

Møtedato: 23. februar 2011

Arkivnr.:

Saksbeh/tlf: Finn Henry Hansen, 75 51 29 30

Dato: 11.2.2011

Styresak 15-2011 Kvalitetsstrategi Helse Nord 2011-2014

Sammendrag

Fokus på det faglige innhold i helsetjenestens kjernevirksomhet – diagnostikk og behandling av pasienter – er ikke noe nytt. Høyt kvalifiserte fagfolk har kontinuerlig bidratt til å utvikle og drifte stadig bedre tilbud til pasientene, og dermed også til å forbedre kvaliteten på tjenestene.

Når det i denne saken fremmes en overordnet strategi for kvalitetsarbeidet i Helse Nord, er det følgelig ingen underkjennelse av det gode arbeidet som er gjort. Samtidig bygger saken på en erfaringsbasert erkjennelse om at det er rom for betydelige forbedringer.

Arbeidet med kontinuerlige kvalitetsforbedringer er langsiktig. Formålet med denne saken er derfor å gi rammer og retning for det langsiktige og systematiske arbeidet med kvalitet i Helse Nord. Strategien skal bidra til å legge et felles grunnlag for helseforetakenes forståelse av hva kvalitetsarbeid dreier seg om, og til å sette tydelige mål for prioriterte satsinger og tiltak i fireårsperioden 2011-2014. De første to årene vil disse målene i hovedsak dreie seg om å få ulike innsatsfaktorer på plass og aktiviteter i gang (prosessmål), men i etterfølgende år skal fokus dreies skarpere i retning av resultatmål som gjør det mulig å dokumentere forbedringer.

Det redegjøres for noen samtlende og mer helhetlige grep og for noen prioriterte satsingsområder. Disse satsingsområdene er: *Kunnskap, pasientfokus, pasientsikkerhet, og dokumentasjon og analyse av klinisk praksis.*

Kvalitet som prosess- og teamarbeid

Kvalitetsarbeid innebærer et sterkt fokus på kjernevirksomheten. Det skal likevel understrekes at kjernevirksomheten er svært avhengig av en rekke stab- og støttefunksjoner for å levere kvalitet. Disse funksjonene må også gjennomsyres av kvalitet. Arbeidet med kvalitet dreier seg ikke om solopprestasjoner, men om teamarbeid med vekt på tilretteleggende organisering av arbeidsprosessene. Tverrfaglige tilnæringsmåter er nødvendig for å utvikle en gjennomgående kvalitetskultur.

Definisjon av kvalitet

Innledningsvis i denne saken redegjøres for hva som menes med en kvalitetsstrategi og for innholdet i kvalitetsbegrepet. Den kvalitetsdimensjonen som legges til grunn i denne saken er internasjonalt anerkjent og tidligere anvendt i Nasjonal helseplan (2007-2010):

”Med kvalitet forstås i hvilken grad aktiviteter og tiltak i helsetjenestens regi øker sannsynligheten for at individ og grupper i befolkningen får en ønsket helsegevinst, gitt dagens kunnskap og ressursrammer.”

I tråd med *Nasjonalt råd for kvalitet og prioriteringer* defineres helsegevinst som: *å forbli frisk* (folkehelse), *å bli frisk* (dersom man er syk), *å mestre livet ved sykdom* (dersom man er kronisk syk), og *å mestre slutten av livet* (som tilføyd i Helse Vests strategi).

I det følgende omtales prioriterte tiltak innen de enkelte satsingsområder:

Satsingsområde 1: Kunnskapsforankring

Det er et prioritert satsingsområde i Helse Nord's kvalitetsstrategi å styrke kunnskapsgrunnlaget for klinisk praksis.

- Implementering av *faglige retningslinjer* og veiledere er viktige virkemidler for å standardisere medisinsk og annen helsefaglig praksis. Samtlige helseforetak skal implementere nasjonale retningslinjer etter hvert som de utformes og publiseres av Helsedirektoratet. Det er et lederansvar å sørge for at retningslinjer og veiledere gjøres kjent og legges til grunn for klinisk praksis. Iverksetting av faglige retningslinjer bør ses i sammenheng med utviklingen av helhetlige pasientforløp innen samme kliniske felt.
- På områder hvor det er etablert entydige standarder for god medisinsk praksis gjennom faglige retningslinjer, er *klinisk fagrevisjon* (Clinical Audit) et verktøy som gjør det mulig å etterprøve om praksis samsvarer med de standarder som er satt. Ved avvik avsluttes en klinisk fagrevisjon ved å iverksette korrigerende tiltak. Helse Nord RHF vil i samarbeid med helseforetakene legge til rette for å skolere fagmiljøene i bruk av dette verktøyet.
- *Innføring av nye medisinske metoder* forutsettes å skje på en kunnskapsbasert måte. Det er derfor behov for å bygge på oppdatert og kvalitetssikret kunnskap om virkninger, kostnader og nytte når det skal treffes beslutninger om å ta i bruk nye metoder i helsetjenesten. Helse Nord vil følge med i det arbeid som gjøres på dette feltet i samarbeid mellom Helse Vest og Kunnskapscenteret, med sikte på læring og tilpasning til eget bruk.

Satsingsområde 2: Pasientfokus

Kvalitet dreier seg om håndtering og resultat i forhold til den enkelte pasient.

- For å ivareta dette formålet skal det holdnings- og verdibaserte arbeidet i prosjektet "Verdibasert hverdag" (2009-2011) videreføres som praksis i den kliniske hverdag, også etter at prosjektet er avsluttet.
- Alle helseforetak skal gradvis implementere standarder for *helhetlige pasientforløp* innen de fleste kliniske felt, og forløpene skal inkludere den pre- og posthospitale fase.
- I arbeidet med å forbedre den pasientopplevde kvalitet bør det legges større vekt på pasienterfaringsundersøkelser. Disse bør i større grad gjennomføres i lokal regi, tilpasset aktuelle lokale problemstillinger, og gi rimelig raske tilbakemeldinger.
- I tilknytning til uønskede hendelser er det et obligatorisk krav at *pasienter og pårørende informeres og aktivt følges opp*.

Satsingsområde 3: Pasientsikkerhet

- Helseforetakenes arbeid innen pasientsikkerhet skal i hovedsak innrettes mot de tiltak som er prioritert i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen (2011-2013): *Trygg kirurgi*, med vesentlig fokus mot postoperative sårinfeksjoner; *Legemiddelskader*, med samstemming av legemiddellister på tvers av nivåer, *Slagbehandling* og *Psykisk helse*.
- Sjekklisten for trygg kirurgi skal tas i bruk i alle helseforetak i løpet av 2011.
- Avvik skal meldes og dokumenteres som grunnlag for læring og forbedring
- Verktøyet Global Trigger Tool skal anvendes for rutinemessige journalgjennomganger med sikte på å identifisere mulige uønskede hendelser, og alle helseforetak skal i løpet av 2012 ta i bruk programvare for å automatisere disse journaluttrekkene.

- Sykehusapotek Nord gis en aktiv rolle for å styrke kvaliteten på legemiddelhåndteringen i helseforetakene.
- Håndteringen av legemidler skal i større grad understøttes av programvare som er integrert i elektronisk pasientjournal.

Satsingsområde 4: Dokumentasjon og analyse av klinisk praksis

- I løpet av kommende fireårsperiode har Helse Nord som mål å bli ledende i landet mht dokumentasjon av klinisk praksis som grunnlag for arbeidet med kvalitetsforbedring. Helse Nord's fremste verktøy for å nå dette målet er Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) som skal understøtte helseforetakene i dette arbeidet.
- Det er et prioritert tiltak å sikre datakvaliteten gjennom rutiner for bedre kvalitetssikring av de data som registreres, både i pasientsystemet (PAS/NPR) og i etablerte kvalitetsregistre. Helseforetakene forventes å levere mest mulig komplette og riktige data til disse registrene, og å aktivt anvende resultatene i eget forbedringsarbeid.
- Helse Nord har som ambisjon å videreutvikle styringsportalen slik at den blir et egnet verktøy for rapportering av flere nasjonale kvalitetsindikatorer, der datagrunnlaget ligger til rette for det. Det er en målsetting at ledere på alle nivåer aktivt tar styringsportalen i bruk for å overvåke, styre og kontrollere egen virksomhet.

Utvikling av en kvalitetskultur i hele foretaksgruppen

De innholdsmessige og organisatoriske satsinger og tiltak som er skissert i denne saken vil bare kunne gi kvalitetsarbeidet det ønskede løft, dersom de forankres og internaliseres i hele virksomheten. Det er derfor viktig å utvikle en kvalitetskultur som bærende kraft i arbeidet. Dette gjøres på mange måter: gjennom de verdier som betones av ledelsen, de saker som settes på dagsordenen, synliggjøring av resultater, informasjon og opplæringstiltak, og gjennom de arenaer som formes og aktiveres for å utvikle en bærekraftig kvalitetskultur.

