

Helse Nords kvalitetsstrategi 2016–2020

Det gode pasientforløp

Dato: 16.12.2015

Forord

Helse Nords første kvalitetsstrategi fra 2011 beskrev viktige kvalitetstiltak. Ved gjennomgang av strategien sammen med helseforetakene fant vi at det fortsatt gjenstår arbeid før alle tiltaksområdene er gjennomført. Helseforetakene ytret ønske om større grad av prosessbeskrivelser i ny strategi. Vi har derfor valgt å videreføre rammene fra den forrige kvalitetsstrategien med mer utfyllende prosessbeskrivelser av de oppgaver vi ønsker gjennomført.

Kvalitetsforbedring er resultat av langsiktig, kontinuerlig og systematisk arbeid. Det er viktig å vektlegge tiltak som fortsatt vurderes å være sentrale for å heve kvaliteten på tjenesten. I kvalitetsstrategien for 2016–2020 vil vi styrke langsiktig, kontinuerlig og systematisk arbeid som fremmer varig forbedring av vår helsetjeneste.

Nye sentrale beslutninger og overordnede nasjonale føringer er tatt hensyn til i strategien. I Nasjonal helse- og sykehusplan, som fremlegges høsten 2015 vil kvalitet, pasientsikkerhet og pasientopplevd kvalitet være sentrale områder. Den nye kvalitetsstrategien støtter opp under de nevnte elementer fra ny Nasjonal helse- og sykehusplan og også Helse Nords overordnede plan for perioden.

Satsingsområder Helse Nord viderefører fra forrige strategi og løfter fram også i kommende strategiperiode er pasientens helsetjeneste, pasientsikkerhet, kunnskapsforankring og dokumentasjon og analyse av klinisk praksis.

Strategien ble vedtatt i styret for Helse Nord RHF den 16.12.2015 med følgende vedtakspunkt:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Kvalitetsstrategi i Helse Nord 2016-2020* som retningsgivende for arbeidet med kvalitet i foretaksgruppen i strategiperioden.
2. Styret ber adm. direktør om å sørge for at underliggende helseforetak innen 2. tertial 2016 styrebehandler foretaksspesifikke tiltaksplaner som konkretiserer oppfølgingen av Helse Nords overordnede strategi.
3. Det opprettes kvalitetsnettverk med representasjon fra alle helseforetakene for å følge opp tiltak knyttet til gjennomføring av kvalitetsstrategien og deling av beste praksis.
4. Styret ber adm. direktør om å ta initiativ til blant annet standardisering av behandlingsløp og utvikling av kvalitetsindikatorer innen psykisk helsevern/rus og få dette innarbeidet i den strategiske utviklingsplanen for psykisk helsevern/rus som er under utarbeidelse.

Alle fem helseforetak har gitt gode innspill i arbeidet med ny kvalitetsstrategi. Helse Nord RHF ønsker å takke alle som har bidratt. Nå ser vi fram til det videre samarbeidet om kvalitetsfremmende tiltak for å nå vår målsetting om det gode pasientforløp.

Bodø, 16.12 2015

Rune Sundset
Kvalitets- og forskningsdirektør
Helse Nord RHF

Paul Chr. Hjemås
Kvalitetssjef
Helse Nord RHF

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Ordliste/forkortelser	5
Sammendrag.....	6
1. Innledning.....	7
2. Pasientens helsetjeneste	8
2.1 Aktiv pasient- og brukerrolle	9
2.2 Pasientforløp.....	10
2.3 Pasientforløp ved sammensatte og komplekse lidelser.....	11
2.4 Samhandling	12
2.5 Pasienterfaringsundersøkelser	12
2.5.1 PREMs – lokale pasienterfaringsundersøkelser.....	12
2.5.2 PROMs – pasientrapporterte resultater	13
2.6 Fristbrudd og ventetider	13
3. Pasientsikkerhet.....	14
3.1 Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7	14
3.1.1 Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet	15
3.2 Smittevern	15
3.3 Legemiddelsikkerhet.....	16
3.4 Oppfølging og læring av uønskede hendelser	16
4. Kunnskapsforankring.....	17
4.1 Regional utdanning i forbedringsarbeid.....	17
4.2 System for innføring av nye metoder.....	18
5. Dokumentasjon, analyse og oppfølging av klinisk praksis	19
5.1 Sikre god datakvalitet.....	19
5.2 Analyse som drivhjul i kvalitetsarbeidet	20
5.3 Internrevisjon/klinisk fagrevisjon	21
6. Kvalitetskultur og videre oppfølging.....	22

Ordliste/forkortelser

ASJ / GTT- løsning og ASJ – automatisert strukturert journalundersøkelse

Clinical audit – klinisk fagrevisjon

DeVaVi – desentralisert vakt samarbeid ved bruk av videokonferanse

FHI – Folkehelseinstituttet

GTT – global trigger tool

Helse Nord LIS – Helse Nord's lederinformasjonssystem (datavarehusløsning)

HOD – Helse- og omsorgsdepartementet

IMM – integrated medicines management

KAD-senger – kommunale akutte døgnplasser

KSU – kliniske samarbeidsutvalg

Kunnskapssenteret – Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

NOIS - Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner

OSO – overordnet samarbeidsorgan PasOpp-undersøkelser – pasientrapporterte erfaringer

POSI - postoperative sårinfeksjoner

PREM – patient reported experince measurment

PROM – patient reported outcome measurement

RHF – regionalt helseforetak

SKDE – Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering

VAKe – videobasert akuttmedisinsk konferanse

Sammendrag

Helse Nords nye kvalitetsstrategi for 2016–2020 beskriver de strategiske satsingsområder som skal støtte opp om Helse Nords overordnede mål og bidra til å fremme varig forbedring av vår helsetjeneste. De fire satsingsområdene videreføres fra forrige strategi: pasientens helsetjeneste¹, pasientsikkerhet, kunnskapsforankring og dokumentasjon og analyse av klinisk praksis.

Gjennom satsingsområdet *pasientens helsetjeneste* vil vi legge bedre til rette for en aktiv pasient- og brukerrolle.

- Det utvikles selvbetjeningsløsninger slik at pasient og bruker blant annet får tilgang til egen journal, timebestilling og kvalitetssikret informasjon på internett.
- Det legges til rette for at pasients og brukers erfaring med sykehusoppholdet (PREM) og effekt av behandling (PROM) samles inn og struktureres for bruk til forbedringsarbeid.
- Det implementeres helhetlige pasientforløp som oppleves som godt koordinerte og forutsigbare. Pasientens personlige mål formuleres i samarbeid med pasienten
- Det gode samarbeidet med kommunene videreføres og forbedres for å sikre en sammenhengende helsetjeneste for pasient og bruker.
- Det bygges strukturer og løsninger for å unngå fristbrudd og redusere ventetidene

Gjennom satsingsområdet *pasientsikkerhet* skal tiltakspakkene utarbeidet av det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet implementeres. Arbeidet med å lære av uønskede hendelser løftes fram.

