



Styremøte i Helse Finnmark HF

Dato. 28. november 2012

Møtedato: 5. og 6. desember 2012

**Saksbehandler: Administrasjonssjef Ole Martin Olsen og
Medisinsk fagsjef Harald Sunde**

| | |
|---------------------|---|
| Sak nr: | 90/2012 |
| Navn på sak: | Kvalitetsarbeid i Helse Finnmark |

Styret i Helse Finnmark inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Finnmark HF tar saken til etterretning.
2. Styret er fornøyd med det omfattende kvalitetsarbeidet som gjøres i foretaket, og at tiltakene i den vedtatte kvalitetsstrategien følges opp gjennom aktivt arbeidet ute i klinikkene.
3. Styret ber om at kvalitetsindikatorer knyttet til ventelister, fristbrudd med flere følges nøye med tanke på å nå målsetninger i oppdragsdokument for 2013.

Vedlegg:

1. Saksfremlegg kvalitetsarbeid Helse Finnmark
2. Kvalitetsstrategi Helse Finnmark 2011-2013
3. Statusrapport kvalitetsarbeid Helse Finnmark

Hans Petter Fundingsrud
Adm. dir.

Styresak 90/2012

Saksbehandler: Administrasjonssjef Ole Martin Olsen
Medisinsk fagsjef Harald Sunde
Dato: 5. og 6. desember 2012

Kvalitetsarbeid i Helse Finnmark HF

Bakgrunn

Styret vedtok kvalitetsstrategien for 2011-2014 i sitt møte i november 2011 (Sak 58/2011). Styret har behandlet sak vedrørende fristbrudd og ventetider i sine møter i juni og oktober 2012. Kvalitetsarbeid er også et av punktene i foretakets strategi for 2010-2015. Oppdragsdokumentet for 2012 inneholder også en rekke oppfølgingspunkter relatert til kvalitet.

Saksutredning

Foretaket har de siste to årene endret fokus fra omfattende arbeid med tiltak for å bringe økonomien i balanse til utvidet arbeid med kvalitet. Kvalitetsstrategi er vedtatt og følges opp ute i klinikkene. Oppdragsdokumentet for 2012 inneholder også mange punkter for oppfølging fra foretakets side.

Foretaket har etablert en rekke systemer og rutiner relatert til kvalitetsarbeidet. Viktigst er vår kvalitetssystem DocMap hvor alle våre prosedyrer og rutiner er registrert og der vi melder og behandler avvik. Våre kliniske systemer er også viktige verktøy relatert til kvalitet på våre tjenester. Nå er vi midt inne i en prosess for fornying av vårt hovedsystem på dette. Internkontrollsystemer og internrevisjoner er etablert på alle nivåer i organisasjonen og gjennomføres som sentrale element i vårt kvalitetsarbeid.

Organisering av arbeid med kvalitet og HMS ble besluttet i august 2009. Dette skal være en integrert del av virksomheten i alle avdelinger på alle nivå og skal ses som en naturlig del av de daglige gjøremål. KVAM benyttes som forkortelse/begrep for KValitet og ArbeidsMiljø. På klinikknivå og på avdelingsnivå var det ønsket en samordning av arbeidet med kvalitet og HMS ut fra erkjennelse av at pasientbehandlingen og innehar en arbeidsmiljøside som må være godt ivaretatt. På foretaksnivå er det etablert eget kvalitetsutvalg og eget foretaksovergripende arbeidsmiljøutvalg (FAMU). På klinikknivå har begrepet KVAM-råd vært benyttet om fora som både har hatt kvalitetssaker og arbeidsmiljø på sin agenda.

Vi har også etablert KEK. Klinisk etikkomité (KEK) er en tverrfaglig sammensatt komité som har som oppgave å bidra til å høyne kompetansen i klinisk etikk, samt bidra til grundig og systematisk håndtering av etiske problemstillinger i den kliniske hverdagen.

Foretakets brukerutvalg er et samarbeids- og rådgivningsorgan for styret og ledelse i helseforetaket i saker og spørsmål som angår tilbudet til pasientene. Brukerutvalget fungerer som et kollegium og behandler saker som blir forelagt utvalget av helseforetakets ledelse og/eller som medlemmene har bedt om å få til behandling.

Foretaket arbeider innenfor et stort spekter av tiltak relatert til kvalitet og områder som skal påvirke vår kvalitet positivt. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen følges opp på samtlige punkter fra foretakets side. Pasientforløpsarbeidet er et annet område der vi har gjennomført flere tiltak med fokus på blant annet ernæring og hoft/kne proteser. Vi har



etablert en ”Kvalitetspatrulje” som skal bistå klinikkene i sitt kvalitetsarbeid og jobber systematisk og målrettet i forhold til ventelister og fristbrudd.

Vårt kvalitetsarbeid synliggjøres og dokumenteres gjennom rapportering av 3-3 meldinger til Kunnskapssenteret. Vi bruker våre nettsider aktivt for publisering av kvalitetsindikatorer og månedsrapporter. ”Legesida” er også er forum hvor slike tema behørig omtales. Vi har også etablert egne kvalitetsregistre og leverer data til flere slike på nasjonalt nivå. Et kvalitetsregister er et register som løpende kan dokumentere resultater av behandling for en avgrenset pasientgruppe. Data fra medisinske kvalitetsregistre gir grunnlag for å evaluere kvalitet og oppnådd helsegevinst, faglig forbedringsarbeid, forskning og styring.



Kvalitetsarbeid i Helse Finnmark

Dokumentet sammenfatter foretaket pågående kvalitetsarbeid.