Organisering og finansiering av kvalitetsarbeidet

Som hovedprinsipp bør kvalitetsarbeidet ivaretas og organiseres som en integrert del av de rutinemessige ledelses- og arbeidsprosesser, og ikke som særorganiserte sideaktiviteter. Det vil likevel være nødvendig å understøtte kvalitetsarbeidet med både tilstrekkelig infrastruktur, nødvendig kompetanse og lederstøtte. Det foretaksovergrepene kvalitetsnettverket skal styrkes og aktiveres som arena for erfarings- og kompetanseutveksling. Organiseringen av kvalitetsarbeidet i det enkelte helseforetak må tilpasses foretakets størrelse og øvrige indre organisering.

Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet skal som hovedprinsipp prioriteres og finansieres over helseforetakenes ordinære budsjetter. Foretaksovergrepene prosjekter og tiltak som er initiert av Helse Nord RHF skal håndteres i de årlige budsjettprosesser.

Styrenes rolle i kvalitetsarbeidet

Styrene har et overordnet ansvar for styring, kontroll og rapportering av den samlede virksomheten i helseforetakene. Styrenes ansvar for kvalitet og pasientsikkerhet er sidestilt med deres ansvar for aktivitet og økonomi. Det er viktig at styrenes rolle i kvalitetsarbeidet synliggjøres og aktiveres gjennom den dagsorden som settes for styrenes arbeid. Dette bør skje ved at styrene rutinemessig får seg forelagt flere saker og rapporter som omhandler kvalitet og pasientsikkerhet, og som vektlegger forbedringstiltak.

Oppfølging av Helse Nords kvalitetsstrategi

Etter at kvalitetsstrategien er vedtatt av styret i Helse Nord RHF, skal det i løpet av 2.tertial 2011 ferdigstilles foretaksspesifikke strategier og tiltaksplaner som skal vedtas av styrene i helseforetakene. Disse strategier og planer skal bygge på det overordnede rammeverk som er satt gjennom Helse Nords kvalitetsstrategi, men tilpasses og konkretiseres i forhold til lokale forutsetninger. Helse Nord RHF vil invitere til dialog med helseforetakene om dette oppfølgende arbeid, og vil legge opp til besøksrunder for å gjennomføre slike konkretiserende drøftelser.

Medbestemmelse

Kvalitetsstrategi Helse Nord 2011-2014 ble diskutert med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF i samarbeidsmøte, den 7. februar 2011 med bakgrunn i tidligere tilsendt presentasjon. Konserntillitsvalgte og konsernverneombud fikk anledning til å komme med innspill til kvalitetsstrategien.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret gir sin tilslutning til de overordnede strategier for kvalitetssatsingen i Helse Nord som er fremmet i denne saken.
2. På grunnlag av saksframlegg og vedtak i denne saken, skal de enkelte helseforetak i løpet av 2.tertial 2011 ha fremmet særskilte styresaker i form av foretaksspesifikke strategier og tiltaksplaner som konkretiserer oppfølgingen av Helse Nords overordnede kvalitetsstrategi.
3. Innenfor de satsingsområder som er omtalt i strategien, bes helseforetakene i 2011-12 gi særlig prioritet til arbeidet med pasientsikkerhet, arbeidet med å implementere faglige retningslinjer/pasientforløp, og vektlegge og bruke dokumentasjon som grunnlag for kvalitetsforbedring.
4. Styret ber om at framdriften i kvalitetsarbeidet rapporteres i tertialrapportene og i Årlig melding, og at videre oppfølging presiseres gjennom de årlige oppdragsdokumentene.

Bodø, den 11. februar 2011

Lars Vorland
Adm. direktør

Utredning – Kvalitetsstrategi for Helse Nord (2011-2014)

Bakgrunn:

Behovet for å utforme en overordnet kvalitetsstrategi for virksomhetene i Helse Nord, må ikke tolkes som om satsing på kvalitet er noe helt nytt. Det har i lang tid, både før og etter foretaksreformen, vært jobbet med kvalitetsforbedring innen våre sykehus, og i de 10-15 siste årene har kravet om kunnskapsbasert medisin slått stadig sterkere rot i fagmiljøene. På overordnet nivå var Helse Nord RHF også tidlig ute med å etablere Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), et senter som for vel to år siden også ble tildelt status som nasjonalt servicemiljø for kliniske kvalitetsregistre. Når Helse Nord RHF nå tar grep for å utvikle en overordnet kvalitetsstrategi, er det derfor ingen underkjennelse av det betydelige faglige arbeidet som allerede foregår i helseforetakene, og som i vesentlig grad også dreier seg om kvalitet.

Det må erkjennes at fokus for foretaksreformen de første årene var sterkere orientert mot organisering, finansiering og økonomisk balanse enn mot det faglige innholdet i tjenestene. I disse første årene var den kvantitative dimensjon ved pasienttilbudet – antall behandlede pasienter, ventetider og ventelister – viet større strategisk og ledelsesmessig oppmerksomhet enn den kvalitative siden ved tilbudet. Helsetjenesten som samfunnssektor har, verken internasjonalt eller i Norge, vært ledende mht å utvikle systemer for kvalitetshåndtering. Både luftfart, atomenergi og offshorevirksomhet har vært flere tiår forut for helsetjenesten i systematisk satsing på kvalitetsarbeid.

Internasjonalt har dette endret seg det siste tiåret, og i vårt land er det klare tegn til endring i de siste tre-fire år. Problemstillinger knyttet til kvalitetsforbedring fremstår nå tydeligere på den helsefaglige og helsepolitiske dagsorden enn noensinne. Dette gjenspeiles også i inneværende års oppdragsdokument, med skjerpede krav til forbedring av kvalitet og pasientsikkerhet. Enkeltaker knyttet til kvalitetssvikt ved flere enkeltinstitusjoner, både i og utenfor Helse Nord, har bidratt til å skjerpe oppmerksomheten på kvalitet, og til sterkere krav om å iverksette kvalitetsforbedrende tiltak. Pasientenes sterkere fokus på kvalitet er også et signal om at dette hensyn vil kunne få økt betydning for pasientenes valg av behandlingssted.

Det skjerpede fokus på kvalitet er en internasjonal trend som startet på 1990-tallet, og som bare er blitt forsterket etter årtusenskiftet. Disse internasjonale utviklingstrekk har utvilsomt påvirket tenkningen også i Norge. Eksempelvis er Helsedirektoratets kvalitetsdokument *Og bedre skal det bli ...* fra 2004 tydelig inspirert av Institute of Medicine's rapport *Crossing The Quality Chasm* fra 2001.

Blant andre internasjonale miljøer som har vært trendsettende innen kvalitetsarbeid i helsetjenesten, kan nevnes følgende:

- Institute of Medicine, USA, www.iom.edu/
- Institute of Health Care Improvement, Boston -USA, www.ihc.org/ihc
- Agency for Health Care Research and Quality, Washington –USA, www.ahrq.gov
- Kaiser Permanente, USA, www.kaiserpermanente.com
- National Institute of Health and Clinical Excellence, England, www.nice.org.uk
- The Health Foundation, London, England – (privat stiftelse), www.health.org.uk
- The Kings Fund, London, England (privat stiftelse), www.kingsfund.org.uk
- SBU Kunnskapscentrum for helso- och sjukvården, Sverige, www.sbu.se
- Nationella Kvalitetsregister, Sveriges kommun- og landsting, www.kvalitetsregister.se/web/kvalitetsregister_startsida.aspx

Nevnte miljøer omtales eksplisitt for å vise til viktige kunnskapskilder, og for å vise til noen av de miljøer som har inspirert tenkningen i dette dokumentet.

Helse Nord RHF har ellers i stor grad bygget sitt dokument rundt ideer og opplegg i et tilsvarende strategidokument for Helse Vest. Retning og innhold i vårt dokument bygger også videre på det arbeid som allerede er startet opp i foretakene og på det betydelige arbeid om dokumentasjon og analyse av klinisk praksis som utføres i regi av SKDE.

Hva menes med overordnet strategi?

Formålet med en overordnet kvalitetsstrategi for hele foretaksgruppen er å gi *retning* og *rammer* for arbeidet i helseforetakene og fagmiljøene, ved å gi føringer for hvilke satsingsområder og tiltak som bør prioriteres i de nærmeste årene. Det overordnede mål for kvalitetsstrategien er å forbedre pasientsikkerheten og kvaliteten på tilbudet til pasientene. Forutsetningene for å operasjonalisere målsettinger i form av konkrete forbedringsmål, vil variere mellom innsatsområder. For å sette slike konkrete mål for forbedring, må vi generelt vite mer om status (nåtidstilstanden), skaffe oss erfaringsbasert kunnskap om mulighetsrommet for forbedringer og ta i bruk adekvate verktøy og systemer for både styring av forbedringsprosesser og måling av resultat. Det er dessuten viktig at slike konkretiserte målsettinger utvikles i samarbeid med helseforetakene og forankres i fagmiljøene. Tidsperspektivet for dette strategidokumentet er satt til fire år (2011-2014). Tiltakene i første del av denne perioden vil i stor grad dreie seg om å få innsatsfaktorene på plass; kunnskap/kompetanse, rutiner/prosesser, systemer og verktøy mv. Deretter må oppmerksomheten dreies mer i retning av resultater, med sikte på å sette mål for og dokumentere faktiske forbedringer.

