

**Kvalitetsstrategi og handlingsplan
Helgelandssykehuset 2011-2014**

**Fra Helse Nord RHF's kvalitetsstrategi til
Helgelandssykehuset HF's handlingsplan**

Innholdsfortegnelse

1	System for kvalitetsstyring	4
2	Kvalitetsbegrepet:.....	5
2.1	Internkontroll i Helgelandssykehuset HF.....	5
3	Prioriterte satsingsområder fra Helse Nord RHF's strategi	6
3.1	Utvikling av en kvalitetskultur i foretaksgruppen.....	6
3.1.1	Samarbeidspartnere i kvalitetsarbeidet.....	6
3.1.2	Organisering av kvalitetsarbeidet.....	6
3.1.3	Styrenes rolle i kvalitetsarbeidet	7
3.2	Kunnskapsforankring	7
3.2.1	Faglige retningslinjer og veiledere / "best praksis"	7
3.2.2	Klinisk fagrevisjon	8
3.2.3	Tidlig vurdering av ny diagnostikk og behandling og system for støtte av beslutningsprosesser ved innføring av nye metoder	8
3.3	Pasientfokus	8
3.3.1	Videreføring av det holdnings- og verdibaserte arbeid i prosjektet "Verdibasert hverdag".....	8
3.3.2	Pasientforløp.....	8
3.3.3	Pasienterfaringsundersøkelser	9
3.3.4	Informasjon og oppfølging ift pasienter som eksponeres for uønskede hendelser	9
3.4	Pasientsikkerhet.....	10
3.4.1	Nasjonale kampanjen for pasientsikkerhet (2011-2013).....	10
3.4.2	Trygg kirurgi:	10
3.4.3	Gjennomgang av pasientjournaler ved bruk av Global Trigger Tool (GTT) ...	10
3.4.4	Legemiddelhåndtering:.....	10
3.5	Dokumentasjon og analyse av medisinsk praksis	12
3.5.1	Kvalitetssikring av pasientdata.....	12
3.5.2	Oppbygging av systemer for dokumentasjon av klinisk praksis.....	12
3.5.3	Aktivt bruke SKDE som verktøy for dokumentasjon, analyse og formidling av klinisk kvalitet med basis i kvalitetsregistre, Norsk Pasientregister (NPR) og andre kilder.	12
3.5.4	Bevisstgjøre og skolere foretaksledelse og kliniske ledere om aktiv bruk av kvalitetsregistre samt innskjerpe kravene mht å levere data til disse og å anvende resultatene fra disse registrene i eget forbedringsarbeid.	12
3.5.5	Videreutvikling og aktiv bruk av Helse Nord's styringsportal.....	13
4	Fra ord til handling (handlingsplan kvalitetsarbeidet)	14
4.1	Viktige mål i arbeidet for bedre kvalitet	14
4.1.1	Brukermedvirkning	14
4.1.2	Avvikshåndtering	14
4.1.3	Intern revisjon	15
4.1.4	Ledelsens gjennomgang	15
4.1.5	Nasjonale kvalitetsindikatorer.....	16
4.1.6	Definerte indikatorer/mål gjennom risikostyring i Helse Nord	16
4.1.7	Lokalt definerte indikatorer.....	17
4.2	Kontroll av indikatorene/målene	18
4.3	Forslag til forbedringer.....	18

Forord

Helse Nord RHF behandlet i styresak 15-2011 Kvalitetsstrategi Helse Nord 2011-14 ([LINK](#) til styresaken i RHF'et sin ePhorte).

Styresaken med utredningen utgjør en overordnet strategi for kvalitetsarbeidet i Helse Nord med noen samlende og helhetlige begrep, og noen prioriterte satsingsområder.

Styrets 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, bes de enkelte helseforetak i løpet av 2. tertial 2011 om å ha fremmet særskilte styresaker i form av foretaksspesifikke strategier og tiltaksplaner som konkretiserer oppfølgingen av Helse Nord's 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*

Dette dokumentet er Helgelandssykehusets konkretisering av denne strategien til helseforetaket og konkret handlingsplan for perioden 2011-14.

Strategien/handlingsplanen skal være gjeldende for alle deler av helseforetakets virksomhet og spesielt sikre god kvalitet på helseforetakets oppgaver etter § 3-8 i Lov om spesialisthelsetjeneste:

- Pasientbehandling
- Utdanning av helsepersonell
- Forskning
- Opplæring av pasienter og pårørende.

