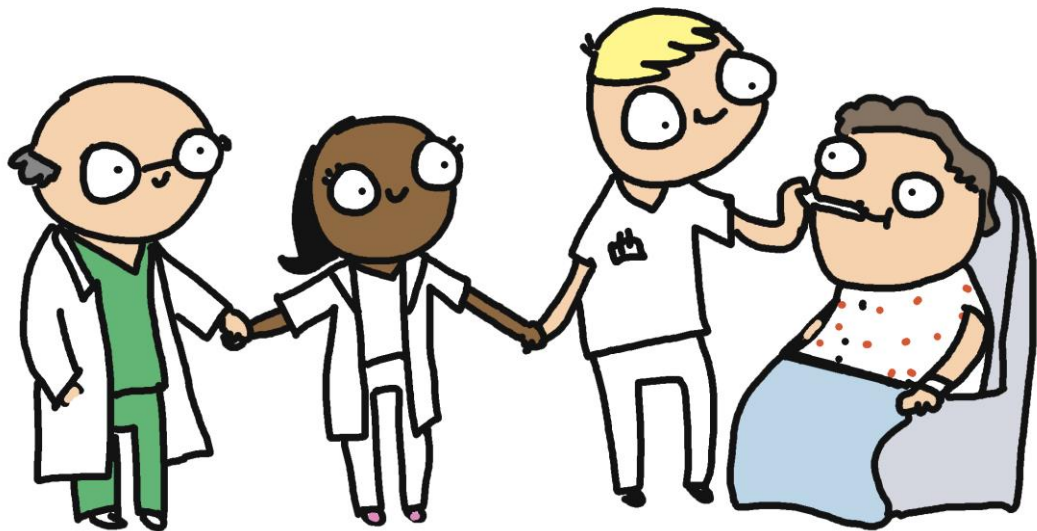


REGIONAL PLAN FOR KVALITET OG PASIENTTRYGGLEIK 2020–2024

Utkast til styringsgruppa 14.10.2019



OPPSUMMERING

Utvikling av kvalitet er eit arbeid som skal gå for seg heile tida og i størst mogleg grad vere integrert i det daglege arbeidet vi gjer. Dei siste åra har det vore stor merksemd om pasienttryggleik. Den sentrale helseforvaltinga har vore pådrivar for dette arbeidet, og det er innført 14 tiltakspakkar i sjukehusa. Samstundes har arbeidet påverka kulturen, noko som kjem fram i rapporteringa av uønskte hendingar og arbeidet med å lære av dei. Helse Vest har sidan 2005 hatt eit regionalt koordinert program for utvikling av kvalitet som har teke opp i seg dette arbeidet. Til no har mykje vore organisert som større og mindre prosjekt.

Det nasjonale programmet for pasienttryggleik er no over, og arbeidet skal drivast vidare og fornyast med uforminska styrke. Frå eit tiltak blir introdusert i tenesta, tek det oftast fleire år før det kan seiast å vere praksis alle stader til kvar tid. Det viktigaste ein kan gjere for å mobilisere heile organisasjonen, er å sørge for at alle medarbeidarane er kjende med forbettringsarbeidet og forstår meininga med det. Det er eit særskilt ansvar å sørge for at alle leiarane har tilstrekkeleg kompetanse til å stå i spissen for dette. Til organisasjonen har bygd både kompetanse og kapasitet, er ein avhengig å ha sentral stabsstøtte til dette arbeidet.

Denne planen byggjer på arbeidet som er gjort i føretaksgruppa i Helse Vest. Vår helseregion har fått ros for at vi har vore i front når det gjeld å organisere og koordinere innsatsen. Like fullt er det langt fram til at vi kan seie at vi har gjort det vi kan for å sikre kvalitet i alle ledd, og at tryggleiken er så god som han kan bli. Kvart år får framleis om lag ti prosent av pasientane ein skade under opphald i sjukehusa våre, og ein stor del av desse skadane kan førebyggjast med den kunnskapen vi har i dag.

Det er ei utfordring at dei talfesta kvalitetsindikatorane vi har i dag, ikkje er gode nok å styre etter, noko som syner seg i at dei nasjonale måla som er sette, er vanskelege å operasjonalisere. Framleis er skadetala frå journalane til vaksne innlagde pasientar i somatiske avdelingar det beste målet vi har på pasienttryggleiken. Bruken av denne indikatoren må utviklast vidare, og til det trengst teknologiske hjelpemiddel.

Denne planen gir ikkje talfesta mål på kor vi skal. Helsedirektoratet har fastsett nokre mål og varsla at dei utviklar nye indikatorar. Det finst ikkje enkle måtar å nå måla på. Derfor inneheld denne planen ei rekkje tiltak som til saman vil gjere at vi kan nå dei.

Dei største grepa i planen er kulturbygging for openheit og tillit, bygging av kompetanse og kapasitet til kvalitetsforbetring, standardisering av pasientforløp og prosedyrar, meir systematisk samordning av arbeidet med pasienttryggleik og HMS, meir og betre brukarinvolvering og organisatoriske støttefunksjonar.

INNHALD

1. Innleiing	6
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Overordna føringar	7
1.3 Mandat / organisering av arbeidet	7
2. Utfordringar	9
2.1 Utfordringar i pasienttryggleik	9
2.2 Utfordringar i tenestene	10
3. Forslag til nye tiltak, oppfølging og organisering for å utvikle tenestene	13
3.1 Standardisering	13
3.1.1 Retningslinjer, prosedyrar og pasientforløp	13
3.1.2 Legemiddelområdet	14
3.1.3 Samhandling	15
3.2 Kompetanse og kultur	15
3.2.1 Forbettringsmetodikk	15
3.2.2 Tryggleikskultur, risiko og læring	16
3.2.3 Forsking og implementeringskunnskap	17
3.3 Teknologi	18
3.3.1 Utvikling og innovasjon	18
3.4 Målingar og monitorering	19
3.4.1 Kvalitetsindikatorar, GTT og IKT-system	19
3.5 Organisering og oppgåver	21
3.5.1 Kvalitetsutval, stabs- og støttetjenester	21
3.5.2 Brukarmedverknad på systemnivå	22
4. Oppfølging og rapportering	23
4.1 Rapportering	23
4.2 Ansvar og tidsplan for tiltak/tilråding	23
4.3 Økonomiske konsekvensar av planen	29
5. Omgrepsliste/definisjonar	29
6. Kjelder og litteratur	29
7. Vedlegg	30

1. INNLEIING

Trygge helsetenester og vedvarande arbeid for å sikre kvalitet er avgjerande for at Helse Vest skal nå måla sine. Frå 2010 har planane for dette arbeidet vore samordna med det nasjonale pasienttryggleiksprogrammet. No skal det byggjast breiare kompetanse og kapasitet for å føre arbeidet over i den daglege verksemda.

1.1 Bakgrunn

Helse Vest starta samordninga av arbeidet med kvalitetsutvikling på grunnlag av ei styresak i desember 2005. Sjølv om ein peikte på at kvalitet blir til i møte mellom utøvar og pasient, ikkje i stabseiningar, var det behov for samordna tiltak for å drive arbeidet fram. Som eit døme på tiltak som blei sette i verk, blei eit felles system for melding av uønskte hendingar innført i 2008. I 2010 blei den nasjonale pasienttryggleikskampanjen sett i verk.

Kampanjen blei vidareført gjennom pasienttryggleiksprogrammet. Alle føretaka i Helse Vest og dei private, ideelle institusjonane har delteke, og ei rekkje spesifikke tiltak for å tryggje tenestene er heilt eller delvis innførte i tenestene. Det mest omfattande arbeidet blei gjort med det første tiltaket, WHO- sjekklista for trygg kirurgi, der ein òg klarte å dokumentere effekten vitskapeleg som bidrag til den internasjonale forståinga av dette tiltaket. Samstundes er det innført ei rekkje målingar for å kunne følgje med på i kva grad ein lukkast med å skape kvalitet.

Det viktigaste nasjonale målet er førekomst av pasientskadar målt gjennom systematisk journalgransking. Føretaka har i løpet av programperioden nådd målet om halvering av talet på skadar som kan førebyggast, men tala viser variasjon, og situasjonen er ikkje stabil.

Andre målingar har omfatta pasienttryggleikskultur. Dei har vist gode gjennomsnittlege målingar, men avdekt at det samstundes finst utfordringar i mange kliniske einingar. Ei samla vurdering av kvalitet og tryggleik i føretaka i Helse Vest må vere at arbeidet ikkje har komme like langt på alle område og i alle einingar. Sjølv i dei einingane som har komme lengst, må ein skape varige strukturar og kompetanse som gjer det mogleg å bevare og vidareutvikle kvaliteten.



