasientar/publikum, inklusive klager                                 |                                       |               |
| Endringar i interessepartar                                                                                                |                                       |               |
| Definerte eigne og nasjonale kvalitetsindikatorar                                                                          |                                       |               |
| Beredskapsplanar og øvingar                                                                                                |                                       |               |
| Rutinar for informasjonstryggleik                                                                                          |                                       |               |
| Rutinar for smittevern                                                                                                     |                                       |               |
| Resultat frå pasienttryggleiksarbeid                                                                                       |                                       |               |
| Kompetanse kartlegging og forskning                                                                                        |                                       |               |
| Resultat frå samarbeidsavtalar                                                                                             |                                       |               |
| Oversikt over førebyggjande tiltak som er gjennomført sidan sist gjennomgang i leiinga                                     |                                       |               |
| Referat og tiltaksliste frå siste gjennomgang i leiinga med status for tiltak nemnde der                                   |                                       |               |
| Anna                                                                                                                       |                                       |               |

|                                                                                                      |                                                                           |                                         |                                      |            |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|------------|------------|
|  <b>HELSE FØRDE</b> | <b>Tilfredsheit hos pasientar og andre interessentar</b>                  |                                         | <b>Dokument-id: D22307</b>           |            |            |
|                                                                                                      |                                                                           |                                         | <b>Prosedyre</b>                     |            |            |
| <b>Organisasjon</b><br>Kvalitetsstyringssystemet<br>Prestasjonsevaluering                            | Utarbeidd av<br>Spesialrådgjevar Vidar<br>Vie/seniorrådgjevar Janny Strøm | Godkjent av<br>Administrerende direktør | Versjon                              | Gyldig frå | Rev. innan |
|                                                                                                      |                                                                           |                                         | 1.01                                 | 04.01.2018 | 04.01.2020 |
|                                                                                                      |                                                                           |                                         | EK-ansvarleg<br>Vie, Vidar Atle John |            |            |

## 1 Føremål og omfang

Helse Førde skal overvake i kva grad behova og forventningane til pasientar, brukarar og pårørande, og andre interessentar, vert oppfylte. Interessentane er definerte i dokumentet [Interessepartar til Helse Førde - Kartlegging og oversikt](#). Prosedyren for gjeld for alle tilsette i føretaket.

## 2 Framgangsmåte

Helse Førde skal arbeide systematisk for å oppnå, overvake og gjennomgå denne informasjonen. Det skjer gjennom:

- Brukarundersøkingar – nasjonale, regionale og lokale
- Klagesaker til Helse Førde, Fylkeslegen og andre
- Saker til Norsk Pasientskadeerstatning
- Tilbakemeldingar frå Pasient- og brukarombod
- Lytteposten
- Tilbakemeldingar frå Brukarutvalet
- Tilbakemeldingar i media
- Dialog med pasientar, brukarar og pårørande
- Variasjon i bruk av helsetenestene
- Dialog med kommunar, andre interessentar og deira representantar
- Dialog med leverandørar, og tilbakemeldingar frå desse
- Samhandlingsavvik

Informasjonen skal sjåast opp mot dei krav som er stilte til Helse Førde gjennom lover, føreskrifter, styringsdokument og eigne prosedyrar. Den skal nyttast til å måle om kvalitetsstyringssystemet er verknadsfullt, og rapporterast på i Leiinga sin gjennomgang.

Det er administrerende direktør sitt ansvar at Helse Førde har eit godt system for å overvake tilfredsheita hos interessentane.

## 3 Referansar

- [ORG-KSS.01.02-1](#) Interessepartar til Helse Førde - Kartlegging og oversikt  
[ORG-BRUK.02-1](#) Pasienterfaringsundersøkingar i Helse Førde - Nasjonale, regionale og lokale



|                                                                                                      |                                                                                  |                                                |                                             |                                 |                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
|  <b>HELSE FØRDE</b> | <b>Krav til produkt og tenester</b>                                              |                                                | <b>Dokument-id: D22687</b>                  |                                 |                                 |
|                                                                                                      |                                                                                  |                                                | <b>Prosedyre</b>                            |                                 |                                 |
|                                                                                                      |                                                                                  |                                                | <b>Versjon</b><br>1.02                      | <b>Gyldig frå</b><br>21.12.2017 | <b>Rev. innan</b><br>21.12.2019 |
| <b>Organisasjon</b><br>Kvalitetsstyringssystemet<br>Drift                                            | <b>Utarbeidd av</b><br>Spesialrådgjevar Vidar<br>Vie/seniorrådgjevar Janny Strøm | <b>Godkjent av</b><br>Administrerende direktør | <b>EK-ansvarleg</b><br>Vie, Vidar Atle John |                                 |                                 |

## 1 Føremål og omfang

Denne prosedyren skal sikre at Helse Førde leverer spesialisthelsetenester til innbyggjarane i samsvar med lovkrav og krav i ISO 9001:2015, kvalitetspolitikken og kvalitetsmåla til Helse Førde. Prosedyren gjeld for alle tilsette i føretaket.

## 2 Generelt om produkt og tenester

Helse Førde skal levere ei rekkje produkt og tenester til innbyggjarane i nedslagsfeltet til helseføretaket. Dette er spesifisert i [Organisasjonen sin kontekst, med aktivitetar, produkt og tenester](#).

## 3 Krav til produkt og tenester

Helse Førde sine produkt og tenester skal vere fagleg forsvarlege. Dei skal stette [Aktuelle lover og forskrifter for helseføretak, Styringsdokument 2017](#), krav i standard for ISO 9001:2015, nasjonale rettleiarar for behandling, nasjonale fagprosedyrer, kunnskapsbasert praksis og interne prosedyrar. Det skal vidare leggst vekt på kvalitetsforbetring og pasient- og brukarsikkerheit.

## 4 Krav til dokumentasjon og endring

Føretaket skal dokumentere at produkt og tenester blir leverte i samsvar med krava og at det blir kontinuerleg vurdert. Dette er skildra i prosedyre [Kontroll med registreringar - Rutine for registrering, oppbevaring og gjenfinning av informasjon](#).

Faglege prosedyrar skal leggst inn i kvalitetshandboka og oppdaterast når det er behov for det. Ansvarlege for prosedyrar blir gjort merksame på revisjonar med jamne intervall, men har også eit sjølvstendig ansvar for endring når det er påkrevd. Ved endringar skal det også informerast ut til dei endringane gjeld.

Helse Førde nyttar også revisjonar, tilsyn, avvikssystem, klager og Leinga sin gjennomgang for å avklare at produkt og tenester er i tråd med krava.

## 5 Ansvar

Det er administrerende direktør som er ansvarleg for at helseføretaket leverer produkt og tenester i samsvar med tidlegare nemnde krav. Dette ansvaret er delegert til leiarane i linja og det einskilde helsepersonell. Fagdirektør har eit særskilt ansvar for å sjå til at helsetenestene er forsvarlege og vert utførte i tråd med god praksis.

## 6 Referansar

|                                 |                                                                                                  |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <a href="#">ORG-KSS.01.01-3</a> | Organisasjonen sin kontekst, med aktivitetar, produkt og tenester                                |
| <a href="#">ORG-KSS.01.01-4</a> | Aktuelle lover og forskrifter for helseføretak                                                   |
| <a href="#">ORG-KSS.02.01-2</a> | Styringsdokument 2017                                                                            |
| <a href="#">ORG-KSS.04.03-8</a> | Kontroll med registreringar - Rutine for registrering, oppbevaring og gjenfinning av informasjon |





|                                                                                   |                                                                           |                                         |                                      |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Planlegging og styringsdialog på einingsnivå                              |                                         | Dokument-id: D22639                  |                          |                          |
|                                                                                   |                                                                           |                                         | Prosedyre                            |                          |                          |
|                                                                                   | Organisasjon<br>Kvalitetsstyringssystemet<br>Drift                        |                                         | Versjon<br>1.01                      | Gyldig frå<br>21.12.2017 | Rev. innan<br>21.12.2019 |
|                                                                                   | Utarbeidd av<br>Spesialrådgjevar Vidar<br>Vie/seniorrådgjevar Janny Strøm | Godkjent av<br>Administrerende direktør | EK-ansvarleg<br>Vie, Vidar Atle John |                          |                          |