Dokumentet følger oppbyggingen i Helse Nord's overordnede strategi, med tillegg av en handlingsplan innen noen supplerende områder. I denne delen er det naturlig å ta med Helseforetakets arbeid knyttet til risikostyring i tråd med Helse Nord's retningslinjer.

Utkast til strategi/handlingsplan er presentert til faggrupper, ledergruppe og helseforetakets styre for innspill..

1 System for kvalitetsstyring

Det er noen grunnleggende elementer som må være på plass for at virksomheten skal ha tilstrekkelig internkontroll. Dette fremgår av: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4 bokstav a) til h), der det heter at den/de ansvarlige for virksomheten skal:

- a) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,
- b) sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,
- c) sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,
- d) sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,
- e) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,
- f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
- g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen,
- h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 5 sier:

Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Kvalitetsstandard NS-EN ISO 9001:2008

Den internasjonale standardiseringsorganisasjonen ISO (International Organization for Standardization) har utviklet standarder for de fleste sektorer siden 1947. De mest kjente ISO-standardene er de for kvalitetstyrings- og miljøstyringssystemer. De mest brukte er utgitt som Norsk Standard og har benevnelsen **NS-EN ISO 9001 og 9004** for kvalitetstyringssystemer og **NS-EN ISO 14001 og 14004** for miljøstyringssystemer.

NS-EN ISO 9001 Systemer for kvalitetstyring angir kravene til hva et kvalitetstyringssystem bør inneholde. Den presenterer også det grunnleggende nivået på kvalitet i en virksomhet.

Helgelandssykehuset HF vil sørge for at innholdet i kvalitetstyringssystemet vårt, Docmap er basert på Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4 og 5 samt NS-EN ISO 9001:2008.

2 Kvalitetsbegrepet:

- Definisjon som er lagt til grunn 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 Helsedirektoratets dokument Nasjonal strategi kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005) - ”...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 (jfr samhandlingsreformen)
 - At tjeneste 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.)

2.1 Internkontroll i Helgelandssykehuset HF

Arbeidet med internkontrollen vil fokusere på følgende hovedområder:

- etablering av hensiktsmessig gjennomgående struktur i DocMap, og rutiner som sikrer løpende vedlikehold og oppdatering av kvalitetssystemet.
- definere ansvar og roller for hvem som kan legge inn dokumenter, være dokumentansvarlig og godkjenne dokumenter i Docmap.
- definere ansvar for innhold og oppfølging av at internkontrollen er i samsvar med lover, regler og egne krav.
- opprydding i DocMap
 - jobbe for felles prosedyrer for hele Helse Nord
 - samme prosedyre skal bare ligge inne en plass
 - utdaterte prosedyrer skal trekkes tilbake
 - gjennomgang av dokumentansvarlig og godkjenner på alle prosedyrer/dokumenter
- avvikshåndtering
 - tettere oppfølging av saksbehandlingstiden på meldte avvik
 - kravet til hver avdeling om 3 fokus områder/kritiske faktorer som det skal meldes avvik på skal også følges tettere opp

3 Prioriterte satsingsområder fra Helse Nord RHF's strategi

3.1 Utvikling av en kvalitetskultur i foretaksgruppen

3.1.1 Samarbeidspartnere i kvalitetsarbeidet

Det er viktig å følge med i utviklingstrekk ved noen utvalgte anerkjente miljøer:

Internasjonale kvalitetskonferanser.

Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten.

De andre regionale helseforetakene, spesielt Helse Vest RHF's arbeid med tilsvarende strategi.

De andre helseforetakene i Helse Nord

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) som premissleverandør og kontaktledd.

Helgelandssykehuset HF vil løpende vurdere å etablere samarbeid med en eller flere av de ovennevnte samarbeidspartnere og evt. andre eksterne samarbeidspartnere.

3.1.2 Organisering av kvalitetsarbeidet

Kvalitetsarbeidet er på RHF-nivå forankret i ledergruppen som med jevne mellomrom vil ha utviklingen av arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet på dagsorden.

Kvalitetsarbeidet er i Helgelandssykehuset HF forankret i foretaksledelsen og de vil ha arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet som regelmessige punkter i ledermøtene.