Det er videre et formål med dette strategidokumentet å bygge en felles plattform for kvalitetsarbeidet, både for å skape et felles kunnskapsgrunnlag og for å etablere en felles forståelse av hva som menes med kvalitetsarbeid. En slik felles forståelse omfatter også harmonisering av begreper og definisjoner. En felles plattform gjør det også mulig å dele kunnskap om de kunnskapskildene og fagmiljøene som er i ledende mht kvalitetsarbeid i helsetjenesten, og om de bærende ideer, verktøy og tilnæringsmåter som er tatt i bruk innen dette feltet. En overordnet strategi gjør det mulig for oss å dra nytte av det arbeid andre har gjort, bygge på deres erfaringer og dermed framskynde gode tiltak som allerede har vist seg å gi resultater.

I tillegg til å gi retning for oppfølgende handlinger, har dette dokumentet som formål å presentere en samlet tilnæringsmåte til kvalitetsarbeidet i helsetjenesten, og å redegjøre for innbyrdes sammenhenger mellom de elementer som inngår i helheten.

Styresaken gir overordnet retning til kvalitetsarbeidet og konkretiserer enkelte tiltak. Presiseringene i årets oppdragsdokument er imperative, mens øvrige satsingsområder må utvikles og tilpasses forutsetningene i den enkelte helseforetak. Det stilles derfor krav om at helseforetakene utformer et oppfølgende og konkretiserende strategidokument for kvalitetsarbeidet i eget foretak. Den videre utvikling av kvalitetsarbeidet i foretaksgruppen vil skje i nær dialog mellom Helse Nord RHF og helseforetakene. Dette vil gi et godt grunnlag for å presisere oppdraget ytterligere i oppdragsdokumentene for de følgende år.

Kvalitetsbegrepet

Som nevnt ovenfor, er det viktig å etablere en felles forståelse av hva som menes med kvalitet. I generell forstand dreier kvalitet seg om å redusere uønsket variasjon gjennom ulike former for standardisering, og med "beste praksis" som referanse. Derfor innebærer oftest kvalitetsarbeid å standardisere produksjonsprosesser for å oppnå best mulig og likest mulig resultat. Kvalitetsarbeid dreier seg om å redusere innslagene av vilkårlighet og tilfeldighet, selv om det i en kompleks verden ikke er mulig å oppnå fullstendig sikkerhet for resultatet. Kvalitetsarbeid handler om å sette inn aktiviteter og tiltak som sannsynliggjør – eller øker sannsynligheten for – forbedringer eller ønskede resultater. Det er dette resonnementet som ligger til grunn for den internasjonalt mest anerkjente definisjonen av kvalitet i helsetjenesten. Denne definisjonen har sitt opprinnelige utspring i Institute of Medicine (1990), og er her i landet senere lagt til grunn i Nasjonal helseplan (2007-2010). I den kvalitetsstrategi som her fremmes, vil Helse Nord - i likhet med Helse Vest - anvende denne definisjonen av kvalitet:

Med kvalitet forstås i hvilken grad aktiviteter og tiltak i helsetjenestens regi øker sannsynligheten for at individ og grupper i befolkningen får en ønsket helsegevinst, gitt dagens kunnskap og ressursrammer.

Det finnes andre definisjoner av kvalitet, men vi mener denne definisjonen på en presis måte peker på formålet med helsetjenesten, og dermed også på selve kjernevirksomheten. Denne definisjonen har internasjonal anerkjennelse og ligger til grunn for gjeldende Nasjonal helseplan.

Ovennevnte definisjon er videreført i *Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering*, som også har presisert hva som menes med helsegevinst: å *forbli frisk* (som henspeiler på forebygging og helsefremmende tiltak, å *bli frisk* (dersom man er syk) og å *mestre livet ved sykdom* (dersom man er kronisk syk og ikke kan bli frisk). Helse Vest har for egen del lagt til enda en dimensjon ved definisjonen av helsegevinst, nemlig å *mestre slutten av livet*. Helse Nord finner det formålstjenlig å legge alle disse dimensjonene til grunn for vår forståelse av hva som menes med helsegevinst.

I Helsedirektoratets dokument om kvalitetsstrategi for helse- og sosialtjenesten (2004) - "... og bedre skal det bli!" - er det stillet følgende kvalitetskrav til gode tjenester:

- At de er virkningsfulle (har effekt på resultat)
- At de er trygge (at tjeneste ikke skader pasienten – "do no harm")
- At de involverer brukerne og gir dem medinnflytelse
- At de er samordnet og preget av kontinuitet (jf. samhandlingsreformen)
- At tjenestene er tilrettelagt slik at de utnytter ressursene på en god måte (kostnadseffektive, med vekt på alternativkostnad)
- At tjenestene er tilgjengelige og fordelt på en rettferdig måte (sosialt, geografisk, etnisk mv.)

Disse kravene er opprinnelig formulert i et epokegjørende dokument fra Institute of Medicine i USA (*Crossing The Quality Chasm*, 2001). Helse Nord RHF ser det som viktig at samtlige av disse aspekter ved kvalitet legges til grunn for helseforetakenes diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter, og for samhandlingen mellom enheter og nivåer. De fire første av ovennevnte kulepunkter henspeiler direkte på satsingsområdene i dette strategidokumentet, mens de to sistnevnte kulepunktene må sies å ligge til grunn for hele virksomheten i foretaksgruppen.

Kvalitet dreier seg om å gjøre de riktige tingene første gang og hver gang, overfor den enkelte pasient og overfor nye pasienter. Det heter at ”djevelen ligger i detaljene”. Kvalitet handler om å håndtere de mange viktige detaljer som til sammen kan øke sannsynligheten for økt helsegevinst. Kvalitetsarbeid innebærer å strukturere både faglige og administrative arbeidsprosesser slik at det kan bli mulig å ivareta de mange krav til detaljer og presisjon som er nødvendig for å skape kvalitet i stor skala.

Kvalitetskrav til stab- og støttefunksjoner

Dette dokumentet dreier seg primært om kvalitet i selve kjernevirksomheten; det pasientrettede arbeidet. For at dette sluttresultatet skal bli godt, er det i helsetjenesten bygget opp en rekke stab- og støttefunksjoner. Målet er at også disse funksjonene skal ha en kvalitet som sikrer god drift og understøtter den diagnostiske og kliniske kjernevirksomhet:

- Økonomisystemer, personalsystemer, innkjøpssystemer, IKT-systemer mv. som er funksjonelle og brukervennlige
- Organisering av kompetanse, kapasitet og rutiner rundt støttesystemene som bidrar til en rasjonell bruk av virksomhetens samlede ressurser, og som understøtter arbeidet med kvalitet og prioritering i kjernevirksomheten

Helse Nord RHF vurderer særlig systemer og kompetanse innen organisasjonsutvikling/HR og IKT som viktige i forhold til arbeidet med logistikk, arbeidsflyt og pasientforløp. Stabskompetanse innen disse felt bør derfor supplere klinisk kompetanse i slikt arbeid.

Det er av stor betydning at hele arbeidsstokken i et helseforetak inkluderes i arbeidet med å forbedre kvaliteten. Dette er viktig både fordi alle ledd bidrar til den totale kvalitet, og fordi alles medvirkning er nødvendig for å utvikle en helhetlig og gjennomgående kvalitetskultur i virksomhetene.

Avgrensning av kvalitetsarbeid i forhold til internkontroll og risikostyring

Når internkontrollen ikke er definert som eget satsingsområde i Helse Nords kvalitetsstrategi, er det fordi foretakets generelle prosesser for styring og kontroll forutsettes å ligge til grunn som rammesettende føring for hele virksomheten, også for arbeidet med kvalitet og kvalitetsforbedring av kjernevirksomheten.

Kravet om internkontroll springer ut av en rekke lover og forskrifter, deriblant forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten. Internkontroll defineres i § 3 i denne forskriften som ”systematiske tiltak som skal sikre at virksomheten planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i, eller medhold av, sosial- og helselovgivningen.” Innholdet i internkontrollen er fastsatt i § 4, og setter ulike krav til mål, lederansvar og oppfølging, identifisering av områder hvor det er fare for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende, overvåking, kontroll og forbedringsarbeid mv. Det er videre i foretaksprotokollene fra HOD kommet pålegg om internkontroll (siden 2005) og helhetlig risikostyring (fra 2008).

Det er i løpet av de siste par tiår utviklet flere internasjonale rammeverk for internkontroll og risikostyring. Det mest utbredte av disse rammeverk (COSO), både internasjonalt og i Norge, definerer internkontroll som noe mer enn å kontrollere at lover og forskrifter etterleves. I denne mer utvidede betydning innebærer internkontroll å fokusere på de tiltak som bidrar til å sikre virksomhetens måloppnåelse, og risikostyring å fokusere på de faktorer som kan svekke måloppnåelsen.

I tråd med den forståelsen som ligger til grunn for internkontroll og kvalitetsarbeid i Helse Vest, vil Helse Nord i sin kvalitetsstrategi understreke internkontrollens rammesettende rolle med fokus på hvordan kjernevirksomheten forholder seg til styring, risiko og kontroll. I henhold til retningslinjene for helhetlig risikostyring i Helse Nord (vedtatt i 2009) fastsetter administrerende direktør de viktigste områdene for måloppnåelse ved inngangen til et nytt år. Disse målene er gjennomgående, og gjelder for hele virksomheten i foretaksgruppen. Risikoen for ikke å nå disse målene vurderes, og tiltak settes inn for at denne risikoen skal være akseptabel.

