|  |  |
| --- | --- |
|  | Vedlegg til: Ledelsens gjennomgang i MBK  Dok ID: 53677 |
| Ledelsens gjennomgang, MBK - innkalling | |

|  |  |
| --- | --- |
| Til | Seksjonsledere i MBK, kvalitetsleder og kvalitetskoordinatorene, fagleder PNA, enhetsleder SHOT, administrasjonsrådgiver, administrasjonskonsulent FEL. Tillitsvalgte. Verneombud i HMS-sak (6-7) |
| Dato dok |  |
| Dato/ kl møte  Arbeidslunsj (mat bestilles) |  |
| Sted |  |
| Møteleder | Avdelingsleder |
| Saksliste | Se nedenfor. Saksdokumenter skal ligge på K:\Felles\KDI\MBK\Ledelsens gjennomgang\LG år…. avholdt i ….. og saksnummer.  Det forutsettes at alle har lest seksjonenes rapporter (sak 6) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Saksnr** | **Sakstittel/-innhold** | **Saksforbereder** | **Ca Tidsbruk (min)** | **kl** |
| 1 | Godkjenning av innkalling og saksliste | Avdelingsleder | 5 | 8.00 |
| 2 | **Ledelsens gjennomgang fra forrige år – referat og oppfølging av vedtak/forbedringstiltak** (se referat på K:\Felles\KDI\MBK\Ledelsens gjennomgang\LG år…)  ISO 15189 8.9.2 a) status for tiltak fra tidligere gjennomførte ledelsens gjennomganger | Kvalitetsleder | 10 | 8.05 |
| 3 | **Særskilte områder avdelingen ønsker å fremheve**  Oppsummering fra foregående år | Avdelingsleder | 5 | 8.15 |
| 4 | **Ressurser og aktivitet – endring/status, behov og utfordringer**  ISO 15189 8.9.2 a) interne og eksterne endringer av ledelsessystemet, endringer i volumet og typen av laboratorieaktiviteter og tilgang på ressurser, i) evaluering av PNA-aktiviteter  j) overvåking av aktiviteter og opplæring   * MTU * IKT * Areal * Økonomi * Bemanning, herunder kompetanse, opplæringsbehov * Volum og omfang av aktivitet   + Innlagte   + Poliklinisk   + Utvikling av svartider   + Kommentar til aktivitetsparametrene og utviklingen av disse * Nye/ endring av metoder * PNA-aktiviteter | Avdelingsleder | 20 | 8.20 |
| 5 | **Endringer i interne og eksterne forhold**  Nye reviderte lover/forskrifter/  Oppdrag fra myndigheter/eier | Avdelingsleder | 5 | 8.40 |
| 6 | Oppsummeringsrapporter fra seksjonene (unntatt FUI), inkl. særskilte områder seksjonene vil fremheve. | Seksjonslederne fremhever særskilte områder fra seksjonsrapportene: For eksempel 3 positive og 3 utfordrende saker , HMS, oppfølging av kvalitetsmål  (se mal for presentasjon) | 15 på hver  3 før pause | 8.45 |
|  | Pause |  | 10 | 9.40 |
| 6 | Oppsummeringsrapporter fra seksjonene forts. |  | 6 etter pause | 09.50 |
|  | Lunsj |  | 45 | 11.25 |
| 7 | **Helse, miljø og sikkerhetsarbeid**   * Utfordringer i avdelingen * Ev. tiltak etter vernerunde * Aktuelle HMS-avvik | Seksjonsleder FEL, i samarbeid med verneombud | 10 | 12.10 |
| 8 | **Kvalitetspolitikk og mål**  ISO 15189 8.9.2 b) oppfyllelse av mål og egnethet av politikk og prosedyrer. Er policyer og prosedyrer hensiktsmessige? C) resultater fra kvalitetsindikatorer  Vurdering av egnethet og behov for nye   * Kvalitetspolitikk * Kvalitetsmål * Fremtidige mål (handlingsplan) | Avdelingsleder | 10 | 12.20 |
