



**Styremøte i Helse Finnmark HF**

**Dato. 19. oktober 2011**

**Møtedato: 26. oktober 2011**

**Saksbehandler: Kvalitetsleder Leif Arne Aspbaug-Hansen  
Adm. direktør Hans Petter Fundingsrud**

**Sak nr: 58/2011**

**Navn på sak: Kvalitetsstrategi Helse Finnmark HF –  
Oppfølging av vedtatte overordnede kvalitetsstrategi fra Helse  
Nord RHF**

**Adm. direktørens tilrådning:**

1. Styret i Helse Finnmark HF gir sin tilslutning til de strategier for kvalitetssatsing som er fremmet i denne saken.
2. Styret ber om at arbeid med de valgte områder, samt andre områder klinikkene selv ønsker å prioritere tas med i klinikkenes virksomhetsplaner.
3. Styret ber klinikkene om å rapportere framdriften i kvalitetsarbeidet i tertialrapporter og i Årlig melding.
4. Styret gir direktøren fullmakt til å gi kvalitetsstrategidokumentet et grafisk uttrykk, og om nødvendig gjøre mindre språklige forbedringer i forbindelse med dette før dokumentet implementeres i Docmap.
5. Styret forutsetter at besluttet strategi blir revidert og blir gitt tilføyelser dersom ytterligere områder blir besluttet via oppdragsdokumentet eller om andre hensyn skulle tilsi dette.
6. Kvalitets – og pasientsikkerhetsarbeid i Helse Finnmark blir organisert under PROFF – Program for Omstillings- og Forbedringsarbeid – Finnmarkssykehuset som et av tre satsningsområder i perioden 2011 – 2014.

**Vedlegg:**

1. Saksfremlegg.
2. Vedlegg

**Hans Petter Fundingsrud  
Adm. dir.**



Saksbehandler: Kvalitetsleder Leif Arne Asphaug-Hansen og  
Adm. direktør Hans Petter Fundingsrud

Dato: 26. oktober 2011

---

## **Styresak 58/2011 Kvalitetsstrategi Helse Finnmark HF – Oppfølging av vedtatte overordnede kvalitetsstrategi fra Helse Nord RHF**

### **Formål/sammendrag**

Helse Finnmark utarbeidet våren 2010 dokumentet ”Kvalitetsstrategi i Helse Finnmark HF for perioden 2010 – 2012”. I styremøte i Helse Nord (sak 15-2011) ble overordnet Kvalitetsstrategi vedtatt. Innholdet i disse strategiene i form av påpekte satsingsområder skiller seg ikke vesentlig fra hverandre. Det er vurdert som hensiktsmessig å revidere vår opprinnelige strategi slik at denne strategien både ivaretar påpekte områder fra Helse Nord samt områder fra vår opprinnelige strategi som fortsatt fortjener et særlig fokus.

Styret i Helse Nord RHF ber de enkelte helseforetak om i løpet av 2. tertial 2011 å fremme særskilte styresaker i form av foretaksspesifikke strategier og tiltaksplaner som konkretiserer oppfølgingen av Helse Nord overordnede kvalitetsstrategi. Helseforetakene blir bedt om å 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. Framdriften i kvalitetsarbeidet skal rapporteres i tertialrapportene og i Årlig melding. Videre oppfølging vil bli presisert via de årlige oppdragsdokumentene.

Innholdet i ny revidert kvalitetsstrategi framkommer i styresaken som 4 satsingsområder med tilhørende underpunkter. Klinikken i Helse Finnmark HF er forskjelligartede og besluttede satsingsområder vil utfordre enheter i foretaket på forskjellig vis. I styresaken foreslås det at kvalitetsstrategien tas inn som del av virksomhetsplanene i klinikken for å sikre et kontinuerlig fokus på valgte områder.

Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhetsarbeid er et av tre satsingsområder i Helse Finnmark under ”Program for omstillings- og forbedringsarbeid – Finnmarkssykehuset” (PROFF) og ledes av Medisinsk Fagsjef (styresak xx/2011)

### **Innledning**

Helse Finnmark utarbeidet sin kvalitetsstrategi i 2010. Styresak 15/2011 fra Helse Nord medfører behov for å revidere vår opprinnelige kvalitetsstrategi. Det vurderes som hensiktsmessig å revidere vår opprinnelige strategi og dermed ha ett dokument som både ivaretar de områder som er påpekt fra Helse Nord samt de områder en fortsatt anbefales prioritert fra opprinnelige strategi i Helse Finnmark. Styret i Helse Nord RHF ber de enkelte helseforetak om i løpet av 2. tertial 2011 om å fremme særskilte styresaker i form av foretaksspesifikke strategier og tiltaksplaner som konkretiserer oppfølgingen av Helse Nord overordnede kvalitetsstrategi. Videre blir helseforetakene bedt om å i 2011-12 gi særlig prioritet til arbeidet med: a) pasientsikkerhet, b) arbeidet med å implementere faglige retningslinjer/pasientforløp, og c) vektlegge og bruke dokumentasjon som grunnlag for kvalitetsforbedring. Framdriften i kvalitetsarbeidet skal rapporteres i tertialrapportene og i Årlig melding. Videre oppfølging vil bli presisert via de årlige oppdragsdokumentene.

Arbeid med kvalitet er et klart uttalt satsingsområde. Når konkretiserte satsingsområder nå pekes ut må en sikre at områdene følges opp som forutsatt. Det er lagt føringer ved at det skal foreligge

tiltaksplaner som konkretiserer oppfølgingen i foretaket. For på best mulig måte sikre at ny kvalitetsstrategi blir kjent og "et levende" dokument i klinikkene og de ulike avdelingene anbefales styret å vedta at områdene i kvalitetsstrategien blir tatt inn som del av de virksomhetsplaner en allerede har implementert. I påvente av besluttet Kvalitetsstrategi og videre operasjonalisering av satsingsområder i virksomhetsplaner er det i denne saken foreslått noen tiltak med skissert tidshorisont.

### **Verdier og mål:**

Helse Finnmark skal være en trygghetsbase for befolkningen i Finnmark. Vi skal yte spesialisthelsetjenester av høy faglig kvalitet kjennetegnet ved kvalitet, trygghet og respekt. Dette innebærer at:

- Vi skal ha pasienten i fokus. Vi skal i vår virksomhet ta utgangspunkt i et helhetlig menneskesyn.
- Alle er nøkkelpersoner. Vi ønsker medarbeidere med høye faglige ambisjoner. Vårt arbeidsmiljø skal preges av samarbeid og fornyelse.
- Vi skal ta vårt samfunnsansvar. Helse Finnmark skal være en fleksibel organisasjon hvor samarbeid, nærhet og nytenkning er ledetråder. Vi skal forvalte og utnytte de ressurser og rammebetingelser som våre eiere og samfunnet gir oss til beste for befolkningen.
- Vi skal være befolkningens førstevalg basert på faglighet og kvalitet.

Norsk Standard (NS-EN ISO 9000:2000) definerer kvalitet på følgende måte: "Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav". Den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten har som mål at tjenestene skal:

- være trygge og sikre
- være virkningsfulle
- være samordnet og koordinert
- involvere brukerne og gi dem innflytelse
- utnytte ressursene på en god måte
- være tilgjengelige og rettferdig fordelt

### **Om kvalitetsarbeid**

Helse Finnmark skal sikre at ledere og medarbeidere i fellesskap sørger for at kvaliteten på våre tjenester er i henhold til lover og forskrifter og til de prosedyrene som gjelder i foretaket. Kvalitetsarbeid er ordinær virksomhet og et prioritert ansvar for ledere på alle nivå. Arbeid med kvalitet og kvalitetsutvikling er en kontinuerlig prosess som skal bidra til stadig bedre resultater i foretaket. Helse Finnmark HF er et lite foretak som består av mange enheter av ulik størrelse med geografisk spredning i hele vårt store fylke. Våre tjenester skal være preget av ansvarlighet på alle nivå og vår virksomhet skal være preget av vilje til kontinuerlig forbedring av kvalitet på våre tjenester. Det skal finnes en kultur for å gi tilbakemeldinger, lære av avvik, se etter forbedringer, løse grunnleggende problemer og dele kunnskap.