Kvalitetskriterier og oppnåelse av mål i forhold til kvalitetsindikatorene er strategisk viktige i Helse Nord. Derfor er helhetlig risikostyring et viktig verktøy for oppfølging og arbeid innen strategisk kvalitetsarbeid.

Dokumentasjon av internkontroll

I Forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten, § 5, kreves det at internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse, samt at dokumentasjonen til enhver tid skal være oppdatert og tilgjengelig. Som hjelpemiddel for arkivering, vedlikehold og tilgjengeliggjøring av styrende dokumenter (retningslinjer, prosedyrer, maler, skjema etc.) har Helse Nord tatt i bruk dokumentstyringsverktøyet Docmap. Dette innebærer at også den dokumentasjon som Helse Nord RHF og foretakene finner påkrevd innenfor kvalitetsstrategiens satsingsområder skal styres via Docmap. Satsingen innebærer også gjennomgang av og opprydding i eksisterende dokumentasjon i Docmap etter behov.

Docmap benyttes også som verktøy for melding, behandling av og oversikt over uønskede hendelser, avvik og forbedringsforslag. Dokumentasjonen er tilgjengelig for læring og forbedringsarbeid på ulike nivå i virksomheten.

Prioriterte temaområder i kvalitetsarbeidet

Når Helse Nord RHF gjennom dette dokumentet skal gi rammer og retning for arbeidet med kvalitet i helseforetakene, er det naturlig å gjøre dette ved å peke på noen tematisk avgrensede satsingsområder som forutsettes prioritert: *kunnskapsforankring* (dokumentasjon, evidens), *pasientfokus*, *pasientsikkerhet* og *dokumentasjon av medisinsk praksis* (resultatmåling). Det pågående arbeidet med å styrke internkontrollarbeidet i Helse Nord RHF og i helseforetakene legger også noen viktige ytre rammer for kvalitetsarbeidet i foretaksgruppen. De satsingsområdene som er listet ovenfor er inndelt på måter som i noen grad vil være innholdsmessig overlappende; det følger av den indre sammenheng mellom de tematiske områdene. I noen sammenhenger vil vi derfor finne det hensiktsmessig å redegjøre for kryssreferanser mellom de enkelte tema.

Innen hvert av de omtalte tema blir det redegjort for prioriterte arbeidsoppgaver/tiltak. I de fleste tilfeller er tiltakene innledningsvis kort beskrevet før de konkretiseres mht gjennomføring.

Satsingsområde 1: Kunnskapsforankring

Helsetjenesten er en av samfunnets mest kunnskapsintensive virksomheter. Kunnskapskildene er mange: forskning, utviklingsarbeid, utdanning, veiledning og erfaring/praksis i møte og samarbeid med kolleger, pasienter og pårørende. En kunnskapsbasert medisinsk praksis forutsetter både kollegial faglig og intellektuell refleksjon over forholdet mellom beste kunnskap og praksis på den ene siden, og åpenhet i forhold til erfaringer og vurderinger fra

pasienter og pårørende på den annen side. Kunnskap er det viktigste grunnlaget for all faglig virksomhet både innen forebygging, diagnostikk og behandling, for god prioritering i tråd med prioriteringsforskriften, for god informasjon til pasienter og pårørende, og for organisering og utforming av tjenestetilbudet. Kunnskap og kompetanse er derfor fundamentale forutsetninger for utvikling og drift av helsetjenesten. Nasjonalt er Kunnskapssenteret en viktig samarbeidspartner som også kan være en pådriver i regional kunnskapsutvikling, både gjennom dokumentasjon ved kunnskapsoppsummeringer, helsebiblioteket mv., og ved rådgivning og prosessstøtte.

Gjennom samarbeidsavtalen med fylkeskommunene om folkehelsearbeid er styrking av kunnskapsgrunnlaget også en prioritert oppgave. Det pågående arbeid med å lage et helseatlas for Nord-Norge forventes å gi oss et bedre faktagrunnlag for planlegging av forebyggende og helsefremmende tiltak i landsdelens ulike geografiske områder (fylker, foretaksområder/sykehusområder, kommuner mv.).

For at oppdatert kunnskap skal kunne konverteres til kvalitet i pasientbehandlingen, må den tilegnes som kompetanse hos medarbeiderne. Det er derfor viktig å sikre og utvikle medarbeidernes kompetanse, både ved grundige vurderinger i forbindelse med ansettelse, og ved å legge til rette for den kontinuerlige kompetanseutvikling som er nødvendig for å opprettholde og utvikle tjenestens kvalitet.

Følgende tiltak vil bli prioritert innenfor dette temaområdet:

Faglige retningslinjer og veiledere

Mange tiårs internasjonal dokumentasjon av betydelig praksisvariasjon er direkte uttrykk for konsekvensene av stor klinisk autonomi for helsepersonellet. Innenfor samtlige land i OECD-området foregår det derfor et fortløpende arbeid med å standardisere behandlingsregimer gjennom innføring av faglige retningslinjer. Slike retningslinjer skal være basert på oppsummert og mest mulig oppdatert kunnskap og være faglig veiledende for hva som er ”beste praksis”, eller som noen vil foretrekke ”god praksis”. På denne måten skal man sikre at samme sykdommer blir behandlet på samme måte ved ulike sykehus, og med beste kunnskap som grunnlag.

I Norge foreligger det nå nasjonale faglige retningslinjer på en rekke områder, og flere er under arbeid og blir ferdigstillet i løpet av inneværende år. Der det finnes slike nasjonale retningslinjer, skal disse implementeres i foretaksgruppen. Det er et overordnet ansvar for foretaksledelsen å påse at det er etablert systemer for implementering av faglige retningslinjer, og det er et lederansvar på klinikknivå å sørge for at retningslinjene gjøres kjent for helsepersonellet og legges til grunn for klinisk praksis.

For å tilrettelegge for både implementering og bruk av faglige retningslinjer, bør forenklede elektroniske versjoner for oppslag i EPJ gjøres tilgjengelig, gjerne i kombinasjon med flytdiagram for pasientforløp. I den pågående anskaffelsesprosessen for EPJ mv. er det lagt til rette for anskaffelse og implementering av slike arbeidsflyt- og prosessorienterte systemer.

Klinisk fagrevisjon

Klinisk fagrevisjon er et verktøy for å etterprøve medisinsk praksis på en mer avgrenset og forenklet måte enn gjennom kliniske kvalitetsregistre. Avhengig av problemets omfang og kompleksitet, og av hastegrad for avklaring, kan slike revisjoner ta alt fra en dag til mange måneder å gjennomføre. Fagrevisjoner gjøres på en standardisert måte, eksemplifisert gjennom følgende prosedyre (National Health Service, England):

- Identifisere et problem
- Definere vurderingskriterier/standarder (for eksempel faglige retningslinjer)
- Systematisere observasjoner/samle inn data
- Sammenligne dokumentert praksis med valgte vurderingskriterier/standarder
- Eventuelt iverksette forbedringstiltak

Det vil ofte være hensiktsmessig å gjøre oppfølgende fagrevisjoner for å etterprøve om de iverksatte forbedringstiltak faktisk har virket.

Fagrevisjon er et velegnet verktøy for at fagmiljøene i egen regi kan inspisere og forbedre sin virksomhet, særlig på områder der det foreligger overbevisende og entydig dokumentasjon av hva som er god praksis. Helse Nord RHF vil i samarbeid med helseforetakene legge til rette for å skolere fagmiljøer og medarbeidere i bruk av dette verktøyet.

Tidlig vurdering av ny diagnostikk og behandling – beslutningssystem for innføring av nye metoder

God timing for henholdsvis innfasing av ny og utfasing av gammel teknologi, er en betydelig utfordring i helsetjenesten: ikke for tidlig og ikke for sent. Det trengs derfor gode hjelpemidler for å treffe riktige beslutninger i slike spørsmål.

I regi av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ble det i 2007 lansert en database, *Mednytt* (www.mednytt.no), for faglig støtte ved vurderinger om å innføre nye metoder i helsetjenesten. Denne databasen gir en kontinuerlig oppdatert oversikt over nye metoder for diagnostikk og behandling (inkludert nye legemidler), basert på internasjonale miljøer for ”tidlig varsling”, og er laget for å gi helseforetakene et bedre kunnskapsgrunnlag før nye medisinske metoder tas i bruk.

I tillegg til Mednytt som hjelpemiddel før nye metoder innføres, er det behov for å utvikle en metode med tilhørende beslutningsrutiner for å understøtte helseforetakene i å gjøre gode og informerte valg ved vurdering av om nye medisinske metoder skal tas i bruk. Mini HTA (Health Technology Assessment) er en slik metode, der både forutsetninger og konsekvenser av å innføre nye metoder blir vurdert og sammenfattet.