## 1 Føremål og omfang

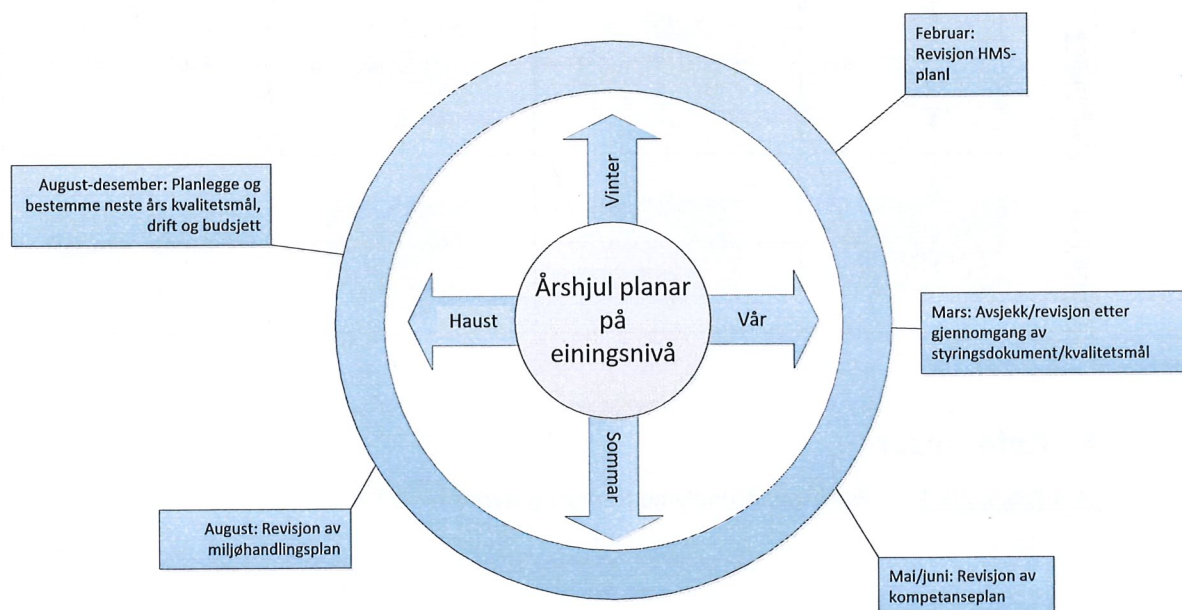
Føremålet med denne prosedyren er å skissere korleis drifta skal planleggast på einingsnivå, kva planar som skal lagast og korleis styringsdialogen i linja fungerer.

## 2 Framgangsmåte

Alle einingar i føretaket (klinikkar, avdelingar, seksjonar og einingar) skal ha ein handlingsplan. Handlingsplanen skal innehalde tiltak på desse områda:

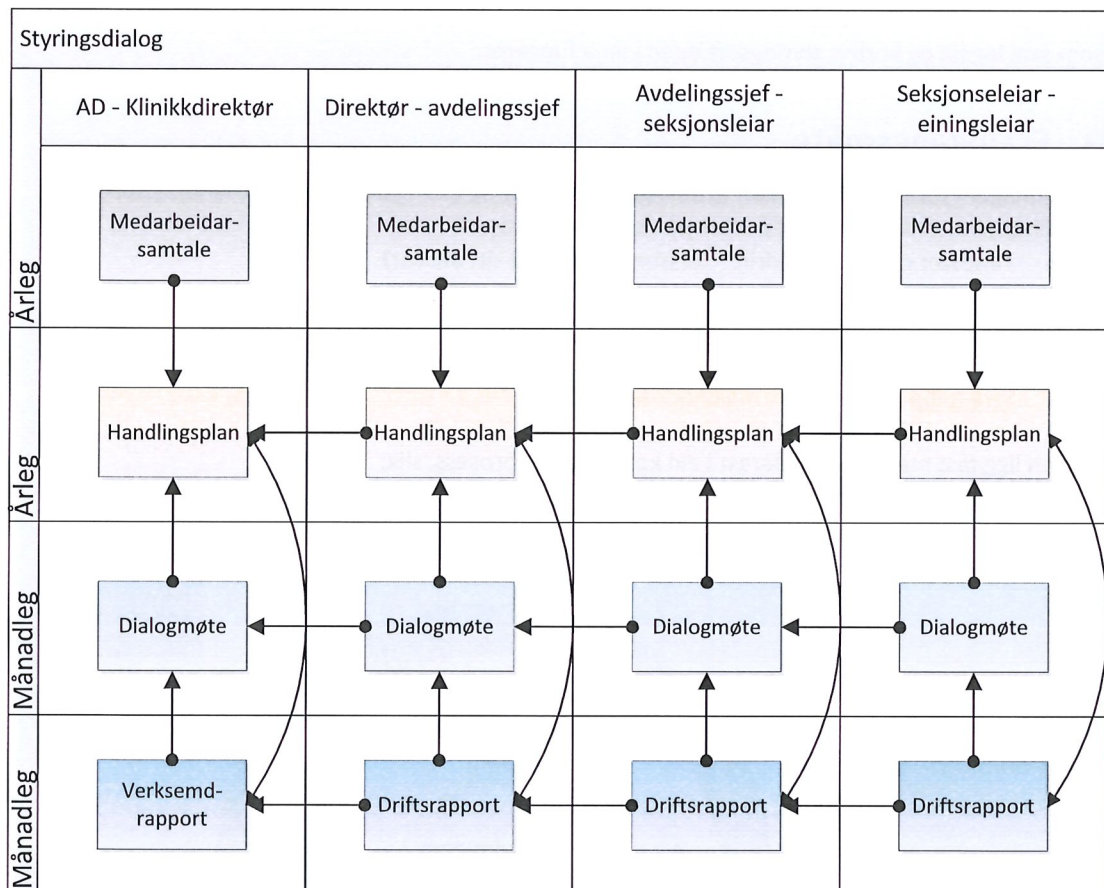
- Tenester og kvalitet (drift – leiaren for eininga sitt ansvar)
- Økonomi (budsjett – blir styrt av økonomiavdelinga)
- Kompetanse (blir styrt av FAU)
- HMS (blir styrt av HR)
- Ytre miljø (Blir styrt av miljøkoordinator)

Planen ligg fast men skal reviderast i ein kontinuerleg prosess, slik:



### 3 Styringsdialog

I ein kontinuerleg styringsdialog mellom alle leiarnivå skal føretaket sikre planlegging, gjennomføring, evaluering og forbedring:



### 4 Referansar

[ORG-KSS.05.01-1](#) Planlegging, implementering og styring av drift

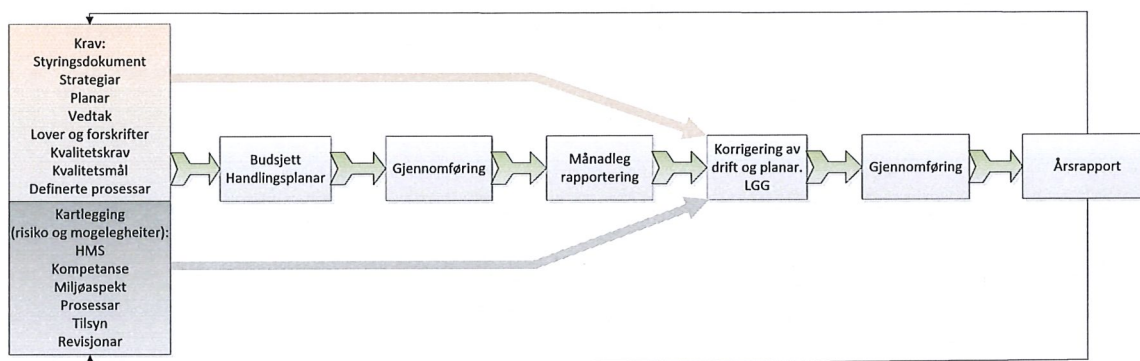
|                                                                                                                                                                       |                                                                           |                                         |                                      |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  <b>HELSE FØRDE</b><br><br><b>Organisasjon</b><br>Kvalitetsstyringssystemet<br>Drift | <b>Planlegging, implementering og styring av drift</b>                    |                                         | Dokument-id: D22152                  |                          |                          |
|                                                                                                                                                                       |                                                                           |                                         | Prosedyre                            |                          |                          |
|                                                                                                                                                                       | Utarbeidd av<br>Spesialrådgjevar Vidar<br>Vie/seniorrådgjevar Janny Strøm | Godkjent av<br>Administrerende direktør | Versjon<br>1.01                      | Gyldig frå<br>21.12.2017 | Rev. innan<br>21.12.2019 |
|                                                                                                                                                                       |                                                                           |                                         | EK-ansvarleg<br>Vie, Vidar Atle John |                          |                          |

## 1 Føremål og omfang

Denne prosedyren skal sikre at Helse Førde planlegg, implementerer, og styrer drifta i tråd med kvalitetskrav, -politikk, -mål for verksemda, og krav til forsvarlege helsetenester. Sjå [Omfanget av kvalitetsstyringssystemet i Helse Førde](#), og dokument under «Organisasjon og kontekst» og «Planlegging».