Det eksisterende kvalitetsnettverket, med deltagere på rådgivernivå, vil få en endret sammensetning slik at arbeidet i nettverket blir tydeligere forankret på ledernivå, både i RHFet og i helseforetakene. 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. Det er likevel viktig at dette arbeidet er ledelsesforankret både på foretaks- og klinikknivå, og at det understøttes av tilstrekkelig oppmerksomhet, stabsressurser og infrastruktur. Helse Nord RHF vil anbefale helseforetakene å lage interne nettverksgrupper for å ivareta det kontinuerlige forbedringsarbeidet.

Helgelandssykehuset HF vil ha fokus på kvalitetsarbeidet som et linjelederansvar, men også gi hver ansatt ansvar for å tenke kvalitet når arbeidet gjøres (Kunne dette ha vært gjort på en annen bedre måte for pasienten, melde fra om uønskede handlinger, og sette av tid til å behandle innmeldte avvik og ta dem opp på avd. møte og lære av dem). Det vil ellers ses på muligheter for etablering av ressursfunksjoner i avdelingene som kan mer om selve innholdet i kvalitetsarbeidet (bruken av Docmap, intern revisjoner, risikoanalyser etc.)

Kvalitetsleder har systemansvar for Helgelandssykehuset HF sitt felles kvalitetssystem i Helse Nord, Docmap. Gjennom samarbeid med ledere på alle plan skal kvalitetsleder bidra til å fremme bevissthet om betydningen av gjennomgående, systematisk kvalitetsarbeid. Kvalitetsleder rapporterer direkte til Medisinsk direktør.

Kvalitetsutvalg og arbeidsmiljøutvalg er slått sammen til et KVAM. Se prosedyre: [FB0668](#) i Docmap for hvordan det er organisert i Helgelandssykehuset HF.

3.1.3 Styrenes rolle i kvalitetsarbeidet

Helse Nord RHF vurderer det 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.

Helgelandssykehuset HF vil arrangere styreseminarer med kvalitet som hovedtema. Månedsrapporter til styret vil rapportere på utvikling i sentrale styringsparametre, og fremdriften i kvalitetsarbeidet vil rapporteres gjennom tertialrapportene og Årlig melding i tråd med oppdragsdokumentet.

3.2 Kunnskapsforankring

3.2.1 Faglige retningslinjer og veiledere / "best praksis"

Mange tiårs internasjonal dokumentasjon av betydelig praksisvariasjon er direkte uttrykk for konsekvensene av (for) 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 for 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 og oppdatering 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.

Der det foreløpig ikke foreligger nasjonale retningslinjer, bør det i størst mulig grad implementeres regionale eller foretaksvise retningslinjer.

Helgelandssykehuset HF vil benytte seg av de [nasjonale faglige retningslinjene](#) og [veiledere](#) som er utarbeidet av Helsedirektoratet, samt retningslinjer som ligger tilgjengelig via [helsebiblioteket.no](#).

Helgelandssykehuset vil også oppfordre til aktiv bruk av Helsebibliotekets mange tilbud innen kliniske oppslagsverk, kvalitetsvurdert nyhetsjeneste, databaser og tidsskrifter.

Helgelandssykehuset HF vil gi ansvaret til faggruppene å utarbeiding og foretaksvise koordinering av felles retningslinjer der det ikke foreligger nasjonale enda.

3.2.2 Klinisk fagrevisjon

Klinisk fagrevisjon er et verktøy for å etterprøve medisinsk praksis på en mer avgrenset og forenklet måte enn gjennom kliniske kvalitetsregistre. Dette er en komplementær tilnæringsmåte.

Helgelandssykehuset HF vil lage en egen årlig klinisk faginternrevisjonsplan. Det vil i september 2011 bli gjennomført kurs i internrevisjon. Se [Håndbok for internrevisjon](#).

3.2.3 Tidlig vurdering av ny diagnostikk og behandling og system for støtte av beslutningsprosesser ved innføring av nye metoder

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.

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.