Før det eventuelt etableres nye rutiner i foretaksgruppen mht beslutningsprosedyrer for innføring av nye medisinske metoder, bør det gjøres et forberedende arbeid der forutsetninger og formål avklares. En slik avklaring forutsetter både forankring i egne fagmiljøer og støtte fra Kunnskapssenteret og andre relevante kompetansemiljøer.

Satsingsområde 2: Pasientfokus

I historisk perspektiv har pasienten hatt en relativt umyndiggjort rolle i en helsetjeneste preget av hierarkiske regimer. I løpet av de siste tiårene har dette endret seg til det bedre gjennom økt medvirkning fra og involvering av pasienter og pårørende, en trend som også er styrket gjennom økte pasientrettigheter og myndighetskrav. Likevel er det også på dette feltet rom for betydelige forbedringer.

God og (geografisk, sosialt, etnisk mv.) rettferdig fordelt tilgjengelighet er viktig for pasienten. I oppdragsdokumentet for 2011 har forbedret tilgjengelighet, konkretisert som eliminering av fristbrudd for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp, høy prioritet. I tråd med ideene i samhandlingsreformen er det et skjerpet krav til at tjenestene skal være bedre samordnet gjennom hele pasientforløpet. For pasienter og pårørende er det også viktig å bli møtt med tilgjengelig og tilpasset informasjon, empati og forståelse. Det vil oftest bidra til å heve kvaliteten på helsetjenestene når pasienten selv deltar aktivt i egen behandling og rehabilitering. Data fra undersøkelser om pasienterfaringer bør tillegges større vekt som grunnlag for utforming av en mer pasienttilpasset helsetjeneste

Innenfor dette temaområde prioriteres følgende tiltak:

Videreføring av det holdnings- og verdibaserte arbeid i prosjektet "Verdibasert hverdag". Dette prosjektet (2009-2011) – har som mål å bidra til økt oppmerksomhet mot verdier og etikk hos ledelse og medarbeidere i helseforetakene. Fokusområdene er verdibasert ledelse, medarbeiderskap og synliggjøring av verdiene *kvalitet, trygghet og respekt* på alle nivåer i virksomhetene.

Helse Nord RHF ser det som viktig at det holdningsskapende arbeid som er gjort i dette prosjektet, videreføres i godt samarbeid mellom ledelse og medarbeidere, og at ovennevnte verdier legges til grunn for atferd også i forhold til pasienter og pårørende. Ledere på alle nivåer har derfor et ansvar for at helsearbeideren gis rom for etiske refleksjon over egen praksis, med sikte på å forbedre den individuelt tilpassede kvalitet overfor den enkelte pasient.

Den faglig begrunnede standardisering av behandlingsregimene som ligger til grunn for andre elementer i kvalitetsarbeidet (kunnskapsbasert, faglige retningslinjer mv.), må følgelig suppleres med mer helhetlige vurderinger tilpasset den enkelte pasients spesielle situasjon. Dette er særlig viktig i forhold til kronikere, funksjonshemmede, skrøpelige eldre og andre pasienter med komplekse og sammensatte sykdomstilstander. I slike sammenhenger vil sykdomsspesifikke retningslinjer alene ofte komme til kort.

Pasientforløp

Helsetjenesten har vært særdeles innovativ mht å ta i bruk nye metoder og ny teknologi, men heller konservativ mht å ta i bruk nye og mer rasjonelle arbeidsformer. I løpet av det siste tiåret har både hensynet til rasjonell ressursbruk og hensynet til at pasienten skal møte en mer helhetlig helsetjeneste, ført til et større fokus på pasientforløp. Initialt ble dette arbeidet i hovedsak avgrenset til arbeidsflyt og pasientforløp innen sykehus. I tilknytning til samhandlingsreformen er det imidlertid blitt et selvsagt krav at helhetlige pasientforløp også må inkludere den pre- og posthospitale fase.

I Helse Nord var Nordlandssykehuset - Lofoten relativt tidlig ute med å initiere prosjekter rundt pasientforløp, med utgangspunkt i tilnæringsmåten *Pasientorientert redesign*. De siste to-tre årene er det særlig UNN HF som har tatt tak i dette arbeidet med utgangspunkt i *Lean-metodikken*. Hittil har UNN HF implementert pasientforløp for 7 områder, mens ytterligere 10 er under implementering og 5 under planlegging. Nærmere 60 medarbeidere ved UNN HF er gitt opplæring i Lean-metodikken, og mer enn 500 medarbeidere har vært involvert i prosjekter som nå dekker alle klinikker.

Helse Nord RHF ser det som viktig at arbeidet med å utvikle og implementere standarder for pasientforløp videreføres der det er godt i gang og intensiveres i de helseforetak som er i startgroppen. I likhet med andre viktige endringsprosesser forutsetter også dette arbeidet ledelsesforankring, men selve iverksettingen må bæres fram gjennom bred involvering av medarbeidere innen de enkelte fagmiljøer. Helse Nord RHF vurderer det som en fordel om iverksettingen av konkrete pasientforløp koples sterkere til arbeidet med å innføre faglige retningslinjer. Standardisering av henholdsvis pasientforløp og faglige behandlingsregimer er to sider av samme sak som bør muliggjøre synergier ved å håndteres i sammenheng.

Helse Nord RHF vil legge til rette for at arbeidet i det regionale nettverket for pasientforløp kan intensiveres, med det formål å fremme og styrke erfaringsoverføring til de helseforetak som så vidt er kommet i gang med dette arbeidet. Det vurderes videre som hensiktsmessig, både for læring, opplæring og gjenbruk av andres erfaringer, at det etter hvert etableres en felles metodikk for dette arbeidet. Den samlede status for dette arbeidet i Helse Nord tilsier at den metoden som er valgt av UNN HF legges til grunn som framtidig standard.

Pasienterfaringsundersøkelser

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har gjennom flere år utført generelle nasjonale undersøkelser av pasientenes erfaringer og tilfredshet med spesialisthelsetjenesten. Disse undersøkelsene er de siste år supplert med tilsvarende undersøkelser av utvalgte pasientgrupper (ved DPS-er, ved barneavdelinger, kreftpasienter m.fl.). I den grad utvalgsstørrelsen gjør det mulig, bør resultatene av slike undersøkelser utnyttes bedre i helseforetakenes kvalitets- og forbedringsarbeid. Foreløpige erfaringer tyder på at undersøkelsene av utvalgte pasientgrupper kan bli til større nytte i forbedringsarbeidet enn de generelle undersøkelsene.

Flere av de begrensninger som knytter seg til de nasjonale undersøkelsene tilsier et behov for å supplere disse med en mer regional og lokal tilnærming til kartlegging av pasienterfaringer. Fordi forbedringsarbeid alltid må ta utgangspunkt i konkrete forhold knyttet til identifiserbare enheter eller pasientgrupper, må det bygge på god kunnskap om lokale forhold. Det er derfor behov for å gjennomføre forenklede pasientundersøkelser i regional/lokal regi som er basert på validerte metoder og som gir forholdsvis raske svar på aktuelle problemstillinger. En slik tilnærming og bruk av undersøkelser vil kunne bidra til å kople relevante og tidsaktuelle data til konkret og motiverende forbedringsarbeid i de enkelte lokale fagmiljøer. Helse Nord RHF bør oppsummere og bygge videre på de erfaringer som er gjort i Helse Vest som har gjennomført en rekke piloter på dette feltet, og på det grunnlaget vurdere om det bør iverksettes et opplegg for lignende undersøkelser ved helseforetakene i Helse Nord.

Helse Nord RHF vil ellers vise til det betydelige nybrottsarbeid som nylig er utført i National Health Service i England gjennom utviklingen av PROMS (Patient Reported Outcome Measures), et verktøy for å systematisere pasientrapporterte resultater for spesifikke sykdommer og inngrep. I første omgang bør det imidlertid være en oppgave for Kunnskapssenteret å vurdere eventuell innføring av slike undersøkelser i Norge, og hvordan disse i så fall skal tilpasses og anvendes.

Informasjon og oppfølging i forhold til pasienter som eksponeres for uønskede hendelser

Håndtering av uønskede hendelser gjennom avviksrapporing, læring og forbedring inngår som del av pasientsikkerhetsarbeidet (jf. neste satsingsområde). Det bør imidlertid også inngå som en obligatorisk del av det pasientfokuserte kvalitetsarbeidet at pasienter og pårørende aktivt informeres og følges opp i tilknytning til uønskede hendelser. Slike rutiner forutsettes iverksatt i alle helseforetak.

Satsingsområde 3: Pasientsikkerhet

Ettersom medisinsk virksomhet over tid har økt i kompleksitet, både faglig og organisatorisk, er den blitt mer virkningsfull, både på godt og vondt. Helsetjenesten kan vise til store framskritt i diagnostikk og behandling, men kan også ha økt sitt potensial til å gjøre skade. Det er godt dokumentert at minst 10 prosent av sykehusoppholdene ledes av en uønsket hendelse som ikke kan spores til biologiske sykdomsprosesser; altså er det helsetjenesten som påfører pasientene disse hendelsene. På verdensbasis dreier dette seg årlig om 7 millioner invalidiserende komplikasjoner, inkludert en million dødsfall. I Helse Nords nedslagsfelt kan dette innebære ca 100 dødsfall per år. Pasientsikkerhetsarbeid dreier seg om å sette inn systematiske tiltak for å redusere risikoen for slike hendelser. Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten har definert pasientsikkerhet som ”vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser”.