1.2 Overordna føringar

Helse Vest RHF skal sørge for at befolkninga i Rogaland og Vestland får tilgang til spesialisthelsetenester slik det er fastsett i lover og forskrifter. Planarbeidet er eit ledd i dette sørge-for-ansvaret.

Planen skal følgje opp strategien *Helse 2035, Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i omsorgs- og helsetjenesten* og måla som er sette i *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019–2023*. Planen vil òg byggje vidare på tiltak presenterte i NOU 2015:11 *Med åpne kort*. I tillegg må planen følgje opp innspel frå føretaka frå våren 2018, der helseføretaka definerte sine behov og ønske for pasienttryggleiksarbeidet i regionen. Det regionale nivået må vere eit bindeledd til nasjonale ressursar og prosessar.

1.3 Mandat / organisering av arbeidet

Styringsgruppa for Program for pasienttryggleik vedtok i møte den 02.10.2018 at det skulle setjast i gang eit arbeid for å utarbeide ein regional plan for pasienttryggleik og kontinuerleg forbetring i Helse Vest.

Planarbeidet skal avklare korleis Helse Vest skal organisere, støtte og vidareutvikle arbeidet med pasienttryggleik, kvalitet og forbetring i tidsrommet 2020–2024. Den regionale planen må gjere greie for mål, drivarar, organisering og felles strukturar. Det strukturelle arbeidet som er gjort under kvalitetssatsinga i Helse Vest og *Program for pasienttryggleik 2012–2019*, må takast omsyn til i planarbeidet.

Planen skal gjere greie for korleis vi skal etablere varige strukturar for

- å vidareutvikle regional kompetansebygging i forbetningsmetodikk i tråd med nasjonale føringar og forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helsetenesta, med særleg fokus på leiarnivået
- å få i stand leiingsopplæring i kontinuerleg forbetnings- og tryggleiksarbeid
- å få til reell brukarmedverknad i pasienttryggleiksarbeid og forbetningsarbeid
- å integrere arbeidet med pasientstryggleik i etablerte styringslinjer
- å integrere HMS-, kvalitets- og pasienttryggleiksarbeidet
- å synleggjere framtidige behov for forbetringstavler og risikotavler, mellom anna vurdere behov for elektroniske løysingar (mellom anna integrasjon

mellom ulike IKT-system, virtuelle møtepunkt og strukturar for målretta styringsdata innan kontinuerleg forbetring og pasienttryggleik)

- å identifisere og spreie oppdatert kunnskap om pasienttryggleik og kvalitetsforbetring
- å leggje til rette for openheit og læring
- å sjå til at kontinuerleg forbetring og pasienttryggleik støttar opp om læring på tvers av einingar og føretak
- å forvalte nye innsatsområde

Planarbeidet har vore organisert som eit regionalt prosjekt med fagdirektøren som prosjekteigar og direktørmøte i Helse Vest som styringsgruppe. Desse prosjektdeltakarane har vore med på planarbeidet:

namn	Føretak – rolle
Stig Harthug	Helse Bergen – leiar av arbeidet
Elisabeth Huseby	Helse Vest RHF – regional programleiar
Charlotta Schaefer	Helse Vest RHF – prosjektdeltakar/sekretariat
Kari Furevik	Medlem av utvida sekretariat Program for pasienttryggleik
Karin Jensvold	Medlem av utvida sekretariat Program for pasienttryggleik
Gerd Gran	Medlem av utvida sekretariat Program for pasienttryggleik
Målfrid Christoffersen	Medlem av utvida sekretariat Program for pasienttryggleik
Ingeborg Fauskanger	Medlem av utvida sekretariat Program for pasienttryggleik
Eirik Søfteland	Helse Bergen
Liss Søreide	Helse Stavanger
Siri Lerstøl Olsen	Helse Stavanger
Tomas Jonson	Helse Fonna
Isabel Solvang Tofte	Helse Fonna
Aasta Irene Kapstad	Helse Førde
Marny Solhaug Pettersen	Helse Førde
Tove Zakariassen	Haraldsplass diakonale sjukehus
Sissel Nedkvitne	Voss DPS, representerer dei private, ideelle institusjonane i Helse Vest
<i>Manglar deltakar</i>	Helse Vest IKT
Leif Johnsen KHVO	Konsernhovudverneombod
Wenche Røkenes, UNIO	Representant for konserntillitsvalde
Astrid Gytri	Brukarrepresentant
Karl Olaf Sundfør	Brukarrepresentant
Jannicke Slettlı Wathne	Sjukehusapoteka Vest

2. UTFORDRINGAR

Kvalitet og pasienttryggleik er omgrep som ofte blir brukte i vid tyding. I denne planen legg vi til grunn desse definisjonane, som helsestyresmaktene har stadfesta:

Kvalitet omhandlar i kva grad det som skjer i helsetenesta med pasienten fører til ein helsegevinst for individet og for folkehelsa, gitt dagens kunnskap

Pasientsikkerhet er vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser

Sjølv om helsetenesta i Noreg held høg kvalitet på dei fleste område i internasjonale samanlikningar (OECD), er det openbert at kvaliteten og pasienttryggleiken kan bli betre.

Helsetenesta arbeider med pasientar som har ein risiko for forverring av tilstanden og i verste fall død. Til dømes er det ikkje alltid mogleg å avgjere om ein pasient som dør med ein kreftsjukdom, dør av sjukdommen eller av komplikasjonar i samband med behandlinga. I nokre tilfelle er årsaka svikt i behandlinga, mens det i andre tilfelle ikkje er mogleg å finne nokon slik svikt.

I alle fall er hendinga uønskt, og ein vil på ulike vis søkje å forbetre behandlinga. Ein nullvisjon for skadar og dødsfall som følgje av behandling eller sviktande behandling kan synast utopisk dersom ein skal sikre at alle pasientar får den behandlinga dei har krav på. Like fullt må vårt langsiktige mål vere at ingen pasientar i helsetenesta skal påførast skadar eller døy som følgje av behandlinga. Dette er vår nullvisjon: «En trygg og sikker helse- og omsorgstjeneste, uten skade, for hver pasient og bruker, alltid og overalt» (Helsedirektoratet). I operasjonalisering av dette arbeidet er det derfor viktig å vere særleg retta mot dei hendingane og skadane som kan førebyggjast med den kunnskapen og dei verkemidla som er innanfor rekkevidde, vel vitande om at det er langt fram til nullvisjonen.

Dei primære utfordringane for kvalitet og pasienttryggleik handlar om pasientane. Desse utfordringane oppstår i eit komplekst samspel mellom pasienten og ei lang rekkje fagpersonar, kompliserte system og avansert teknologi. Fordi det er ein samheng mellom strukturar, prosessar og resultat, vil utfordringsbiletet i denne planen i stor grad handle om kommunikasjon og samhandling, arbeidsmiljø og verktøy som påverkar kvalitet og tryggleik.

2.1 Utfordringar i pasienttryggleik

I «[Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023](#)» peiker Helsedirektoratet på at det trass i fleire års målretta arbeid med kvalitet og pasienttryggleik er for mange pasientskadar og uønskete hendingar. Pasientskadar er nummer 14 på lista over den samla sjukdomsbyrda i verda, og vi har fragmentert informasjon om hendingar og skadar frå fleire kjelder. I Noreg er hovudmålet for skadar tala frå systematiske journalgranskingar med GTT-metodikk. For heile landet viser tala ein nedgang frå 2010 til 2019, særleg for dei mest alvorlege skadane, men ein auke i forbigåande, mindre alvorlege skadar. Alle føretaka i Helse Vest har i perioden

hatt reduksjon i talet på skadar, men tala har ei normalvariasjon og tyder på at meir må gjerast for å komme så lågt som mogleg. Legemiddelskadar og infeksjonar er dei hyppigaste skadetypane.

2.2 utfordringar i tenestene

Helsedirektoratet peiker på at mange av skadane kan forklarast med svikt på fire hovudområde: overgangar mellom tenestenivå, overordna leiing, arbeidskultur og koordinert innsats.

Det er gjennomført ei evaluering med innspel frå helseføretaka som peikte på behov for vidare oppfølging. Desse er samla i elleve punkt (sjå vedlegg I). Viktige moment er styrkt teknologi for IT-støtte i den kliniske kvardagen og vedvarande behov for å samhandle regionalt om utvikling av kvalitet.

Programmet har i ein viss monn gjort føretaka betre rusta til å innføre nye tiltak i den kliniske kvardagen, men erfaringa syner at med få unntak manglar det vesentleg kompetanse og kapasitet til å gjennomføre store og små forbetningsprosjekt i sjukehusa. Leiinga må på alle nivå ha forståing for den systematiske tilnærminga, til dømes korleis ein jobbar syklisk med forbetningar heilt til ein kan stadfeste stabile prosessforbetningar over tid. Det må òg setjast av tilstrekkeleg tid til å planleggje og evaluere tiltak.