- Tiltak igangsatt i den nasjonale Pasientsikkerhetskampanjen videreføres i Pasientsikkerhetsprogrammet, og nye tiltak utvikles.
- Det er en nullvisjon for sykehusinfeksjoner som kan unngås.
- IMM – metoden innføres som standard for å kvalitetssikre legemiddelbehandlingen.
- Uønskede hendelser samles fra flere systemer i Helse Nords datavarehusløsning for å gi et samlet oversiktsbilde. Avviksmeldinger for uønskede pasienthendelser og pasientskader og uønskede hendelser og skader på ansatte samles og brukes aktivt i kontinuerlig forbedringsarbeid.
- For å identifisere flere uønskede pasienthendelser og skader implementeres ASJ-løsningen ved alle helseforetak.
- Helse Nord RHF vil sørge for opplæring i hendelsesanalyser.
- Helseforetakene har ansvar for å gjennomføre hendelsesanalyser.
- Helseforetakene utvikler klare prosedyrer for å følge opp pasienter og pårørende som har vært utsatt for alvorlige hendelser og for personell som har vært involvert i hendelsene.
- Helseforetakene vil bruke regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet i forbedringsarbeidet knyttet til pasientsikkerhetstiltak.

¹ Kalt Pasientfokus i forrige kvalitetsstrategi 2011-2014

Gjennom satsingsområdet *kunnskapsforankring* vil vi legge til rette for utdanning i forbedringsarbeid. Arbeidet med systemet for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten videreføres.

- Det utarbeides en regional utdanning for ansatte, ledere og forbedringsagenter i forbedringsarbeid. Dette sikrer at helseforetakene har god kunnskap om verktøy og metoder ved gjennomføring av forbedringsprosjekter.
- Mini-metodevurdering benyttes ved innføring av nye metoder i helseforetakene.
- Helse Nord RHF deltar i arbeidet med å videreutvikle systemet for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten, og koordinerer samarbeidet mellom fagpersoner i våre helseforetak og sekretariatet i Helsedirektoratet.

Gjennom satsingsområdet *dokumentasjon, analyse og oppfølging av klinisk praksis* vil vi sikre god datakvalitet og analyse av dagens praksis, og legge til rette for kontinuerlig forbedring av klinisk praksis.

- Det innføres system for å sikre god datakvalitet og for at beslutningstakere skal få korrekte data.
- Helseforetakene oppretter analyseteam som veileder enhetene i å analysere og forstå egen praksis.
- Det innføres system for å gjennomføre klinisk fagrevisjon i Helse Nord. Målet er å lære av beste praksis på tvers i regionen og identifisere forbedringspunkter.

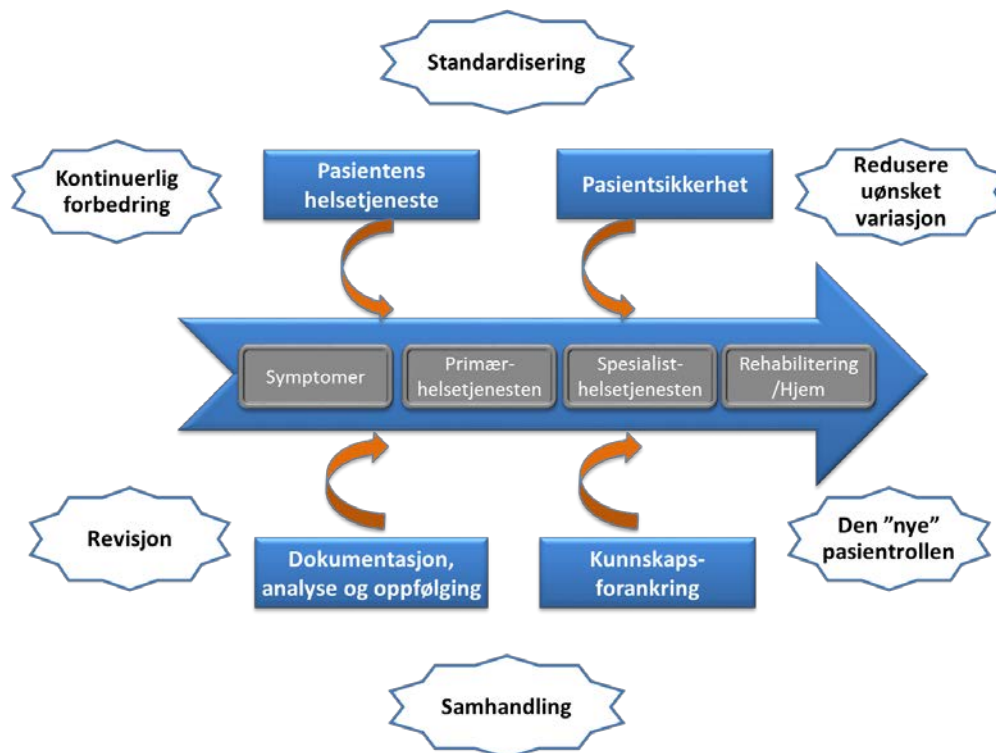
Ved kvalitetsstrategien for 2016–2020 vil vi styrke innsatsen for langsiktig, kontinuerlig og systematisk arbeid for å nå vår målsetting om det gode pasientforløp.

1. Innledning

Kvalitetsforbedring er resultat av langsiktig, kontinuerlig og systematisk arbeid. Kvalitet og kontinuerlig forbedring skal gjenspeiles i hele virksomheten, herunder også i alle styrende dokumenter som utarbeides. Grunnlaget for trygge og gode helsetjenester ligger i skjæringspunktet mellom pasientens behov og helsepersonellens kompetanse. Det hevdes at 70-90 prosent av forbedringsområdene i helsetjenesten er innen organisering, mens bare 10-30 prosent er av faglig art. I tillegg til at fagpersoner skal gjøre en god jobb, må ledere på alle nivåer legge til rette for kvalitetsforbedrende tiltak.

Det er viktig med felles forståelse av hva som menes med kvalitet. Definisjonen av kvalitet, hentet fra nasjonal helseplan (2007–2010), videreføres fra forrige kvalitetsstrategi 2011-2014 (med forlengelse ut 2015):

«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.»



Figur 1: Det gode pasientforløp: De fire satsingsområdene pasientens helsetjeneste, pasientsikkerhet, kunnskapsforankring og dokumentasjon, analyse og oppfølging av klinisk praksis er viktige for å sikre pasienten et godt og sammenhengende pasientforløp.