## 2 Framgangsmåte

Skissa under synleggjer på eit overorda nivå prosessen for korleis Helse Førde planlegg, implementerer og styrer drifta i føretaket.



Planlegginga skal skje ut frå gitte krav som kjem fram i styringsdokument, strategiar, planar m.v. som skissert i «krav-boksen» i figuren. Planlegginga blir synleggjort i årlege planar og budsjett på alle nivå i organisasjonen, og følgt opp gjennom månadleg rapportering til nivået over. Undervegs i året skal planane og drifta korrigerast når det kjem nye krav, og ved utførte kartleggingar og risikovurderingar, revisjonar, tilsyn, med meir.

Rapportane fortel om status på arbeidet, og synleggjer eventuelle behov for korrigerings i drifta og endringar i kvalitetsstyringssystemet, som vert drøfta i LGG.

I Helse Førde skal dette sikrast gjennom ein kontinuerleg styringsdialog, sjå [Planlegging og styringsdialog på einingsnivå](#).

## 3 Ansvar

Det er administrerende direktør sitt ansvar at verksemda planlegg, implementerer, og styrer drifta i tråd med vedteken kvalitetspolitikk og kvalitetsmål, og etter krav til forsvarlege helsetenester. Alle leiarar i linja har eit eige ansvar for at dette skjer innanfor deira einingar.

For ein del overordna planprosessar vil t.d. økonomidirektør, HR-direktør, utviklingsdirektør og anna personell i Stab og støtte ha ansvar for sjølve prosessen, medan linjeleiinga må ta ansvaret for å følgje opp innhaldet i plandokumentet.





|                                                                                                      |                                                                           |                                         |                                      |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  <b>HELSE FØRDE</b> | <b>Kvalitetspolitikk</b>                                                  |                                         | Dokument-id: D22586                  |                          |                          |
|                                                                                                      |                                                                           |                                         | Prosedyre                            |                          |                          |
|                                                                                                      |                                                                           |                                         | Versjon<br>1.01                      | Gyldig frå<br>21.12.2017 | Rev. innan<br>21.12.2019 |
| <b>Organisasjon</b><br>Kvalitetsstyringssystemet<br>Leiarskap                                        | Utarbeidd av<br>Spesialrådgjevar Vidar<br>Vie/seniorrådgjevar Janny Strøm | Godkjent av<br>Administrerende direktør | EK-ansvarleg<br>Vie, Vidar Atle John |                          |                          |

## 1 Føremål og omfang

Helse Førde skal ha ein kvalitetspolitikk for å stette krava i lover og forskrifter, ISO-standard, og sikre fagleg forsvarlege spesialisthelsetenester, kontinuerleg kvalitetsforbetring og pasient- og brukartryggleik.

Kvalitetspolitikken gjeld alle delar av verksemda. Krava eller spesifikasjoner til tenestene kan vere gitt i lover, forskrifter, retningsliner eller faglege standardar. Helse Førde sin kvalitetspolitikk skal vere tydeleg, kjend og førande for heile organisasjonen og alle medarbeidarane, uavhengig av kvar ein arbeider. Kvalitetspolitikken skal vere tema på [Leiinga sin gjennomgang](#), og vere med i arbeidet med planar og strategiar i føretaket.

## 2 Definisjon av kvalitet

**Kvalitet** vert definert som; «i kva grad ei samling av ibuande eigenskaper oppfyller behov eller forventning som er angitt, vanlegvis underforstått eller obligatorisk» (Norsk Standard, NS-EN ISO 9000:2015).

Med kvalitet forstår vi ein kombinasjon av:

1. Etterleving av den definerte arbeidsprosessen
2. Rett vurdering
3. Brukarar og andre interessepartar si oppfatting/meining om kvaliteten på tenestene

Forholdet mellom desse tre punkta vil variere i dei ulike kjerne-, støtte- og styringsprosessar og vert skisserte i vedtekne [Kvalitetsmål for Helse Førde](#).

## 3 Ansvar

Øvste leiing, ved administrerende direktør, har ansvar for å utforme kvalitetspolitikken til føretaket, og saman med leiinga elles syte for at den vert implementert og kjend i heile organisasjonen. Alle medarbeidarar har ansvar for å medverke til at kvalitetspolitikken blir gjennomført.

## 4 Revisjon

Ved leiinga sin gjennomgang (LGG) skal det vurderast om det er tenleg å revidere kvalitetspolitikken til Helse Førde. Ved LGG skal det også bestemmast korleis og kor omfattande revisjonen skal vere.

## 5 Skildring av kvalitetspolitikken i Helse Førde

Kvalitetspolitikken til Helse Førde er bygd på føretaket sin visjon, verdiar og overordna mål:

### Visjon:

Vi skal fremje helse, meistring og livskvalitet

### Verdiar:

Respekt, tryggleik og kvalitet

|                                                                                                      |                          |                     |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|-----------------|
|  <b>HELSE FØRDE</b> | <b>Kvalitetspolitikk</b> | Dok. id.:<br>D22586 | Versjon<br>1.01 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|-----------------|

#### Mål:

- › Trygge og nære helsetenester
- › God samhandling og effektiv ressursbruk i heile pasientforløpet
- › Aktiv pasientdeltaking og heilskapleg behandling
- › Ein framtidsretta og innovativ kompetanseorganisasjon

Politikken skal understøtte strategiar, planar og andre vedtekne føringar for å stette krava til spesialisthelsetenesta i Helse Førde sitt nedslagsområde, og omsynet til våre brukarar og andre interessepartar.

For å lukkast i vårt arbeid skal vi gjennom opplæring og informasjon stimulere til auka kvalitetsmedvit på alle nivå i føretaket. Kvalitetsstyringssystemet i føretaket skal stette interne prosedyrar og eksterne lovkrav m.v. og er underlagt system for dokumentasjon, revisjonar og avvikshandtering. Kvalitetspolitikken er ein integrert del av dette systemet, som skal vere gjenstand for kontinuerleg evaluering og forbetring.

Helse Førde skal til ei kvar tid arbeide med å stette dei krav som er til dokumentasjon i vårt kvalitetsstyringssystem og overhalde myndigheitskrav. Vi skal kontinuerleg forbetre vår kvalitetskompetanse, og medverke til at våre interessepartar medverkar til å sikre ein god kvalitet i våre tenester.

Kvalitetsmåla til Helse Førde er utarbeidde på bakgrunn av føringane skisserte i dette dokumentet.

## 6 Referansar

#### Interne referansar

|                                 |                              |
|---------------------------------|------------------------------|
| <a href="#">ORG-KSS.02.03-5</a> | Leiarplakat i Helse Førde    |
| <a href="#">ORG-KSS.03.02-1</a> | Kvalitetsmål for Helse Førde |
| <a href="#">ORG-KSS.06.03-1</a> | Leiinga sin gjennomgang      |

#### Eksterne referansar

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)  
[Forskrift om systematisk helse, miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter \(internkontrollforskriften\)](#)  
[Rundskriv I-2/2013 Lederansvaret i sykehus](#)  
[Helse 2035 - Strategi for Helse Vest](#)

|                                                                                                      |                                                                                |                                                |                                       |                                 |                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
|  <b>HELSE FØRDE</b> | <b>Leiging og forplikting</b>                                                  |                                                | <b>Dokument-id: D22253</b>            |                                 |                                 |
|                                                                                                      |                                                                                |                                                | <b>Prosedyre</b>                      |                                 |                                 |
|                                                                                                      | <b>Organisasjon</b><br>Kvalitetsstyringssystemet<br>Leiarskap                  |                                                | <b>Versjon</b><br>1.05                | <b>Gyldig frå</b><br>21.12.2017 | <b>Rev. innan</b><br>21.12.2019 |
|                                                                                                      | <b>Utarbeidd av</b><br>HR-direktør Arne<br>Skjelten/Spesialrådgjevar Vidar Vie | <b>Godkjent av</b><br>Administrerende direktør | <b>EK-ansvarleg</b><br>Skjelten, Arne |                                 |                                 |

## 1 Føremål og omfang

Denne prosedyren skal sikre at leiarane i Helse Førde viser leiarskap og forplikting med omsyn til forskrift om leiging og kvalitetsforbetring i helse og omsorgstenesta, og i samsvar med ISO 9001:2015. Informasjon om [Omgrep og definisjonar](#) i Kvalitetsstyringssystemet finn vi i ISO 9000:2015. Prosedyren gjeld for føretaksleiinga i Helse Førde.