Harald Sunde / Ole Martin Olsen
13.11.2012

Innholdsfortegnelse

| | | |
|------|--|----|
| I. | Grunnlag | 3 |
| 1. | Kvalitetsstrategien..... | 3 |
| 2. | Oppdragsdokumentet og punkter relatert til kvalitet og kvalitetsindikatorer | 3 |
| II. | Systemer/verktøy | 4 |
| 1. | DOCMAP og internkontrollrutiner (prosedyrer/rutinebeskrivelser og avviksmodule)..... | 4 |
| 2. | Internrevisjoner..... | 6 |
| 3. | FIKS..... | 6 |
| 4. | Informasjonssikkerhet..... | 7 |
| III. | Organisering | 8 |
| 1. | Organisering av kvalitetsarbeidet generelt..... | 8 |
| 2. | Klinisk etikkomité (KEK)..... | 8 |
| 3. | Brukermedvirkning | 9 |
| IV. | Prosjekter/tiltak..... | 10 |
| 1. | Pasientforløpsarbeid..... | 10 |
| 2. | Pasientsikkerhetskampanjen | 11 |
| a. | Trygg kirurgi..... | 12 |
| b. | Samstemming av medisinalister: | 12 |
| d. | Måling av pasientsikkerhetskultur | 12 |
| e. | Forebygging av urinveisinfeksjoner i forbindelse med bruk av kateter..... | 13 |
| f. | Forebygging av infeksjon ved sentralt venekateter | 13 |
| g. | Hjerneslag..... | 13 |
| 3. | Kvalitetspatruljen..... | 13 |
| V. | Rapportering og publisering. | 14 |
| 1. | 3-3 meldinger | 14 |
| 2. | Våre kvalitetsindikatorer..... | 15 |
| 3. | Legesida | 15 |
| 4. | Kvalitetsregistre. | 16 |

I. Grunnlag

1. Kvalitetsstrategien

I styremøte i Helse Nord (sak 15-2011) ble ”Overordnet kvalitetsstrategi” vedtatt. Innholdet i disse strategiene i form av påpekte satsingsområder skilte seg ikke vesentlig fra hverandre. Helse Finnmark HF’s strategi ble revidert slik at foretakets strategi både ivaretar påpekte områder fra Helse Nord samt områder fra vår opprinnelige strategi som fortsatt fortjener et særlig fokus.

Styret i Helse Finnmark HF behandlet revidert kvalitetsstrategi som sin Styresak 58/2011 den 26. oktober 2011.

Kvalitetsstrategien inneholder følgende 4 satsingsområder:

- Kunnskapsforankring
- Pasientfokus
- Pasientsikkerhet
- Dokumentasjon og analyse av klinisk praksis

Innen hvert av områdene ble særlige utfordringer skissert sammen med plan for oppfølging i klinikkene/sentrene.

Det gjøres fortsatt jevnlig oppslag i Kvalitetsstrategien i vårt kvalitetssystem Docmap.

2. Oppdragsdokumentet og punkter relatert til kvalitet og kvalitetsindikatorer

Oppdragsdokumentet for 2012 inneholder en rekke rapporteringspunkter relatert til kvalitetsarbeidet i foretakene. Helse Finnmark arbeider godt med disse punktene og rapporterer på disse hvert tertial til Helse Nord. Punktene følges opp jevnlig utover hele året i ledermøtene, og oppdragsdokumentet er også sak i styret både i forbindelse med presentasjon av dokumentet, risikostyring og tertialrapportering. Noen punkter i årets oppdragsdokument er relatert til følgende:

- Følge opp Helse Nord’s kvalitetsstrategi og gjennomføre de foretaksspesifikke tiltaksplanene.
- Delta i nasjonal pasientsikkerhetskampanje og rapportere gjennomførte tiltak innen fastsatte frister. Som ledd i dette skal pasientsikkerhetskulturmåling gjennomføres, denne hadde svarfrist 01.06.2012.
- Gjennomføre journalundersøkelse etter GTT-metoden¹ i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer og benytte GTT-resultater i forbedringsarbeid.
- Ha oppdaterte, anerkjente faglige retningslinjer og prosedyrer tilgjengelig og i bruk i DocMap.
- Ssikre at felles nasjonalt mandat fra HOD for kliniske etikkomiteer legges til grunn for komiteenes virksomhet, jf. brev av 18.11.2011 fra HOD.

¹ Global Trigger Tool

- Sikre at kravet om innsending av § 3-3 melding (alvorlige hendelser) til Kunnskapssenteret² fra 01.07.2012 ivaretas.
- Gjøre rede for foretakets undersøkelser av pasientsikkerhetskultur i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer (Ref. Vedlegg 2 – Styringsparametre 2012)
- Redusere gjennomsnittlig ventetid for alle fagområder til under 60 dager.
- Sørge for at foretaket ikke har fristbrudd.
- Sørge for at pasienter som er vurdert å ha rett til prioritert helsehjelp skal ha direkte innkalling til time for undersøkelse/behandling i første svar på henvisningen.
- Utvikle en strategi og handlingsplan for brukermedvirkning i helseforetakene i løpet av 2012. Samiske brukeres behov bes vurdert særskilt, bla via Tolkeprosjektet (kvalitet i kommunikasjonen)
- Gjennomføre og følge opp regionale prosedyrer for barn som pårørende

3. Overforbruk som kvalitetsutfordring.

Pasienter kan utsettes for underforbruk, feilbruk og overforbruk av helsetjenester. Vi har tradisjonelt rettet oppmerksomheten hovedsakelig mot underforbruk og til dels mot feilbruk. Vi antar at opplevd behov (hos pasienter og ansatte) er uttrykk for reelle behov, og tolker nesten alltid kø som et symptom på underforbruk. Det er økende evidens i litteraturen for at overforbruk er et større problem enn underforbruk.

Overforbruk kan defineres som tilbud som gis i en situasjon der risikoen for helseskadelige komplikasjoner er større enn muligheten for helsegevinst. Unødvendige innleggelser i sykestuer og sykehus, unødvendige diagnostiske (eks. bruk av CT/MR) og kirurgiske prosedyrer, overforbruk av antibiotika og meningsløs intensiv behandling i livets slutfase, er hovedutfordringene.

Eksempelvis har Kaiser Permanente i USA erkjent og kan dokumentere at overforbruk er et større problem enn underforbruk i forhold til målet om ”verdskapning (value) for pasientene” definert enkelt som helsegevinst (outcome)/ressursinnsats.

Helse Finnmark vil vie overforbruk av helsetjenester betydelig oppmerksomhet i årene framover. Bruk av kvalitetsregistre (behandlingskvalitet) og systematiske behovsanalyser på bakgrunn av data knyttet til demografi og sykkelighet, vil være nyttige verktøy for slike vurderinger.

II. Systemer/verktøy

1. DOCMAP og internkontrollrutiner (prosedyrer/rutinebeskrivelser og avviksmodule)

Docmap er regionens og foretakets datasystem for kvalitet og inneholder egen modul for styrende dokumenter (prosedyrer/rutiner/retningslinjer) samt modul for avvikshåndtering. Bruken av Docmap er og fokusert i gjeldende kvalitetsstrategi både i Satsingsområde 1

² Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

og 3 (Kunnskapsforankring og pasientsikkerhet). I kvalitetsstrategien er utfordringer konkretisert, bl.a:

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 revideres som forutsatt.