Internrevisjonen i Helse Vest har slått fast at alle føretaka i 2019 har komme godt i gang med å innrette seg etter forskrifta om leiing og kvalitetsforbetring, men at det er eit omfattande arbeid før alt fungerer slik det skal.

Forbetningsundersøkingane frå 2018 og 2019 gir høg skår på mange tema, men evnar òg å skilje ut einingar med særskilde utfordringar. Når ein går ned i detaljane, finn ein stor variasjon og ulike einingar der mange gjer det bra og andre mindre bra. Erfaringane tyder på at desse undersøkingane er nyttige, men det er utfordringar i oppfølginga i leiarlinja. Dei områda som i snitt er svakast, er arbeidsforhold, toppleiinga si (opplevde) rolle i pasienttryggleiksarbeidet, fysisk arbeidsmiljø og oppfølging. Samla viser dette kor viktig leiing og arbeidsmiljø er for at vi skal lukkast i arbeidet med kvalitetsforbetring og pasienttryggleik.

Utvalet erkjenner at det er mange angrepspunkt og arenaer for kvalitet og kvalitetsutvikling, og har prioritert å fokusere på dei utvalet meiner er viktigast for å mobilisere heile organisasjonen til å bidra til å nå måla.

Til no har mykje av arbeidet med å fremje kvalitet og pasienttryggleik hatt form av prosjektorganisert verksemd. Vi er inne i eit skifte av modus, der hovudtyngda av arbeidet med å forbetre kvalitet ligg i driftsorganisasjonen som ein integrert del av den daglege verksemda. Det er likevel eit behov å ha utstrakt regional overbygging for mellom anna å kunne lære på tvers. Det handlar om å byggje kompetanse og kapasitet og tydelege strukturar som synleggjer arbeidet med kvalitet og pasienttryggleik.

Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helsetenesta legg til grunn Demings PDSA-sirkel som modell for kontinuerleg forbetring. Heile organisasjonen må mobiliserast sterkare enn før, slik at forbetringstankegangen kan prege organisasjonen i alle ledd.

Før ein kan starte forbetringsarbeid, er det vanleg å svare på spørsmålet: «*Har vi eit problem, og korleis veit vi det?*» Vi har mange kjelder som kan hjelpe oss med dette spørsmålet. Om ein ikkje oppnår einsemd om problemet, kan det systematiske arbeidet stå fram som fragmentert.

Vi veit at det er mogleg å redusere talet på uønskte hendingar og pasientskadar, men vi veit ikkje nøyaktig kor mykje. Vi veit òg at vi kan bli betre til å utnytte ressursane i tenesta og samstundes ha eit godt arbeidsmiljø. Det er altså nødvendig å leggje til rette for kvalitetsforbetring og tryggleikskultur i mykje større grad enn i dag. Vi veit òg at det er ulike utfordringar i somatikk, psykiatri og rusbehandling. Denne planen er for det meste generisk, men det er teke inn nokre punkt som i særleg grad gjeld psykiatri.



Den nasjonale planen for pasienttryggleik lister desse måla:

- **redusere pasientskadar**
- **byggje varige strukturar for pasienttryggleik**
- **forbetre pasienttryggleikskulturen i helsetenesta**

Helsedirektoratet har fastsett måltal for viktige kvalitetsindikatorar i perioden 2017–2023 (sjå vedlegg II). Denne nasjonale planen påpeikte at desse kvalitetsindikatorar ikkje er utfyllande og at det i kommande år vil utviklast fleire knytt til pasienttryggleik. Særleg viktige er tala for pasientskadar målte ved journalgransking (GTT). Måla treffer helseføretaka ulikt og må derfor operasjonaliserast i kvart helseføretak.

Korleis veit vi at endringar er forbetringar?

Vi må styrkje målingane våre, både dei som gjeld arbeidsprosessane, og dei som viser resultat i form av skadereduksjon.

Kva endringar må vi gjere?

Helsepersonell er generelt flinke til å finne tiltak. Vi må i løpet av denne perioden jobbe med å ta i bruk forbettringskompetanse slik at tiltaka blir sette i system og testa ut systematisk. Vi må lære å bruke ressursane våre på dei tiltaka vi veit verkar, til dømes tiltak frå pasienttryggleiksprogrammet. Vi må nytte kunnskapen om det som går feil, men òg erfaringane frå det som lukkast.

I denne planen løftar vi fram tiltak som er nødvendige for å få dette til. Vi har delt tiltaka inn i fem område med til saman ti underområde:

1. Standardisering
2. Kompetanse og kultur
3. Teknologi
4. Måling og monitorering
5. Organisering

Vi har valt å visualisere dette i eit driverdiagram (sjå vedlegg III). Det finst andre planar som kvar for seg kan gi auka kvalitet og pasienttryggleik, men desse planane er lite koordinerte og kan i nokre tilfelle vere motstridande.

Organisasjonen må dei nærmaste åra ha særleg fokus på å setje alle leiarar og medarbeidarar i stand til å implementere gode og nødvendige tiltak. Gjennom slikt arbeid i den kliniske kvardagen skaper vi ein god tryggleiskultur.

3. FORSLAG TIL NYE TILTAK, OPPFØLGING OG ORGANISERING FOR Å UTVIKLE TENESTENE

3.1 Standardisering

3.1.1 Retningslinjer, prosedyrar og pasientforløp

Målbilete

Ved å standardisere og samordne kritiske arbeidsprosessar reduserer vi risikoen for feil og uønskt variasjon, samstundes som vi nyttar ressursane effektivt. På denne måten støttar vi opp om tverrfagleg arbeid og kan nytte felles arbeidsverktøy i langt større grad enn i dag. Standardisering er ikkje til hinder for å ta nødvendig omsyn til dei individuelle behova til pasientane.

Vurdering

Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helsetenesta krev at det skal finnast tilstrekkeleg dokumentasjon på styring av kritiske oppgåver. Det er eit mål å standardisere klinisk arbeid i tråd med beste dokumenterte praksis på område der det er særleg risiko for skade eller tap. Gjennomgåande prosedyrar vil òg sikre at helsepersonell som arbeider ved ulike avdelingar, møter dei same krava uavhengig av avdelinga dei er i.

Fleire av føretaka i Noreg har erfaring med at det er krevjande å oppnå konsensus om slike prosedyresamlingar, mellom anna fordi ein ikkje har klart å prioritere dei områda der det er særleg risiko for svikt. På kort sikt bør ein derfor prioritere tverrfaglege prosedyrar på område med særleg risiko. Fellesprosedyrane skal vere knytte til kliniske kjerneprosessar og må koplant til dei IT-verktøya ein bruker i dagleg praksis. Der Helsedirektoratet har utarbeidd faglege normer og rettleiingar, må desse innarbeidast.

Å gjennomføre dette tiltaket vil vere noko av det mest krevjande i planen, og for å lukkast er det avgjerande å få i stand ein god struktur for styring av arbeidet og å etablere eit fagsekretariat. Faglege representantar frå ulike fagmiljø må trekkjast inn. I tillegg til dei openberre fordelane med standardisering vil ein kunne spare mykje av dei ressursane føretaka i dag bruker på å lage eigne prosedyrar for mange ulike avdelingar, når mange kunna ha vore felles.

Det må òg avklarast om eitt eller fleire av dei tekniske systema som er i bruk i dag, vil vere eigna til å vareta denne oppgåva, eller om det må skaffast nytt. Det er viktig at det framtidige systemet er eigna til å koplant mot arbeidsprosessar. Systemet må òg kunne integrere overordna dokument med lokale tilleggsdokument. Ein må prioritere dokument som støttar opp under kritiske, felles arbeidsprosessar. Pakkeforløp er nasjonale standardiserte pasientforløp som har til mål å bidra til rask utgreiing og behandlingsstart utan unødig ventetid. I utviklinga av pasientforløp må ein sørje for å kople saman prosessmålingar, kvalitet og pasienttryggleik. Arbeidet med pasientforløp

må også, i den grad ein finner det formålstenleg inkludere før- og etterforløp i samhandling med primærhelsetenesta.

Tiltak/Innsats

- starte arbeidet med felles prosedyrar og retningslinjer på område der felles prosessar er nødvendige og det er særleg risiko for svikt
- peike ut ei sentralt leidd redaksjonsgruppe som samhandlar med regionale nettverk for pasientløp
- styrkje arbeidet med å utvikle felles pasientløp og knyte dei saman med dei kritiske prosedyrane

3.1.2 Legemiddelområdet

Målbilete

Sikker legemiddelhandtering er oppnådd gjennom kompetente medarbeidarar, oppdaterte prosedyrar, godt integrerte IKT-system med kunnskapsstøtte og avgjerdsstøtte, rådgiving, sporbarheit i prosessar og pasientinvolvering. Helse Vest arbeider etter å minimere og eliminere feil i samband med legemiddelhandtering.