## 2 Framgangsmåte

For at kvalitetsstyringssystemet skal vere verknadsfullt må det vere forankra i, og følgt opp av, den øvste leiinga i føretaket. Dei viktigaste oppgåvene knytt til dette er å:

- ta ansvar for verknaden av kvalitetsstyringssystemet.
  - Ved å planlegge verksemda, følgje opp drifta, evaluere resultat og sikre kontinuerleg forbetring ([Leiinga sin gjennomgang](#)).
- sikre at kvalitetspolitikk og kvalitetsmål er fastlagd for kvalitetsstyringssystemet og foreineleg med organisasjonen sin kontekst og strategiske retning.
  - Ved å vurdere konteksten ([Organisasjonen sin kontekst, med aktivitetar, produkt og tenester](#)) og utarbeide og vedta [Kvalitetspolitikk](#) og [Kvalitetsmål for Helse Førde](#), og sikre at det er samsvar med viktige føringar ([Styringsdokument 2017](#)).
- sikre at krava i kvalitetsstyringssystemet vert integrert i organisasjonen sine kjerneprosessar ([Omfanget av kvalitetsstyringssystemet i Helse Førde](#)).
  - Ved å planlegge og styre drifta ([Planlegging, implementering og styring av drift](#)) og sikre at styringsdialogen er fungerande ([Planlegging og styringsdialog på einingsnivå](#)).
- fremme bruk av prosesstankegang og risikobasert tilnærming.
  - Ved å følgje opp [Kvalitetsstyringssystem og prosessar](#), [Prosesskartlegging](#) og [Krav til produkt og tenester](#), risikovurdere i samsvar med prosedyrar ([Tiltak for å ta omsyn til risikoar og moglegheiter](#)).
- sikre at dei nødvendige ressursane for leigingssystemet for kvalitet er tilgjengelege.
  - Ved å følgje opp innhaldet i prosedyren om [Ressursar og ansvar](#).
- ha fokus på pasient, pårørande, leverandørar og andre interessepartar.
  - Ved å følgje opp prosedyre om [Fokus på interessentar](#) og [Tilfredsheit hos pasientar og andre interessentar](#).
- sikre at kvalitetsstyringssystemet oppnår tiltenkte resultat.
  - Ved å følgje opp overvaking, måling ([Overvaking, måling, analyse og evaluering](#)) og gjennomføre og følgje opp [Leiinga sin gjennomgang](#).
- engasjere, rettleie og støtte personar og andre leiarar, slik at dei kan bidra til verknaden av kvalitetsstyringssystemet.
  - Ved å formidle kvalitetspolitikken og kvalitetsmåla og resultata av drifta, og sikre at [Roller, ansvar og mynde](#) vert følgt opp.



|                                                                                                      |                              |                     |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------|-----------------|
|  <b>HELSE FØRDE</b> | <b>Leiing og forplikting</b> | Dok. id.:<br>D22253 | Versjon<br>1.05 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------|-----------------|

- formidle verdien av effektiv kvalitetsleiing, oppfølging av krava i kvalitetsstyringssystemet og fremme forbetring.
  - Ved å følgje opp prinsippa for kvalitetsleiing ([Omfanget av kvalitetsstyringssystemet i Helse Førde](#)) møte pasienten sine behov og forventningar for helsetenester.

### 3 Referansar

#### Interne referansar

|                                  |                                                                   |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <a href="#">ORG-KSS.01.01-3</a>  | Organisasjonen sin kontekst, med aktivitetar, produkt og tenester |
| <a href="#">ORG-KSS.01.01-5</a>  | Omgrep og definisjonar                                            |
| <a href="#">ORG-KSS.01.02-1</a>  | Interessepartar til Helse Førde - Kartlegging og oversikt         |
| <a href="#">ORG-KSS.01.03-1</a>  | Omfanget av kvalitetsstyringssystemet i Helse Førde               |
| <a href="#">ORG-KSS.01.04-1</a>  | Kvalitetsstyringssystem og prosessar                              |
| <a href="#">ORG-KSS.02.01-2</a>  | Styringsdokument 2017                                             |
| <a href="#">ORG-KSS.02.01-3</a>  | Vedlegg 1 - Utdanning av helsepersonell                           |
| <a href="#">ORG-KSS.02.01-4</a>  | Vedlegg 2 - Rapporteringsmal 2017                                 |
| <a href="#">ORG-KSS.02.01-5</a>  | Vedlegg 3 - Mål 2017 og styringsparameter                         |
| <a href="#">ORG-KSS.02.01-6</a>  | Vedlegg 4 - Oversikt regionale planar                             |
| <a href="#">ORG-KSS.02.01-7</a>  | Vedlegg 5 - Rapporteringskrav                                     |
| <a href="#">ORG-KSS.02.01-9</a>  | Ansvar regionale og lokale planar                                 |
| <a href="#">ORG-KSS.02.01-10</a> | Fokus på interessentar                                            |
| <a href="#">ORG-KSS.02.02-2</a>  | Kvalitetspolitikk                                                 |
| <a href="#">ORG-KSS.02.03-1</a>  | Roller, ansvar og mynde                                           |
| <a href="#">ORG-KSS.03.01-1</a>  | Tiltak for å ta omsyn til risikoar og moglegheiter                |
| <a href="#">ORG-KSS.03.02-1</a>  | Kvalitetsmål for Helse Førde                                      |
| <a href="#">ORG-KSS.04.01-1</a>  | Ressursar og ansvar                                               |
| <a href="#">ORG-KSS.05.01-1</a>  | Planlegging, implementering og styring av drift                   |
| <a href="#">ORG-KSS.05.01-2</a>  | Planlegging og styringsdialog på einingsnivå                      |
| <a href="#">ORG-KSS.05.02-2</a>  | Krav til produkt og tenester                                      |
| <a href="#">ORG-KSS.06.01-1</a>  | Overvaking, måling, analyse og evaluering                         |
| <a href="#">ORG-KSS.06.01-2</a>  | Tilfredsheit hos pasientar og andre interessentar                 |
| <a href="#">ORG-KSS.06.03-1</a>  | Leiinga sin gjennomgang                                           |
| <a href="#">ORG-KSS.07-4</a>     | Prosesskartlegging                                                |

#### Eksterne referansar

Ledelsessystemer for kvalitet ISO 9001:2015

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)

|                                                                                                      |                                                                           |                                         |                                      |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  <b>HELSE FØRDE</b> | <b>Kvalitetsstyringssystem og prosessar</b>                               |                                         | Dokument-id: D22209                  |                          |                          |
|                                                                                                      |                                                                           |                                         | Prosedyre                            |                          |                          |
|                                                                                                      |                                                                           |                                         | Versjon<br>1.02                      | Gyldig frå<br>21.12.2017 | Rev. innan<br>21.12.2019 |
| Organisasjon<br>Kvalitetsstyringssystemet<br>Kontekst                                                | Utarbeidd av<br>Spesialrådgjevar Vidar<br>Vie/seniorrådgjevar Janny Strøm | Godkjent av<br>Administrerende direktør | EK-ansvarleg<br>Vie, Vidar Atle John |                          |                          |

## 1 Føremål, omfang og definisjonar

Føremålet med denne prosedyren er å synleggjere kva for prosessar som er nødvendige for at kvalitetsstyringssystemet i Helse Førde skal vere verknadsfullt, korleis prosessane påverkar kvarandre og korleis dei vert overvaka, evaluerte og justerte. Denne gjeld alle tilsette i føretaket.

Prosess betyr omdanning, forløp eller utvikling, og kan definierast slikt: «Ein serie med aktivitetar som skal oppfylle eit mål». Prosessane er ofte delte opp i delprosessar.

I Helse Førde har vi fire typar kjerneprosessar som utgår av våre overordna oppgåver i utøving av helsetenestene:

- Kliniske prosessar
- Forskingsprosessar
- Utdanningsprosessar
- Prosessar for opplæring av brukarar og pårørande

Vi har også leiings- og støtteprosessar som skal legge til rette for dei fire kjerneprosessane.

## 2 Sentrale prosessar

Dei mest sentrale og komplekse kjerneprosessane i Helse Førde er aktiviteten frå føretaket vert kjend med ein pasient (gjennom tilvising, oppkall til AMK eller ankomst på sjukehuset) til pasienten er ferdig behandla.



