



## Styremøte i Helse Finnmark HF

### Saksnummer 84/2013

Saksbehandler: Medisinsk fagsjef, Harald Sunde  
Møtedato: 30. oktober 2013

---

## Status arbeid kvalitetsstrategi 2011-2014 for Helse Finnmark HF

### Administrerende direktørs forslag til vedtak:

Styret i Helse Finnmark HF tar informasjonen vedrørende status for arbeid med kvalitetsstrategi 2011-2014 til orientering.

Hans Petter Fundingsrud  
Administrerende direktør

**Vedlegg:**  
Saksfremlegg  
Kvalitetsstrategi 2011-2014 for Helse Finnmark HF



Saksbehandler: Medisinsk fagsjef Harald G. Sunde  
Dato: 30. oktober 2013

---

## Status arbeid kvalitetsstrategi 2011-2014 for Helse Finnmark HF

### A) Bakgrunn

I styremøte desember 2012 ble styret orientert om pågående kvalitetsarbeid, herunder arbeid med tiltak i kvalitetsstrategien for foretaket. I forbindelse med behandling av saken ble styret orientert om at Administrerende direktør ville orientere styret om status for arbeidet med disse tiltakene høsten 2013.

### B) Om Helse Finnmarks kvalitetsstrategi.

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 2011-2014 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.

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

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-råd (Kvalitet og ArbeidsMiljøråd), 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.

#### 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.

#### **Status per september 2013:**

- ✓ Klinikkene skriver ikke lenger virksomhetsplaner. I stedet følges oppdragsdokumentet og ny/justert aktivitet følger dette.
- ✓ Andelen dokumenter som ikke er vedlikehold har gått litt opp siden sist rapportering.
- ✓ Dokumentansvarlige som har mange dokumenter som ikke er revidert, følges opp og får tilbud om hjelp til bruk av systemet.
- ✓ Situasjonen er som følger:
  - Hele Helse Finnmark HF: 5006 dokumenter hvorav 643 skulle vært revidert før 07.10.2013
  - Klinikk Hammerfest: 1911 dokumenter hvorav 275 skulle vært revidert før 07.10.2013



- Klinikk Kirkenes: 1892 dokumenter hvorav 156 skulle vært revidert før 07.10.2013
- Klinikk psykisk helsevern og rus: 409 dokumenter hvorav 34 skulle vært revidert før 07.10.2013
- Prehospital klinikk: 189 dokumenter hvorav 79 ikke er revidert som forutsatt per 07.10.2013
- Senter for drift og eiendom: 188 dokumenter hvorav 8 ikke er revidert som forutsatt per 07.10.2013
- ✓ Gjeldende felles dokumenter i Docmap er det etablert felles dokumenter ved døgnetenhetene. Bare i mindre utstrekning er fagprosedyrer for de medisinske avdelinger samt for gyn-fødeavdelingene laget som fellesdokumenter.
- ✓ En strukturert gjennomgang av dokumenter/prosedyrer med det som mål å få etablert felles dokumenter der dette er mulig er ikke optimalt gjennomført.
- ✓ De fleste enheter har nå dedikerte ansatte med ansvar for Docmap oppgaver. Det varierer hvor mye tid som er avsatt, noe som er naturlig all den tid ulike enheter har et svært variert innhold i applikasjonen

## 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:

- Klinikken 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.
- Klinikken skal gjøre bruk av resultater etter at det i 2011 er gjennomført nasjonal brukererfaringsundersøkelser (PasOpp-undersøkelser) når resultat foreligger.

### Status per september 2013:

- ✓ Virksomhetsplaner lages ikke lenger, jfr forrige punkt.
- ✓ Kvalitetsresultater og status for eksempelvis avvik og avvikshåndtering har vært etterspurt i



- forbindelse med KVAM-møter.
- ✓ Klinikk rus/psykiatri har sørget for at resultater etter nasjonale brukererfaringsundersøkelse er gjort kjent i klinikkene og har dannet grunnlag for klinikkenes forbedringsarbeid. De andre klinikkene har ikke gjort dette ennå.