Vurdering

Legemiddelhandtering er eit område med stort skadepotensiale. Pasient og/eller pårørande bør involverast der det er mogleg, slik at ein startar behandling som tek i vare pasientens behov og ønskjer på ein god måte. Eit anna tiltak for å ta ned talet på uønskete hendingar er lukka legemiddelsøyfe. Med lukka legemiddelsøyfe meiner ein eit system kor all informasjon er elektronisk sporbar og overførast saumlaust, heilt frå legens ordinasjon til administrasjon til pasient^[1].

For at legemiddelhandtering skal være trygg må helsepersonell ha god basiskunnskap. Ein må leggje til rette for kunnskapsstøtte, og avgjerdsstøtte i eKurve, rådgjeving frå legespesialistar og kliniske farmasøytar. I den siste tida har legemiddelmangel vore eit tema, og vi må jobbe saman med å sikre forsyninga til pasientane. Legemidla må vere tilgjengelege og pakka på en hensiktsmessig måte. Eindose er eit system kor kvar legemiddeldose er pakka for seg, slik at både helsepersonell og pasient kan sjå kva for legemiddel ein har føre seg, sjølv om legemidlet er fjerna frå originalpakninga.

Risikovurdering av tilverking av legemiddel i sjukehusavdeling er gjennomført i alle sjukehusa i perioden 2016-19 og avdekka fleire område for betring, både knytt til kvalitet og HMS. For fleire avdelingar med høgt volum av tilverking kan det vere grunnlag for å samle og overføre tilverkingsoppgåver til apotekpersonell for å frigjere tid for sjukepleiarar og kvalitetssikre tilverkingsprosess. Det er på dette område særleg viktig at desse aspekta er godt ivaretatt ved innføring av nye tiltak, både for å sikre forsvarleg arbeidsmiljø, men og for å hente ut gevinsten av nye tiltak.

^[1] 1: OvesenH. et.al. Medication Supply in Closed Loop Medication –Conceptual Understanding and Prerequisites. Proceedings of the 4thEuropean Workshop on Practical Aspects of Health Informatics, May-2017, published at <http://ceur-ws.org>

Tiltak/innsats

- Kliniske farmasøytar er tilgjengelege for rådgjeving i avdelingane, anten fysisk eller gjennom bruk av virtuelle løysingar.
- Alle sjukehus i regionen tek i bruk Eindose og koplar mot pasientopplysningar for å dokumentere rett utlevering.
- Arbeidet med legemiddelsamstemming ved innlegging, overføring og utreise må vidareførast og koplast til arbeid med legemiddellista, slik at pasientar og pårørande kan involverast i legemiddelprosessen ved ordinasjon og utdeling.
- Tilverking av legemiddel på sjukehuspost og i sjukehusapotek må kvalitetssikrast gjennom betra systemstøtte og god oppgåvefordeling

3.1.3 Samhandling

Målbilete

Vi skal auke samhandling med primærhelsetenesta og ta i bruk Helsefellesskap, for å hindra at dei mest sårbare pasientane fell mellom to stoler. Vidare skal vi samordne og standardisere prosessane for overføring mellom nivåa i helsetenesta, men òg internt mellom sjukehusavdelingane og mellom sjukehusa. Ved bruk av strukturert kommunikasjon skal vi redusere ei rekkje av dei risikomomenta som oppstår i ulike overgangar. Vi skal og dele arbeidsmetodikk og erfaringar med forbetningsarbeid.

Vurdering

Dette området er tett knytt til felles tryggleikskultur. Arbeidet med å utvikle samhandlingsavtalane må halde fram. Vi må lære meir av dei feila som skjer. Kompetansen hos helsepersonell må hevast og dei elektroniske hjelpemidla forbetrast. Det gjeld både internt, mellom sjukehusa og mellom sjukehusa og primærhelsetenesta. Reseptformidlaren i reseptregisteret må integrerast i journalsystema både i sjukehus, allmennpraksis og sjukeheimar, og Helse Vest må vere pådrivar for å få dette til.

Tiltak/innsats

- Alle pasientar skal ha utskrivingsamtale og få med seg tilpassa skriftleg informasjon.
- Bruken av IT-støttesystem må samordnast mellom kommunane og helseføretaka.
- Det må innførast og brukast sjekklister og eigna verktøy for strukturert kommunikasjon.

3.2 Kompetanse og kultur

3.2.1 Forbetningsmetodikk

Målbilete

Vi skal bygge kompetanse og kapasitet og gjennomfører kontinuerlege forbetningsprosessar på alle nivå i heile organisasjonen. Dette gjer vi for at vi heile tida skal kunne sikre gode resultat i pasientbehandlinga og eit godt og framtidretta arbeidsmiljø.

Vurdering

Forbetningsmetodikk inneheld mange ulike framgangsmåtar for å få innføre nye tiltak i tenestene eller justere og tilpasse prosessar som ikkje lenger er optimale.

Helsedirektoratet har samla kunnskapen om dei sentrale delane i ein god manual som kan tene som utgangspunkt for kva leiarar og nøkkelpersonell treng å vite om denne metodikken, som er knytt til den såkalla forbetringssirkelen eller PDSA-sirkelen.

Det er ikkje nok å kjenne metodane, ein må òg opparbeide erfaring for å kunne løyse utfordringane i praksis. Dersom sjukehusa skal klare å innføre nye tiltak på ein slik måte at dei fungerer i dagleg praksis over tid, må kompetansen til å gjennomføre vedvarande forbetring styrkjast i alle ledd. Helsedirektoratet tilrår at ein byggjer opp differensiert kunnskap på fire nivå med tilstrekkeleg kapasitet til at heile organisasjonen kan gjennomføre endringar til kvar tid.

Det tek tid å byggje opp denne kompetansen, og føretaka bør samarbeide for å sikre felles forståing av forbetningskulturen vår. Helse Vest må sjølv organisere og gjennomføre opplæringa. Berre nokre få vil bli sende på nasjonale og internasjonale opplæringsaktiviteter. Det må sikrast tilstrekkeleg finansiering av utdanninga. Leiarane må be om å få breiare opplæring i kvalitetsleiing.

Kompetasen i helseføretaka må spreiaast slik at alle einingar har, eller har tilgang på, forbetnings- og rettleiarkompetanse.

Deler av arbeidet med forbetring vil krevje samhandling med kommunehelsetenesta og det er nødvendig å dele erfaringar. Her kan dei fylkesvise utviklingstenestene i sjukeheimsmedisin vere naturlege samhandlingspartnarar.

Tiltak/Innsats

- etablere opplæringspakke som skal gjennomførast av alle medarbeidarar
- sørge for at alle leiarar har gjennomført grunnkurs i leiing av kvalitetsforbetring
- sørge for at éin prosent av dei tilsette har rettleiarkompetanse i kvalitetsforbetring
- sjå til at ti prosent av dei tilsette i kliniske avdelingar har kompetanse til å drive forbetningsarbeid
- samhandle med kommunehelsetenesta i å bygge forbetningskunnskap gjennom utvikling av kursmoduler og pilotere dei

3.2.2 Tryggleikskultur, risiko og læring

Målbilete

Føretaka i Helse Vest skal vere prega av godt teamarbeid og høg grad av tryggleik. Risikoforståing skal utviklast med openheit og tillit og støtte opp om kunnskapsbasert læring både frå det som går gale, og det ein allereie er god på.

Vurdering

Tryggleikskultur blir skapt gjennom alle dei erfaringane leiarar og tilsette gjer i møte med kvarandre og pasientane. Ein tryggleikskultur er kjenneteikna av openheit, tillit og respekt og er dels ein føresetnad for og dels ei følgje av målretta arbeid for gode resultat. I stor grad blir kulturen skapt i det vi gjer, og i måten vi møter utfordringane i kvardagen på. Alle leiarar har eit stort ansvar for å vere gode eksempel, og alle tilsette påverkar kulturen med sin eigen måte å vere på.

Dei to viktigaste elementa i ein pasienttryggleikskultur er tryggleiks- og teamarbeidsklima. Tryggleiksklima handlar om kor lett medarbeidarar synest det er å snakke om risiko og uønskte hendingar på arbeidsstaden. Teamarbeidsklima handlar om i kor stor monn medarbeidarane opplever støtte frå teamet til å prioritere trygg pasientbehandling.