God kvalitet forutsetter at sannsynligheten for feil og uheldige hendelser er redusert til et minimum. Å forbedre pasientens sikkerhet er derfor et arbeide rettet både mot feil og kvalitetssvikt, men også mot komplikasjoner og resultater som kan være mer påregnelige. Vi skal ha en åpenhet når det har oppstått feil og/eller uheldige hendelser, og søke å lære av slike ved å finne underliggende årsaker, iverksette tiltak og slik redusere gjentakelsesfare. Vi skal tilstrebe et systemfokus, og balansere dette i forhold til den enkelte yrkesutøvers ansvar. Når feil oppstår skal vi ivareta både bruker og yrkesutøver.

God kvalitet innebærer at pasienten og brukeren blir sett og tatt på alvor. I møte mellom den enkelte utøver og bruker skal vi anerkjenne pasientenes og brukernes innsikt i egen sykdom eller livssituasjon. Pasient- og brukerperspektivet innebærer også en lydhørhet og tilrettelegging overfor de som ikke selv kan eller ønsker å gi uttrykk for sine behov. God kvalitet forutsetter at tiltakene er samordnet og preget av kontinuitet. Pasientens og brukernes kontakt med tjenestene skal utgjøre en mest mulig sammenhengende og helhetlig kjede av tiltak. En forutsetning for dette er tydelig fordeling av ansvar, myndighet, oppgaver.

God ressursutnyttelse betyr å tilby rett tjeneste, til rett pasient, på rett måte og til rett tid. Ved valg av tiltak må det tas hensyn til pasientens behov, hvor alvorlig situasjonen er, forventet nytte og kostnadene forbundet med tiltaket. Videre må tjenesten leveres slik at en får mest mulig ut av ressursene som stilles til disposisjon. Et fokus på god ressursutnyttelse skal ikke føre til rasjonalisering på bekostning av kvalitet.

Tjenester av god kvalitet skal være virkningsfulle, trygge og samordnet. De skal involvere brukeren og gi dem innflytelse, være tilgjengelige, rettferdig fordelt og ressursene skal være utnyttet på en god måte. I praksis kan disse målene eller kjennetegnene komme i konflikt med hverandre. Det er et lederansvar å gjøre bevisste valg og prioriteringer når dette skjer.

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.

### ***Kvalitetsstrategi og handlingsplan Helse Finnmark 2011-2014***

I styresak 15/2011 fra Helse Nord RHF er det gitt rammer og retning for arbeidet med kvalitet i helseforetakene. Det er utpekt tematisk avgrensede satsingsområder som forutsettes prioritert: *kunnskapsforankring, pasientfokus, pasientsikkerhet og dokumentasjon av medisinsk praksis*. Innen hvert av de omtalte tema skisseres prioriterte arbeidsoppgaver / tiltak basert på rammer og retning fra styresak i Helse Nord samt fra opprinnelige kvalitetsstrategi i Helse Finnmark HF.

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

*I Helse Finnmark har vi organisert kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid som del av programmet PROFF som ledes av medisinsk fagsjef.*

*Kvalitetsarbeidet i Helse Finnmark HF er i tillegg forankret i foretaksledelsen som skal sette arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet som regelmessige skal behandle temaet i ledermøtene.*

Helse Finnmark HF besluttet i august 2009 ny organisering av arbeid med kvalitet og HMS. I dokumentet "KVAM: Kvalitet og arbeidsmiljø" (finnes i Docmap som RL1773) framkommer det at arbeid med kvalitet og HMS er og skal være en integrert del av virksomheten i alle avdelinger på alle nivå og skal ses som en naturlig del av de daglige gjøremål. Relatert til kvalitetsarbeid ble det foruten lovbestemt etablering av Kvalitetsutvalg besluttet etablering av klinikkvise KVAM (Kvalitet og ArbeidsMiljø)-råd, samt ytterligere KVAM-utvalg innad i klinikkene. På samme måte som at kvalitetsutvalget skal være direktørens rådgivende organ i forhold som vedrører kvalitetssikring, kvalitetsutvikling og internkontroll skal KVAM-råd og KVAM-utvalg være rådgivende og til hjelp og støtte for ledelsen.