Kjerneprosessane er delte opp i hovudprosessar og delprosessar.

Dei kliniske prosessane er pasientforløp og pakkeforløp, som til dømes for kreft. Fleire av pakkeforløpa skal detaljerast og implementerast, til dømes innan hjerneslag, psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Behandling og oppfølging skal skildrast i kliniskfaglege prosedyrar i EK.

Kjerneprosessane innan forskning, utdanning, og opplæring av brukarar og pårørande vert ivaretekne av LMS, Stab og støtte og ute i klinikkane.

Helse Førde har også ei rekkje støtteprossar, som skal legge til rette for dei fire kjerneprosessane t.d. innanfor økonomi, leining, og bygg og anlegg. Desse prosessane er detaljerte i ulik grad. Ansvar for leiingsprosessen er å finne under [Leiarskap](#) i kvalitetstyringssystemet

Dei sentrale prosessane skal også gjenspeglast i Helse Førde sine kvalitetsmål.

### 3 Korleis prosessane påverkar kvarandre

Dei ulike prosessane, og aktivitetane dei er sette saman av, påverkar kvarandre innbyrdes i både positiv og negativ retning. Mange av prosessane går på tvers av leiarlinjer. Eit vedtak eller ei endring, som skal innfri eit mål i ei organisatorisk eining, kan ha utilsikta verknad på eit mål i ei annan eining eller prosess. For å unngå dette skal det gjennomførast vurderingar av risiko ved alle endringar.

Det skal også nyttast risikovurdering der det er nødvendig ved standardiserte kjerne- og støtteprossar.

### 4 Overvaking, evaluering og justering

Føretaket skal identifisere dei prosessane som er nødvendige for kvalitetstyringssystemet, og korleis dei skal brukast i organisasjonen:

- Bestemme kva inngangsfaktorane som krevst, og kva utgangsfaktorar (resultat) som er forventa
- Bestemme rekkefølga av prosessane og korleis dei gjensidig påverkar kvarandre
- Bestemme og bruke kriterium og metodar (inkludert overvaking, måling og indikatorar) som er nødvendige for å sikre verknadsfull drift og styring av prosessane
- Bestemme ressursane som trengst for prosessane og sikre at dei er tilgjengelege
- Tildel ansvar og myndigheit for prosessane
- Ta omsyn til risikoar og mogelegheiter slik det er bestemt
- Evaluere prosessane og implementere endringar, som er nødvendige for å sikre at prosessane oppnår ønska resultat
- Arkivere dei på eigna stad i Ephorte, og melde inn endringar til arkivet
- Forbetre prosessane og kvalitetstyringssystemet

### 5 Referansar

#### Interne referansar

[ORG-KSS.02.03-5](#) Leiarplakat i Helse Førde  
[Leiarskap](#)

#### Eksterne referansar

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)  
[Forskrift om systematisk helse, miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter \(internkontrollforskriften\)](#)  
[Rundskriv I-2/2013 Lederansvaret i sykehus](#)



|                                                                                                                                                |                                                                           |                                         |                                         |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  <b>Organisasjon</b><br>Kvalitetsstyringssystemet<br>Kontekst | <b>Kvalitetsstyringssystemet i Helse Førde jamfør NS-EN ISO 9001:2015</b> |                                         | <b>Dokument-id: D22972</b>              |                          |                          |
|                                                                                                                                                |                                                                           |                                         | <b>Informasjon</b>                      |                          |                          |
|                                                                                                                                                | Utarbeidd av<br>Rådgjevar Åse E. Stadheim/Seniorrådgjevar Janny Strøm     | Godkjent av<br>Administrerende direktør | Versjon<br>1.00                         | Gyldig frå<br>20.02.2018 | Rev. innan<br>20.02.2020 |
|                                                                                                                                                |                                                                           |                                         | EK-ansvarleg<br>Stadheim, Åse Elisabeth |                          |                          |

| NS-EN ISO 9001:2015                                      | Mappe i EK                                   | Dokument i EK (Dok.id og tittel)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>4 Organisasjonens kontekst</b>                        | <b>01 Kontekst</b>                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 4.1 Forstå organisasjonen og organisasjonens kontekst    | 01.01 Organisasjon og kontekst               | <ul style="list-style-type: none"> <li>05056 Føreord ved adm. direktør i Helse Førde</li> <li>20138 Organisasjonskart – Helse Førde HF (<i>lenke til org. kart på intranett</i>)</li> <li>22204 Organisasjonen sin kontekst, med aktivitetar, produkt og tenester</li> <li>13999 Aktuelle lover og forskrifter</li> <li>22719 Omgrep og definisjonar</li> </ul> |
| 4.2 Forstå interessepartnerens behov og forventninger    | 01.02 Interessepartar                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>22302 Interessepartar til Helse Førde – Kartlegging og oversikt</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                               |
| 4.3 Bestemme omfanget av ledelsessystem for kvalitet     | 01.03 Omfang                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>20970 Omfanget av kvalitetsstyringssystemet i Helse Førde</li> <li>22972 Kvalitetsstyringssystemet i Helse Førde jamfør NS-EN ISO 9001:2015</li> </ul>                                                                                                                                                                   |
| 4.4 Ledelsessystemet for kvalitet og systemets prosesser | 01.04 Kvalitetsstyringssystemet og prosessar | <ul style="list-style-type: none"> <li>22209 Kvalitetsstyringssystem og prosessar</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                          | 01.05 Råd og utval                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>5 Lederskap</b>                                       | <b>02 Leiarskap</b>                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 5.1 Lederskap og forpliktelse                            | 02.01 Leiarskap og forplikting               | <ul style="list-style-type: none"> <li>22253 Leing og forplikting</li> <li>21043 Styringsdokument m/vedlegg</li> <li>22806 Verksemdsmessig utviklingsplan Helse Førde 2015 – 2030</li> <li>20076 Ansvar regionale og lokale planar</li> <li>22304 Fokus på interessentar</li> </ul>                                                                             |
| 5.1.1 Generelt                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 5.1.2 Kundefokus                                         |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 5.2 Policy                                               | 02.02 Kvalitetspolitikk                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>21406 Visjon og strategi for Helse Førde 2014 - 2020</li> <li>22586 Kvalitetspolitikk i Helse Førde HF</li> <li>22227 Kommunisering av kvalitetspolitikk</li> </ul>                                                                                                                                                      |
| 5.2.1 Etablere kvalitetspolicy                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 5.2.2 Kommunisere kvalitetspolicy                        |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 5.3 Organisasjonens roller, ansvar og myndighet          | 02.03 Roller, ansvar og mynde                | <ul style="list-style-type: none"> <li>22253 Roller, ansvar og mynde</li> <li>15597 Delegasjonsreglement</li> <li>15598 Omtale av delegasjons- og fullmaktsregime i Helse Førde</li> <li>14981 Leiar i Helse Førde (prinsipp for leing)</li> <li>17327 Leiarplakat i Helse Førde</li> <li>14980 Fullmaktsbrev til leiarar ved Helse Førde HF</li> </ul>         |



|                                                                                                      |                                                                           |                            |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------|
|  <b>HELSE FØRDE</b> | <b>Kvalitetsstyringssystemet i Helse Førde jamfør NS-EN ISO 9001:2015</b> | <b>Dok. id.:</b><br>D22972 | <b>Versjon</b><br>1.00 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------|