Denne kvalitetsstrategien har fått undertittelen «Det gode pasientforløp». I (figur 1) skisseres et helhetlig pasientforløp fra pasienten opplever symptomer, møter med primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten til pasienten rehabiliteres og er tilbake i sitt hjem. Våre satsingsområder (pasientens helsetjeneste, pasientsikkerhet, kunnskapsforankring og dokumentasjon og analyse av klinisk praksis) skal bidra til at pasienter opplever stor grad av forutsigbarhet og trygghet – et godt pasientforløp. For å lykkes med dette vil det være behov for å styrke samhandlingen mellom helsetjenester, standardisere tjenesten etter beste praksis og redusere uønsket variasjon slik at pasientene kan få samme tilbud uavhengig av bosted.

2. Pasientens helsetjeneste

Nasjonale myndigheter har som mål å utvikle en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste. Behov og forventninger hos pasienter, brukere og pårørende skal være utgangspunkt for beslutninger og tiltak. Formaliserte rettigheter, sterkere pasientorganisasjoner, økt informasjonstilgang og større fokus på både livsstil, helse, det friske liv, sykdom og behandling bidrar til at folk flest kan ta større ansvar for egen helse.

Pasienter og brukere i Helse Nord skal få tilstrekkelig og god informasjon i en tidlig nok fase av behandlingen, slik at de kan veiledes i å gjøre reelle valg i sitt pasientforløp.

Prinsippet om at «ingen beslutninger skal tas om meg – uten meg» skal være styrende for planleggingen av helsetjenesten. Kvaliteten på helsetjenesten kan bedres betydelig ved standardisering og systematisk forbedring av pasientforløpene. Målet er å tilby pasienter og brukere en forutsigbar helsetjeneste av bedre kvalitet med redusert uønsket variasjon og økt mulighet for å påvirke egen helse og behandlingsforløp.

Hver enkelt ansatt har et ansvar for at pasienter og brukere opplever at hele Helse Nord tar den «nye» pasientrollen på alvor, både gjennom høflig og ivaretagende kommunikasjon, akseptabel svartid på henvendelser, veiledning etter pasientens ønske og behov gjennom hele behandlingsforløpet, og ved å oppfordre pasienter til å svare på pasienterfaringsundersøkelser.

2.1 Aktiv pasient- og brukerrolle

Tilgangen til helseinformasjon på internett er økende og lett tilgjengelig, men ikke all informasjon er like godt kvalitetssikret. Helsepersonell må bidra til at pasienter og brukere finner riktig og kvalitetssikret informasjon. Når pasienter og brukere får tilgang til kvalitetssikret kunnskap og informasjon om helsefremmende tiltak, vil de lettere kunne ta egne gode valg og større ansvar for egen helse.

For å bidra til en mer aktiv pasient- og brukerrolle vil Helse Nord RHF følge med i utviklingen av selvbetjeningsløsninger, brukervennlig informasjon og beslutningsstøtteverktøy for pasienter og brukere. Utvikling og tilrettelegging av nettbasert informasjon og kommunikasjon skal foregå på www.helsenorge.no.

Videotekniske løsninger og kommunikasjon gjør det mulig at deler av helsetjenestene lettere kan gjennomføres desentralisert. Helseforetakene vil følge utviklingen og implementere nye løsninger som gir bedre helsetjeneste og bedre opplevelse for pasient og bruker.

Prioriterte tiltak

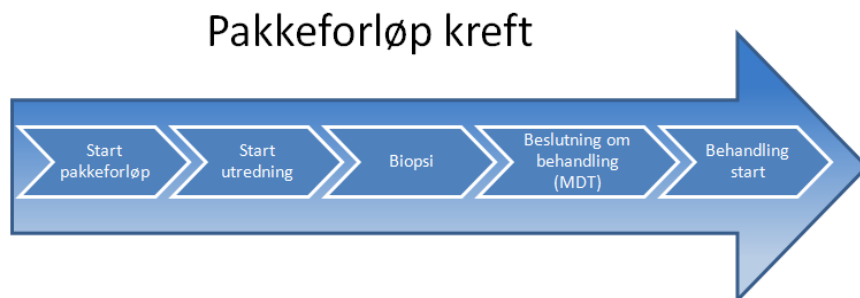
- Helseforetakene vil legge til rette for en åpenhetskultur der pasienter og brukere benytter seg av selvbetjeningsløsninger som elektronisk tilgang til timebestilling, henvisningsprosess, pasientjournal, innsynslogg, epikrise og pasientens helsearkiv, mine behandlingsvalg, og at helsepersonell veileder pasienter og brukere etter deres behov.
- Helseforetakene utarbeider og innfører rutiner for å sikre at pasienter får støtte og veiledning i ny og kommende funksjonalitet på helsenorge.no², etter hvert som nettstedet utvikles.

² www.helsenorge.no er en portal som vil inneholde veivisere til helse og sunnhet, helserelaterte rettigheter og helsetjenesten og informasjon om sykdom og behandling.

- Helseforetakene utarbeider nødvendig struktur og legger til rette for desentralisert behandling³ når nye tekniske løsninger utvikles.

2.2 Pasientforløp

Hver enkelt tjeneste som inngår i pasientbehandlingen må være av god kvalitet. Pasienten skal oppleve hele forløpet, fra hjem innom helsetjenesten og hjem igjen, som godt koordinert og at tjenestene er samkjørte. Det som er viktigst for pasienten, det vil si pasientens personlige mål, blir formulert i samarbeid med pasienten for å kunne sette realistiske og konkrete mål i pasientforløpet. Roller og ansvar for de enkelte trinnene og grensesnittene mellom trinnene i pasientforløpet må være avklart. Forhåndsdefinerte og standardiserte pasientforløp gir en større forutsigbarhet for pasient, pårørende, fastlege og annet helsepersonell i behandlingen. Det blir enklere å få oversikt over videre behandlingsløp, unødvendig ventetid unngås, og pasienten settes i stand til å etterspørre tjenester ved avvik fra standard forløp. Standardisering av forløp gir også sykehuset et nyttig styringsverktøy til å avdekke flaskehals og problemområder. Nasjonale forløp som pakkeforløp for kreft har begynt å gi gode resultater. Det forventes flere nasjonale forløp etter samme mal. Pakkeforløpet beskriver organiseringen av utredning og behandling, kommunikasjon/dialog med pasient, bruker og pårørende, samt ansvars plassering og konkrete forløpstider.



Figur 2: Pakkeforløp kreft er innført med mål om et forutsigbart behandlingsforløp uten ikke-medisinsk begrunnet ventetid.

Prioriterte tiltak

For å sikre god flyt i pasientforløpene må man beskrive prosessstrinn, roller og ansvar og informasjonsflyten mellom aktørene i forløpet:

- Helse Nord RHF vil beskrive funksjonsfordeling og god informasjonsflyt mellom helseforetakene for de regionale pasientforløpene.
- Helseforetakene vil innføre system og strukturer for kommende nasjonale pasientforløp i løpet av 2016.
- Helseforetakene vil beskrive helhetlige pasientforløp utover de nasjonale. Forløpene skal ha god flyt, og det arbeides kontinuerlig for å forbedre dem.