Kvalitetsutvalget i Helse Finnmark behandlet sak om kvalitetsstrategi i sitt møte 15. juni 2011. Punktene under overskriften "tiltaksplan" er tilføyd senere, men Kvalitetsutvalget fattet følgende enstemmige vedtak gjeldende de under skisserte satsingsområder: "Kvalitetsutvalget gir sin tilslutning til foreslåtte reviderte Kvalitetsstrategi for Helse Finnmark for perioden 2011 – 2014."

#### **Satsingsområde 1: Kunnskapsforankring**

Det er et prioritert satsingsområde å styrke kunnskapsgrunnlaget for klinisk praksis.

- Implementering av faglige retningslinjer og veiledere er viktige virkemidler for å standardisere medisinsk og annen helsefaglig praksis. Helse Finnmark skal implementere nasjonale retningslinjer etter hvert som de utformes og publiseres av Helsedirektoratet. Dette er et

lederansvar. Arbeidet 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. Helse Finnmark skal aktivt delta i dette arbeidet.
- Innføring av nye medisinske metoder forutsettes å skje på en kunnskapsbasert måte. Innføring av nye metoder i helsetjenesten skal bygge på oppdatert og kvalitetssikret kunnskap om virkninger, kostnader og nytte. Helse Finnmark skal følge med i det arbeid som gjøres på dette feltet og samarbeide med øvrige foretak i Helse Nord med tanke på læring, implementering og tilpasning til eget bruk.
- Behovet for prosedyrer/retningslinjer i foretakets ulike enheter skal kontinuerlig vurderes. Det er et lederansvar å sørge for at nødvendige styrende dokumenter legges i Docmap og vedlikeholdes i tråd med besluttet prosedyre for dokumentstyring (PR0035 ”Dokumentstyring i Docmap”).
- Ledere i de ulike enheter i Helse Finnmark skal etterstrebe felles faglige prosedyrer/retningslinjer innad i klinikkene / innad i foretaket / innad i regionen.

#### **Tiltaksplan:**

- Klinikken skal konkretisere oppfølging av satsingsområde 1 ”Kunnskapsforankring” i sine virksomhetsplaner fra 2012.
- Innen første halvdel av 2012 skal alle enheter være à jour med revisjoner av dokumenter i Docmap. Dokumenter som ved årsskiftet er foreldet vil da bli trukket tilbake av administrator. Alle klinikker vil i form av spesifisert rapport få oversikt over hvilke dokumenter dette gjelder.
- Innen 2. tertial 2012 skal;
  - gyn-/fødeavdelingene ved Klinikk Kirkenes og Klinikk Hammerfest, og
  - medisinsk avdeling ved Klinikk Kirkenes og Klinikk Hammerfest, samt
  - døgnavdelingene ved DPS`ene

ha felles gjennomgang av alle sine prosedyrer med det som mål å få etablert felles prosedyrer/retningslinjer/veiledere på de områder hvor dette vurderes som mulig.

- Klinikken skal avsette tilstrekkelige ressurser og sørge for at nødvendige prosedyrer/retningslinjer/veiledere er gjort kjent for ansatte i de respektive enheter og er gjort tilgjengelig via Docmap. Dette vil være en kontinuerlig prosess.

#### **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. Arbeidet inkluderer bruk av Navigasjonshjulet for å øve på etiske refleksjoner i beslutningsprosesser i foretaksledelsen og i foretaket forøvrig.
- Klinisk etikk – komité som del av foretakets lederstruktur skal konsulteres i kvalitetsarbeidet i saker hvor dette er naturlig.
- 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.
- Alle enheter skal gjøre nytte av pasientenes og brukernes erfaringer.
- Informere pasienter og pårørende om klageadgang i de tilfeller dette er aktuelt.
- Ledere i de ulike enheter er ansvarlig for at kvalitetsresultater vurderes mht om resultatene er på forventet nivå, og sette inn tiltak dersom dette kreves.