Dei viktigaste uønskte hendingane og tiltaka for å redusere risikoen for skadar på pasientar skal delast med aktuelle avdelingar i regionen, og på sikt i heile landet. Dei som tek imot læringsmeldingane, skal vurdere om dei er aktuelle for eiga verksemd og kvittere ut om dei blir nytta. Ein må sørge for å lære av feil og uønskte hendingar, men òg dele erfaringane frå det ein får godt til.

Risikovurdering skjer fortløpande i kliniske vurderingar og i planlegging og oppfølging av støttetjenester på alle nivå. All risikovurdering har som mål å identifisere tapspotensial. Ein må forstå kva som kan skje (liv og helse, økonomi, omdømme), kor sannsynleg det er at det vil skje, og kva som skal til for å redusere risikoen til eit akseptabelt nivå. Risikostyring må skje systematisk med metodar som gjer at ein kan dokumentere dei og at ein også kan saman stille ulike risikomoment i føretaka for å prioritere best mogeleg. Risikovurdering og risikohandtering skal være ein del av tryggleikskulturen.

Tiltak/Innsats

- følgje opp dei årlege forbetningsundersøkingane lokalt og stimulere til å bruke verktøy som «Snakk om forbetring»
- forbetre rutineane for kontinuerlige risikovurdering i kliniske einingar og for å følgje opp meldingar om uønskte hendingar
- etablere og ta i bruk ei teknisk plattform for å utveksle læringsnotat om ei nasjonal ordning i regionen i samarbeid med helseforvaltinga (HDir og UKOM)

3.2.3 Forsking og implementeringskunnskap

Målbilete

Det skal drivast forskning på kvalitet og pasienttryggleik for å få ny kunnskap om kva som er effektive tiltak, og korleis organisasjonen utviklar seg ved å implementere tiltaka i praksis. Denne kunnskapen skal hjelpe leiinga til å forstå betre korleis dei ulike fasane i forbetningsarbeidet kan leggjast til rette.

Vurdering

Forskningsstatistikken viser at Helse Vest ikkje har mykje helsetenesteforskning, men noko finst, mellom anna på klinikknære område, til dømes bruk av pasienterfaringsdata som utfallsmål, bruk av sjekklister, pasienttryggleikskultur og simuleringstrening i kvalitetsregister. Pasienttryggleiksprogrammet til Helse Vest har sidan 2014 gitt midlar til kortare stipend, tre fulle ph.d.-stipend og eit postdoktorstipend og til å samle forskarar til årlege møte. Fleire andre har fått ph.d.-finansiering gjennom ordinære søknader i Helse Vest. Det blir no utført relevant forskning på dette området i Bergen, Stavanger, Fonna og Førde.

Det tek i snitt 10 til 17 år frå kunnskap eller teknologi er tilgjengeleg, til han er innarbeid i tenestene og blir brukt der han skal og på rett måte (kjelde: Noregs forskingsråd). Erfaringane frå innføring av WHO-sjekklista for trygg kirurgi i føretaka i Helse Vest viser at sjølv om ein gav opplæring og støtte og hadde stor merksemd frå leiinga, tok det om lag ti år frå arbeidet tok til, til metoden var i dagleg bruk der han skulle.

Følgjeforskning har gitt ny innsikt i kva som kunne betrast i innføringa, til dømes med omsyn til å etablere ei felles forståing blant operasjonspersonell om utfordringane i samband med tryggleiken i teamet. Erfaringar med nye IT-system i klinisk praksis, til dømes Meona, tyder på at ein i røynda bruker fleire år etter innføringa på å tilpasse programvare og arbeidsprosessar slik at ein får dei effektane på tryggleik og effektivitet som ein hadde tenkt.

Implementeringskunnskap gir innsikt som gjer organisasjonen betre i stand til å forstå og tilpasse seg slik at resultatet blir raskare og meir effektiv innføring heilt fram til ein ny metode er dagleg praksis. Ved å følgje prosessane med innføring av nye metodar og teknologi i føretaka og evaluere dei mot forskingsbaserte rammeverk, kan ein bruke erfaringane til å tilpasse og betre innføringa av framtidige metodar og ny teknologi.

Tiltak/Innsats

- vidareføre nettverk for pasienttryggleiksforskning
- sikre finansiering og infrastruktur for klinikknær helsetenesteforskning i dei ordinære utlysingane til forskning
- etablere eit regionalt fagnettverk med kunnskap på implementering for å evaluere og dele læring frå erfaringane med større og mindre innføringsprosjekt

3.3 Teknologi

3.3.1 Utvikling og innovasjon

Målbilete

I Helse Vest skal vi vere pådrivarar for å teste og ta i bruk nye teknologiar for å støtte utviklinga av ei tryggare helseteneste. På fleire område er robotar og kunstig intelligens særst nyttige hjelpemiddel. Datasystema må i mykje større grad enn no vere

samordna, og ein må nytte informasjonstavler for å støtte arbeidet med å redusere risikoane og forbetre tenestene.

Vurdering

Mykje informasjon om pasientane blir i dag samla i fritekst i pasientjournalar. Annan informasjon er strukturert i ulike databasar som berre delvis er knytte saman. Det finst meir informasjon i systema enn ein klarer å nytte utan betre hjelpemiddel. Eit godt døme er korleis ein kan auke nytten av slike data ved å innføre kunstig intelligens som hjelp til å identifisere pasientrisiko i nær sann tid. Slike undersøkingar kan i stor grad erstatte dagens manuelle journalgranskingar. I tillegg bør ein vurdere om robotar på tenleg vis kan bidra til å leggje data betre til rette.

Risikotavle er en vidareutvikling av pasienttavleoversikten, der man kan angi område pasienten har særleg risiko for pasientskade, og kva tiltak som skal til for å redusere denne risikoen. Forbetringstavla er det sentrale møtepunkt for kontinuerlig forbetring i direkte tilslutning til det kliniske arbeidet og bidrar til at avdelinga i fellesskap kommer frem til, prioriterer, testar og vurderer forbettringsidear. Felles tverrfaglig fokus bidrar til å auke takten i forbettringsarbeid. Regelmessige korte tverrfaglige møter framfor forbetringstavla bidrar til en systematisk dialog og oppfølging av avdelingas forbettringsarbeid.

Tiltak/Innsats

- vere aktiv i utprøving av nasjonale konsept for journalgransking
- ta i bruk robotteknologi og kunstig intelligens for å identifisere risikoforhold (GTT)
- vere pådrivar for å teste ut nye teknologiske konsept som kan auke tryggleiken i pasientbehandlinga
- utvikle nye hjelpemiddel for brukarinvolvering og utvikling av samvalsverktøy
- innføre elektroniske tavler i alle kliniske avdelingar og utvikle bruken av både risikofunksjonar og forbettringsområde

3.4 Målingar og monitorering

3.4.1 Kvalitetsindikatorar, GTT og IKT-system

Målbilete

Vi skal i mykje større grad enn i dag nytte målingar av prosessar og resultat for å kontrollere og forbetre kvaliteten. Data skal leggjast inn i systema på smarte måtar slik at dei er lett tilgjengelege på tvers av ulike system.

Vurdering

Det finst ei rekkje nasjonale og regionale kvalitetsindikatorar for å få fram det store biletet av kvaliteten i tenestene. Desse målingane er ikkje alltid like nyttige lokalt i nær kontakt med pasientarbeidet. Det er derfor heilt nødvendig å ha eit mangfald av målingar og indikatorar for ulike formål og likeins gode rapportar som er lagde til rette for ulike formål. Helsemyndighetene har valt *Global Trigger Tool* (GTT) som hovudindikator for omfanget av skadar i somatisk helseteneste. Den standardiserte

GTT-metodikken er truleg det beste ein kan få på dette området med dagens kunnskap, og sjukehusa er derfor pålagde å bruke han på vaksne somatiske pasientar.

Myndighetene nyttar denne målinga som hovudmål for å følgje utviklinga av skadar i norske sjukehus. Det er enno ikkje utvikla ein god nok metodikk til å gjennomføre journalgransking i psykisk helsevern, men dette bør vere eit satsingsområde i åra som kjem. Dersom ein tek i bruk robotar eller kunstig intelligens i arbeidet med å granske journalane, kan ein få betre oversikt over skaderisiko og på noko lengre sikt bli i stand til å oppdage risikoforhold før dei har ført til skade. Innovasjon på dette området kan truleg gi betydelege forbetringar frå dagen situasjon.