Innenfor dette satsingsområdet vil Helse Nord i hovedsak legge opp sine tiltak i tråd med den nasjonale kampanjen for pasientsikkerhet (2011-2013) som startet ved inngangen til dette året. Denne kampanjen har tre hovedmål: 1) Redusere antall pasientskader, 2) Bygge varige strukturer og systemer for pasientsikkerhet, og 3) Å forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Følgende innsatsområder er prioritert i den nasjonale kampanjen:

- Trygg kirurgi, med særlig oppmerksomhet mot postoperative sårinfeksjoner
- Legemiddelskader, med samstemming av legemiddellister på tvers i helsetjenesten
- Slagbehandling
- Psykisk helse

Innholdet i de to sistnevnte innsatsområdene, slagbehandling og psykisk helse, vil først senere bli konkretisert fra kampanjeledelsen i Kunnskapssenteret. Disse viktige områdene vil derfor ikke omtales ytterligere i dette strategidokumentet, men ivaretas gjennom Helse Nords oppfølging av arbeidet i pasientsikkerhetskampanjen.

Innenfor samtlige av ovennevnte fire områder vil det i første fase av kampanjen gjennomføres piloter som grunnlag for erfaringsutveksling og senere storskala implementering. Nordlands-sykehuset HF er her gitt en rolle som pilot for pasientsikkerhetsvisitter og for involvering av styrene. I kampanjen legges det ellers stor vekt på dokumentasjon av forekomst av pasientskader gjennom strukturerte journalundersøkelser ved alle landets sykehus. Hovedstrategien i dette arbeidet er forbedring gjennom dokumentasjon, oppfølging og læring i regi av fagmiljøene, og understøttet av aktive ledelsesprosesser og systemer.

Innen de overordnede rammer som er satt av den nasjonale kampanjen, beskrives i det følgende noen tiltak som Helse Nord vil prioritere i sitt arbeid med pasientsikkerhet:

Trygg kirurgi

Verdens helseorganisasjon (WHO) utarbeidet for få år siden en sjekklister for trygg kirurgi som er utprøvd i en rekke land, og med dokumentert gode resultater i form av betydelige reduksjoner (30-40 %) i mortalitet og komplikasjonsrater.

Denne sjekklisten, som er inspirert av prosedyrer i luftfarten, avklarer en rekke spørsmål i tre faser av operasjonen: før anestesi, før kirurgisk inngrep og etter lukking. Nordlandssykehuset HF, deler av Helse Finnmark HF og Helgelandssykehuset HF har allerede tatt i bruk en tilpasset versjon av denne sjekklisten, basert på tidligere utprøving og erfaring i Helse Vest. Helse Nord RHF forutsetter at denne sjekklisten innføres også i øvrige helseforetak, med sikte på full implementering i løpet av 2011. Den nasjonale kampanjens fokus på postoperative sårinfeksjoner skal ivaretas, men det er både ønskelig og nødvendig at tiltakene innen trygg kirurgi har som mål å forebygge et bredere sett av komplikasjoner ved kirurgiske inngrep.

Gjennomgang av pasientjournaler ved bruk av Global Trigger Tool (GTT)

I tråd med anbefalingene i pasientsikkerhetskampanjen skal samtlige foretak i Helse Nord ta i bruk *Global Trigger Tool* (GTT) som verktøy for å identifisere og analysere forekomst av skader i helsetjenesten, basert på gjennomgang av pasientjournaler. Dette er en retrospektiv metode der et tilfeldig utvalg av pasientjournaler gjennomgås og sorteres på grunnlag av 53 forhåndsdefinerte triggere (standardiserte kriterier) som hver for seg eller i kombinasjon er assosiert med pasientskade. Dette kan gjøres manuelt, eller automatisk med støtte av programvare som plukker ut journaler med mulige hendelser med uheldige utfall for pasienter. Deretter valideres disse empirisk gjennom mer detaljert gjennomgang av journalene. Ved hjelp av dette verktøyet kan sykehusene måle forekomsten av pasientskader over tid for ulike pasientgrupper og intervensjoner, og dermed anvende denne dokumentasjonen som ledd i det kontinuerlige forbedringsarbeidet. Som ledd i pasientsikkerhetskampanjen forutsettes samtlige helseforetak i landet å anvende GTT som analyseverktøy for journalgjennomganger i løpet av inneværende år.

Nordlandssykehuset HF er allerede godt i gang med slike gjennomganger (av 2000 journaler) ved bruk av GTT, og vil i løpet av inneværende år ta i bruk programvare som rasjonaliserer dette arbeidet, forenkler analysearbeidet og gjør det mulig å undersøke et større volum av journaler. Helse Nord RHF forutsetter at denne programvaren tas i bruk for å gjennomføre tilsvarende journalgjennomganger ved øvrige helseforetak i løpet av 2012. Når verktøyet er tatt i bruk og de første målinger gjennomført, bør det enkelte helseforetak sette seg konkrete mål for forbedring.

Avvikshåndtering: dokumentasjon, rapportering og læring av avvik

Forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten stiller krav om dokumentasjon og håndtering av avvik. Det vises til tidligere avsnitt om dokumentasjon av internkontroll der det er redegjort for DocMap som verktøy for avviksrapporing i Helse Nord. Aktiv og rutinemessig avvikshåndtering vil være en viktig motor i arbeidet for forbedring av pasientsikkerhet. Det er derfor ønskelig å utvikle avviksbehandlingen til også å inkludere forbedringsmeldinger i et helhetlig avviks- og forbedringssystem. Det understrekes at hovedformålet med avviksmeldingene er læring og ikke sanksjon. Ledelsen har derfor et ansvar for å skape en åpenhetskultur som legger til rette for avviksrapporing og bidrar til at forbedringsarbeidet blir transparent. På klinikknivå bør det etableres rutiner for månedlige gjennomganger av avviksmeldingene, og avvikshåndtering bør være et viktig tema under ledelsens årlige gjennomgang i tilknytning til internkontrollen.

”Komplikasjonsmøter” (“Mortality and morbidity meetings”)

For å understøtte oppbygging av en kultur for åpenhet og læring i tilknytning til uønskede hendelser, bør det avholdes rutinemessige møter på de enkelte kliniske avdelinger for å drøfte slike hendelser. Det understrekes at formålet er læring og forbedring, ikke kontroll og sanksjon. Helse Nord RHF vil videre invitere fagmiljøene til å vurdere om komplikasjonsmøter kan være egnede fora for å drøfte og følge opp de funn som gjøres via journalgjennomgangene vha Global Trigger Tool.

Det antas at slike møter allerede er etablert ved enkelte avdelinger, men at slike møter likevel ikke er alminnelig og institusjonalisert praksis ved alle avdelinger i foretaksgruppen. Både for å iverksette slike ordninger i stor skala, og for å få mer ut av slike møter, er det behov for å utarbeide et veiledende rammeverk for gjennomføringen av slike møter. Helse Nord RHF vil i samarbeid med helseforetakene sørge for at det utarbeides et slikt rammeverk.

Legemiddelhåndtering

En svært stor andel av uønskede hendelser knytter seg til legemiddelhåndtering. Mange av problemene skyldes manglende oversikt over den enkelte pasients samlede medisinbruk på grunn av manglende kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom enheter og nivåer. I tillegg er det en betydelig kunnskaps- og kompetanseutfordring innenfor et felt som er preget av både økende dynamikk og kompleksitet.

Helse Nord RHF vil aktivt bruke Sykehusapotek Nord i arbeidet med å styrke kvaliteten på legemiddelhåndteringen i hele foretaksgruppen. I dag har sykehusapoteket avtaler med UNN HF og Nordlandssykehuset HF. Det er en ambisjon å utvide tjenestene til også å omfatte Helse Finnmark HF og Helgelandssykehuset HF gjennom å inngå samarbeidsavtaler om leveranse av farmasøytiske tjenester i løpet av de nærmeste årene (2013-2014). Målsettingen er *å gi riktig legemiddel til riktig pasient til riktig tid, med riktig dose, på riktig måte og til riktig pris.*

Sykehusapotek Nord HF vil prioritere følgende tiltak vis a vis helseforetakene:

- Å bidra med legemiddelkompetanse i kliniske team og samarbeide aktivt med foretaksledelsen og med kliniske avdelinger om problemstillinger knyttet til legemiddelhåndtering og legemiddelbruk
- Bidra til at legemiddelhåndteringen ved sykehusene er forskningsbasert, både ved å gjøre dokumentasjon kjent og ved å delta i utvikling og kvalitetssikring av retningslinjer for medikamentbehandling
- Foreta revisjonsbasert internkontroll av legemiddelhåndteringen og samarbeide med sykehusenes kliniske avdelinger om avviksrapportering og oppfølging av avvik
- Videreutvikle apotekstyrt legemiddellager (ASL) for å kvalitetssikre legemiddelhåndteringen ved sykehusavdelingene
- Delta aktivt i arbeidet med ny nasjonal plan for legemiddelberedskap i regi av Helsedirektoratet, med særlig vekt på ivaretagelse av hensynet til forsyningssikkerhet i nordområdene