I tillegg til Helsebiblioteket.no som tilbyr mange kliniske oppslagsverk, kvalitetsvurdert nyhetstjeneste, databaser og tidsskrifter, vil Helgelandssykehuset HF benytte seg av Kunnskapssenterets tjeneste <http://www.mednytt.no/som> faglig støtte for vurdering av ny diagnostikk og behandling

Helseforetaket vil delta regionalt for avklaring av forutsetninger og formål mht nødvendig beslutningsstøtte ved innføring av nye metoder.

3.3 Pasientfokus

3.3.1 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. Verdiene er sammenfallende med de verdier som har vært uttrykt i Helgelandssykehusets målsetting siden foretaksperiodens begynnelse.

Helgelandssykehuset HF vil videreføre det holdnings- og verdiskapende arbeidet i tråd med det regionale prosjektet og egen målsetting..

3.3.2 Pasientforløp

Lean-metodikken er valgt som fremtidig arbeidsmetode i Helse Nord RHF..

Helgelandssykehuset HF har flere pasientforløpsprosjekter i gang ved sykehusenhet Mo i Rana. Flere slike prosjekter skal settes i gang ved de andre sykehusenhetene i løpet av 2011-2012, og videreføres i planperioden. Lean-prosjekter vil også inngå i samhandlingsprosjekter med primærhelsetjenesten.

3.3.3 Pasienterfaringsundersøkelser

- I den grad utvalgsstørrelsen – og dermed utsagnskraften – gjør det mulig i nasjonale undersøkelser, bør resultatene av slike undersøkelser utnyttes bedre i helseforetakenes kvalitets- og forbedringsarbeid.
- *Helgelandssykehuset HF vil distribuere slike nasjonale undersøkelser i foretaket og for tilbakemeldinger og evt. iverksettelse av tiltak på bakgrunn av resultatene.*
- Behov for å gjennomføre forenklede pasientundersøkelser i regional/lokal regi som er basert på validerte metoder (f.eks spørreskjema testet av Kunnskapssenteret)
- *Helgelandssykehuset HF vil be alle avdelingene om å gjennomføre en pasientundersøkelse basert på [spørreskjema](#) utviklet av Kunnskapssenteret.*
- *Styret i Helgelandssykehuset HF vil få oversikt over pasienterfaringsundersøkelsene som er gjennomført gjennom årlig melding.*

3.3.4 Informasjon og oppfølging ift pasienter som eksponeres for uønskede hendelser

- Håndtering av uønskede hendelser gjennom avviksrapportering, læring og forbedring
- *Helgelandssykehuset HF har i flere år nå benyttet avviksmodulen i Docmap til å også melde uønskede hendelser*
- Pasienter og pårørende aktivt informeres og følges opp i tilknytning til uønskede hendelser. Slike rutiner forutsettes iverksatt i alle helseforetak.
- *Helgelandssykehuset HF har rutiner for det med å melde avvik/uønsket hendelse, disse vil bli revidert i 2011 og vil ta med dette med å aktivt informere.*
- *Styret i Helgelandssykehuset HF vil få oversikt over disse uønskede hendelsene gjennom årlig melding.*

3.4 Pasientsikkerhet

3.4.1 Nasjonale kampanjen for pasientsikkerhet (2011-2013)

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

Helgelandssykehuset HF vil delta i denne kampanjen i planperioden. Det er etablert koordinatorfunksjon på HF-nivå, og 3 GTT-team, et på hver sykehusenhet. Vi ser at vi vil få en merverdi ut av denne kampanjen ved at GTT-teamene vil finne hendelser som må undersøkes nærmere.

3.4.2 Trygg kirurgi:

Sjekkliste som sjekker ut en rekke spørsmål i tre faser av operasjonen: før anestesi, før kirurgisk inngrep og etter lukking. Helse Nord RHF forutsetter at denne sjekklisten gradvis innføres i helseforetakene, med sikte på full implementering i løpet av de nærmeste tre år.

Helgelandssykehuset HF enhet Mo i Rana og Sandnessjøen har allerede implementert denne sjekklisten, Mosjøen skal også det i løpet av 2011/2012.

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

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.

Helse Nord RHF forutsetter at dette verktøyet 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 (les: reduksjon i forekomsten av pasientskader).

Helgelandssykehuset HF har etablert GTT-team, et på hver sykehusenhet. Når data for 2010 er registrert (hva er nåsituasjon) vil det bli satt mål for 2011 og 2012.