Ledere i de ulike enheter i Helse Finnmark skal etterstrebe felles faglige prosedyrer/retningslinjer innad i klinikkene / innad i foretaket / innad i regionen.

Innen første halvdel av 2013 skal alle enheter være à jour med revisjoner av dokumenter i Docmap.

Klinikkene 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.

Avvik skal meldes og dokumenteres som grunnlag for læring og forbedring

Avviksmodulen i Docmap skal benyttes aktivt i kvalitetsforbedringsarbeidet.

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.

I tråd med besluttet Kvalitetsstrategi og plan for interne revisjoner for 2012 er bruken av Docmap gitt et særlig fokus. Gjennomført internrevisjon sommeren 2012 viste følgende:

Ved revisjonsdato var det registrert 4554 dokumenter i Docmap med Helse Finnmark HF og alle underordnede organisatoriske enheter som gyldighetsområde. Antallet dokumenter er økende.

Antallet dokumenter med overskredet revisjonsfrist var samtidig 1136. Detaljerte oversikter er jevnlig rapportert til klinikkene/sentrene.

Avviksmodulen er endret inneværende år – noe som vanskeliggjør sammenligning fra de senere år.

Antall meldte hendelser i Docmap:

| År | Antall meldinger |
|-----------------------------|------------------|
| 2010 | 508 |
| 2011 | 745 |
| 2012 (fram til 5. november) | 642 |

Antallet meldte hendelser i Docmap er økende. Gjeldende pasienthendelser innad i regionen utgjør områdene ”medikamenthåndtering” og ”fall” mer enn 40 % av hendelsene. Begge områdene er nå definerte satsingsområder i nasjonal pasientsikkerhetskampanje. Også i Helse Finnmark rettes det en særlig oppmerksomhet på dette.

Det er videre en utfordring at relativt mange avvikshendelser oppstår som konsekvens av at besluttet prosedyre ikke er fulgt. Eksempel kan være manglende dobbeltkontroll ved medikamentutlevering.

Det er innført automatisk purressystem i Docmap slik at om leder ikke behandler avvikshendelse innen 2 uker sendes automatiske purringer. Dette har bidratt positivt. Av de 642 meldte hendelsene i 2012 er nær 500 per 5. november lukket.

2. Internrevisjoner

Revisjon er en særegen metode for best mulig objektivt å bedømme om en aktivitet er i overensstemmelse med det som er lovbestemt, planlagt eller ønskelig. Internrevisjonen i foretaket skal foreta systematiske risikovurderinger, kontroller og undersøkelser for å vurdere om internkontrollen virker hensiktsmessig og betryggende. Hensikten med internrevisjon er en systematisk og uavhengig undersøkelse for å skape forbedringer. Det er utarbeidet egen plan for interne revisjoner i foretaket. Helse Finnmark deltar i årlig fellesmøte i regionen hvor revisjonstema drøftes. Det er gjennomført 2 kurs for opplæring av interne revisorer. Helse Finnmark HF arbeider nå for å etablere et ”internrevisjonskorps” slik at det er faste personer som inngår i denne aktiviteten. For inneværende år er det planlagt samlet 8 slike revisjoner innen områdene. Frist for utførelse er utsatt med 4 måneder til april 2013. Da planlegges alle 8 revisjoner gjennomført.:

- Administrering av legemidler/legemiddelhåndtering
- Smittevern: håndtering av smittefarlig avfall
- Bruk av Docmap, - revideres dokumenter årlig
- System for HMS-opplæring av nyansatte
- System og praksis for validering og kalibrering av utstyr
- System og rutiner for opplæring i bruk av maskiner og utstyr
- Strålevern, (radiologi/UV-lys), bruk av verneutstyr
- IK-mat postkjøkken

Oppfølging også av gjennomførte interne revisjoner skjer blant annet ved ”ledelsens årlige gjennomgang”, et særskilt møte.

Ved utvelgelse av revisjonsområder søker vi å ta utgangspunkt i:

- Meldte avvik
- Skademeldinger
- Resultat etter gjennomførte risikokartlegginger, fortrinnsvis gjennom risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser).
- Områder pålagt av eksterne myndigheter.
- Områder anbefalt fra foretaksledelse / klinikkledelse
- Områder anbefalt av FAMU / Kvalitetsutvalg/KVAM-råd
- Resultat etter gjennomførte lokale/regionale/nasjonale undersøkelser.
- Tilbakemeldinger fra andre avdelinger/ansatte og pasienter vil også kunne gi grunnlag for internrevisjon.

3. FIKS

”Felles innføring av Kliniske systemer”, FIKS, er navnet på fellesløftet som Helse Nord skal ta innen kliniske dataprogrammer. FIKS ble etablert av Helse Nord RHF høsten 2011.

Programmet skal planlegge og innføre systemporteføljen i hele Helse Nord de neste fire til fem årene, gjennom et tett samarbeid med helseforetakene, Helse Nord IKT og leverandørene.

Innføringen skal gi regionen verktøy som bidrar til mer standardiserte og enhetlige pasientforløp, og som gir et godt og brukervennlig arbeidsverktøy for de ansatte. FIKS-programmet skal både ivareta standardisering og felles plattform for kliniske systemer, og minst like viktig; muliggjøre effektive pasientforløp. Programmet skal bidra til økt pasientsikkerhet, kortere ventetid og bedre ressursutnyttelse.

De systemene det dreier seg om er:

- 1) DIPS: Elektronisk pasientjournal og pasientadministrasjon (EPJ/PAS)
- 2) DIPS: Laboratorieinformasjonssystemer (LAB)
- 3) DIPS: Elektronisk rekvirering av laboratorietjenester (ERL)
- 4) Tieto: Patologi
- 5) Sectra: Røntgeninformasjon (RIS)
- 6) Sectra: Arkiverings- og visningssystem for diagnostiske bilder (PACS)

4. Informasjonssikkerhet

Helse Finnmark HF har et selvstendig ansvar for informasjonssikkerheten i egen virksomhet. Det overordnede ansvar påhviler direktøren for virksomheten. Krav gjeldende informasjonssikkerhet er betydelig skjerpet, og er i ferd med å bli ytterligere skjerpet. Økt samhandling skaper utfordringer. Krav til sikkerhet spesifiseres i en rekke lover og forskrifter. ”Norm for informasjonssikkerhet” (”normen”) gjeldende i helse-, omsorgs- og sosialsektoren er utarbeidet av organisasjoner i sektoren med sikte på å bidra til tilfredsstillende informasjonssikkerhet hos den enkelte virksomhet og i sektoren generelt, samt å bidra til å etablere mekanismer hvor virksomhetene kan ha gjensidig tillit til at øvrige virksomheters behandling av helse- og personopplysninger, gjennomføres på en sikkerhetsmessig forsvarlig måte. Normen stiller krav som detaljerer og supplerer gjeldende regelverk. Hvis foretaket ikke etterlever krav i lovverk, kan foretaket få sanksjoner slik det er hjemlet i ulikt lovverk varierende fra tvangsmulkt eller fengselsstraffer inntil ett år / 3 år ved særdeles skjerpende omstendigheter. Ved ikrafttreden av den nye **Helseinformasjonssikkerhetsforskriften** er et overordnet styringssystem for informasjonssikkerhet nødvendig for å kunne imøtekomme de krav som da stilles.