Det er 51 nasjonale medisinske kvalitetsregister i Noreg (18 i Helse Vest). Formålet er å betre kvaliteten på behandlinga pasienten får, og å redusere uønskt variasjon i helsetilbod og behandlingkvalitet. Det er viktig at data kjem inn i registera, at rapportar er tilgjengelege så nær sann tid som mogleg, og at data blir brukte til aktivt forbetningsarbeid. For å støtte opp om kvalitetsutvikling og pasienttryggleik er det viktig at systema er integrerte, slik at ein unngår problem med informasjon som ikkje er oppdatert. Gjenbruk av data så nær opp til sann tid som mogleg er ønskeleg både for å sikre rett behandling av pasienten og for å kunne ta ut gode rapportar til bruk i kvalitetsstyring. Ein må i dialog med fagmiljøa teste at indikatorane er tenlege.

Helsetenesta er heilt avhengig av funksjonelle, pasientnære IKT-system som er tilgjengelege for klinisk personell 24/7. Systema som til saman utgjer pasientjournalen (til dømes DIPS, Meona, Forskrivingsmodulen, Orbit, RIS/PACS), er kritiske for å oppnå god pasienttryggleik. Systema må snakke saman så ein unngår dobbel- og trippeldokumentasjon, som er ei stor utfordring både for helsepersonellet og for pasienttryggleiken, då slik dokumentasjon lett blir oversett.

Pasienttryggleiks-programmet har sidan 2011 arbeidd med samstemming av legemiddellister og opplevd store utfordringar her. Det er gjort framsteg, men mykje står framleis att. Ny funksjonalitet på tvers av fagsystem hos alle som behandlar pasienten, skal sikre at ein deler og oppdaterer den same legemiddellista i heile kjeda. Arbeidet med pasientens legemiddelliste vil vere eit prosjekt som har stor innverknad på arbeidet med dette innsatsområdet i tida framover.

Tilgang til informasjon som i dag *ikkje* registrast gjennom dei regionale løysningane utgjør en vesentlig større utfordring. For å få dette på plass bør det etablerast kvartalsvise møter der tema drøftast. Helse Vest IKT bør koordinere vidare oppfølging med ulike program og prosjekt, samt nødvendige avklaringar med forvaltninga, herunder også Strategisk styringsstruktur for Felles EPJ.

Prioritering av endringsønske ei viktig oppgåve, og vi treng innspel frå relevante kliniske fagmiljø og miljø for kvalitet og pasienttryggleik for å sikre at vi prioriterer dei rette endringane først. Når slike driftskritiske system skal takast i bruk eller komme i nye versjonar, er det behov for gode risikovurderingar for å kunne setje i verk tiltak og få ned risikoen i samband med dei endringssituasjonane som oppstår.

Tiltak/Innsats

- samhandle aktivt med Direktoratet for e-helse for å etablere automatisk datafangst til alle kvalitetsregister
- Følgje opp nasjonale føringar om å auke talet på journalar som blir gjennomgått med GTT-metodikk
- vidareutvikle eit GTT for psykisk helsevern og rusbehandling
- gjennomføre kontinuerleg undersøking av brukarerfaringar
- vidareutvikle gode dashbord med rapportar som er nyttige for arbeidet med forbetring

3.5 Organisering og oppgåver

3.5.1 Kvalitetsutval, stabs- og støttetenester

Målbilete

Arbeidet med kvalitet og pasienttryggleik har ein regional overbygnad som må styrkjast, og det må sikrast at det lokale arbeidet følgjer leiarlinja. Kvalitetsarbeidet skal vere heilskapleg, og arbeidet med HMS og pasienttryggleik skal vere integrert.

Vurdering

Ein av grunnane til at Helse Vest blir trekt fram som eit godt eksempel i nasjonal samanheng, er at det har vore eit breitt regionalt samarbeid om organiseringa av pasienttryggleiksarbeidet. Det er nødvendig for vidare utvikling at dette får halde fram.

Sjølv om alle tiltakspakkane frå Nasjonalt pasienttryggleiksprogram er introduserte i føretaka, er dei ikkje komne like langt i dagleg praksis og må framleis følgjast opp om vi skal nå målet om «kvar pasient kvar gong».

Ulike lover, forskrifter og fagtradisjonar innan arbeid med kvalitet, pasienttryggleik og HMS gjer at det er krevjande å gjere arbeidet samstemt. Eit godt arbeidsmiljø støttar opp om gode og trygge helsetenester. Slik styresmaktene definerer kvalitet, kan ein seie at god kvalitet er ein del av målet, mens arbeid med pasienttryggleik og HMS er verkemiddel. Derfor må ein sjå alt planarbeid i samanheng med HMS og pasienttryggleik.

Mesteparten av det arbeidet føretaka gjer for å sikre kvalitet, skjer i klinikkane og avdelingane med støtte frå stabseiningar. Det er nødvendig at desse stabseiningane samordnar arbeidet sitt meir enn i dag. Ein må òg ta omsyn til at dette er støttetenester som krev betydeleg spesialkompetanse som må vere til nytte over tid.

Det regionale nivået har eit sørge-for-ansvar og skal ikkje ta ansvar for drift. I arbeidet med styrking av kvalitet og pasienttryggleik vil det likevel vere vesentlege behov for samordning på regionalt nivå. Standardisering av prosessar, til dømes i form av gjennomgåande pasientforløp og felles kliniske datasystem, utløyser behov for at kvalitetssystema og delar av innhaldet i dei er samanfallande. Utvikling av kvalitets- og pasienttryggleiksutval, på ulike nivå i organisasjonen, kan sikre at det systematiske

arbeidet blir styrkt. IKT-systema må støtta opp om arbeidet, og det må finnast effektive arenaer for å sikre at kvalitetsarbeid og IKT-prosjekt heng saman.

Dei fleste medarbeidarar får si basisopplæring i forbetningsmetodikk i føretaka. Omsynet til standardisering og det å byggje felles tryggleikskultur tilseier funksjonelt samarbeid og regional koordinering. Spisskompetansen som forbetningsutdanning (regionalt, nasjonalt og internasjonalt) vil måtte leiast regionalt. Det må setjast av sentrale midlar til arbeidet.

Regionalt fagdirektørmøte er det organet som behandlar og vedtek felles regional tilnærming til den helsefaglege kvaliteten i tenestene. Eksempel på saker som vil kome som fylgje av denne planen er godkjenning av felles prosedyrar og rettleiingar på kritiske område og endringar i metodane ein nyttar for skadestatistikk basert på journalgjennomgang.

Andre oppgåver vil vere å vurdere pågåande og nye tiltak, styre innhald i felles opplæringstiltak, vurdere behova for felles dokumentasjon og prosedyrar, bidra til tilrettelegging for deling og læring på tvers og å foreslå operasjonisering av årlege kvalitetsmål på overordna plan. Ansvar for vedtak vil likevel ligge i linja.

Tiltak/Innsats

- etablere, vidareføre og koordinere ulike nettverk for erfaringsutveksling
- samkøyre HMS (medrekna ytre miljø) og kvalitet/pasienttryggleik i leiingsgjennomgangar og internrevisjonar
- innføre pasienttryggleik i HMS-grunnkurs
- vidareføre det utvida sekretariatet for kvalitet og pasienttryggleik for å støtte regionale oppgåver (f.eks. såkornmidlar, konferanse)
- vidareutvikle samarbeidsarenaer mellom kvalitetsarbeid og IKT-utvikling – fire årlege møtepunkt

3.5.2 Brukarmedverknad på systemnivå

Målbilete

«Pasientens helseteneste» skal ha fokus på involvering på individ- og systemnivå. Brukarerfaringsundersøkingar og andre brukargenererte data blir nytta til å forbetre verksemda. Dei som tek imot helsetenester, skal òg vere delaktige i å utvikle tenesta.

Vurdering

Helsetilsynets kontroll av tenestene i kommunane og spesialisthelsetenesta på dette området i 2018 avdekte store manglar, og Sivilombodsmannen har gjennom tilsyn ved psykiatriske institusjonar i spesialisthelsetenesta avdekt uverdige forhold for pasientar som skal få psykisk helsehjelp av helseføretaka. Mange saker hos Statens helsetilsyn, Fylkesmannen og Norsk pasientskadeerstatning handlar om at pasientar og brukarar verken får god nok informasjon eller blir involverte slik dei har krav på. Utover dette veit ein at pasientar og brukarar er ein ressurs i arbeidet med å forbetre tenestene når dei blir tekne på alvor. Graden av involvering varierer sterkt også

mellom ulike avdelingar i same føretak. Derfor er det heilt nødvendig å sørge for opplæringstiltak for personell, men også strukturelle tiltak for å sikre brukarinvolvering både på individuelt nivå og systemnivå. System som gir høve til tilbakemelding om pasienterfaringar, kan sikre kontinuerleg merksemd om utfordringane. Forsking på området har vist at dersom ein stiller dei rette spørsmåla til pasientane, er slike tilbakemeldingar av stor verdi for å vurdere kvaliteten i tenestene.

Sterkare grad av involvering av pasientane på systemnivå vil utløyse krav om kompensasjon som helseføretaka må ta omsyn til.