³ Eksempler på desentralisert behandling; kommunale akutte døgnplasser (KAD-senger), desentralisert vakt samarbeid ved bruk av videokonferanse (DeVaVi) og videobasert akuttmedisinsk konferanse (VAKe)

- Viktige avklaringer når forløpene skal beskrives:
 - o Standardisere de ulike trinnene i pasientforløpene.
 - o Formulere pasientens personlige mål i samarbeid med pasienten.
 - o Beskrive roller og ansvar for pasientbehandlingen, og grensesnittene mellom de enkelte trinnene i forløpet.
 - o Avtale hvilken og beskrive hvordan informasjonen skal flyte gjennom forløpet.
 - o Beskrive og sikre god kodepraksis.
 - o Revidere og følge opp pasientforløpene for å sikre kontinuerlig forbedring av prosessene.

2.3 Pasientforløp ved sammensatte og komplekse lidelser

Forløpene for pasienter med komplekse og sammensatte lidelser er hittil ikke beskrevet nasjonalt. Pasienter med langvarige og/eller komplekse behov krever en proaktiv og godt koordinert oppfølging fra helsetjenesten. Pasientene har behov for tidlig vurdering, utredning og behandling for å hindre oppbluss/aktivisering av sykdom og eventuelt unngå innleggelse. Modellen som legges til grunn for å arbeide med denne gruppen pasienter er Chronic Care model⁴ (CCM). I Helse Nord har UNN erfaring med å tilpasse modellen til lokale forhold.

Prioriterte tiltak

- Helseforetakene vil ta initiativ til å opprette tverrfaglige behandlingsteam på tvers av primær- og spesialist- helsetjenesten. Teamene vil identifisere pasientgrupper med langvarige og komplekse behov og beskrive behandlingsforløp for disse pasientene.
- Tiltak som vurderes ved beskrivelse av behandlingsforløp:
 - o Standardiserte trinn i pasientforløpet med mål om å være proaktiv og følge opp tidlig med vurdering, utredning og behandling hjemme hos pasienten for å hindre sykdomsutbrudd og innleggelse.
 - o Godt planlagte og koordinerte overføringer tilbake til hjemmet med en klar oppfølgingsplan og monitorering den første tiden etter utskrivning.
 - o Klare avtaler om roller og ansvar og informasjonsflyt mellom behandlere og pasienten i behandlingsforløpet.
 - o Kontaktpunkt for pasienten.
 - o Plan for revisjon og oppfølging av behandlingsforløpet for å sikre kontinuerlig forbedring av prosessen.
 - o God legemiddelsikkerhet, herunder bruk av IMM metoden.
- Helseforetakene vil bidra i arbeidet med å utvikle elektroniske verktøy for å bedre samhandlingen mellom aktørene i behandlingen og mellom aktørene og pasienten, når arbeidet med slik funksjonalitet starter.

⁴ http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_CareModel&s=2

2.4 Samhandling

Sammenhengende helsetjenester er viktig. Målet er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukeren hele tiden er i sentrum. Helseforetakene skal følge opp og realisere tjenesteavtalene som er inngått med kommunene. Helseforetakene må videreføre det gode samarbeidet med overordnet samarbeidsorgan (OSO) og kliniske samarbeidsutvalg (KSU).

Prioriterte tiltak

- Helseforetakene vil sammen med OSO sørge for at det etableres gode rutiner for evaluering og revidering av overordnet samarbeidsavtale og underliggende tjenesteavtaler.
- Helseforetakene vil sammen med OSO sørge for at system/rutiner for melding av samhandlingsavvik forenkles, og at det etableres gode rutiner for behandling og oppfølging av meldte avvik.
- Dersom erfaringer fra UNN tilsier at samhandlingsbarometeret⁵ bør innføres regionalt, vil helseforetakene delta i utviklingen og ta det i bruk i samarbeidet med kommunene for å måle og følge opp effekten av tiltak som er satt i gang.

2.5 Pasienterfaringsundersøkelser

Helse Nord ønsker at pasientenes erfaringer og tilfredshet med kvaliteten på den behandlingen de mottar (PREMs), og effekten av behandlingen (PROMs), samles inn og brukes i forbedringsarbeid.

2.5.1 PREMs – lokale pasienterfaringsundersøkelser

PREMs er målinger av pasientens tilfredshet med mottatt helsehjelp; blant annet ventetid, informasjon og oppfølging. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret)⁶ gjennomfører årlig nasjonale målinger av pasientrapporterte erfaringer (PasOpp – undersøkelser) på oppdrag fra Helsedirektoratet. Helseforetakene skal gjennomføre lokale pasienterfaringsundersøkelser på lavere enhetsnivå og bruke resultatene i forbedringsarbeidet.

Prioriterte tiltak

- Helse Nord RHF vil i løpet av planperioden ta ansvar for å utvikle elektronisk løsning for innhenting av opplysninger om pasientopplevd kvalitet.
- Helseforetakene vil delta aktivt i utviklingen av elektronisk løsning for innhenting av pasientopplevd kvalitet.
- Helseforetakene vil utvikle lokale mål for pasientopplevd kvalitet og bruke resultatene i forbedringsarbeidet.

⁵ www.statistikk.samhandlingsbarometeret.no. Samhandlingsbarometeret har som mål å samle og presentere tilgjengelig statistikk og annen informasjon som er særlig relevant for samhandling mellom helseforetaket og kommunene.

⁶ Underlagt Folkehelseinstituttet (FHI) fra 01.01.2015.

2.5.2 PROMs – pasientrapporterte resultater

PROMs registrerer pasientens egenrapportering av helsetilstand etter mottatt helsehjelp, blant annet livskvalitet, endring i alvorlighet av symptom og helsetilstand. I dag gjennomføres PROMs hovedsakelig i forbindelse med forskningsprosjekter og nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Når system for datainnsamling og rapportering utvikles, kan verktøyene også tas i bruk i andre sammenhenger. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) har fått i oppdrag å utvikle bruken av PROMs i de medisinske kvalitetsregistrene.

Prioriterte tiltak

- Helseforetakene vil delta i arbeidet med å utvikle bruken av PROMs ved å legge til rette for nødvendig infrastruktur til å sikre pasientenes egenrapportering.
- Helseforetakene vil bruke resultatene fra egenrapporteringen aktivt til forbedring av behandlingsforløp.