Informasjonssikkerhetsansvaret i Helse Finnmark er tillagt kvalitetsrådgiver som deltar i regionalt sikkerhetsnettverk. Nettverket har utarbeidet et felles styringssystem for informasjonssikkerheten. Styringssystemet inneholder nå de nødvendige prosedyrer og retningslinjer. Det er vurdert som en betydelig utfordring å lære opp og implementere styringssystemet i vår virksomhet. Ansvar og oppgaver for både ansatte, ledere og for ansatte i spesielle funksjoner er definert. Imidlertid er flere av oppgavene så komplekse at organisasjonen må tilrettelegge slik at ledere får nødvendig hjelp underveis. Det dreier seg blant annet om gjennomføring av sikkerhetsrevisjoner på kliniske systemer.

Ressurs- og kompetansebehovet for å kunne ivareta alle oppgavene relatert til området er tidligere neppe tilstrekkelig estimert. Dette har vært tema på direktørmøte i Bodø 13. september 2012. Ikrafttredelse av ny forskrift hvor man bl.a. ønsker å åpne opp for tilganger til pasientjournaler på tvers av virksomheter, noe som vil innebære ytterligere arbeidsoppgaver bl.a. relatert til logging av innsyn og mange tilpasninger av dagens systemer. Nytt overordnet felles styringssystem representerer ikke en betydelig endring av oppgavene slik de har vært plassert fram til nå, men det er likevel slik at oppgavene i

for liten grad har vært uttalt og kjent for de som innehar de ulike stillinger som er nevnt i oversikten. Innad i vårt foretak ble ressursituasjonen satt på dagsorden i forbindelse med at styret behandlet internrevisjonsrapport som styresak 84/2010.

Helse Finnmark HF har i dag en rekke meget komplekse datasystemer som håndterer sensitiv pasientinformasjon:

- **Akuttmedisin og AMK:** Opprinnelsessystem -113, AMIS Server, Amis WEB, AMIS Klient (AMK), Labas, Mortensen RBO (AMK), MUSE (AMK), TransMed (AMK), rbologg, FScli
- **Radiologi:** Arcidis, Web1000, Impax, TRIS, Impax broker, RadRap
- **Laboratorier:** Labcraft, Labbroker, DIPS Lab, DIPS Lab Broker, cITm Cobas IT middleware, CentralLink
- **EPJ:** Abortregistrering, ADM, ASL_LIS, BarnHab, DiasySoft, Dips, Dips Communicator, DIPS EDI Broker, Dips Interactor, Dips Message Broker, DRG, Elektronisk Meldingsutveksler, Fysiofix, ICD-10, Noah Audiogram, Noah Engine, Noah System - Standalone versjon, Noahlink, Partus

III. Organisering

1. Organisering av kvalitetsarbeidet generelt

Organisering av arbeid med kvalitet og HMS ble besluttet i august 2009. Dette skal være en integrert del av virksomheten i alle avdelinger på alle nivå og skal ses som en naturlig del av de daglige gjøremål. KVAM benyttes som forkortelse/begrep for **K**valitet og **A**rbeids**M**iljø. På klinikknivå og på avdelingsnivå var det ønsket en samordning av arbeidet med kvalitet og HMS ut fra erkjennelse av at pasientbehandlingen og innehar en arbeidsmiljøside som må være godt ivaretatt. Det finnes bl.a tilstrekkelig kunnskap til å erkjenne at høyt sykefravær har negative følger for kvalitet i pasientbehandlingen.

På foretaksnivå er det etablert eget kvalitetsutvalg og eget foretaksovergrepene arbeidsmiljøutvalg (FAMU). Gjeldende kvalitetsutvalg gjøres det nå arbeid for å få til mer jevnlige møter enn vi har lyktes med i 2012. Omorganisering i foretaket har medført behov for å vurdere utvalgets sammensetning på ny. Slikt arbeid pågår.

På klinikknivå har begrepet KVAM-råd vært benyttet om fora som både har hatt kvalitetssaker og arbeidsmiljø på sin agenda. Etableringen har ikke vært like vellykket i alle klinikker. Dette har nå medført ny vurdering av organiseringen og det vurderes å la klinikkene få anledning til å splitte dette organet og i stedet etablere et rent kvalitetsråd og et AMU-råd på klinikknivå.

KVAM-grupper er benyttet som begrep for grupper på avdelingsnivå og som i hovedsak har de samme arbeidsoppgaver innen sin avdeling/sitt område som KVAM-råd har på klinikknivå.

2. Klinisk etikkomité (KEK)

Klinisk etikkomité er en tverrfaglig sammensatt komité som har som oppgave å bidra til å høyne kompetansen i klinisk etikk, samt bidra til grundig og systematisk håndtering av

etiske problemstillinger i den kliniske hverdagen. Alle helseforetak er pålagt å ha en etisk komité.

KEK Helse Finnmark ble opprettet i 2004, og er en av fire etikkomiteer i Helse Nord. Komiteen er tverrfaglig. Medlemmene oppnevnes av direktøren for fire år av gangen. Komiteens arbeid er uavhengig av administrasjonen, men en del av foretakets ledelsesstruktur.

Komiteen fungerer som et uavhengig forum for fri diskusjon og støtte rundt vanskelige klinisk-etiske avgjørelser. Den har ingen tilknytning til de regionale forskningsetiske komiteene, er ikke et klageorgan og har ingen sanksjonsmyndighet når det gjelder avgjørelser av medisinsk art. KEK er heller ikke en etisk domstol og har ingen tilknytning til sykehusets avviksbehandling.