| NS-EN ISO 9001:2015                                         | Mappe i EK                                             | Dokument i EK (Dok.id og tittel)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>6 Planlegging</b>                                        | <b>03 Planlegging</b>                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 6.1 Tiltak for å kunne ta hensyn til risikoer og muligheter | 03.01 Tiltak for å ta omsyn til risikoer og muligheter | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 22313 Tiltak for å ta omsyn til risikoer og muligheter</li> <li>• 19920 Retningslinjer for risikostyring i Helse Vest</li> <li>• 22590 Gjennomføring av risikovurdering</li> <li>• 21056 Enkel risikovurdering – skjema</li> </ul>                                                                                                                                                                       |
| 6.2 Kvalitetsmål og planlegging for å oppnå målene          | 03.02 Kvalitetsmål og planlegging for å nå måla        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 22226 Kvalitetsmål for Helse Førde</li> <li>• 22710 Kvalitetsindikatorar</li> <li>• 22228 Planlegging for å nå kvalitetsmåla</li> <li>• 22319 Styringsmål frå styringsdokumentet 2017 (<i>Matrise for halvårleg rapp. til HV</i>)</li> </ul>                                                                                                                                                             |
| 6.3 Planlegging av endringer                                | 03.03 Planlegging av endringar                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 22637 Planlegging og styring av endringar i kvalitetsstyringssystemet</li> <li>• 22700 Etablering/endring/fjerning av organisasjonseining eller kostnadsstad</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>7 Støtte</b>                                             | <b>04 Støtte</b>                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 7.1 Ressurser                                               | 04.01 Ressurar                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 22150 Ressursar og ansvar</li> <li>• 22151 Infrastruktur</li> <li>• 22320 Miljø for drift av prosessane – årleg kartleggind, risikovurdering og utarbeiding av HMS-handlingsplanar</li> <li>• 22243 Ressursar til overvaking, måling og sporing</li> <li>• 22306 Organisasjonen sin kunnskap og kompetanse</li> </ul>                                                                                    |
| 7.1.1 Generelt                                              |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 7.1.2 Mennesker                                             |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 7.1.3 Infrastruktur                                         |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 7.1.4 Miljø for drift av prosesser                          |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 7.1.5 Ressurser til overvåking og måling                    |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 7.1.5.1 Generelt                                            |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 7.1.5.2 Sporbarhet av målingar                              |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 7.2 Kompetanse                                              | 04.02. Kompetanse, bevisstgjøring og kommunikasjon     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 22699 Bevisstgjøring om kvalitetsstyringssystemet</li> <li>• 22250 Intern og ekstern kommunikasjon</li> <li>• 10903 Retningslinjer for kontakt med media</li> <li>• 15136 Informasjon om pasientar ved ulukker – Retningslinjer for kontakt med media</li> <li>• 11752 Prosedyre for intern informasjon og kommunikasjon i Helse Førde</li> <li>• 22426 Private opptak i behandlingssituasjon</li> </ul> |
| 7.3 Bevisstgjøring                                          |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 7.4 Kommunikasjon                                           |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| NS-EN ISO 9001:2015                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Mappe i EK                                    | Dokument i EK (Dok.id og tittel)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>7.5 Dokumentert informasjon</b><br><br>7.5.1 Generelt<br>7.5.2 Oppretting og oppdatering<br>7.5.3 Styring av dokumentert informasjon                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>04.03 Dokumentert informasjon</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 05515 Dokumenttypar/malar i kvalitetshandboka</li> <li>• 18422 Styrande dokument - organisering og ansvar</li> <li>• 20211 Kliniske fagprosedyrar - utarbeiding og revidering</li> <li>• 20612 Prosess rundt utarbeiding av kliniske fagprosedyrar - flytskjema</li> <li>• 20613 Skjema for innmelding av behov for utarbeiding/revidering av klin.fagprosedyrar</li> <li>• 21783 Utarbeiding av eit digitalt kompetansekrav - flytskjema</li> <li>• 21766 Standardisering av pasientinformasjon</li> <li>• 18744 Prosedyre kontroll med registreringar</li> </ul> |
| <b>8 Drift</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>05 Drift</b>                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>8.1 Planlegging og styring av drift</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>05.01 Planlegging og styring av drift</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 22152 Planlegging, implementering og styring av drift</li> <li>• 22639 Planlegging og styringsdialog på einingsnivå</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>8.2 Krav til produkter og tjenester</b><br>8.2.1 Kommunikasjon med kunder<br>8.2.2 Bestemmelse av krav til produkter og tjenester<br>8.2.3 Gjennomgåelse av produkter og tjenester<br>8.2.4 Endringer i krav til produkter og tjenester<br><b>8.3 Utforming og utvikling av produkt og tenester</b><br>8.3.1 Generelt<br>8.3.2 Planlegging av utforming og utvikling<br>8.3.3 Inngangsfaktorer for utforming og utvikling<br>8.3.4 Styring av utforming og utvikling<br>8.3.5 Utgangsfaktorer for utforming og utvikling<br>8.3.6 Endringer i utforming og utvikling<br><b>8.4 Styring med prosessar, produkt og tenester frå eksterne</b><br>8.4.1 Generelt<br>8.4.2 Type og omfang av styring<br>8.4.3 Informasjon til eksterne leverandører | <b>05.02 Utforming av produkt og tenester</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 22249 Kommunikasjon med brukarar/interessentar</li> <li>• 22687 Krav til produkt og tenester</li> <li>• 22696 Utforming og utvikling av produkt og tenester</li> <li>• 22704 Styring med prosessar, produkt og tenester frå eksterne</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                                      |                                                                           |                            |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------|
|  <b>HELSE FØRDE</b> | <b>Kvalitetsstyringssystemet i Helse Førde jamfør NS-EN ISO 9001:2015</b> | <b>Dok. id.:</b><br>D22972 | <b>Versjon</b><br>1.00 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------|

| NS-EN ISO 9001:2015                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Mappe i EK                                                                                 | Dokument i EK (Dok.id og tittel)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>8.5 Produksjon og tjenesteleveranse</b><br>8.5.1 Styring av produksjon og tjenesteleveranse<br>8.5.2 Identifikasjon og sporbarhet<br>8.5.3 Eiendeler som tilhører kunder eller eksterne leverandører<br>8.5.4 Bevaring<br>8.5.5 Aktivering etter levering<br>8.5.6 Styre endringer<br><b>8.6 Frigivelse av produkter og tjenester</b><br><b>8.7 Styring av utgangsfaktorer med avvik</b> | <b>05.03 Produksjon og tenesteleveranse</b>                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>22311 Styring av produksjon og tenesteleveranse, identifikasjon og sporing</li> <li>22272 Pasientar, brukarar og eksterne leverandørar sin eigedom</li> <li>22309 Bevaring av utgangsfaktorane</li> <li>22706 Aktivitetar etter levering av tenester</li> <li>22711 Styring av produkt og tenester med avvik i Helse Førde</li> </ul>                                           |
| <b>9. Prestasjonsevaluering</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>06 Prestasjonsevaluering</b>                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 9.1 Overvåking, måling, analyse og evaluering<br>9.1.1 Generelt<br>9.1.2 Kundetilfredshet<br>9.1.3 Analyse og evaluering<br>9.2 Intern revisjon                                                                                                                                                                                                                                             | <b>06.01 Overvaking, måling, analyse og evaluering</b><br><br><b>06.02 Intern revisjon</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>22162 Overvaking, måling, analyse og evaluering</li> <li>22307 Tilfredsheit hos pasientar og andre interessentar</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 9.3 Ledelsens gjennomgang<br>9.3.1 Generelt<br>9.3.2 Inngangsfaktorer for ledelsens gjennomgåelse<br>9.3.3 Utgangsfaktorer for ledelsens gjennomgåelse                                                                                                                                                                                                                                      | <b>06.03 Leiinga sin gjennomgang (LGG)</b>                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>05394 Prosedyre for intern revisjon</li> <li>06988 Skjema for melding om intern revisjon</li> <li>06989 Intervjuguide</li> <li>06991 Revisjonsrapport - mal</li> <li>06990 Handlingsplan - oppfølging av intern revisjon</li> <li>17711 Rapport for lukking av avvik etter internrevisjon</li> <li>22225 Leiinga sin gjennomgang knytt til Kvalitetsstyringssystemet</li> </ul> |
| <b>10 Forbedring</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>07 Forbetring</b>                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 10.1.1 Generelt<br>10.1.2 Avvik og korrigerende tiltak<br>10.1.3 Kontinuerlig forbedring                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>07 Forbetring</b>                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>22224 Kontinuerleg forbetring av kvalitetsstyringssystemet</li> <li>22862 Forbetrimetodikk</li> <li>22874 Partssamarbeid om prosjekt</li> <li>22963 Prosesskartlegging</li> </ul>                                                                                                                                                                                               |

|                                                                                                      |                                                              |                                                                        |                                                              |                                             |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------|
|  <b>HELSE FØRDE</b> | <b>Omfanget av kvalitetsstyringssystemet i Helse Førde</b>   |                                                                        | Dokument-id: D20970                                          |                                             |            |
|                                                                                                      |                                                              |                                                                        | Retningslinje                                                |                                             |            |
|                                                                                                      | <b>Organisasjon</b><br>Kvalitetsstyringssystemet<br>Kontekst | Utarbeidd av<br>Seniorrådgjevar Janny Strøm/Avd. sjef<br>May Helen Vik | Godkjent av<br>Visedministrerende<br>direktør/Føretaksleinga | Versjon                                     | Gyldig frå |
|                                                                                                      |                                                              |                                                                        |                                                              | 2.08                                        | 31.01.2018 |
|                                                                                                      |                                                              |                                                                        |                                                              | Rev. innan                                  | 31.01.2020 |
|                                                                                                      |                                                              |                                                                        |                                                              | <b>EK-ansvarleg</b><br>Vie, Vidar Atle John |            |