### 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.

#### Status per september 2013:

- ✓ Virksomhetsplaner lages ikke mer, jfr over.
- ✓ Rutine for ledelsens gjennomgang er etablert, og gjennomgang er gjennomført. Saken har vært presentert i styremøte tidligere i år.
- ✓ Vi deltar aktivt i Pasientsikkerhetskampanjen, og kan vise til gode rutiner spesielt innenfor scoring av GTT, forebygging av trykksår, forebygging av selvmord, forebygging av infeksjon ved sentralt venekateter og samstemming av legemiddel lister. Nylig oppstartet innsatsområde ang. forebygging av overdose prioriteres også høyt.



- ✓ Vi har utarbeidet felles prosedyre for foretaket for å forebygge fall.
- ✓ Vi har nylig iverksatt et større arbeid med å sikre lik praksis ved de to slagenhetene i foretaket
- ✓ Vi deltar også innen ”Trygg kirurgi”, men denne er ikke fullt implementert ennå. Vi skal nå delta på EU-prosjektet ”joint action”
- ✓ Gjeldende pasienthendelser kan vi i vårt foretak også registrere at det nå oversendes flere meldinger etter at Kunnskapssenteret overtok meldingsordningen fra Helsetilsynet. I perioden 01.01.2012 – 30. september 2013 har vi registrert 120 avvikshendelser (pasienthendelser) i Docmap. Av disse er 43 videremeldt til Kunnskapssenteret i henhold til Spesialisthelsetjenestelovens §3-3.
- ✓ Vi registrerer at flere ledere raskt imøtekommer kravet og raskt sørger for at meldte hendelser blir saksbehandlet. Mne vi har også en rekke avvikshendelser som ikke blir saksbehandlet i henhold til satte tidsfrister, selv etter purring.
- ✓ Programmet Docmap har funksjonalitet slik at en kan lage saksliste til slike møter. Hendelser blir fokusert på avdelingsmøter.
- ✓ Vi utarbeider fra september 2013, månedlige kvalitetsrapporter som blant annet viser statistikk fra Pasientsikkerhetskampanjen og detaljert oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangler.

#### 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 Nords 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.



**Status per september 2013:**

- ✓ Om virksomhetsplaner, se over.
- ✓ Kvalitetspatruljen har startet et større arbeid med å forbedre epikrisetid ved Klinikk Hammerfest.
- ✓ Forbedringsprosjekt som innebærer analyse av ortopedivirksomhet i Helse Finnmark, med mål om å redusere fristbrudd, ventetid og øke produktiviteten – til øvrig nivå i Helse Nord.
- ✓ Henviser til kvalitetsrapport

## C) Organisering av kvalitetsarbeid

### I. Klinisk etikkomité KEK.

Vi har Klinisk etikkomité (KEK). Dette 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.

### II. Brukerutvalg.

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.

### III. Kvalitetsutvalg

Etter lengre tid uten aktivitet starter Helse Finnmark sitt Kvalitetsutvalg opp igjen. Det er oppnevnt nye medlemmer, og første møte er 1. november. Kvalitetsutvalget vil ha jevnlig møter, minst fire ganger i året. I tillegg til det overordnede Kvalitetsutvalget, følger Kvamråd og Kvamgrupper opp kvalitetsarbeidet i klinikkene.

### IV. Kvalitetsrådgiver

Foretaket har ansatt kvalitetsrådgiver. Denne har som hovedansvarsfelt å arbeide med pasientsikkerhet og lede pasientsikkerhetskampanjen i foretaket. Innen ansettelse av kvalitetsrådgiver var det ingen lokal kampanjeleder, noe som medførte at Helse Finnmark dessverre ikke har deltatt i alle pålagte læringsnettverk. Helse Finnmark har deltatt aktivt på følgende innsatsområder:

#### Trygg kirurgi:

Helse Finnmark har deltatt på læringsnettverk, men har ikke implementert tiltakspakker som forventet. Derfor skal foretaket fra november delta på et EU-prosjekt, Joint action, i regi av kampanjen – som sikrer implementering av tiltakspakker og setter økt fokus på ”Trygg kirurgi”.

#### GTT – registrering:

Foretaket har valgt å bruke et foretaksovergrepene team. Kvalitetsrådgiver har fremstilt resultater for foretaksledelse, og via Kvalitetsrapport.