2.6 Fristbrudd og ventetider

Fristbrudd og ventetider er viktig både for pasientsikkerhet og pasientopplevd kvalitet. Det skal ikke forekomme fristbrudd, og ventetider skal reduseres ytterligere. Ny pasient- og brukerrettighetslov fra 1. november 2015 medfører vesentlige endringer med økte rettigheter for pasient og bruker og økte forpliktelser for helsetjenesten. Det blir kortere frister for vurdering av henvisninger, alle pasienter som settes på venteliste blir rettighetspasienter med juridisk bindende frist, økt krav om langsiktig planlegging med tildeling av time til pasientene i første svar på henvisningen og ny ordning for håndtering av fristbrudd.

For å møte de endringene som ligger i nytt lovverk og forventninger fra pasient og bruker bygger vi strukturer og løsninger for å imøtekomme de nye målene. Opplæring, fordeling av roller og ansvar og god oversikt over ventelistene blir sentrale virkemidler.

Prioriterte tiltak

- Helse Nord RHF vil etablere regionalt innsatsteam og arenaer for utveksling av erfaring om endringsprosesser med formål å redusere ventetid og fristbrudd.
- Helse Nord RHF vil bedre samhandlingen med private og avtalespesialister for tjenester hvor det er vedvarende flaskehalser.
- Helseforetakene vil:
 - Sikre tydelig fordeling av roller og ansvar for vurdering av henvisninger.
 - Sikre og dokumentere opplæring av alle som skal vurdere henvisninger.
 - Sikre lik praksis for å sette frist for like pasienter.
- Helseforetakene vil arbeide med å øke planleggingshorisont for bemanning og timetildeling utover 6 måneder.
- Helseforetakene vil aktivt bruke kunnskap om variasjon i liggetid og andel dagbehandling i forbedringsarbeid for å minke variasjon.

- Helseforetakene vil bruke innsikt om variasjon i forbruk av helsetjenester sammenlignet med andre helseforetak i forbedringsarbeid for å endre forbruksmønsteret.
- Helseforetakene vil utnytte de muligheter som ligger i inngåtte avtaler med avtalespesialister og private optimalt.

3. Pasientsikkerhet

3.1 Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7

Pasientsikkerhetsprogrammet gjennomføres i helsetjenesten i perioden 2014 – 18. Tiltak igangsatt i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen videreføres i Pasientsikkerhetsprogrammet, og nye tiltak utvikles.

De overordnede målsettingene i Pasientsikkerhetsprogrammet er:

- Redusere pasientskader.
- Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet.
- Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten.

Nasjonalt overordnet mål for programmet er å redusere pasientskader med 25 prosent fra 2012 til utgangen av 2018.

Innsatsområder



Figur 3: Viser de tolv innsatsområdene fra Pasientsikkerhetskampanjen

Innsatsområdene (figur 3) som ble innført i Pasientsikkerhetskampanjen videreføres, og vil være på plass i alle relevante enheter innen utgangen av 2016. Programmet utvikler nye innsatsområder, som er valgfrie å innføre. Det legges vekt på å styrke kompetansen i forbedringsarbeid i helsetjenesten og å sikre brukermedvirkning.

Det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet har fire delstrategier:

- Pasientsikkerhet og forbedringsarbeid i de helsefaglige utdanningene.
- Pasientsikkerhetskultur i helsetjenesten.
- Brukerorientering.
- Forskning på pasientsikkerhet og forbedringsarbeid.

Prioriterte tiltak

- Pasientsikkerhetskulturundersøkelsene og Global Trigger Tool (GTT)-undersøkelser videreføres i helseforetakene, og resultatene fra undersøkelsene brukes aktivt i forbedringsarbeidet.
- Alle innsatsområdene som ble igangsatt i Pasientsikkerhetskampanjen vil være på plass i alle relevante enheter innen utgangen av 2016.
- Helseforetakene definerer lokale mål for reduksjon av pasientskader.
- Helseforetakene innfører etter ønske nye, valgfrie innsatsområder fra Pasientsikkerhetsprogrammet.

3.1.1 Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet

Helse Nord ønsker å styrke og satse videre på regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet som er lokalisert ved Nordlandssykehuset. Kompetansetjenesten legger til rette for deling av kunnskap og erfaringer på tvers av foretaksgrensene til bruk i forbedringsarbeidet. Hovedmålene for kompetansetjenesten;

- 1) Samle gode, formålstjenlige verktøy (herunder om implementering og kultur) på feltet og gjøre dem tilgjengelig for alle foretak.
- 2) Systematisk dokumentasjon av behov for kunnskap og kompetanse blant ledere og frontlinjepersonell
- 3) Bistå foretakene i utvikling og evaluering av egne pasientsikkerhetsverktøy
- 4) Drive egen forskning samt etablere nettverk og samarbeid med andre nasjonale og internasjonale forskningsmiljø på feltet

Prioriterte tiltak

- Helse Nord RHF vil bruke kompetansetjenesten i gjennomføring av enkelte områder i kvalitetsstrategien.
- Helseforetakene vil bruke kompetansetjenesten til å bistå i forbedringsarbeidet knyttet til pasientsikkerhetstiltak.

3.2 Smittevern

Innen utgangen av 2016 skal antallet sykehusinfeksjoner som kan forebygges, være null. For å nå dette målet utvikles en kultur for godt smittevern. Dette krever at lederansvar tydeliggjøres og ansatte gis opplæring. Høy standard på generelt renhold motiverer til god smittevernkultur.

Prioriterte tiltak

- Alle nyansatte får opplæring i basale smittevernrutiner. Avdelingsledelsen sikrer at opplæring dokumenteres.
- Alle ansatte i Helse Nord gjennomfører e-læringskurs i håndhygiene. Avdelingsledelsen sikrer at opplæring dokumenteres.
- Infeksjonsregistrering (prevalensundersøkelse og NOIS – POSI) gjennomføres, og resultatene brukes som utgangspunkt for forbedringsarbeid.
- Nasjonale retningslinjer for antibiotikabehandling implementeres.
- Alle helseforetakene har et antibiotikastyringsprogram som brukes aktivt og evalueres jevnlig.
- Ved nybygg og ombygging av sykehus i Helse Nord ivaretas smittevernperspektivet i form av hensiktsmessige utforminger, materialer, utstyr og tilstrekkelig lagerplass/garderobes.
- Ved nybygg/ombygging bygges kun enerom med eget bad og toalett. I tillegg er det behov for isolater.
- Pasienthender berører ikke felles mat.
- Utstyr og inventar nært pasienten rengjøres etter tydelige rutiner.