3.4.4 Legemiddelhåndtering:

En svært stor andel av uønskede hendelser knytter seg til legemiddelhåndtering. Helse Nord RHF vil – som et ledd i kvalitets- og pasientsikkerhetssatsingen – aktivt bruke Sykehusapotek Nord i arbeidet med å styrke kvaliteten på legemiddelhåndteringen i hele foretaksgruppen.

Sykehusapotek Nord's prioriterte 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 egenregi 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

Helgelandssykehuset vil starte arbeidet med å utvikle en helhetlig strategi med tilhørende handlingsplan for legemiddelhåndtering innenfor rammene av helseforetakets avtaler om legemiddelleveranse

Helgelandssykehuset HF vil videreføre arbeidet i helseforetakets felles legemiddelkomite, kvalitetssikring av legemiddelhåndteringen gjennom [Håndbok i legemiddelhåndtering](#) og fortsatte internrevisjoner.

Det vil også i planperioden bli innført systematisk individuell vurdering av pasienters faktiske legemiddelbruk gjennom klinisk farmasi.

Bedre IKT-verktøy er en forutsetning for å kunne realisere viktige mål i arbeidet med å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet i tilknytning til legemiddelhåndtering.

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 ift ferdigstilling av pågående nasjonale prosjekter, og dels tilpasses implementering av løsning for EPJ.

Helgelandssykehuset HF vil delta aktivt i implementeringen av de nevnte tiltakene parallelt med felles innføring av kliniske systemer (FIKS).

3.5 Dokumentasjon og analyse av medisinsk praksis

Det forutsettes at standardisering av arbeidsprosesser (prosedyrer, metoder mv) fører til bedre kvalitet (les: resultater). Dette må dokumenteres i to trinn og over tid: 1) i hvilken grad de anbefalte arbeidsprosesser faktisk er tatt i bruk; 2) i hvilken grad disse arbeidsprosessene faktisk gir gode resultater/forbedringer.

3.5.1 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 datafelter er ikke fylt ut, kodingen er unøyaktig og kodeverket praktiseres på ulike måter.

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

Helgelandssykehuset HF har etablert prosedyrer for kvalitetssikring av medisinsk koding gjennom prosedyrene PR17120, PR17119 og PR21248. ([Se Medisinsk koding - håndbok](#)). Det er også innført obligatorisk opplæring i medisinsk koding for alle leger.

Helgelandssykehuset vil videreføre arbeidet inkludert analyser av egne data i planperioden.

3.5.2 Oppbygging av systemer for dokumentasjon av klinisk praksis

Den nasjonale satsningen på medisinske kvalitetsregistre understøttes av Helse Nord RHF og det forutsettes at helseforetakene med tilhørende fagmiljøer også vil bidra til dette arbeidet gjennom aktiv lokal medvirkning.

Helgelandssykehuset HF vil bidra i arbeidet etter konkretisering fra Helse Nord.

3.5.3 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 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. Ledelse på alle nivå i Helse Nord skal kjenne til og aktivt benytte seg av de tjenestene SKDE kan levere.

Helgelandssykehuset HF vil ha aktiv kontakt med SKDE og sørge for informasjon i helseforetaket om [SKDE](#)'s tjenester.

3.5.4 Bevisstgjøre og skolere foretaksledelse og kliniske ledere om aktiv bruk av kvalitetsregistre samt innskjerpe kravene mht å levere data

til disse og å anvende resultatene fra disse registrene i eget forbedringsarbeid.

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. Det er 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 kraft av forbedret kvalitet på tjenesten.

Helgelandssykehuset HF vil sørge for å informere alle enhetene om oppbygging og bruk av kvalitetsregistre som redskap.

Helgelandssykehuset HF vil sørge for at resultater fra de etablerte kvalitetsregistrene blir brukt med tanke på forbedring i helseforetaket.

3.5.5 Videreutvikling og aktiv bruk av Helse Nords styringsportal.

Helse Nords styringsportal er et datavarehus som inneholder ajourførte data om økonomi, aktivitet, HR og kvalitet. Rapportene anvendes i økende grad som grunnlag for rapportering av nasjonale kvalitetsindikatorer (epikrisetid, ventetid, fristbrudd, utskrivningsklare pasienter). Foretaksledelse, staber og kliniske ledere skal kunne bruke styringsportalen som et aktivt verktøy.