#### **Tiltaksplan:**

- Klinikkene skal konkretisere oppfølging av satsingsområde 2 "Pasientfokus" i sine virksomhetsplaner fra 2012.
- Kvalitetsresultater vil foreligge og være kjent for de ulike enheter både via kvalitetsparametre som rapporteres til styret og til Helsedirektoratet, men og som resultat av internkontroll/internrevisjon via klagesaker og tilsynssaker. Vurdering av hvorvidt resultater er på forventet nivå skal settes på dagsorden i KVAM-grupper, KVAM-råd og i FAMU og Kvalitetsutvalg fra høsten 2011.
- Klinikkene skal gjøre bruk av resultater etter at det i 2011 er gjennomført nasjonal brukererfaringsundersøkelser (PasOpp-undersøkelser) når resultat foreligger.

#### **Satsingsområde 3: Pasientsikkerhet**

- Helse Finnmark sitt 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.
- Sjekklister for trygg kirurgi skal tas i bruk i Helse Finnmark 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.
- Helse Finnmark skal i 2012 gi Sykehusapotek Nord 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.
- Ledere i de ulike avdelinger er ansvarlig for å skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.
- Avviksmodulen i Docmap skal benyttes aktivt i kvalitetsforbedringsarbeidet.

#### **Tiltaksplan:**

- Klinikkene skal konkretisere oppfølging av satsingsområde 3 "Pasientsikkerhet" i sine virksomhetsplaner fra 2012.
- I løpet av første halvdel av 2012 skal det lages rutine for "ledelsens gjennomgang". Ledelsens gjennomgang skal være et formelt møte som har til hensikt å sikre at internkontroll- og kvalitetssystemet fungerer etter intensjonen samt sikre at virksomheten når de fastsatte mål og drives innenfor de vedtatte rammer. Fokus skal

bl.a rettes mot forskrifter og lovverk, kvalitetskriterier og krav til kontinuerlig forbedringsarbeid. Møtet innebærer en strukturert gjennomgang og oppsummering av hendelser og aktiviteter gjennomført i foregående år eller tidsperiode. Gjennomgangen skal, dersom det er behov for tiltak, resultere i en handlingsplan for å nå fastsatte mål og krav i rammeverk. Referatet fra møtet skal dokumentere at virksomheten er gjennomgått og det skal foreligge konklusjon mht om virksomheten drives forsvarlig.

- Ledere på alle nivå skal sørge for at meldesystemet er kjent for alle ansatte i egne enheter og at det benyttes som forutsatt.
- Ledere skal sørge for at avviksmeldinger i Docmap saksbehandles raskt uten unødig opphold og at aktuelle meldinger blir fokusert i KVAM-gruppe/KVAM-råd samt i FAMU/Kvalitetsutvalg der dette vurderes som formålstjenelig.

#### **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. Helse Finnmark 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 (SAS) 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.
- Oppmerksomhet rettet mot innholdet i pasientjournaler i forbindelse med tilsyns- og klagesaker. Gjennomgang av enkeltjournaler har vist et forbedringspotensiale. Ledere skal i denne perioden særlig rette oppmerksomhet på sykepleiedokumentasjon. Ledere i alle kliniske avdelinger skal sørge for etterlevelse av journalforskriften. I samarbeid med EPJ-konsulentene skal ledere vurdere å utnytte mulige funksjonaliteter i DIPS (veiledende behandlings-/pleieplaner)

#### **Tiltaksplan:**

- Klinikkene skal konkretisere oppfølging av satsingsområde 4 "Dokumentasjon og analyse av klinisk praksis" i sine virksomhetsplaner fra 2012.
- I 2011 iverksettes kartlegging innad i klinikkene for å avdekke behov for arbeidsrutiner/prosedyrer som skal sikre korrekt bruk av DIPS. EPJ-konsulenter samarbeider med klinikkene ved slik kartlegging og samarbeider med kolleger ved UNN for å i størst mulig grad få etablert felles rutinebeskrivelser. Slike prosedyrer skal registreres i Docmap og gjøres kjent i enhetene.
- Klinikkene skal gjennomføre internkontroll og evt iverksette tiltak for å sikre at dokumentasjon i pasientjournal har ønsket kvalitativt nivå.