3.3 Legemiddelsikkerhet

Klinisk farmasi⁷ er ett av flere tiltak helseforetakene i Helse Nord skal/vil vurdere for å sikre riktig legemiddelbruk. Ved klinisk farmasi gjennomgår farmasøyt pasientens bruk av legemidler, og samarbeider i tverrfaglig team med øvrig helsepersonell i pasientforløpet. Sykehusapotekforetakene i Norge har gjort en felles beslutning om at de kliniske farmasøytene i sykehus skal arbeide etter IMM⁸-metoden (Integrated Medicines Management). IMM har som mål å øke pasientsikkerheten og forbedre kvaliteten på legemiddelbehandlingen. IMM er en måte å jobbe systematisk på for å kvalitetssikre pasientens legemiddelliste (legemiddelsamstemming), individualisere og optimalisere legemiddelbehandlingen (legemiddelgjennomgang), sikre informasjonsoverføring til andre omsorgsnivåer og veilede pasienten og sikre at de forstår legemiddelbehandlingen (legemiddelsamtale ved utskriving).

Prioriterte tiltak

- Helseforetakene tar i bruk IMM-metoden som standard for å kvalitetssikre legemiddelbehandlingen til pasienter som legges inn i sykehus.

3.4 Oppfølging og læring av uønskede hendelser

Det er etablert flere meldeordninger og registre for kartlegging av pasienthendelser/skader. Målet er å bedre pasientsikkerheten gjennom å lære av uønskede hendelser og sikre at disse ikke gjentar seg. Det er også viktig å følge opp

⁷ Definisjon Klinisk farmasi: " farmasøytisk legemiddelkunnskap anvendt på pasientens farmakoterapeutiske problemstillinger, basert på klinisk data der farmasøyten har direkte eller indirekte kontakt med pasienten"

⁸ <https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/les-om-imm-modellen-i-helsebiblioteket>

uønskede hendelser og skade på ansatte i Helse Nord for å sikre en trygg arbeidsplass. Helse Nord RHF vil sammen med helseforetakene samle informasjon om uønskede hendelser fra flere systemer og gi et forenklet oversiktsbilde i Helse Nord's datavarehusløsning (Helse Nord LIS). Målet er å forenkle håndteringen av avvik og sikre nødvendig oppfølging.

Flere uønskede hendelser meldes ikke og fanges heller ikke opp på annen måte. For å få en bedre oversikt over uønskede hendelser ønsker Helse Nord RHF å videreutvikle verktøyet for automatisert strukturert journalundersøkelse (ASJ), som er utviklet i samarbeid mellom Nordlandssykehuset og leverandør av datavarehusløsning. Dette verktøyet søker automatisk gjennom journaler og leter etter definerte årsaker/utløsende faktorer til uønskede pasienthendelser.

Prioriterte tiltak

- Helse Nord RHF vil i samarbeid med helseforetakene samle informasjon om uønskede pasienthendelser fra flere systemer og gi et forenklet oversiktsbilde i datavarehuset.
- Helse Nord RHF vil sammen med helseforetakene videreutvikle automatisk løsning for skanning av journaler for noen definerte uønskede hendelser, basert på eksisterende ASJ/GTT-løsning. Løsningen skal utvikles og implementeres i alle helseforetakene i løpet av strategiperioden.
- Helse Nord RHF vil etablere automatisert stråledoseregistrering som gjør det mulig med monitorering av individuelle pasientstråledoser og som støtter systemer mot analyse og rapportering
- Helseforetakene vil kartlegge og bruke avviksmeldinger aktivt i forbedringsarbeidet på tvers i helseforetaket. Dette gjelder både meldinger om uønskede pasienthendelser og pasientskader, og uønskede hendelser og skader på ansatte.
- Helse Nord RHF vil sørge for opplæring i hendelsesanalyser.
- Helseforetakene har ansvar for å gjennomføre hendelsesanalyser.
- Helseforetakene vil ha klare prosedyrer for oppfølging av pasienter og pårørende som har vært utsatt for alvorlige hendelser og for personell som har vært involvert i hendelsene.

4. Kunnskapsforankring

4.1 Regional utdanning i forbedringsarbeid

Kontinuerlig forbedring skal være en naturlig del av arbeidshverdagen til alle ansatte i Helse Nord. Ledere og ansatte trenger kunnskap om metoder og verktøy for å lede og gjennomføre forbedringsprosesser på en effektiv måte. For å sikre tilstrekkelig tilgang til kompetanse i forbedringsarbeid vil Helse Nord RHF utvikle et utdanningsprogram for forbedringsarbeid. Målet er å øke kunnskapen og kompetansen på å gjennomføre kontinuerlig forbedringsarbeid og derigjennom også bygge opp beste praksis i regionen

der den ikke allerede er definert. Målgruppen for utdanningsprogrammet er ledere med ansvar for forbedrings- og kvalitetsarbeid, medarbeidere som har en særlig rolle i å drive fram forbedringsarbeid og medarbeidere som skal gjennomføre systematisk og kontinuerlig forbedringsarbeid i sin arbeidshverdag.

Utdanningsprogrammet skal bygge på nordisk forbedringsagent-utdanning⁹ og på eksisterende utdanningsprogram i Helse Nord for ledere og medarbeidere som arbeider med forbedring av pasientforløp. Utdanningsprogrammet tenkes bygd opp av moduler slik at det er mulig å ta hele eller deler av programmet, alt etter den enkelte medarbeiders eller leders behov.

Prioriterte tiltak

- Helse Nord RHF vil utvikle et regionalt utdanningsprogram for ansatte, ledere og forbedringsagenter i forbedringsarbeid.

4.2 System for innføring av nye metoder

Nasjonalt system for innføring av nye metoder¹⁰ i spesialisthelsetjenesten er omtalt i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 – 2015 og Stortingsmelding 10 (2012–2013), *God kvalitet – trygge tjenester*.

Systemet er implementert fra 2013, og er under utvikling. Det skal bidra til bedre og tryggere pasientbehandling ved at pasienter så raskt som mulig får tilgang til nye, virkningsfulle metoder, og at behandlingsmetoder som er ineffektive eller skadelige for pasienten ikke brukes. Med metode menes alle tiltak som benyttes for å forebygge, utrede, diagnostisere og behandle sykdom samt tiltak for rehabilitering av pasienter og organisering av helsetjenester. Nye metoder som er aktuelle å innføre skal vurderes systematisk for effekt og sikkerhet, samt konsekvenser for pasientene, helsetjenesten og samfunnet. Nasjonale metodevurderinger kan være hurtigmetodevurderinger, som gjennomføres av Statens legemiddelverk for legemidler og av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten for andre metoder, eller fullstendige metodevurderinger som gjennomføres av Kunnskapssenteret. De regionale helseforetakene utgjør Bestillerforum og Beslutningsforum, og koordinerer også arbeidet mellom fageksperter i helseforetakene og sekretariatet for systemet, som ligger i Helsedirektoratet. Beslutning om innføring av nye metoder koordineres med arbeidet med faglige retningslinjer.