Helgelandssykehuset vil tilrettelegge for økt informasjon og bruk av Helse Nord's styringsportal i planperioden.

4 Fra ord til handling (handlingsplan kvalitetsarbeidet)

4.1 Viktige mål i arbeidet for bedre kvalitet

Ved evaluering av målene bør metodene være tilpasset organisasjonsenhet, tjeneste- eller fagmiljø som evalueres og baseres på prinsipper fra forskning, faktabasert metodikk eller standardiserte evalueringsmetoder.

4.1.1 Brukermedvirkning

En viktig referanse for en hver organisasjon er tilbakemelding fra brukerne. Som helsearbeidere yter vi både medisinskfaglige og pleie- og omsorgstjenester. Vi innhenter systematisk erfaringer og synspunkter fra pasienter, deres pårørende og brukere av våre tjenester. Kunnskap om hvordan de opplever våre tjenester er nødvendig når vi skal forbedre oss.

Helseforetakets brukerutvalg er et rådgivende organ for inn mot foretaksledelsen og er bindeleddet mellom brukere og ledelsen.

Som et ledd i kvalitetsarbeidet skal hele organisasjonen regelmessig gjennomføre brukerundersøkelser. Dette skal gjøres systematisk og over tid slik at vi kan se både kortsiktige og langsiktige effekter av tiltak og endringer som gjennomføres. Spørreundersøkelser og korte intervjuer kan være eksempler på slike tiltak. Disse må utføres med en hyppighet som gir mening for den enkelte enhet, og minimum på årlig basis. Under forbedringsprosjekter må brukerundersøkelser gjennomføres med vesentlig høyere frekvens.

Gjennomføring:

- Brukerundersøkelser av pasienter og samarbeidspartnere
- Kunnskapssenterets brukererfaringsundersøkelser (PasOpp)

4.1.2 Avvikshåndtering

Feil, avvik, uønskede og uforutsette hendelser som oppstår er konkrete tegn på at våre systemer ikke er gode nok. Å melde og saksbehandle slike hendelser på riktig måte skal:

- Ivareta den enkelte pasient/ansatte som er involvert i hendelsen, inkludert skadebegrensende tiltak og eventuelt forberedelse til erstatning
- Overholde vår meldeplikt til tilsynsmyndighetene
- Sikre at organisasjonen lærer av sine feil, ved at enkelthendelser danner grunnlag for diskusjon, refleksjon og videreutvikling av rutiner og at avvik registreres for statistikk

Helgelandssykehuset HF tok fra oktober 2007 i bruk avviksmodulen i DocMap som elektronisk system for registrering og saksbehandling av avvik/uheldige hendelser. Systemet ivaretar melding der pasient eller ansatt er involvert i tillegg til generelle avvik. Det som meldes er:

- Avvik, uønskede hendelser, skade på personell og pasienter
- Nesten ulykker
- Forbedringsområder

Alle avdelinger skal benytte dette systemet og det skal regelmessig rapporteres statistikk fra avvikssystemet. Statistikken skal følges opp på avdelingsnivå, områdenivå og av sykehusets ledergruppe.

Gjennomføring:

- Avdelingene skal rapportere månedlig via møtereferat i ePhorte. Avdelingsleder har ansvar for at det kontinuerlig er 3 fokusområder/hendelser som de ansatte skal melde avvik på.

4.1.3 Intern revisjon

Interne revisjoner er et viktig verktøy i forbedringsarbeidet og et sentralt virkemiddel i ISO 9001:2008 (ref 8.2.2). Dette omfatter styrte gjennomganger fastsatt av ledelsen hvor en avdelings kvalitetssystem gjennomgås av sykehusets ansatte, gjerne fra en annen avdeling. Dette er ansatte med formell kompetanse om intern revisjonsteknikk. Interne revisjoner kan være systemrettet (dvs fokusere mot avdelingens kvalitetssystem som helhet) eller fagrevisjoner (utvelgelse av et bestemt faglig tema eller avgrenset område).