## **Om kvalitetsarbeid i Helse Finnmark HF 2011 – Vedlegg til styresak 58/2011, 26. oktober 2011**

### **Kvalitetsutvalg:**

Det er nå to år siden ny organisering ble besluttet. Flere forhold har bidratt til at det har vært utfordrende å få disse organene til å fungere optimalt etter sin hensikt. Lederbytter samt bytte/vakans i funksjon/stilling som medisinsk-faglig rådgiver er slike faktorer. Tilsetting og tiltredelse av medisinsk-fagsjef nå i oktober legger godt til rette for økt aktivitet i utvalget som inntil nå i 2011 har avvirket ett møte. Blant sakene som ble behandlet var:

- Orientering om Pasientsikkerhetskampanjen
- Revisjon av kvalitetsstrategi i Helse Finnmark
- Dokumenter i Docmap. Fjerne de som ikke er vedlikeholdt?
- Status– bruken av avviksmodulen i Docmap
- Orientering – tilsynssaker.
- Orientering - NPE-saker. Orientering fra klinikkene
- Avvik – uheldige hendelser. Saker/hendelser med læringspotensiale

### ***Kvalitetsstrategi***

Helse Finnmark HF utarbeidet egen Kvalitetsstrategi i 2010. På bakgrunn av styresak 15/2011 i Helse Nord startet arbeidet med å revidere denne strategien. Det foreligger nå utkast til revidert Kvalitetsstrategi som styresak.

De besluttede satsingsområder skal følges opp via kommende tertial- og årsrapporter.

### ***Noen andre områder***

Helse Finnmark er via Bestillerdokumentet forpliktet til å ha fokus på en del bestemte områder som det rapporteres på via tertialrapporter og årlig melding. Fokus på pasientsikkerhet og kvalitet er ønsket fra både oppdragsgivere samt vår egen organisasjon. Pasientsikkerhetskampanjen har i sin tur ytterligere bidratt med fokusområder:

### **GTT (Global trigger tool)**

Det er iverksatt tiltak med nasjonal kartlegging av pasientskade med Global Trigger Tool – 2010. Bakgrunn for valg av metode er undersøkelser som viser at kun mellom 5 og 20 % av pasientskader som man finner dokumentert i journalen avdekkes ved helsepersonells rapportering. Ved bruk av Global Trigger Tool (GTT) avdekker man 94 % av pasientskadene som det finnes dokumentasjon på i et tilfeldig utvalg av journaler. To (fag)sykepleiere, en lege utgjør teamet som gjennomgår et tilfeldig utvalg journaler og leter etter forhåndsbestemte triggere. Hele 200 journaler fra de siste 10 måneder fra 2010 gjennomgås nå med en siste rapporteringsfrist 1. november 2011. Bruk av dette verktøyet skal fortsette for etterfølgende år, og datagrunnlag for 2010 skal danne et sammenligningsgrunnlag. Per i dag er det etablert ett GTT-team på foretaksnivå. Virksomheten er så langt i den nasjonale kampanjen begrenset til somatiske sykehus. I Helse Finnmark vil vi med stor sannsynlighet sørge for å kurse flere GTT-medarbeidere med det som mål å få etablert klinikkvise GTT-team. Helse Finnmark kom sent i gang med arbeidet. Tilbakemeldinger fra GTT-teamet er at de vil rekke arbeidet med å etablere base-line innen frist.

### **Sjekkliste trygg kirurgi**

Verdens helseorganisasjon (WHO) har utviklet en sjekkliste for trygg kirurgi. Denne skal være et hjelpemiddel for å redusere avvik fra etablerte prosedyrer i forbindelse med kirurgiske inngrep og derav følgende skader og komplikasjoner. Sjekklisten er enkel og bredt anvendelig og fokuserer på tiltak som er vist å bedre behandlingsresultatet. Kirurgisk behandling redder liv og opprettholder