## 1 Føremål og omfang

Føremålet med denne retningslina er å synleggjere omfanget av, og ansvaret for, kvalitetsstyringssystemet i Helse Førde. Denne gjeld for alle tilsette i føretaket

## 2 Omfang av Kvalitetstyringssystemet

Kvalitetstyringssystemet i Helse Førde, er bygd opp i samsvar med alle krava i «Ledelsessystemer for kvalitet – Krav (ISO 9001:2015)», lover og forskrifter, andre eksterne og interne krav. Det skal òg synleggjere konteksten til helseføretaket, og tilhøve som kan påverke føretaket sin evne til å oppnå mål i høve krav til kvalitet. Dette inkluderer også behov og forventingar til Helse Førde frå sine interessepartar. [Interessepartar til Helse Førde - Kartlegging og oversikt.](#)

Helse Førde er eitt av fem helseføretak i regionsføretaket Helse Vest RHF. Helse Førde HF har ansvar for spesialisthelsetenesta i Sogn og Fjordane, og har fleire avdelingar med ulike spesialfunksjonar. Helseføretaka sitt føremål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetenester til alle som treng det, når dei treng det, uavhengig av alder, kjønn, bustad, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning. [Organisasjonen sin kontekst, med aktivitetar, produkt og tenester.](#)

## 3 Kvalitet og kvalitetskrav

Kvalitet vert definert som «i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller behov eller forventning som er angitt, vanligvis underforstått eller obligatorisk» (Norsk Standard, NS-EN ISO 9000:2015).

Våre krav til kvalitet er:

- Korrekt omsorg og behandling
- Tilgjengelege tenester
- Kontinuitet
- Effektivitet
- Likeverdige tenester (equity)
- Evidensbasert praksis
- Pasientsentrert behandling
- Brukermidverknad
- Pasienttryggleik
- Fråvær av uønska variasjon

Sjå også [Krav til produkt og tenester.](#)



|                                                                                                      |                                                            |                     |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------|
|  <b>HELSE FØRDE</b> | <b>Omfanget av kvalitetsstyringssystemet i Helse Førde</b> | Dok. id.:<br>D20970 | Versjon<br>2.08 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------|

## 4 Kvalitetsleiing

Det set store krav til leiarar og tilsette for å nå våre kvalitetskrav. Difor legg Helse Førde til grunn følgjande prinsipp for kvalitetsleiing:

- ✓ Pasient og brukarfokus
- ✓ Leiarskap
- ✓ Engasjement frå leiing og tilsette
- ✓ Prosesstankegang
- ✓ Forbetring
- ✓ Faktabasert beslutningstaking
- ✓ Relasjonsleiing

## 5 Ansvarspresisering

Ansvar og mynde er plassert ([Organisasjonskart - Helse Førde HF](#) og [Delegasjonsreglement](#)) og skildra i prosedyrar og retningslinjer i EK. Kvalitetsstyringssystemet inneheld både prosedyrar for kjerneverksemd og støtteprosessar.

## 6 Skildring av kvalitetsstyringssystemet

Kvalitetsstyringssystemet er etablert i føretaket og vert nytta for planlegging, utføring, overvaking, evaluering og forbetring av verksemda. Dette inngår i eit systematisk arbeid med kontinuerleg forbetring av systemet, både med omsyn til:

- Kvalitetsmål, planlegging og utføring av arbeidsprosessar
- Dokumentasjon og kontroll med registreringar
- Opplæring, kompetanse og bevisstheit
- Overvaking, måling og analyse
- Intern revisjon og avvik
- Læring og forbetring

Helse Førde sine kvalitetsmål utgår frå overordna strategi- og plandokument, referanse til lovverk og føringar, årlege styringsdokument og er nedfelt i årlege styringsmål, jf. dokumentstyringssystemet i Helse Førde (Elektronisk kvalitetshandbok – EK).

Helse Førde risikostyrer ulike prosessar gjennom metodar for kartlegging og risikovurdering, og særskilt ved t.d. store endringar/omstillingar er det krav til dokumentert risikoanalyse. Sjå [Gjennomføring av risikovurdering](#). Det vert gjennomført systematisk opplæring og kompetanseheving gjennom etablerte system for dette (opplæringsplanar, kompetansetiltak mv). Det vert jamleg utført kontroll av kvalitetsstyringa (t.d. månadlege drifts- og verksemdsrapportar) der ein rapporterar inn på utvalde kvalitetsindikatorar til Helse Vest RHF, og Helse Førde HF sitt styre, samt ulike register og fagmiljø.

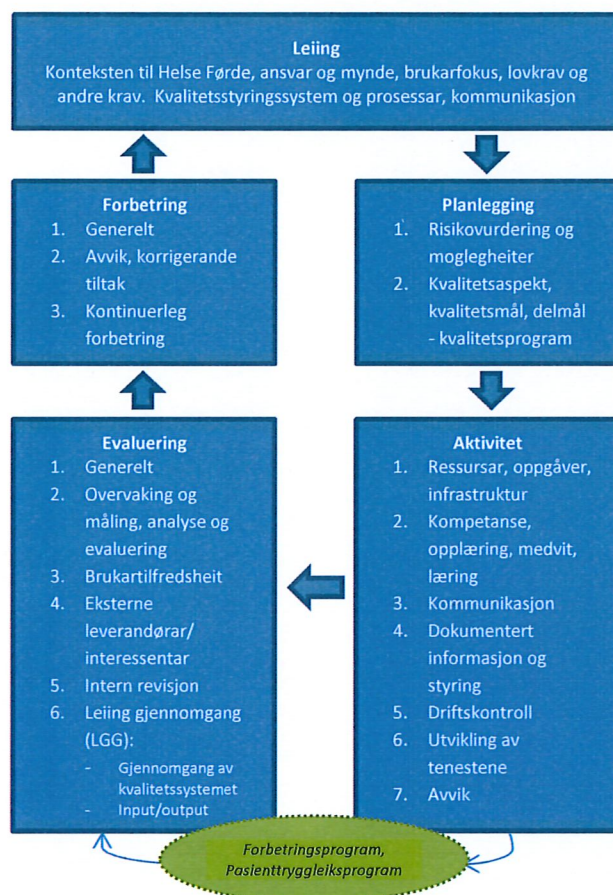
Læring og forbetring vert utført i heile organisasjonen, med prinsipp om løysing på lågast mogelege nivå, og gjennom internkontrollen i den enkelte avdeling. I føretaket er det etablert struktur for organisasjonslæring, der statistikk og analyse er faste punkt på agenda i ulike fora (t.d. Kvalitetsutvalet, Brukarutvalet, Pasienttryggleiksutvalet og FAMU).

|                                                                                                      |                                                            |                     |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------|
|  <b>HELSE FØRDE</b> | <b>Omfanget av kvalitetsstyringssystemet i Helse Førde</b> | Dok. id.:<br>D20970 | Versjon<br>2.08 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------|

Helse Førde har fleire forbetningsprosjekt for systematisk kvalitetsforbetring (t.d. Program for pasienttryggleik, «Alle møter», Klinisk IKT m.v.).

Kvalitetsstyringssystemet i Helse Førde HF nyttar fleire elektroniske system, der nokre er felles med Helse Vest RHF og gjeldande for andre helseforetak i helseregionen. Dokumentasjonssystema er nærare skildra i EK i prosedyren [ORG-KSS.04.03-8 Kontroll med registreringar - Rutine for registrering, oppbevaring og gjenfinning av informasjon](#), og i ei oversikt over alle registreringssystema i ASSYST, som Helse Vest IKT vedlikeheld på vegne av Helse Førde HF.