KEK har egen lenke fra foretakets intranettside, og ansatte oppfordres til å melde inn saker til KEK for etisk vurdering.

3. Brukermedvirkning

Brukermedvirkning skal gjøre en forskjell og bidra til at tjenestetilbudet blir mer tilpasset enkeltpersoner og gruppers behov. Brukermedvirkning handler om å styrke brukerens stilling gjennom myndiggjøring av den som trenger helsetjenester. I helseforetakslovens § 14 #Medvirkning fra pasienter og pårørende” heter det:

”Styret skal påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, bl.a. gjennom fast samarbeid med deres organisasjoner. Styret skal også påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og driften av virksomhetene. Melding fra pasientombudene skal legges ved meldingen til departementet, jfr § 15. Styret må også påse at samiske organisasjoner, nasjonale minoritetsorganisasjoner og innvandrerorganisasjoner i helseregionen blir hørt”.

Brukerutvalget er et samarbeids- og rådgivningsorgan for styret og ledelse i helseforetaket i saker og spørsmål som angår tilbudet til pasientene. Brukerutvalget fungerer som et kollegium og behandler saker som blir forelagt utvalget av helseforetakets ledelse og/eller som medlemmene har bedt om å få til behandling.

Brukerutvalget for Helse Finnmark HF består av 9 medlemmer.

- 1 representanter fra Finnmark fylkeskommunes eldreråd.
- 1 representant med spesielt ansvar for å ivareta brukerperspektivet vedrørende helsetilbudet til den samiske befolkningen. Finnmark fylkeskommunes eldreråd, FFO, SAFO, RIO OG Kreftforeningen blir alle bedt om å fremme forslag til medlem med slik spesielt ansvar.
- 4 representanter fra FFO hvorav to medlemmer tilknyttet underorganisasjonen Mental Helse.
- 1 representant fra Samarbeidsforum for funksjonshemmedes organisasjoner.
- 1 representant fra RIO
- 1 representant fra Kreftforeningen.

Styret i Helse Finnmark behandlet våren 2012 sak om nyoppnevning av utvalget som har en funksjonstid på 2 år. Utvalget har møtt budsjettmessige utfordringer blant annet begrunnet med dyre reiser, mer aktivitet blant annet i form av flere møtearenaer, opplæringskonferanse, kompensasjon for tapt arbeidsfortjeneste samt reviderte retningslinjer for godtgjøring. Budsjett for brukerutvalget trenger styrking for å opprettholde ønsket aktivitetsnivå.

Det pågår nå et regionalt arbeid for å utarbeide egen veileder for brukermedvirkning i Helse Nord. Leder i foretakets brukerutvalg deltar sammen med kvalitetsrådgiver i dette arbeidet som regnes å være ferdig ved årsskiftet. Forventninger vil komme klarere fram i dette dokumentet. En viktig utfordring er å iverksette tiltak som bedre sikrer at utvalget er godt orientert om forholdene i foretaket. Et forslag er at representant fra foretaksledelsen deltar i møtene og gir nødvendig orientering. Fokusområder for brukerutvalget vil særlig være:

- Kvalitet og pasientsikkerhet
- Samhandling og samarbeid
- Ledelse og brukermedvirkning

IV. Prosjekter/tiltak

1. Pasientforløpsarbeid

”Lean”- prosjektet (lean; engelsk for slank, mager) i Helse Finnmark startet sommeren 2011 og har en foreløpig varighet fram til juni 2013. Ved oppstarten ble det gjennomført opplæring i Lean-metodikk av eksterne konsulenter. Åtte medarbeidere fordelt på tre klinikker deltok. Prosjektleder sluttet i sin stilling i januar 2012, ny Lean-medarbeider tiltrådte februar 2012. Prosjektet var fra starten ment å skulle jobbe mot hele foretaket, men ble etter Lean-medarbeidernes ønske organisert i klinikk Hammerfest. Dette for å oppnå sterkere ledelsesforankring og tettere tilknytning til det kliniske miljøet.

Det første pasientforløpet som ble gjennomgått var protese pasienter i klinikk Hammerfest. Bakgrunnen for at dette forløpet ble valgt, var lang liggetid (målt til 9 dgr) og påfølgende overbelegg på sengeposten. Kartleggingen av forløpet avdekket mange flaskehalsar:

- Manglende kvalitet på henvisninger og sen/tungvint arbeidsgang i Dips.
- Manglende medisinsk utredning og for sen preoperativ vurdering av pasientene.
- Mangel på standarder og prosedyrer for forløp og behandling.
- Utilstrekkelig informasjon/forberedelse av pasientene.

Prosjektet utarbeidet et nytt standardisert forløp, der opprettelsen av en ”preoperativ poliklinikk” er et sentralt element. Pasientene går gjennom en utredningsløype samme dag som de er på ortopedisk poliklinikk, og det blir bestemt at de skal få en proteseoperasjon. Preoperativ poliklinikk har vært betjent av Lean-medarbeiderne, som et underprosjekt i det overordnede Lean-prosjektet.

Vi har så langt hatt 20 pasienter gjennom forløpet, og for ca halvparten av disse har det vært fanget opp medisinske forhold som uten tvil ville ført til stryk fra operasjonsprogrammet.

Liggetiden er redusert til 5-6 dager, og pasientene gir uttrykk for at god informasjon bidrar til tidligere mobilisering og utskrivelse. Pasienter som ikke har fulgt utredningsløypa har også fått redusert liggetid, sannsynligvis fordi det har blitt gode prosedyrer og større fokus på tidlig mobilisering på sengeposten.

Erfaringene fra preoperativ poliklinikk har vært svært positive, og etter vår mening er dette veien å gå for alle operasjonspasienter. Tidligere og bedre utredning vil være et viktig virkemiddel for å bedre pasientsikkerheten og forebygge stryk.

Lean-prosjektet har i tillegg bidratt inn i flere pasientforløp:

Ernæringskartlegging. Klinikk Hammerfest og Kirkenes har i løpet av våren og sommeren 2012 etablert og implementert ny prosedyre for ernæringskartlegging av alle innlagte pasienter.

Slagenhet klinikk Hammerfest. Slagenheten åpnet i juni 2012, Lean-prosjektet bisto med praktisk hjelp, utforming av pasientforløpet og utarbeiding av prosedyrer.

Pasientforløp tykk- og endetarmskreft. Det er gjennomført kartlegging av flaskehals og problemområder, men av ulike årsaker har vi foreløpig ikke lyktes med å ferdigstille et nytt forbedret forløp.