Tiltak/Innsats

- brukarrepresentantar bør utpeikas i kvalitetsutval og forbetningsprosjekt
- opplæring i kvalitetsutvikling på systemnivå for brukarrepresentantar

4. OPPFØLGING OG RAPPORTERING

4.1 Rapportering

Styret skal få eit kortfatta saksførelegg med status og rapportering om oppfølging av planar ved rullering (kvart fjerde år). I planen skal det peikast ut konkrete oppfølgingspunkt, som må formulerast slik at det kan rapporterast om dei. Tiltak som skal følgjast opp, kan stå i ein matrise.

4.2 Ansvar og tidsplan for tiltak/tilråding

Her følgjer ei samanstilling av alle foreslåtte tiltak i kapittel 3. I tabellen står det kven som har ansvar, og i kva tidsrom tiltaka skal oppfyllest.

Planen inneheld 37 konkrete tiltak. Av desse er 15 allereie starta. Dei ulike tiltaka til saman vil kunne føre til at vi når måla. Nokre av tiltaka vil måtte vente til seinare i planperioden.

Tidsfrist/ prioritering av tiltaka er fargekode i kolonnen til høyre:



Oransje: allereie pågåande tiltak



Turkis: Tidleg planfase



Blå: Midt eller sein-planfase

3.1 Standardisering

3.1.1. Retningslinjer, prosedyrar og pasientforløp

	Helse Vest – ansvar	Føretaka – ansvar	Tidsfrist /prioritering
1. Starte arbeidet med felles prosedyrar og retningslinjer på område der felles prosessar er nødvendige og det er særleg risiko for svikt	Starte arbeidet med ein plan		Første halvår 2020
2. Utpeike ei sentralt leidd redaksjonsgruppe som samhandlar med regionale nettverk for pasientløp	Gi mandat og be om oppnemning frå føretaka	Utpeike delegatar	Begynn arbeidet 2021
3. Styrkje arbeidet med å utvikle felles pasientforløp og knyte dei saman med dei kritiske prosedyrane	Organisere samhandling	Utpeike delegatar	

3.1.2 Legemiddelområdet

4. Kliniske farmasøytar er tilgjengelege for rådgiving i avdelingane, anten fysisk eller gjennom bruk av virtuelle løysingar.		SAV må utvikle virtuelle tenester i tillegg til dagens, dei andre føretaka må oppdatere sine planar for bruken	Heile perioden
5. Eindose blir innført ved alle sjukehus i regionen og kopla til pasientopplysningar for dokumentasjon av rett utlevering.		SAV får pådrivaransvar, dei andre følgjer opp.	
6. Arbeidet med legemiddelsamstemming ved innlegging, overføring og utreise blir vidareført og kopla til arbeid med legemiddellista til pasienten, slik at pasientar og pårørande blir involverte i legemiddelprosessen ved ordinasjon og utdeling.	Framleis koordinere nettverk for legemiddeltryggleik	Følgje opp implementeringa i praksis	Innan utgangen av 2022
7. Tilverkinga av legemiddel ved sjukehuspost og sjukehusapotek blir kvalitetssikra gjennom betra systemstøtte og god oppgåvefordeling.		SAV legg til rette, føretaka følgjer opp risikovurderingane som er gjorde	

3.1.3 Samhandling

8. Alle pasientar skal ha utskrivingsamtale og få med seg tilpassa skriftleg informasjon.		Føretaka må tilpasse og implementere tiltaka. Samarbeid med 'Vel heim'.	Innan utgangen av 2022
---	--	---	------------------------

9. IT-støttesystema som blir brukte mellom kommune og helseføretak, må samordnast.	Fortset arbeid med «Vel heim»	Tilpasse og implementere tiltaka	
10. Verktøy for strukturert kommunikasjon må innførast og brukast.	Skal utarbeidast av kvalitetsavdelinga	Bidra til test og implementering	implementert innan utgang 2023

3.2 Kompetanse og kultur

3.2.1 Forbetrimetodikk

	Helse Vest – ansvar	Føretaka – ansvar	Tidsfrist
11. Etablere opplæringspakke som skal gjennomførast av alle medarbeidarar	Koordinere innhald og opplæringsplan	Gjennomføring	Innan utgangen av 2020
12. Innføre grunnkurs i leing av kvalitetsforbetring	Koordinere utviklinga i samarbeid med føretaka	Delta i utvikling, sørgje for at leiarane gjennomfører	Kursopplegg klart til andre halvår 2020. Alle leiarar gjennomført i løpet av 2021.
13. Éin prosent av dei tilsette (årsverk) har rettleiarkompetanse i kvalitetsforbetring.	Fortsetje koordinering av tilbod om opplæring	Utarbeide plan og rekruttere kandidatar og tilrettelegging	Plan på plass første halvår 2020. Måla skal vere nådde innan utgangen av 2024.
14. Ti prosent av dei tilsette (årsverk) i kliniske avdelingar har kompetanse til å drive forbetrimsarbeid.	Fortsetje koordinering av tilbod om opplæring. Opptappingsplan for kurstilbod.	Utarbeide plan og rekruttere kandidatar, leggje til rette	Måla skal vere nådde innan utgangen av 2024.

3.2.2 Tryggleikskultur, risiko og læring

15. Følgje opp dei årlege forbetrimundersøkingane lokalt og stimulere til å bruke verktøy som «Snakk om forbetring»	Fortsetje å koordinere undersøkingane	Gjennomføre med minst 70 prosent deltaking, styrkje oppfølging av resultat, særleg på einingar med utfordringar	Kontinuerleg
16. forbetre rutinane for risikovurdering i kliniske einingar og for å følgje opp meldingar om uønskte hendingar	Fortsetje pågåande arbeid	Sikre at leiarane følgjer opp og set i verk forbetrimstiltak	Kontinuerleg

17. Etablere og ta i bruk ei teknisk plattform for å utveksle læringsnotat i regionen om ei nasjonal ordning i samarbeid med helseforvaltinga (HDir og UKOM)	Fortsetje pågåande arbeid	Bidra til testing, ta i bruk når det er klart	Test 2020, utrulling frå 2021

3.2.3 Forsking og implementeringskunnskap

18. Vidareføre nettverk for pasienttryggleiksforsking	Framleis koordinere	Delta med forskarar	Kontinuerleg
19. Sikre finansiering og infrastruktur for klinikknær helsetenesteforsking i dei ordinære utlysingane for forsking	Innspel til regionalt samarbeidsutval for forsking		Kontinuerleg
20. Etablere eit regionalt fagnettverk med kunnskap om implementering for å evaluere og dele læring frå erfaringane med større og mindre innføringsprosjekt	Koordinere	Delta	2020

3.3 Teknologi

3.3.1 Utvikling og innovasjon

	Helse Vest – ansvar	Føretaka – ansvar	Tidsfrist
21. Vere aktiv i utprøvinga av nasjonale konsept for journalgransking	Samhandle med HDIR	Delta i utvikling, testing og gjennomføring	Kontinuerleg
22. Ta i bruk robotteknologi eller kunstig intelligens for å identifisere risikoforhold tid (GTT)	Vurdere moglegheitsrom og utvikle eigen plan	Alle føretaka må vere med i eit utviklingsarbeid	Heile perioden
23. Vere pådrivar for å teste ut nye teknologiske konsept som kan auke tryggleiken i pasientbehandlinga	Initiere samhandling med innovasjonssatsinga	Bidra med innspel og gjennomføring av eventuelle prosjekt	Initiere samhandling første halvår 2020
24. utvikle nye hjelpemiddel for brukarinvolvering /samval	Innovasjon	Eks. via stryingsdokument. Ta i bruk samvalsverktøy som er lagde til rette nasjonalt, og bidra aktivt til å forbetre desse og utvikle nye	

		der det er udekte behov	
25. Innføre elektroniske tavler i alle kliniske avdelingar og utvikle bruken både av risikofunksjonar og forbedringsområde	Fortsetje koordinering av dette	Setje i verk opplæringstiltak i metodane	Starte 2020