## 7 Modell Kvalitetsstyringssystemet i Helse Førde



### Referansar

- [ORG-KSS.01.01-2](#) Organisasjonskart - Helse Førde HF
- [ORG-KSS.01.01-3](#) Organisasjonen sin kontekst, med aktivitetar, produkt og tenester
- [ORG-KSS.01.02-1](#) Interessepakar til Helse Førde - Kartlegging og oversikt
- [ORG-KSS.02.03-2](#) Delegasjonsreglement
- [ORG-KSS.03.01-3](#) Gjennomføring av risikovurdering
- [ORG-KSS.04.03-8](#) Kontroll med registreringar - Rutine for registrering, oppbevaring og gjenfinning av informasjon
- [ORG-KSS.05.02-2](#) Krav til produkt og tenester
- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)
- Ledelsessystemer for kvalitet – Krav (ISO 9001:2015)





|                                                                                   |                                                                  |                                         |                     |                                      |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------|--------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>Interessepartar til Helse Førde - Kartlegging og oversikt</b> |                                         | Dokument-id: D22302 |                                      |                          |
|                                                                                   |                                                                  |                                         | Retningslinje       |                                      |                          |
|                                                                                   | Organisasjon<br>Kvalitetsstyringssystemet<br>Kontekst            |                                         | Versjon<br>1.01     | Gyldig frå<br>04.01.2018             | Rev. innan<br>04.01.2020 |
| Utarbeidd av<br>Spesialrådgjevar Vidar<br>Vie/seniorrådgjevar Janny Strøm         |                                                                  | Godkjent av<br>Administrerende direktør |                     | EK-ansvarleg<br>Vie, Vidar Atle John |                          |

## 1 Føremål og omfang

Denne retningslinja skal medverke til å synleggjere interessentane til Helse Førde:

- Interessepartane som er relevante for kvalitetstyringssystemet
- Behov og forventingar (krav) som er relevante for kvalitetstyringssystemet.

Ved å identifisere og synleggjere interessentane understøttar vi aktuelle krav og kan fange opp trendar, risikoområde og effekt av allereie innførte tiltak. Helse Førde vil sikre ein god tovegskommunikasjon med desse, ta lærdom av deira innspel og synspunkt, med høve til å implementere dette i arbeidet med kontinuerleg forbetring.

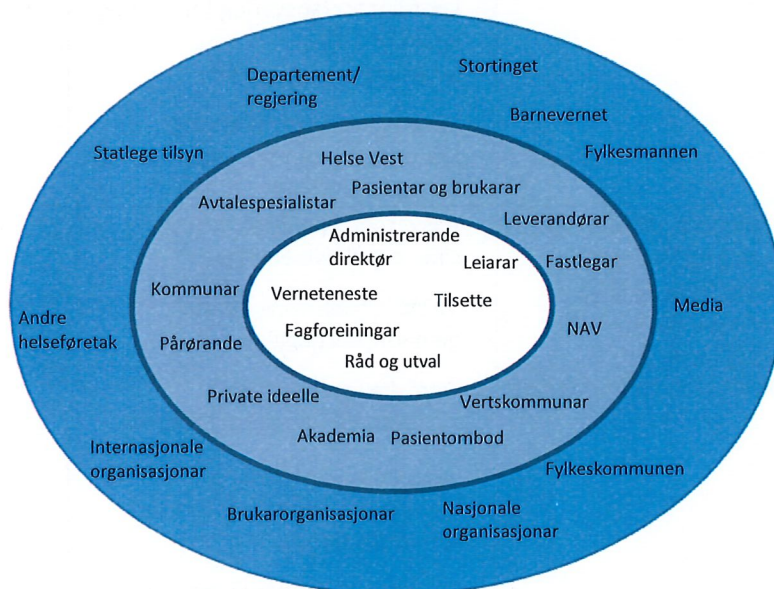
Retningslina gjeld alle tilsette i Helse Førde.

## 2 Framgangsmåte

### 2.1 Identifisering av interessentar (interessentanalyse)

Ved å identifisere våre interessentar, og desse sine forventingar og behov, kan vi drive målretta informasjon og kommunikasjon med omsyn til føretaket sitt kvalitet og forbetringsarbeid, og sikre involvering.

#### 2.1.1 Oversikt interessentar Helse Førde





## 2.2 Vurderingskriteriar, oversikt over innspel frå berørte partar/interessentar og tidsintervall

Organisasjonen skal lage ein oversikt over, og overvake Helse Førde sine interessepartar. Oversikten skal syne deira forventingar og behov i høve til t.d. lovkrav, forskrifter og løyver, og syte for at dette vert teke omsyn til i samband med utarbeiding, etablering og gjennomgang av [Kvalitetsmål for Helse Førde](#). Denne skal presenterast i samband med leiinga sin gjennomgang.

Interessentanalysen er basert på følgjande poengskala:

- 3 poeng – vesentlege innspel (t.d. pålegg om konkrete endringar og tiltak)
- 2 poeng – moderate innspel (t.d. førespurnad/forslag om mogelege endringar og tiltak)
- 1 poeng – mindre vesentlege/ingen innspel (t.d. generelle kommentarar/uttalar om føretaket sitt kvalitetsarbeid)

| Berørt part/interessent      | Område                                                                                                                 | Oppsummering                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Vurdering |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Departement/regjering        | Kvalitetsstyringssystem som stettar aktuelle lovkrav og forskrifter                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 3         |
| Statlege tilsyn/Fylkesmann   | Tilsyn med tenesta                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 3         |
| Helse Vest                   | Rapportering i høve styringsdokument                                                                                   | Kvalitet og styringsmål i Helse Vest sitt styringsdokument                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3         |
| Administrerande direktør HFD | Administrerande direktør har det overordna ansvaret for kvalitetstyringssystemet i HFD                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Godkjenning av den overordna kvalitetspolitikk, dei overordna kvalitetsmåla, og sikre at organisasjonen har eit godt fungerande kvalitetstyrings-system</li> <li>- Oppnemne leiinga sin koordinator/ansvarleg for drift og vedlikehald av kvalitetstyringssystemet</li> <li>- Sikre at det er tilstrekkeleg ressursar til kvalitets- og forbetningsarbeid</li> </ul>    | 3         |
| Leiarar på alle nivå         | Gjennom ansvaret for leiing og kvalitetsforbetring på sine einingar/nivå, sikre oppfølging av kvalitetstyringssystemet | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansvar for kvalitetsforbetring i sine respektive einingar</li> <li>- Vurdere forbetningsområde gjennom kartlegging</li> <li>- Oppfylle føretaket sin kvalitetspolitikk og kvalitetsmål</li> <li>- Syte for at alle medarbeidarar får kjennskap til og vert involvert i forbetningsarbeid</li> <li>- Sikre at uønska hendingar vert rapporterte og følgde opp</li> </ul> | 2         |
| Råd og utval                 | Orientering/drøfting av kvalitetsarbeidet i føretaket                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2         |

|                                                                                                      |                                                                  |                     |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------|
|  <b>HELSE FØRDE</b> | <b>Interessepartar til Helse Førde - Kartlegging og oversikt</b> | Dok. id.:<br>D22302 | Versjon<br>1.01 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------|

| Berørt part/interessent       | Område                                                                                                                             | Oppsummering                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Vurdering |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Tilsette                      | Kvalitet og forbetningsarbeid i føretaket                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kjenne til innhaldet i kvalitetspolitikken og den overordna målsettinga</li> <li>- Gjennomføre e-læringskurset forbetningsmetodikk</li> <li>- Ha dagleg fokus på arbeidsprosessar og aktivitetar, som kan ha konsekvensar for kvalitet</li> <li>- Medverke til oppfølging av tiltak knytt til vesentlege avvik,</li> <li>- Melde forbetningsforslag i Synergi</li> <li>- Ha kjennskap til aktuelle lover, føreskrifter og krav knytt til kvalitet og forbetningsarbeid</li> </ul> | 2         |
| Vernetenester                 | Ein del av det systematiske HMS-arbeidet i føretaket                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2         |
| Pasientar                     | Pasienttryggleik<br>Resultat av behandling/tenester                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2         |
| Pårørande                     | Pasienttryggleik                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2         |
| Brukarorganisasjonar          |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2         |
| Pasientombod                  |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2         |
| Tillitsvalde                  |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2         |
| Andre helseføretak            |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2         |
| Barnevernet                   |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1         |
| Private ideelle               |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1         |
| Avtalespesialistar            |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1         |
| NAV                           |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1         |
| Fastlegar                     |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2         |
| Leverandørar                  |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1         |
| Vertskommunar, naboar         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beredskap</li> <li>- Samhandling om tenester og ressursar</li> </ul>                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2         |
| Media                         | Kommunikasjon;<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- om kvalitetsarbeidet i føretaket</li> <li>- uønska hendingar</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2         |
| Akademia                      | Opplæring/kompetanse                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2         |
| Fylkeskommunen                |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1         |
| Nasjonale organisasjonar      |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1         |
| Internasjonale organisasjonar |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1         |

### 3 Referanse

[ORG-KSS.03.02-1](#)

Kvalitetsmål for Helse Førde