Overvektpoliklinikken. Vi er i gang med å etablere et utredningsforløp for pasienter som evt skal henvises til NLSH for overvektkirurgi.

Døgnrytmeplan medisinsk avdeling. Et omfattende prosjekt der vi kartlegger aktivitetene til pleiere og leger, og ser på forbedringsmuligheter ifht rapport og dokumentasjon, previsit/visitt og et stort antall arbeidsrutiner.

2. Pasientsikkerhetskampanjen

Vi har i Helse Finnmark foreløpig flg satsingsfelt innen den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen:

- a. Trygg kirurgi
- b. Samstemming av medisinlister
- c. GTT
- d. Måling av pasientsikkerhetskultur
- e. Forebygging av urinveisinfeksjoner i forbindelse med bruk av kateter
- f. Forebygging av infeksjon ved sentralt venekateter
- g. Behandling av hjerneslag

Resultatene fra arbeidet innen kampanjen her lokalt publiseres jevnlig på Ekstranett, kampanjens offisielle portal.

a. Trygg kirurgi.

Til dette prosjektet hører flg underprosjekter:

- kirurgisk sjekkliste
- korrekt preoperativ hårfjerning
- normotemperatur
- korrekt preoperativ antibiotika

Personell involvert:

Mary Sofie Jensen, operasjonspl Knes sh
Trond Eliassen, anestesipl Kirkenes sh
Liz Judy Småvik, anestesipl Hammerfest sh
Uwe Agle Dahl, kirurgisk overlege Hammerfest sh
Karine Nordstrand, LIS-lege kirurgi Hammerfest sh.

b. Samstemming av medisinlister:

Følgende arbeid er utført:

- Anamneseskjema for legemiddelanamnese er tatt i bruk.
- Det er skrevet en sak i Praksisnytt om temaet.
- Plakater er trykket og distribuert til alle legesentre, apotek, spesialistpoliklinikker og sykehus.

Personell:

Bjørn Wembstad, medisinsk overlege Hammerfest sh
Arve Østlyngen, praksiskonsulent Helse Finnmark
Harald G. Sunde, medisinsk fagsjef Helse Finnmark

c. Global Trigger Tool (GTT).

240 journaler er gransket for 2010 og 2011. 20 journaler granskes per mnd fortløpende nå.

Personell:

Tone Bjerknes, anestesipl Kirkenes sh
Ragnhild Heggelund, Hammerfest sh
Trine Strand Mikkelsen, spl, Hammerfest sh.
Kristian Espeland, LIS-lege medisin Kirkenes sh

Når tallene for 2011 er ferdig publisert i ekstranett, skal tallene bearbeides og brukes tilbake til klinikkene.

d. Måling av pasientsikkerhetskultur

Den nasjonale pasientsikkerhetskulturmålingen ble gjennomført fram til sommeren 2012 og man kom over målet på 70 % svarandel innen fristen (som ble noe utsatt). Tallene for Helse Finnmark totalt sett var svært like resultatene fra de andre helseforetakene i Helse Nord. Innen de forskjellige klinikkene var det imidlertid svar som avvek fra gjennomsnittet.

Kliniksjeffene fikk tallene overlevert på et foretaksledermøte i oktober for videre bearbeiding og bruk internt i deres respektive klinikker.

e. Forebygging av urinveisinfeksjoner i forbindelse med bruk av kateter

Begynner høsten 2012.

Personell:

Hege Lundmark, hygienesykepleier, Hammerfest
Kristin Tormodsrud, spl, Hammerfest.

f. Forebygging av infeksjon ved sentralt venekateter

Begynner høsten 2012:

Personell:

Oddvar Kvalsvik, smittevernlege, Kirkenes
Anita Brekken, hygienesykepleier, Kirkenes

g. Hjerneslag.

Begynt sommeren 2012.

Her har Helse Finnmark dessverre enda ikke klart å mobilisere personell til å delta.

3. Kvalitetspatruljen

”Kvalitetspatruljen” er et utvalg opprettet for å kunne gi målrettet støtte og hjelp på områder der støtteapparatet rundt avdelinger, klinikker og ledere ikke er godt nok til å gi HFHF det kvalitetsløftet som organisasjonen trenger. Etableringen av patruljen er et slikt strategisk grep. Patruljen er opprettet etter modell bl.a. fra Kaiser Permanente i USA. Ordningen skal ikke erstatte Kvalitetsutvalget eller KVAM – råd. Etableringen understøttes blant annet av Helse Finnmark sin Kvalitetsstrategi ved satsningsområde 4: Dokumentasjon og analyse av klinisk praksis.

Utvikling av kvalitetsarbeid i en stor og kompleks virksomhet som Helse Finnmark er utfordrende. Etableringen av gruppen foreslås gjort som et konsentrert og kollektivt initiativ som skal bidra til å endre tenkning, status, innsats og kompetanse i kvalitetsarbeidet.

Når gruppen går ut i den enkelte avdeling er det viktig å være oppmerksom på to forhold:

- a) Arbeidet som gjøres av den enkelte leder, den enkelte avdeling og KVAM – råd skal ikke underkjennes.
- b) Gruppen skal overføre sin kompetanse til linjestrutturen hvor også ansvaret for gjennomføringen av arbeidet skal ligge.. På denne måten vil gruppens arbeid bidra til å utvikle Helse Finnmark som en lærende organisasjon. I arbeidet skal gruppen ivareta kjerneverdien Kvalitet – Trygghet – Respekt.

Erfaring fra lignende prosesser, blant annet i Nordlandssykehuset, viser at man med en slik konsentrert innsats og fokusering på kvalitetsarbeid, bidrar til at hele sykehuset løftes i løpet av kort tid.

Som sekretær for patruljen – og krumtapp i det daglige arbeidet – er tenkt den utlyste stillingen som kvalitetsrådgiver. I påvente av ansettelse av vedkommende og i tillegg

omorganisering av Helse Finnmark er det praktiske arbeidet med kvalitetspatruljen satt litt på vent.

4. Arbeid med ventelister og fristbrudd

I oppdragsdokumentet for 2012 er det etablert målsetninger knyttet til kvalitet som foretakene skal arbeide for å realisere. Ventetider for pasienter med og uten rett skal ikke overstige 60 dager i snitt. Fristbrudd skal heller ikke forekomme. I begynnelsen av året etablerte foretaket en handlingsplan innenfor fristbrudd og ventetider som har vært fulgt opp kontinuerlig av klinikkjefene utover hele året. En rekke tiltak har vært gjennomført knyttet til utvikling av gode rutiner og systemer for oppfølging av fristbrudd og ventelister. I tillegg er det jobbet med tiltak som skal få ned ventelister og fristbrudd på de områdene hvor vi opplever lengst ventetid og hvor vi har de fleste fristbruddene.