Formålet med interne revisjoner er:

- erfaringsoverføring og forbedring av kvalitetssystemer på tvers av avdelinger
- sikre en ekstern, uhildet gjennomgang av kvalitetssystemet
- opprettholde og utvikle et internt nettverk av personell med kompetanse om intern revisjon
- etterkomme krav i internkontrollforskrifter samt ISO 9001:2008 standard om jevnlig gjennomganger (revisjoner) av kvalitetssystemet

Helgelandssykehuset HF har i ”[Intern revisjon, prosedyre](#)” beskrevet føringer for denne funksjonen samt hvorledes interne revisjoner skal praktiseres og gjennomføres på en enhetlig måte. Her skilles det på ”systemrevisjoner”, som er en overordnet gjennomgang av enhetens eller avdelingens kvalitetssystem, og ”fagrevisjoner”, en mer detaljfokusert gjennomgang av et utvalgt prioritert område. Helgelandssykehusets [revisjonsplan](#), som oppdateres årlig, inneholder utvelgelse av avdelinger og områder som er gjenstand for systemrevisjon og fagrevisjon.

Gjennomføring:

- Følge den [årlige planen](#) som ligger i kvalitetssystemet. Avdelingssjef har ansvar for at det blir gjennomført intern revisjoner i eget område, jfr [Intern revisjon, prosedyre](#).

4.1.4 Ledelsens gjennomgang

Sykehusets kvalitetssystem skal minimum 1 gang pr år gjennomgås av sykehusets ledelse. Gjennomgangen er spesifisert i eget skjema som finnes i DocMap. Ledelsens gjennomgang er en kvalitetssikring på at alle deler av kvalitetssystemet er operativt og oppdatert samt en prioritering av viktige tiltak og områder. Denne aktiviteten er nøye beskrevet i ISO 9001:2008 punkt 5.6, her beskrevet som ”Ledelsens gjennomgåelse”, og det kreves at disse gjennomgangene dokumenteres i form av møtereferat og/eller tiltaksplaner.

Helseforetakets og enhetenes ledergrupper skal tilsvarende gjennomføre ledelsens gjennomgang for å sikre at enhetenes og avdelingens kvalitetssystem er gjenstand for en slik egen evaluering.

Gjennomføring:

- Møtereferat med tiltaksplaner 1 gang pr. år. Gjennomføres på helseforetak nivå og på enhets nivå.

4.1.5 Nasjonale kvalitetsindikatorer

Definering av mål for kjerneaktiviteten på alle nivåer bidrar til å styre vår virksomhet. For å gi pasienter en mulighet til å sammenligne kvalitet mellom ulike sykehus, har Helsedirektoratet (Hdir) definert flere nasjonale kvalitetsindikatorer. Dette er parametere som jevnlig rapporteres til Hdir og som presenteres på www.sykehusvalg.no og på www.helsedirektoratet.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsindikatorer/
Parametere som p.t. er definert, er:

Somatikk:

1. Strykninger av planlagte operasjoner
2. Individuell plan, andel (barnehabilitering)
3. Andel epikriser (legeopplysninger) sendt ut innen 1 uke
4. Hyppighet av keisersnitt
5. Korridorpasienter
6. Preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd
7. Ventetid til operasjon for tykktarms-/endetarmskreft, lungekreft og brystkreft
8. Fødselsrifter grad 3-4
9. Underkstremitetsamputasjoner daibetikere.

Psykisk helsevern voksne:

1. Andel epikriser (legeopplysninger) sendt ut innen 1 uke
2. Varighet av ubehandlet psykose
3. Korridorpasienter
4. Tvungen innskrivning i psykiatrisk institusjon
5. Ventetid til første konsultasjon
6. Andel individuell plan
7. Registrering av hovedtilstand

Psykisk helsevern barn og unge:

1. Andel diagnostisk vurdert innen barne- og ungdomspsykiatrien
2. Andel epikriser (legeopplysninger) sendt ut innen 1 uke
3. Ventetid til første konsultasjon
4. Andel ADHD-pasienter med individuell plan
5. Registrering av hovedtilstand

Det forventes et økt fokus på disse parameterne etter hvert som oppmerksomheten om fritt sykehusvalg øker i samfunnet.