Prioriterte tiltak

- Helse Nord RHF deltar i arbeidet med å videreutvikle systemet, og koordinerer samarbeidet mellom fagpersoner i våre helseforetak og sekretariatet i Helsedirektoratet.
- Fageksperter fra helseforetakene deltar i metodevurderinger.

⁹ Regi av Pasientsikkerhetsprogrammet

¹⁰ Innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten er beskrevet under nyemetoder.no

- Mini-metodevurdering benyttes i helseforetakene som grunnlag for beslutninger om innføring av nye metoder og ved endring av praksis/avvikling av metoder.

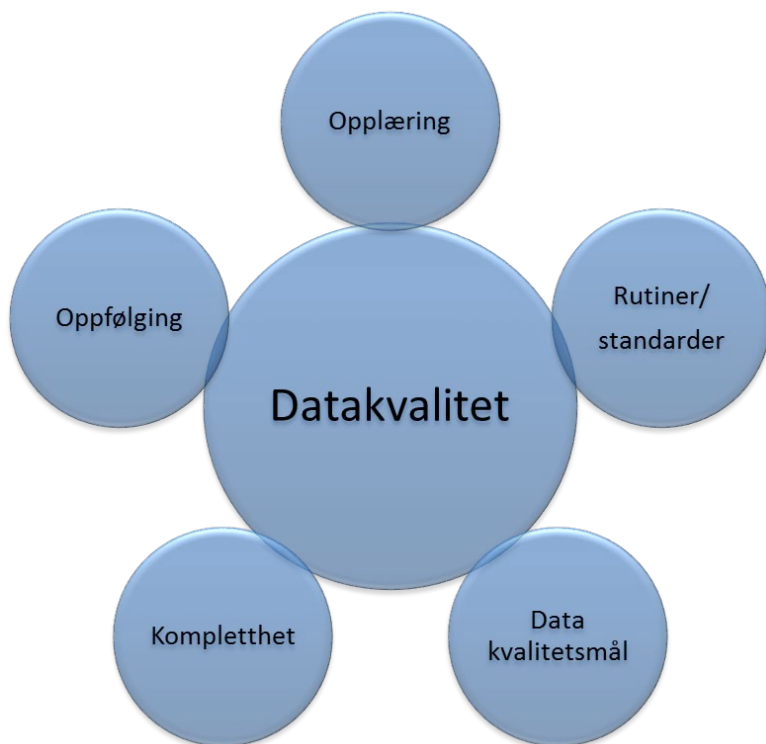
5. Dokumentasjon, analyse og oppfølging av klinisk praksis

5.1 Sikre god datakvalitet

Helseforetakene må sikre korrekte data, slik at ulike brukere av data får riktig informasjon. Brukere av helseforetakenes data kan være:

- Pasienter og brukere; for å forstå kvalitetsforskjeller og kunne velge behandlingssteder på bakgrunn av kunnskapen.
- Klinisk personell; i forbedringsarbeid og til beslutninger i behandlingsforløpet.
- Ledere på alle nivåer; trenger indikatorer for måling av aktivitet, kvalitet og pasientsikkerhet i virksomheten.
- Nasjonale helsemyndigheter; til styringsparametere og for å overvåke kvaliteten på tjenestene.

(Figur 4) beskriver viktige drivere for å oppnå god datakvalitet. Alle ansatte med ansvar for registrering eller bruk av data må ha gjennomført grunnopplæring i relevante dataverktøy og sørge for å oppdatere kompetansen jevnlig. Det må foreligge rutiner for registrering og bruk av data. Helseforetakene må definere mål for datakvalitet for å kunne evaluere om datakvaliteten utvikles i riktig retning. Dataene må være komplette slik at beslutningstakere får nødvendig informasjon til gjennomføring av eget arbeid, og pasienter og brukere får den informasjonen de trenger til valg i eget behandlingsforløp. Data må tolkes riktig for å gi korrekt informasjon om kvaliteten på pasientbehandlingen, slik at ledere og ansatte skal kunne bruke dem som grunnlag for gode og riktige beslutninger. Det må settes av ressurser til å følge opp at datakvaliteten bedres.



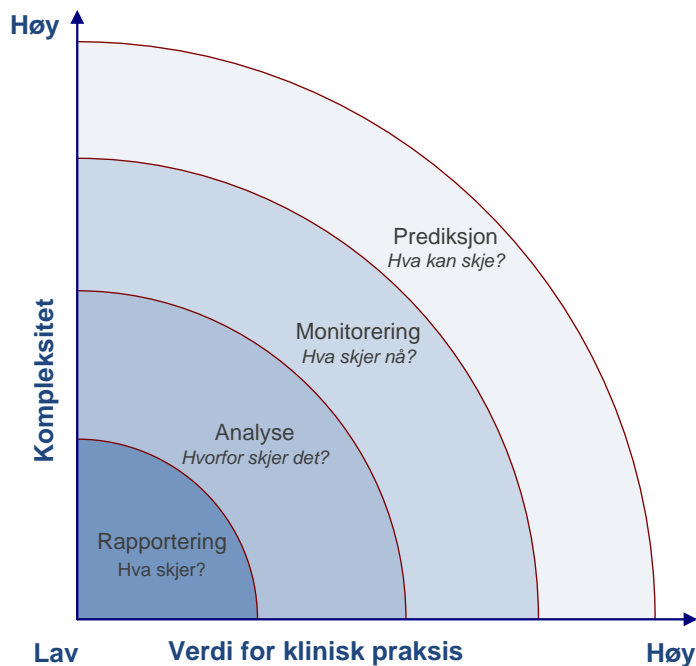
Figur 4: Viktige drivere for god datakvalitet

Prioriterte tiltak

- Helseforetakene vil kvalitetssikre at brukerne av pasientadministrative systemer får opplæring som dokumenteres og vedlikeholdes over tid.
 - Innhold som anbefales å inngå i opplæringen;
 - Riktig bruk av pasientadministrative systemer.
 - God registreringskvalitet.
 - Forståelse for hvilke konsekvenser valg i registreringsprosessen har for senere bruk av data.
 - Brukerne settes i stand til å utnytte funksjonaliteten til de forskjellige verktøyene.
- Helseforetakene vil sette mål for og sikre kontinuerlig forbedring av datakvalitet, og etablerer system for å følge opp og informere ledere og ansatte om status på datakvalitet og kontinuerlig forbedring av denne.

5.2 Analyse som drivhjul i kvalitetsarbeidet

Gjennom å analysere praksis kan man få informasjon om uønsket variasjon og avvik for bruk til forbedring og kvalitetshevning av tjenesten. Analysemiljøene i regionen må bidra til å fremvise variasjoner i praksis mellom helseforetakene i regionen, mellom regioner og nasjonalt. Analysemiljøene i helseforetakene må arbeide tett sammen med klinikker og avdelinger for å forstå lokale variasjoner, og i samarbeid definere beste praksis. Etter hvert som analysene gir informasjon om årsakssammenhenger kan man konsentrere seg om monitorering og prediksjon av praksis, se (figur 5).