5. BEST – Bedre & systematisk teamtrening.

Stiftelsen BEST: Bedre & systematisk traumebehandling ble opprettet som en videreføring av pilotprosjektet ”Kvalitetssikring av traumebehandling i sykehus” i 1997. Stiftelsen har sekretariat i Hammerfest, men drives som et samarbeid mellom ulike ressurspersoner/miljøer over hele landet. 49 av landets 50 sykehus er knyttet sammen i nettverket. Stiftelsen har en visjon og ledes av et styre. Overlege Torben Wisborg, Klinikk Hammerfest er daglig leder. Anestesisykepleier Kjersti M. Fagerstad på Klinikk Hammerfest er koordinator for stiftelsen i 50 % stilling. 6275 temammedlemmer har siden starten blitt kurset av BEST. Helse Nord har vedtatt at regionens sykehus med akuttfunksjon skal øve minst 2 ganger pr. år. Stiftelsen har utviklet flere ulike konsepter: Kommune –BEST, Medisinsk – BEST, Student – BEST og Barne – BEST og Nyfødt – BEST. Det har også vært gjennomført internasjonalt samarbeid med Botswana. Likeledes i Danmark, Færøyene og på Island. Det avholdes årlige nettverksmøter hvor det utveksles erfaringer, knyttes kontakter og hvor BEST – samarbeidet opprettholdes og utvikles. Prosjektet har bidratt til en utstrakt akademisering av feltet gjennom et to – sifret antall publikasjoner (4 stk. i 2011). Ved siden av å være et kvalitetsprosjekt er prosjektet et demokratiseringsprosjekt, et solidaritetsprosjekt og et miljøprosjekt. BEST er tildelt flere kvalitetspriser, bla. Den Nasjonale Kvalitetsprisen for 2011 av Norsk Forum for Kvalitet i Helse – og sosialtjenesten (NFKH) i mars 2011.

V. Rapportering og publisering.

1. 3-3 meldinger

De såkalte 3-3-meldinger er avviksmeldinger som helsepersonell skriver etter opplevde avvik i pasientbehandling. Dette innbefatter hendelser som har medført eller kunne medført betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen.

Tidligere gikk disse skjemaene til Helsetilsynet. Fra 1. juli 2012 ble Kunnskapssenteret ny mottaker. Meldefrist er satt til 24 timer. Nye skjema for Helse Finnmark er laget, disse ligger i Docmap og er lett tilgjengelig for ansatte i foretaket.

Pasienthendelsesskjema benyttes når pasient er eller kunne blitt involvert i hendelsen. Dette skjema benyttes uavhengig av alvorlighetsgrad. Samme skjema benyttes uavhengig av om melding skal sendes Kunnskapssenteret – eller kun behandles innad i institusjonen. I perioden 1. juli – 31. oktober 2012 ble det samlet i Docmap registrert 20 pasienthendelser. Av disse er 11 videremeldt til Kunnskapssenteret. Etter at Kunnskapssenteret overtok som meldingsadressat, har antallet innmeldte avvik økt betydelig.

Sykehuset Østfold har startet med å publisere 3-3-meldinger anonymisert på sin hjemmeside; dette for å vise åpenhet rundt avviksmeldinger og vise publikum hvordan dette håndteres.

Helse Finnmark har vurdert å begynne med tilsvarende vurdering, men har ennå ikke startet opp. Vi ser en relativt stor utfordring i å kunne anonymisere avviksmeldingene så godt at de ikke blir gjenkjennbare i våre små lokalsamfunn. Slikt arbeid med anonymisering og publisering vil være relativt tidskrevende arbeid. Det er planlagt et møte mellom fagsjef, kommunikasjonssjef og kliniske leger om dette.

2. Våre kvalitetsindikatorer

Helse Finnmarks hjemmesider er høsten 2012 omarbeidet. Et av de nye kapitlene som er lagt inn på hjemmesida er nasjonale kvalitetsindikatorer. Disse indikatorene har tidligere vært tilgjengelig på Helsedirektoratets hjemmesider, men de er nå lagt mer synlig for befolkning og media på Helse Finnmarks hjemmesider.

Flg indikatorer er omtalt:

- Epikrisetider
- Fristbrudd
- Fødselsrifter
- Korridorpasienter
- Lårhalsbrudd
- Oppdaterte ventetider
- Registrering av hovedtilstand innen barne- og ungdomspsykiatri
- Registrering av lovgrunnlag innen voksenpsykiatri
- Prevalens av sykehusinfeksjoner
- Trombolysebehandling
- Ventetider
- Tid fra henvisning til første behandling – brystkreft

Tallene for Helse Finnmark presenteres på disse sidene, brukket ned på behandlingssteder så sant dette er mulig. Forklaringer til indikatoren ligger tilgjengelig og nasjonale tall kan ses som en sammenlikning. Disse tallene oppdateres fortløpende.

3. Legesida

Legesida ligger tilgjengelig både på intranett og internett. Den er en hjemmeside som tar sikte på å informere primærhelsetjenesten – særlig fastlegene – i Finnmark om Helse Finnmarks behandlingstilbud. Siden redigeres av praksiskonsulent Arve Østlyngen i nært

samarbeid med medisinsk fagsjef Harald G. Sunde (tidligere praksiskonsulent) og kommunikasjonsavdelingen v/ Ivar Greiner og Eilert Sundt.

Sida er hovedsakelig bygget opp rundt tre områder:

- Nyhetsaker. Siden oppstarten i 2006 har vi publisert 330 artikler her. De fleste er skrevet av praksiskonsulentene selv, eller andre i Helse Finnmark. Noen saker er blitt skrevet av eksterne bidragsyttere spesielt for Helse Finnmark, mens en del saker er lånt/sakset fra andre steder.
- Oversikt over behandlingstilbudet i Helse Finnmark. Her ligger oversikt over de fire klinikkene med underliggende avdelinger og ambuleringssteder. I tillegg finnes en oversikt over Helse Nords avtalespesialister i Finnmark og andre behandlingsinstitusjoner i Finnmark. I tillegg ligger det ute en ajourført oversikt over ambulerende spesialister til Hammerfest, Alta, Karasjok, Vadsø og Kirkenes.
- Nyttige lenker. Til sammen nesten 50 nyttige nett-lenker innen helse er lagt i høyre marg, og lista vokser stadig.