3.4 Målingar og monitorering

3.4.1 Kvalitetsindikatorar, GTT og IKT-system

26. Samhandle aktivt med for å etablere automatisk datafangst til alle kvalitetsregister	Fortsetje samhandling med SKDE og Direktoratet for e-helse	Helse Bergen og HVIKT har deloppgåver	Kontinuerleg
27. Følge opp nasjonale føringer om antallet journaler som blir gjennomgått med GTT metodikk	Opprette utviklingsprosjekt	Gjennomføre utviklingsprosjekt i eitt eller to føretak, oppskalere etter dette	Starte 2021
28. Vidareutvikle GTT metodikk for psykisk helsevern og rusbehandling			
29. Gjennomføre brukarerfaringsundersøkingar kontinuerleg	Vurdere sterkare styringssignal	Helse Bergen legg til rette i samarbeid med eksisterande regionalt nettverk for brukarerfaringar; utvikle og teste rutinar for å bruke resultatane i forbetring	Starte i liten skala i alle føretak i 2020, oppskalere i heile perioden
30. Vidareutvikle gode dashbord med rapportar som er nyttige for arbeidet med forbetring	Fortsetje å koordinere arbeidet med å leggje til rette for tenlege rapportar	Ta i bruk rapportane i til dømes avdelingsvise kvalitetsutval	Test første halvdel 2020, skalere opp etter det

1.2 Organisering og oppgåver

3.5.1 Kvalitetsutval, stabs- og støttetjenester

	Helse Vest – ansvar	Føretaka – ansvar	Tidsfrist
31. Etablere, vidareføre og koordinere ulike nettverk for erfaringsutveksling	Skaffe oversikt over kva nettverk som finst	Bidra til at kvalitetsutvikling kjem høgt på saklista i fagnettverka	2020

32. Samkøyre HMS (inkl. ytre miljø) og kvalitet/pasienttryggleik ved leiingsgjennomgangar og internrevisjonar	Gjennomføre	Gjennomføre	Frå 2020
33. Innføre pasienttryggleik i HMS- grunnkurs		Gjennomføre	Frå 2020
34. Vidareføre utvida sekretariat for kvalitet og pasienttryggleik for å støtte felles regionale oppgåver	Koordinere/Finansiere	Utpeike delegatar. Oppgåver: Såkorn, kvalitetspris, regional konferanse, samordning av regionale prosjekt	
35. Vidareutvikle samarbeidsarena mellom kvalitetsarbeid og IKT-utvikling, fire årlege møtepunkt	Opprette ny møtearena	HVIKT og representantar frå føretaka møtest fire gonger i året for å samhandle tettare om kvalitetsutvikling og behov for IT-støtte	

3.5.2 Brukarmedverknad på systemnivå

36. Brukarrepresentantar i kvalitetsutval og forbetningsprosjekt	Sentralt utval	Utval på nivå éin og to og i prosjekt	Frå 2020
37. Opplæring i kvalitetsutvikling på systemnivå for brukarrepresentantar	Koordinering	Gjennomføre opplæring	Frå 2020

4.3 Økonomiske konsekvensar av planen

Eit grovt anslag er at kostnadane til tiltaka i planen kan utgjere om lag 12 millionar kroner i året. Det vil kome ein del tillegg til desse kostnadane, til eksempel spesifikke it-løysingar, behov for nettverk og anna kompetansebygging. Dette vil gje investeringskostnadar som må prioriterast innan dei rammene som gjeld for slike kostnadar.

Kostnadane på det enkelte helseføretak vil i all hovudsak dreie seg om medgåtte arbeidstimer til møter, kurs og reiser. Desse kostnadar er stipulert til 12,5 millionar kroner for heile føretaksgruppa, første året. Leiaropplæring i forbetningsmetodikk er eit eksempel på tiltak som vil påføre føretaka kostnader i form av tid frå personell.

5. OMGREPSLISTE/DEFINISJONAR

Kvalitet: Tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

Pasientsikkerhet er vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser. Dette innbefatter også begrepet brukersikkerhet som benyttes særlig i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Pasientsikkerhetskultur defineres som hvordan ledelse og ansatte samarbeider for å redusere risiko for uønskede hendelser i helsetjenesten, og gjenspeiler de delene av organisasjonskulturen som har betydning for risiko i pasientbehandling.

Pasientskade er utilsiktet skade som har oppstått som et resultat av behandling eller tjenester eller som tjenesten har bidratt til, som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang.

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer. Prosessen innebærer å dokumentere at man faktisk har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger i liten skala og implementere tiltak som viser seg å være effektive. Kvalitetsforbedring handler om alt fra å justere de små tingene i hverdagen, til å teste ut mer innovative og nytenkende ideer og tjenester.

Forbedringskunnskap er kunnskap som er nødvendig å lykkes med systematisk kvalitetsforbedringsarbeid. Det innebærer forståelse for virksomheter og tjenester som systemer og prosesser, variasjon i prosesser, hvordan du skaper læring fra erfaring og endringspsykologi.

Risikostyring er et viktig hjelpemiddel i styringen. Risikostyring består av to hoveddeler:

- risikovurderinger (risikoidentifikasjon, risikoanalyse og risikoevaluering/prioritering)
- risikohåndtering (utforming av risikoreducerende tiltak og oppfølging av risiko)

Det er vanlig å vurdere to sider ved risiko: sannsynligheten for at risikoen inntreffer og den forventede konsekvensen risikoen vil medføre dersom den inntreffer.

Definisjonene er hentet fra Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, undersøkelsen ForBedring og Direktoratet for økonomistyring.

6. KJELDER OG LITTERATUR

1. Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019); Kvalitet og pasientsikkerhet 2017 <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20182019/id2622527/sec1>
2. Pasientskader i Norge 2018, Helsedirektoratet, Oslo 2018 <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge>
3. Strategi- og handlingsplan 2016-2020 fra Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre <https://www.kvalitetsregistre.no/prosjekt/strategi-og-handlingsplan-2016-2020>
4. [Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023](#) Helsedirektoratet, Oslo 2018
5. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
6. NOU 2015:11 *Med åpne kort*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-11/id2459861/>

7. VEDLEGG

VEDLEGG I

Moment frå evaluering av Helse Vests pasienttryggleiksprogram

- vidareutvikle elektroniske registreringsmåtar og løysingar for datauttrekk til rapportar
- forbetre og sikre integrasjon mellom ulike elektroniske system, vidareføre samarbeidet med Kule, Oda, Heliks og andre
- sørgje for prosess- og avgjerdsstøtte i elektronisk journal, kurve- og fagsystem som støttar opp om innsatsområda, oppfølging av pasientrisiko

- byggje regional kompetanse i forbetningsmetodikk, risikostyring, faglege revisjonar og mini-audit på alle innsatsområda
- vidareføre kvalitetskonferansen som viktig kulturbyggjande tiltak
- vidareføre såkornmiddel som viktig tiltak for å støtte lokale, nedanfrå-og-opp forbetningsinitiativ
- gjennomføre kommunikasjonskampanjar
- styrkje forskning på kvalitets- og pasienttryggleiksarbeid
- Etablere, vidareføre og koordinere ulike faglege nettverk for erfaringsutveksling
- jobbe for å få forbetningskompetanse inn i helsefagutdanningane
- styrkje det regionale nivået som bindeledd til nasjonale ressursar og prosessar og som nasjonal overbygning og kompetansemiljø for pasienttryggleik og forbetningsarbeid, nasjonale initiativ og utviklingsarbeid innan legemiddeltryggleik, automatisk datafangst og liknande

VEDLEGG II

Tall frå Helsedirektoratet 2019

Forbetring frå 2017-2023	Beskriving	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	Haraldsplass
Reduksjon i pasientskadar mål med GTT	Status 2018	17,5	18,3	8,5	12,5	9,6
	Nasjonalt måltal 2023	<10,3 (25%)				
Postoperative infeksjoner ved hofteprotese	Status 2018	2,2	0	1,7	0	0
	Nasjonalt måltall 2023			1,3		
Postoperative infeksjoner etter keisersnitt	Status 2018	0,5	0	1,2	6,5	-
	Nasjonalt måltall 2023			< 3,15		
Postoperative infeksjoner etter fjerning av galleblære	Status 2018	1,9	12,5	3,2	4,5	0
	Nasjonalt måltall 2023	< 6,8				
Urinveisinfeksjon på sykehus	Status 2018	0,2	1,6	0,3	0	0,2
	Nasjonalt måltall 2023	<0,75				
Overleving 30 dagar etter innlegging for hoftebrudd	Status 2017	91	91,5	91,4	92,1	91,4

	Nasjonalt måltall 2023	>93,1				
Overleving 30 dagar etter innlegging for hjerneslag	Status 2017	89,3	88,7	88,8	88,6	88,7
	Nasjonalt måltall 2023			>92,2		
Overleving 30 dagar etter innlegging	Status 2017	96,1	95,6	95,7	95,5	96,1
	Nasjonalt måltall 2023	>98,4				
Øke andel enheter med modent teamarbeidsklima til 75 prosent innen 2023	Status 2018	<i>Ikke tilgjengelig</i>				
	Nasjonalt måltall 2023	>75,0				

VEDLEGG III – Driverdiagram

VEDLEGG IV – Høyringsliste

Helse Vest Postboks
303 Forus
4066 Stavanger

Telefon: 51 96 38 00
helse-vest.no