Figur 5: Modenhetsstigen for bruk av data i en organisasjon. Etterhvert som man flytter seg oppover stigen får man en bedre forståelse av egen praksis, men til en høyere kompleksitet.

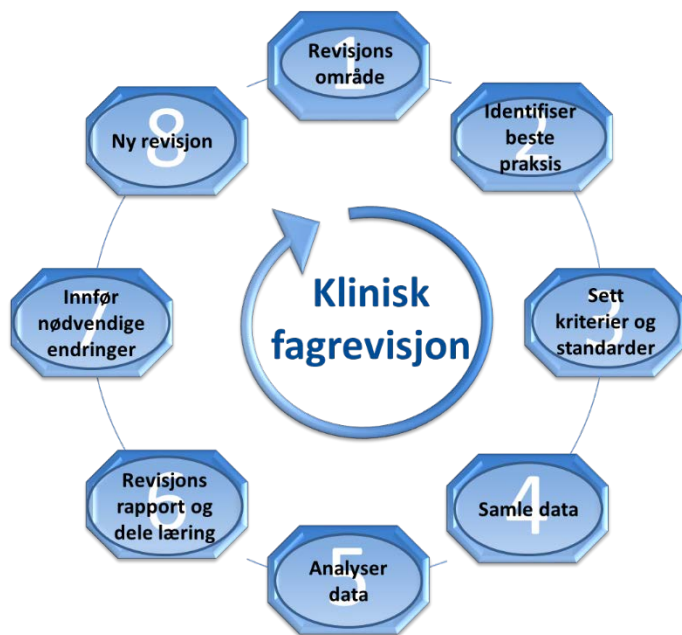
Prioriterte tiltak

- Helseforetakene oppretter analyseteam som veileder enhetene i å analysere og forstå egen praksis med mål om å redusere uønsket variasjon.

5.3 Internrevisjon/klinisk fagrevisjon

Internrevisjon er en egnet metode til systematisk evaluering og bekreftelse av at internkontrollen i virksomheten fungerer effektivt. Foretakene gjennomfører internrevisjoner innenfor ulike tema og på ulike nivå, noe som bidrar til kontinuerlig forbedring. Internrevisjoner som innrettes spesielt mot analyse og forbedring av klinisk praksis, omtales ofte som klinisk fagrevisjon (clinical audit). Kliniske fagrevisjoner er benyttet av flere enheter i Helse Nord med godt resultat, og økt bruk av metoden er ønskelig.

Klinisk fagrevisjon kan defineres som en prosess der man kontinuerlig søker å forbedre kvaliteten på diagnostikk og behandling gjennom regelmessig og systematisk undersøkelse av gjeldende praksis, og modifisering av denne der det er nødvendig (figur 6). Kliniske fagrevisjoner vil bidra til å kartlegge behov for forbedringer sett opp mot besluttet eller beste praksis, til å redusere uønsket variasjon, og til implementering av kunnskapsbasert praksis. Ved gjennomføring av klinisk fagrevisjon innhentes informasjon/data fra revidert enhet/pasientforløp. Informasjonen gjennomgås for å undersøke om klinisk praksis samsvarer med besluttet/god praksis. På områder hvor det er etablert nasjonale eller regionale faglige retningslinjer basert på tilgjengelig kunnskap, legges disse til grunn som standard for god praksis.



Figur 6: Trinnene i revisjonshjulet. Målet for revisjonen er forbedring av klinisk praksis

Kliniske fagrevisjoner kan gjennomføres i regi av det enkelte helseforetak (interne fagrevisjoner) eller i regi av det regionale helseforetaket, eventuelt etter avtale mellom helseforetakene (regionale fagrevisjoner). Revisjonene utføres av et team bestående av både fagspesialister og personell med internrevisjonskompetanse. Fagspesialisters deltakelse er en forutsetning for å lykkes. Ved intern fagrevisjon vil ledelsen ved foretaket/enheten selv utpeke revisjonsteamets medlemmer og iverksette revisjonen. Ved regional fagrevisjon vil revisjonsteamet gjerne bestå av fagspesialister fra flere av helseforetakene (ev. også med bidrag fra andre helseregioner). Helse Nord RHF vil bruke fagrådene i regionen, i samarbeid med personell med revisjonskompetanse, ved gjennomføringen av slike kliniske fagrevisjoner.

Prioriterte tiltak

- I løpet av de to første årene i strategiperioden gjennomføres regionale pilotprosjekter for klinisk fagrevisjon på utvalgte fagområder. Dersom metoden viser seg vellykket, tas den i bruk på flere fagområder.
- Helse Nord RHF vil ta ansvar for at fagråd etablerer grupper som kan delta i revisjonsteam ved gjennomføring av fagrevisjoner.
- Helseforetakene vil opprette system for gjennomføring av interne fagrevisjoner og oppfølging av resultatene fra regionale fagrevisjoner.

6. Kvalitetskultur og videre oppfølging

En nødvendig og grunnleggende forutsetning for å sikre kontinuerlig forbedringsarbeid er knyttet til organisasjonen og den kultur som preger den enkelte sykehusavdeling/enhet. Utvikling av kvalitetskultur stiller særlige krav til ledelse, der medarbeidere motiveres og hvor det legges til rette for en kultur som fremmer kontinuerlig

forbedringsarbeid. Ledelsen har et ansvar for å skape en kultur, der alle påtar seg et medansvar for avdelingens/enhetens samlede kvalitet og til enhver tid er oppmerksomme på mulige forbedringer.

Ansvar for utvikling av en kvalitetskultur hviler ikke alene på den enkelte avdelings-/enhetsleder i samspillet med sine medarbeidere, men i like stor grad på helseforetakets ledelse. Kontinuerlig kvalitetsforbedring i det gode pasientforløpet skal etterspørres og tilstrebes på alle nivåer. Helse Nord RHF vil tilstrebe en god regional kvalitetskultur ved å ha oversikt over regionale nettverk samt etablere nye regionale nettverk for å fremme kvalitet der det anses hensiktsmessig.

Den regionale kvalitetsstrategien setter rammene for kvalitetsarbeidet i perioden 2016–2020. Det overordnede målet for kvalitetsstrategien er å forbedre pasientsikkerheten og kvaliteten på tilbudet til pasientene. Det regionale helseforetaket forankrer oppfølgingen av strategien i styringsdokumentene. Helseforetakene utarbeider målsetning for kvalitetsarbeid og velger aktuelle virkemidler tilpasset utfordringene i det enkelte helseforetak.

“We ourselves feel that what we are doing is just a drop in the ocean. But the ocean would be less because of that missing drop.” (Mor Teresa)