Helseforetakene bør i egen regi prioritere følgende tiltak for å styrke kvalitet og sikkerhet rundt håndteringen av legemidler:

- Utvikle en helhetlig strategi med tilhørende handlingsplan for legemiddelhåndtering
- Sørge for å aktivere arbeidet i legemiddelkomiteene ved sykehusene, med særlig fokus på interne anbefalinger i legemiddelrelaterte spørsmål for å sikre rasjonell, sikker og kostnadseffektiv legemiddelbruk

- Legge til rette for kvalitetssikring av legemiddelhåndteringen gjennom bruk av internrevisjon
- Innføre systematisk individuell vurdering av pasienters faktiske legemiddelbruk i samarbeid med farmasøyt, og innføre systematisk informasjon til pasienter om nye legemidler som forskrives

Bedre IKT-verktøy er en forutsetning for å kunne realisere viktige mål i arbeidet med å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet i tilknytning til legemiddelhåndtering. Det gjelder i særlig grad målene om at lik informasjon skal være tilgjengelig for alle i teamet rundt pasienten på ulike nivåer, og målet om minimert bruk av manuell registrering/informasjonsoverføring. For å nå disse målene er det nødvendig å innføre mer prosess- og arbeidsflytorienterte beslutningssystemer i den elektroniske pasientjournalen (EPJ). Disse hensyn skal være ivarettatt innenfor den anskaffelsesprosessen for EPJ som nå er i en slutfase, men vil ta flere år å iverksette.

Følgende tiltak er viktige å få implementert i løpet av kommende fireårsperiode:

- Elektronisk pasientjournal (EPJ) med medikamentmodul
- Elektronisk kjernejournal, med særlig vekt på å gjøre medikamentlisten tilgjengelig mellom samhandlende enheter og nivåer
- E-resept, med vekt på tilbakemeldingsfunksjonen til kjernejournal og EPJ
- Forskrivings- og ekspedisjonsstøtte (FEST), et system for kvalitetssikret legemiddelinformasjon som kan brukes i alle elektroniske systemer og som gjør det mulig for alle å ha tilgang til samme informasjon

Mer konkrete planer og milepæler for implementering av disse systemene må dels avstemmes i forhold til ferdigstilling av pågående nasjonale prosjekter, og dels tilpasses implementering av løsning for EPJ.

Satsingsområde 4: Dokumentasjon og analyse av medisinsk praksis

Det er i ovennevnte punkter redegjort for målrettede aktiviteter og tiltak som skal bidra til kvalitetsforbedringer. Det forutsettes at standardisering av arbeidsprosesser og prosedyrer skal føre til bedre resultater i pasientbehandlingen. Dette må dokumenteres i to trinn og over tid:

1. I hvilken grad de anbefalte arbeidsprosesser faktisk er tatt i bruk, og
2. I hvilken grad disse arbeidsprosessene faktisk gir gode resultater/forbedringer.

Løpende dokumentasjon av prosedyrer og resultater er dessuten viktig for å fange inn effekter av endringer over tid (før-etter intervensjon/endring av praksis). Derfor inngår dokumentasjon av medisinsk praksis (prosedyrer og resultat) som et viktig og nødvendig element i en samlet kvalitetsstrategi.

Dokumentasjon og resultatmåling ivaretar flere formål, først og fremst som grunnlag for klinisk læring og forbedringsarbeid, men også som grunnlag for overordnet styring og kontroll, og for å synliggjøre hvordan en virksomhet skjøtter samfunnsoppdraget (jf. oppdragsdokumentet). Etter hvert må det også forventes at pasienter og pårørende vil vektlegge dokumenterte resultater ved valg av behandlingssted.

Helse Nord RHF opprettet i 2004 Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) med det formål å styrke denne dokumentasjonsfunksjonen, både i forhold til klinisk virksomhet og for styringsformål. Det har tatt tid å bygge opp fagmiljøet ved SKDE, men i løpet av de siste to årene er denne virksomheten blitt meget leveringsdyktig, både vis a vis Helse Nord RHF og som nasjonalt servicemiljø for kliniske kvalitetsregistre.

I løpet av kommende fireårsperiode har Helse Nord som mål å bli ledende i landet mht dokumentasjon av klinisk praksis som grunnlag for arbeidet med kvalitetsforbedring.

Kvalitetssikring av pasientdata

Analyser og evaluering av klinisk virksomhet forutsetter kvalitet i datagrunnlaget. De analyser som i dag gjøres på grunnlag av PAS/NPR-data, viser at det er betydelige mangler ved denne dokumentasjonen. Mange datafelt er ikke fylt ut, kodingen er unøyaktig, og kodeverket praktiseres på ulike måter. Dersom dokumentasjon av klinisk praksis skal være en kilde til læring og forbedring, er det avgjørende at dokumentasjonen er mest mulig komplett og korrekt. Følgende tiltak bør iverksettes i helseforetakene for å forbedre dokumentasjonen av pasientdata:

- Ansvarliggjøring av klinikkledelsen for å prioritere og kvalitetssikre arbeidet med dokumentasjon av kliniske data
- Sørge for opplæring av superbrukere med særlig kompetanse på dette feltet, og tilrettelegging av nødvendige støttefunksjoner som kan lette dette arbeidet
- Sørge for adekvat opplæring og veiledning av det helsepersonell som skal ivareta dokumentasjonsoppgaver
- Analysere egne data som ledd i motivasjonen for å forbedre datagrunnlaget

Det er dessuten viktig at Helse Nord RHF – med SKDE som kompetansemiljø – tar initiativ til forbedring og forenkling av de nasjonalt veiledende dokumenter som ligger til grunn for dokumentasjon i NPR. Det gjelder i forhold til beskrivelser av variabler, kodebøker mv. Slike initiativ overfor nasjonale myndigheter er allerede tatt på enkelte områder og vil følges opp på nye områder.

Oppbygging av systemer for dokumentasjon av klinisk praksis

I pasientjournalene finnes dokumentasjon av behandlingen av enkeltpasienter. Det er ikke mulig å bruke denne informasjonen til å vurdere resultater av behandling for grupper av pasienter. Det er derfor nødvendig å bygge opp egne databaser – såkalte medisinske kvalitetsregistre – for å dokumentere behandling og resultater for grupper av pasienter, f. eks hjerneslagpasienter eller pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt. Det er etablert en nasjonal satsning på dette området i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene. Denne nasjonale satsningen understøttes av Helse Nord RHF, og det forutsettes at helseforetakene med tilhørende fagmiljøer også vil bidra til dette arbeidet gjennom aktiv lokal medvirkning.

Aktivt bruke SKDE som verktøy for dokumentasjon, analyse og formidling av klinisk kvalitet med basis i kvalitetsregistre, Norsk Pasientregister (NPR) og andre kilder

SKDE har som overordnet formål å bidra til at klinisk ledelse, helseforetaksledelse og RHF-ledelse i Helse Nord har nødvendig dokumentasjon om klinisk virksomhet som beslutningsgrunnlag for riktig kvalitet og prioritering. SKDE skal kunne utføre analyser av høy kvalitet og av klinisk relevans og betydning for helsetjenesten. Det har så langt vært både praktiske og juridiske utfordringer knyttet til å sikre et tilstrekkelig bredt og kvalitetssikret datagrunnlag for slike analyser, men disse er i ferd med å finne sine løsninger. SKDE har i

dag konsesjon for å benytte data fra NPR om spesialisthelsetjenesten i hele Norge til analyser med formål kvalitetssikring av Helse Nord's oppdrag og oppgaver. På noe sikt vil også kvalitetsregistre danne grunnlag for slike analyser. Ledelse på alle nivå i Helse Nord skal kjenne til og aktivt benytte seg av de tjenestene SKDE kan levere.

Bevisstgjøre og skolere foretaksledelse og kliniske ledere om aktiv bruk av kvalitetsregistre
Siden resultater hittil har vært tilgjengelige for lederne først og fremst på pasientadministrativt og økonomisk område, kreves det innsats for å dreie oppmerksomheten mot kliniske resultater som aktivt styringsparameter. En slik strategi må være gjennomgående i alle ledd av organisasjonen, og kunnskap om oppbygging og bruk av kvalitetsregistre som redskap må intensiveres.

Innskjerpe kravene til foretakene mht å levere data til kliniske kvalitetsregistre og å anvende resultater fra disse registrene i eget forbedringsarbeid

Kvalitetsregistre vil ikke gi resultater til å stole på med mindre det er stor oppslutning om å levere data til registrene. Det er derfor essensielt at alle enheter i registerets ”opptaksområde” (et helseforetak, en region eller nasjonalt) sørger for at innregistrering til slike registre blir satt i system og viet tilstrekkelig oppmerksomhet. Bare ved kvalitetssikre og komplette data inn i et register, får man resultater til å stole på ut av registeret.