| 9 | **Evalueringer**  ISO 15189 8.9.2 c) resultater fra nylige evalueringer, prosessovervåking med bruk av kvalitetsindikatorer, interne revisjoner, …, vurderinger fra eksterne organisasjoner  Vurdering av resultater fra   * Kvalitetsindikatorer. Er indikatorene egnet? * Interne revisjoner * Eksterne tilsyn | Kvalitetsleder | 10 | 12.30 |
| 10 | **Avvik og kontinuerlige forbedringsprosesser**  ISO 15189 8.9.2 c) analyse av avvik, korrigerende tiltak, Det anbefales å benytte figurer for trender og håndtering av meldinger, kategorisert med høy alvorlighetsgrad, og tiltak registrert i Achilles. | Kvalitetsleder | 15 | 12.40 |
| 11 | **Tilbakemelding fra brukere, inkl. klager, og forbedringsforslag fra**  ISO 15189 8.9.2 d) tilbakemelding og klager fra pasienter, brukere og personell   * Klager og andre tilbakemeldinger fra kunder/brukere/rekvirenter * Brukerundersøkelser * Forbedringsforslag fra ansatte (inkl. ForBedring) | Kvalitetsleder | 15 | 12.55 |
|  | Pause |  | 10 | 13.10 |
| 12 | **Kvalitetskontrollresultater**  ISO 15189 8.9.2 e)kvalitetssikring av resultatenes gyldighet og h) resultater fra deltagelse i sammenlignende laboratorieprøvinger (SLP/ekstern kvalitetskontroll)  Resultater fra interne og eksterne kvalitetskontroller | Kvalitetsleder | 5 | 13.20 |
| 13 | **Risikostyring/ risikoidentifisering/ kontinuerlig forbedring**  ISO 15189 8.9.2 f) virkningen av eventuelle implementerte forbedringer og tiltak som er truffet for å ta hensyn til risikoer og muligheter for forbedring   * Tiltak, plan for å redusere risiko * Muligheter for forbedring * Vurdering av risikoer for upartiskhet | Kvalitetsleder | 15 | 13.25 |
| 14 | **Gjennomgang av oppdragsavtaler**  ISO 15189 6.7.1 Laboratoriet skal ha en prosedyre for å etablere og regelmessig gjennomgå avtaler om å levere laboratorieaktiviteter   * Gjennomgang av rekvisisjoner * Gjennomgarng av krav til prøvevolum * Gjennomgang av referanseområder | Avdelingsleder | 10 | 13.40 |
| 15 | **Leverandørtjenester**  ISO 15189 8.9.2 g) eksterne leverandørers prestasjon   * Eksterne leverandørers prestasjon * Resultater (evaluering) | Kvalitetsleder | 10 | 13.50 |
| 16 | **Forskning, innovasjon og utdanning**  Forskning   * Kort vurdering av avdelingens forskningsaktivitet * Kliniske studier   Innovasjon   * Tema/problemstilling avdelingen ønsker å belyse   Utdanning  Tema/problemstilling avdelingen ønsker å belyse | Seksjonsleder FUI | 15 | 14.00 |
|  | Pause |  | 10 | 14.15 |
| 17 | **Utgangsfaktorer, vurdering av ledelsessystemet og fremtidige mål** (se 136459 [Strategi 2020 - 2025 for Avdeling for medisinsk biokjemi, MBK](https://ehandbok.ous-hf.no/document/136459) og dok 139288 [Mål og handlingsplan 2021-2023 MBK](https://ehandbok.ous-hf.no/document/139288))  ISO 15189 8.9.3 Utgangsfaktorer – beslutninger og tiltak knyttet til:   1. Virkningen av ledelsessystemet og systemets prosesser. Er systemet egnet til gjennomføring av laboratoriets prosesser, innbefattet oppnåelse av mål og kvalitetspolitikk 2. Beslutninger knyttet til forbedring av laboratorieaktivitetene og oppfyllelse av kravene i ISO 15189:2022 3. Tilgang på nødvendige ressurser 4. Forbedring av tjenester til pasienter og brukere 5. Ethvert behov for endring   Oppsummering, konklusjon av leder. | Avdelingsleder  Deltagerne | 35 | 14.25 |