Legesida er i stadig større grad brukt som en integrert del av primærhelsetjenestens opplæring av nye studenter og turnusleger når de søker etter oppdatert informasjon om behandlingstilbudet i Helse Finnmark.

Gjennom Legesida håper vi også å dyrke fram tilknytning og lojalitet fra primærhelsetjenesten i Finnmark til spesialisthelsetjenestetilbudet i Helse Finnmark.

4. Kvalitetsregistre

Et kvalitetsregister er et register som løpende kan dokumentere resultater av behandling for en avgrenset pasientgruppe. Data fra medisinske kvalitetsregistre gir grunnlag for å evaluere kvalitet og oppnådd helsegevinst, faglig forbedringsarbeid, forskning og styring.

Helse- og omsorgsdepartementet beslutter hvilke medisinske kvalitetsregistre som skal få status som nasjonale, basert på bl.a. prosess i de regionale helseforetakene og anbefalinger fra Helsedirektoratet. Fram til høsten 2012 var flg 19 registre godkjent som nasjonale (tabellen viser også hvilke registre Helse Finnmark rapporterer til).

| | | Detakelse -> | Hammerfest | Kirkenes |
|----|---|----------------------|------------|-------------|
| | Register: | Lokalisering: | | |
| 1 | Norsk hjerneslagregister | Trondheim | Nei | Nei |
| 2 | Norsk MS-register og biobank | Bergen | Nei | Nei |
| 3 | Nasjonalt korsbåndregister | Bergen | Ja | ja |
| 4 | Nasjonalt register for leddproteser | Bergen | Ja | Ja |
| 5 | Nasjonalt hoftebruddregister | Bergen | Ja | Ja |
| 6 | Norsk karkirurgisk register | Trondheim | Nei | Nei |
| 7 | Norsk register for KOLS | Bergen | Nei | Nei (komme) |
| 8 | Norsk kvalitetsregister for leppe-, kjeve- og ganespalte | Bergen | nei | Nei |
| 9 | Norsk intensivregister (NIR) | Bergen | Ja | Ja |
| 10 | Nasjonalt traumeregister | Oslo | Snart | Snart |
| 11 | Cerebral pareseregisteret i Norge | Tønsberg | Ja | Ja |
| 12 | Norsk nyfødte medisinsk kvalitetsregister | Oslo | Ja | Ja |
| 13 | Norsk diabetesregister for voksne | Bergen | Ja | Ja? |
| 14 | Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes | Oslo | Ja | Delvis |
| 15 | Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi | Tromsø | Nei | Nei |
| 16 | Nasjonalt register for arvelige og medfødte nevrologiske sykdommer | Tromsø | Nei | Nei |
| 17 | Nasjonalt register for prostatakreft (NPPC) | Oslo | Ja | Ja |
| 18 | Nasjonalt register for tykk- og endetarmskreft | Oslo | Ja | Ja |
| 19 | Norsk hjerteinfarktregister | Trondheim | Nei | Nei |

I oktober 2012 ble ytterligere 14 kvalitetsregistre godkjent som nasjonale. Vi har derved 33 nasjonale kvalitetsregistre i Norge, dette mot over 100 i Sverige.

Rapporteringen til slike registre må gjøres manuelt, og er derfor tid- og ressurskrevende. På sikt vil Helse Finnmark og andre bidragsytere komme til å få mye positiv nytte av disse registrene. Det er planlagt et møte med overlege Eva Stensland på SKDE på Kirkenes sykehus medio desember der hun vil informere alle interesserte om disse registrene. Tilsvarende møte vil seinere bli arrangert i Hammerfest.

I Dialogavtalene mellom kliniksjefer og adm dir vil disse bli gitt i oppdrag å etablere et kvalitetsregister på avd. nivå for 2013.

Kvalitetsstrategi Helse Finnmark HF – Oppfølging av vedtatte overordnede kvalitetsstrategi fra Helse Nord RHF

| | |
|--|---|
| Styrets vedtak i saken: | 1 |
| Innledning | 1 |
| Verdier og mål: | 2 |
| Om kvalitetsarbeid | 2 |
| Kvalitetsstrategi og handlingsplan Helse Finnmark 2011-2014 | 3 |
| Satsingsområde 1: Kunnskapsforankring..... | 4 |
| Tiltaksplan:..... | 4 |
| Satsingsområde 2: Pasientfokus..... | 5 |
| Tiltaksplan:..... | 5 |
| Satsingsområde 3: Pasientsikkerhet | 5 |
| Tiltaksplan:..... | 6 |
| Satsingsområde 4: Dokumentasjon og analyse av klinisk praksis..... | 6 |
| Tiltaksplan:..... | 7 |

Styrets vedtak i saken:

Styret i Helse Finnmark HF vedtok enstemmig følgende i sak nr. 58/2011 "Kvalitetsstrategi Helse Finnmark HF - Oppfølging av vedtatte overordnede kvalitetsstrategi fra Helse Nord RHF".

Vedtaket:

1. Styret i Helse Finnmark HF gir sin tilslutning til de strategier og handlingsplaner 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 adm. dir. om at klinikkene rapporterer framdriften i kvalitetsarbeidet i tertialrapporter og i Årlig melding.
4. Styret forutsetter at besluttet strategi blir revidert dersom oppdragsdokumentet eller andre hensyn skulle tilsi dette.
5. 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.

Innledning

Helse Finnmark utarbeidet sin kvalitetsstrategi i 2010. Vedtak i styresak 15/2011 fra Helse Nord medfører behov for å revidere vår opprinnelige kvalitetsstrategi. Det ble vurdert 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 har bedt 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's 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 tidshorison.

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:

- Klinikkene 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.
- Klinikkene 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.

- Sjekklisten 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:

- Klinikkerne skal konkretisere oppfølging av satsingsområde 4 "Dokumentasjon og analyse av klinisk praksis" i sine virksomhetsplaner fra 2012.
- I 2011 iverksettes kartlegging innad i klinikkerne for å avdekke behov for arbeidsrutiner/prosedyrer som skal sikre korrekt bruk av DIPS. EPJ-konsulenter samarbeider med klinikkerne 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.
- Klinikkerne skal gjennomføre internkontroll og evt iverksette tiltak for å sikre at dokumentasjon i pasientjournal har ønsket kvalitativt nivå.