Videre er det ikke tilstrekkelig å dokumentere levert kvalitet, man må også vurdere hvorvidt resultatet er tilfredsstillende i forhold til krav og forventninger. Det er derfor avgjørende at det bygges opp kultur, system og rutiner for forbedringsarbeid basert på resultater fra de etablerte kvalitetsregistrene. Bare slik vil resultatene komme pasientene til gode i form av forbedret kvalitet på tjenesten.

Videreutvikling og aktiv bruk av Helse Nord's styringsportal

Helse Nord's styringsportal er et datavarehus som inneholder ajourførte data om økonomi, aktivitet, HR og kvalitet. Rapportene som kan tas ut via styringsportalen anvendes nå i økende grad som grunnlag for rapportering av nasjonale kvalitetsindikatorer (epikrisetid, ventetid, fristbrudd, utskrivningsklare pasienter, andel keisersnitt mv). Der datagrunnlaget gjør det mulig via pasientsystemet/NPR, er målsettingen at også øvrige nasjonale kvalitetsindikatorer skal legges inn i styringsportalen.

En annen funksjon (Dokumentflyt) i styringsportalen gjør det mulig å følge saksbehandlingsprosessen rundt det enkelte dokument fra mottatt henvisning til ferdig epikrise. Helse Nord RHF vil understreke betydningen av at helseforetakene anvender slike prosessorienterte verktøy i arbeidet med å optimalisere pasientforløpene og ressursutnyttelsen.

Det er generelt en målsetting at ledere på alle nivåer aktivt tar styringsportalen i bruk for å overvåke, styre og forbedre egen virksomhet.

Utvikling av en kvalitetskultur i foretaksgruppen

Det redegjøres i denne saken for en rekke faglige, innholdsmessige og organisatoriske tiltak som skal bidra til å løfte arbeidet med kvalitet i foretaksgruppen. Et slikt løft kan bare lykkes fullt ut dersom kvalitetsarbeidet forankres og internaliseres i hele virksomheten, hos ledelse og medarbeidere og i fagmiljøene. Derfor er det også viktig å utvikle en kvalitetskultur som bærende kraft i arbeidet. En kvalitetskultur bygges på mange måter: gjennom de verdier som betones av ledelsen, de aktiviteter som prioriteres og den dagsorden som settes, men også ved å skape arenaer for deling av kunnskap og for refleksjon, dialog og tilbakemeldinger.

Kulturbygging dreier seg om å iverksette en serie av tiltak som samlet og over tid bidrar til å utvikle felles verdier, referanserammer og standarder for atferd, både for hva som er god faglig praksis og hva som er etisk riktig, og med viljen til kontinuerlig læring og forbedring som motiverende drivkraft. De fleste av de tiltak som er skissert i dette dokumentet forventes å bidra til utvikling av en kvalitetskultur. Det er likevel viktig å forsterke effekten av disse enkeltstående tiltak gjennom mer symboltunge handlinger og markører som bryter med hverdagen, åpner for kollegial refleksjon og feirer små og store fremskritt.

Det bør legges til rette for kollegial refleksjon i ledergrupper på ulike nivåer, blant medarbeidere i de mange faglige ”nærmiljøer”, og gjennom andre møteplasser der faglige og pasientrettede spørsmål drøftes.

Kulturbygging dreier seg om sosialisering. Helse Nord RHF vil derfor ta initiativ til at kvalitet som tema får en større plass i all grunn- og videreutdanning for helsepersonell, inkludert lederutdanning.

Helse Nord RHF vurderer god og tilgjengelig informasjon om arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet som et viktig virkemiddel i utviklingen av en felles kvalitetskultur. Det bør derfor i samarbeid med helseforetakene utvikles gode og oppdaterte websider som kan forenkle informasjonsspredning, læring og erfaringsutveksling.

I samarbeid med helseforetakene vil Helse Nord RHF legge til rette for årlige konferanser eller seminarer der kvalitet settes på dagsordenen, og gjennom universitetssamarbeidet bør det legges til rette for å styrke forskningen om kvalitet i helsetjenesten. Fra og med 2012 vil Helse Nord RHF utdele en særskilt kvalitetspris til fagmiljøer eller enkeltpersoner som har utmerket seg på dette feltet.

Samarbeidspartnere i kvalitetsarbeidet

I dette saksframlegget er det vist til flere av de ledende internasjonale fagmiljøer innen kvalitetsarbeid i helsetjenesten. Det er viktig å følge med i den internasjonale utviklingen på dette feltet, og å la eget arbeid inspireres av dem som går foran. Helse Nord RHF vil derfor opprettholde de gode kontakter som i løpet av siste fire-fem år er etablert på høyt plan innen National Health Service (NHS) og andre ledende miljøer i England.

Like viktig er det å inngå konkret samarbeid med relevante skandinaviske og norske miljøer om kvalitetsarbeid. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) har allerede etablert god kontakt med det anerkjente svenske helseregistermiljøet, og fagmiljøet ved SKDE vil i flere sammenhenger være en kontaktskapende innfallsport vis a vis mulige samarbeidspartnere både i inn- og utland. Som nasjonalt servicemiljø for kvalitetsregistre har SKDE i dag nære samarbeidsrelasjoner til Folkehelseinstituttet (FHI), Norsk Pasientregister (NPR) og samtlige RHF-er. Helse Nord RHF vil ellers vurdere om arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet også skal foreslås innlemmet i det igangsatte helsesamarbeidet på Nordkalotten. Nordbotten lens landsting er kommet langt på dette feltet, og har i flere år samarbeidet med Institute of Health Care Improvement i Boston.

På nasjonalt plan vil *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten* være en viktig kontakt- og samarbeidspartner, både i kraft av sin kunnskapsoppsummerende funksjon og som sekretariat for den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Det kan videre bli aktuelt å samarbeide med Kunnskapssenteret om implementering av faglige retningslinjer.

Siden den kvalitetsstrategien som er utviklet i dette dokumentet for en stor del bygger på tilsvarende strategi i Helse Vest, finner vi denne helseregionen som en fortsatt prioritert samarbeidspartner i dokumentasjons- og kvalitetsarbeidet.

Organisering av kvalitetsarbeidet

Det er en utfordring ved nye initiativ og satsinger at de gjør krav på ledelsens oppmerksomhet, medarbeidernes tid og ofte leder til at nye arbeidsgrupper og arenaer etableres. Risikoen ved utskilling og separat organisering av stadig nye oppgaver er både overbelastning og fragmentering. Det gjelder derfor både for satsingen på kvalitet og samhandling at oppgavene må ivaretas og organiseres som en integrert del av de rutinemessige arbeidsprosesser og ikke som sideaktiviteter. Dette bør være hovedprinsippet: kvalitetsarbeidet inngår som en del av ledelsesansvaret på alle nivåer, og skal ivaretas i alt pasientrettet arbeid i klinikkene.

Likevel vil det oftest være nødvendig å tilføre slike større satsingsområder ressurser i form av pådrivere og infrastruktur. Det trengs derfor stabspersoner som har arbeidet med kvalitet som en dedikert oppgave, og det kan være hensiktsmessig å etablere nettverksgrupper for dette formål, både innen og mellom helseforetak.

Helse Nord RHF vil legge til rette for at det eksisterende kvalitetsnettverket styrkes og aktiveres som arena for samarbeid. Dette nettverket skal bidra til å styrke det foretaksovergripende arbeidet med kvalitet, og sørge for læring, kompetanseoverføring og erfaringsutveksling mellom foretakene. Kvalitetsnettverket forutsettes å ivareta en initiativ- og pådriverrolle i kvalitetsarbeidet, og å komme med innspill og tilbakemeldinger i linjen der dette er hensiktsmessig eller nødvendig.

Helseforetakene forutsettes å organisere kvalitetsarbeidet på måter som er tilpasset foretakets størrelse og indre organisering. Der det er etablert velfungerende arenaer for kvalitetsarbeid bør disse videreføres og videreutvikles.

Styrenes rolle i kvalitetsarbeidet

De siste to års økonomiske resultat gir nye muligheter. For å verne om den nyvunnede handlefriheten, vil det fortsatt være en viktig oppgave for styrene å overvåke kostnader og ressursbruk, men minst like viktig å rette oppmerksomheten mot tilgjengelighet og kvalitet på det tilbudet som gis pasientene. Flere av styrene har allerede justert sitt sakskart i denne retning. Likevel bør det legges til rette for at styrene i enda større grad blir eksponert for saker og rapporter som gjør det mulig å styre, overvåke og evaluere pasienttilbudets innhold og kvalitet. For å følge opp denne saken forutsettes det at helseforetakene innen utgangen av 2. tertial legger fram en strategi- og handlingsplan for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i foretaket. Det inviteres også til å legge fram enkeltsaker som viser progresjon i arbeidet, gjennomføring av tiltak eller dokumentasjon av resultater.

Helse Nord RHF vurderer det derfor som viktig at styrenes gis en tilpasset og relevant opplæring i kvalitetsarbeid, både gjennom innretning og form på de saker som fremmes, og gjennom å arrangere eller åpne for deltagelse på seminarer og konferanser der kvalitet er hovedtema. Like viktig er det at styrene får seg forelagt strukturerte rapporter som på en forståelig måte gjør det mulig å følge opp innholdssiden like godt som økonomisiden.