funksjon og livskvalitet. Men operative inngrep er forbundet med fare for komplikasjoner; studier fra industrialiserte land har vist at alvorlige komplikasjoner inntreffer i mellom 3 % og 17 % av inngrepene og at dødeligheten er mellom 0,4 % og 0,8 %. Dette er høye tall, og den store variasjonen tyder på at forbedring er mulig. Sjekklisten er tredelt. Første del, "Forberedelse", skal gjennomgås før anestesi innledes, fortrinnsvis mens pasienten er våken. Her er det sentralt at pasienten bekrefter identiteten sin, hvilket inngrep som skal gjøres samt at korrekt operasjonsfelt og -side er planlagt. Andre delen kalles "Time-out" både på engelsk og norsk. Denne delen gjennomgås av et samlet team på operasjonsstuen og kan starte med at hovedoperatør gir ordet til sjekklisstekoordinatoren. Teamet og andre tilstedeværende på operasjonsstuen (studenter, observatører etc.) presenterer seg for hverandre med navn og funksjon, deretter repeteres pasientens navn og planlagt prosedyre, operasjonsfelt og -leie. Risikofaktorer gjennomgås, likeså infeksjonsforebyggende tiltak og tromboseprofylakse. Tredje del kalles "Avslutning" og gjennomføres før hovedoperatør forlater operasjonsfeltet. Betegnelse på inngrepet, optelling av instrument og kompresser, merking av prøvemateriale, beskjeder om postoperativ behandling oppsummeres, likeså om det har vært problem med utstyret som det må varsles om.

Sjekklisten er i 2011 innført ved begge klinikker. Imidlertid vil egen operasjonsmodul i vårt EPJ-system, DIPS, først bli tatt i bruk senhøstes 2011 slik at statistikker gjeldende bruken av sjekklisten foreløpig ikke lar seg kontrollere via egne rapporter vi senere vil ha tilgang til.

### **Infeksjonsforebygging**

Et ytterligere fokusområde i pasientsikkerhetskampanjen er infeksjonsforebygging hvor blant annet ansattes påkledning er fokusert. Hygienesykepleiere har gjennomført kartlegginger som benyttes i forbedringsarbeide.

### **Samstemming av legemiddellister**

Legemiddelsamstemming er kjent som et betydelig pasientsikkerhetsproblem både nasjonalt og internasjonalt. Det foreligger omfattende dokumentasjon for at feil bruk av legemidler medfører et betydelig antall pasientskader og dødsfall, og påfører samfunnet store utgifter. Innsatsområdet vil og omfatte Helse Finnmark. Vi har personer som deltar i et nasjonalt læringsnettverk i starten av november 2011.

### **Interne revisjoner**

Det gjennomføres nå interne revisjoner i foretaket i tråd med besluttet program for slike revisjoner. Det er gjennomført kurs for interne revisorer i foretaket, men behovet for flere revisorer medfører behov for ytterligere opplæring. Flere forbedringsområder er avslørt via gjennomførte revisjoner.

### **Om Docmap**

- Styrket ressurs til arbeide med Docmap  
Foretaket har søkt om og har fått tildelt prosjektmidler for å kunne styrke den hjelp enhetene i klinikkene har behov for å få vårt felles kvalitetssystem Docmap til å fungere bedre. Docmap er som kjent det dataprogrammet som skal inneholde foretakets prosedyrer og rutiner. Ekstra ressurs har medført mulighet for å få etablert nødvendig "helpdesk". Det bemerkes at et av de viktigste tiltak i kvalitetssatsingen ved Nordlandssykehuset har vært satsing på bruk av Docmap.
- Dokumenter i Docmap:  
Det foreligger en mengde utfordringer relatert til bruken av Docmap. Det er fortsatt slik at en rekke enheter i foretaket har sine ting godt på plass, mens andre enheter har en lang vei å gå ved å få lagt sine prosedyrer inn i Docmap. Flere avdelinger klarer ikke å vedlikeholde sine dokumenter tilfredsstillende. Prosedyrer skal kontrolleres ved faste intervaller for å sikre at de er korrekte. Slike revisjoner gjennomføres ikke alle steder som forutsatt med den konsekvens at nær 25 % av de vel 4000 dokumentene vi har i Docmap har passert revisjonsdato. Det må bemerkes at våre Kvalitetsutvalget har behandlet problemstillingen og anbefaler at slike dokumenter fjernes etter at det er gitt akseptabel frist for å rydde opp til de impliserte avdelinger.
- Behandling av uønskede hendelser/avvik i Docmap:  
Siden modulen ble tatt i bruk er det i vårt foretak lagt inn vel 1400 meldinger - av disse er vel 800 ferdig behandlet. Sammenlignet med andre foretak i Helse Nord er andelen avvik som er lukket lav. Et fokusområde er at ledere raskere skal sørge for at meldinger blir saksbehandlet i Docmap.