Gjennomføring:

- Rapporterer tertialvis inn til Helsedirektoratet via Norsk Pasientregister.
- Avdelingene rapporterer ukentlig og månedlig på forskjellige indikatorer.
- Henter data direkte fra det elektroniske pasientjournal systemet DIPS.
- Ledelsen skal aktivt bruke disse indikatorene og gjennomgå og følge dem opp i ledermøter og avd. møter

4.1.6 Definerte indikatorer/mål gjennom risikostyring i Helse Nord

Helse Nord har pålagt helseforetakene å gjennomføre risikostyring, jfr. ”[Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord](#)”. I den forbindelse er det opprettet 3 indikatorer/mål fra Helse Nord og 4 ikke-overlappende indikatorer/mål fra Helgelandssykehuset. Disse er:

Helse Nord indikatorer/mål:

1. Ventetiden skal ned for dem som i dag venter for lenge
2. Internkontrollen skal være tilstrekkelig dokumentert i henhold til § 5 i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenester
3. Oppnå et økonomisk resultat i tråd med budsjett

Helgelandssykehuset indikatorer/mål:

4. Sykefravær, sykefravær under 7,5%
5. Operasjonsstrykninger, under/lik 5%
6. Utskrivningsklare pasienter, skal være 0
7. Epikrisetid skal være 100%

Gjennomføring:

- Følger årshjulet for [risikostyring](#) med bl.a rapportering til Helse Nord

4.1.7 Lokalt definerte indikatorer

De nasjonale kvalitetsindikatorerne samt de indikatorene/målene via risikostyringa vil ikke være tilstrekkelige måleparametere for alle enhetene/avdelingene. For enkelte enheter/avdelinger vil det være behov for helt andre typer indikatorer. Den enkelte enhet/avdeling skal selv identifisere egnede kvalitetsindikatorer og definere disse tydelig. Hvordan de måles, skal beskrives og mål for kvaliteten skal etableres som en del av enhetens/avdelingens målsettinger. Eksempler på lokalt definerte indikatorer er:

- Ventetider
- Antall infeksjoner etter operasjon
- Antall re-innleggelser
- Prøvesvar tid (antall dager eller TAT – turnaround-tider)
- Antall avvik
- Medarbeidertilfredshet

Gjennomføring:

- Data hentes fra:
 - EPJ (Elektronisk Pasient Journal) systemet, DIPS.
 - Elektroniske personalsystemer
 - Helse Nord's virksomhetsportal
 - Avviksmodulen i DocMap
 - Spørreundersøkelser
- Ledelsen skal aktivt bruke disse lokale indikatorene og gjennomgå og følge dem opp i ledermøter og avd. møter

4.2 Kontroll av indikatorene/målene

Kontroll av indikatorene/målene vil være en kontinuerlig prosess som må vurderes jevnlig. Kontroller av at data blir registrert på samme måte ved de ulike sykehus enhetene, vil bli utført vha. intern revisjon for eksempel. Ved omorganisering og endring i avdelingene må rutinene gjennomgås/revideres på nytt for å se om endringen har ført til endrede måter å levere pasientbehandlingen på.

Pasienter, ansatte og lederne vil kunne ha ulik oppfatning av om ”riktig kvalitet” er levert. Måten å måle det på er ved å se på om tiltakene etter gjennomgang av:

- avviksmeldinger
- spørreundersøkelser av pasienter og ansatte
- kvalitetsindikatorene og andre indikatorer/mål
- interne revisjonsrapporter
- ledelsens gjennomgang

har gitt målbare forbedringer. Resultatene skal dokumenteres i møterefater og/eller handlingsplaner.

4.3 Forslag til forbedringer

ISO 9001:2008, pkt. 8.5.1: ”Organisasjonen skal kontinuerlig forbedre virkningen av systemet for kvalitetsstyring ved å benytte kvalitetspolitikken, kvalitetsmålene, resultatene fra revisjon, dataanalysen, korrigerende og forebyggende tiltak og ledelsens gjennomgang.”

Dette streber Helgelandssykehuset HF å etterleve. Men for at det kontinuerlige forbedringsarbeidet skal kunne bli konkret og operasjonelt, kreves blant annet:

- o kunnskap om hvordan man kan jobbe med dette (metodekunnskap)
- o støttesystemer som ivaretar registreringer og saksgang
- o fokus og etterspørsel fra ledelsen
- o vilje og evne blant de ansatte

Her vil det hele tiden være variasjon i innsats og vilje fra alle ledd i organisasjonen. Men målet er at det skal være nok pådriv til at prosessen holdes vedlike, år etter år.