#### Samstemming av legemiddellister:

Foretaket har fullført foreløpig registrering, men jobber fortsatt aktivt med de gitte krav og tiltakspakker.



Infeksjon ved sentralt venekateter:

Det utføres registrering og jobbes fortsatt aktivt med gitte krav og tiltakspakker – i begge somatiske klinikker.

Trykksår:

Her er det utarbeidet god statistikk og tiltakspakker følges i to pilotavdelinger, medisinsk sengepost, i begge somatiske klinikker.

Forebygging av selvmord:

Godt i gang med å utarbeide god statistikk, og tiltakspakker følges. Foretaksovergrepene gruppe fra psykiatrien i Øst-, Midt og Vest-Finnmark.

Forebygging av overdosedødsfall:

Nylig oppstartet, gruppe fra Finnmarksklinikken etablert. Vil utføre registreringer og implementere tiltakspakker.

Ledelse av pasientsikkerhet:

Oppstart i november, foretaket stiller med representanter både fra foretaksledelse og alle tre klinikker. Dette vil prioriteres høyt.

Som lokal kampanjeleder har kvalitetsrådgiver ansvar for å rekruttere personell til de ulike læringsnettverk/innsatsområder. Denne skal også følge opp og sikre fokus på innsatsområder foretaket ikke deltok på i kampanjen. Hva angår innsatsområdet forebygging av fall, er det sikret felles prosedyre på foretaksnivå. Innen slagbehandling er det nylig iverksatt et større samarbeid mellom foretakets to slagenheter. Det er fortsatt store utfordringer med å sette fokus på forebygging av urinveisinfeksjoner, blant annet grunnet frafall i oppnevnt gruppe.

I tillegg er kvalitetsrådgiver leder for Kvalitetspatruljen, en kvalitetsgruppe som skal kunne bistå avdelinger og klinikker med kvalitetsutfordringer. Nåværende kvalitetsrådgiver er under utdanning til "Forbedringsagent" – og i forbindelse med dette ble det fra direktør valgt et prioritert forbedringsprosjekt. Fokus ble rettet mot ortopedivirksomheten i Helse Finnmark, med mål om å øke poliklinisk produktivitet og redusere fristbrudd/ventelister. Kvalitetspatruljen har også iversatt et større forbedringsprosjekt i forhold til epikriseforløp i foretaket. Her er kir/ort.avd. ved Klinikk Hammerfest satt opp som pilotavdeling – på grunn av store utfordringer med epikrisetider. Leder for kvalitetspatruljen har også ansvar for å utarbeide månedlig kvalitetsrapport og lede evt. nasjonale pasientundersøkelser.

**V. Kvalitetsleder**

Tidligere kvalitetsleder sluttet i jobben vinteren 2013. Ny kvalitetsleder tiltrådte våren 2013, og gikk ut i svangerskapspermisjon på forsommeren 2013. Fra seinsommeren 2013 er vikar på plass i hennes jobb.

Kvalitetsleders/kvalitetsrådgivers arbeidsfelt er:

- Systemadministrator for foretakets kvalitetsdatasystem, for tiden Docmap
- Opplæring i bruken av Docmap
- Ivareta help-desk oppgaver relatert til Docmap
- Generere rapporter fra applikasjonen Docmap
- Delta i regionens forvaltningsforum Docmap





- Sekretær for kvalitetsutvalget
- Kontaktperson bla for Norsk Pasientskadeerstatning og Kunnskapscenteret
- Rapportere kvalitetsindikatorer blant annet til Helsedirektoratet
- Undervisningsoppgaver kvalitetsarbeid
- Rådgiver kvalitetssaker
- Bistå og tilrettelegge i relevante tilsynssaker
- Forberede ledelsens årlige gjennomgang
- Ivareta sekretærfunksjon for brukerutvalget inkludert saksbehandlingsoppgaver
- Koordinere internrevisjonsvirksomheten innad i foretaket
- Planlegging av revisjoner
- Gjennomføre revisjoner

#### **VI. Smittevernarbeid.**

Helse Finnmark har tre hygienesykepleiere; to av disse har arbeidsfelt primært inn mot innlagte pasienter, mens den tredje har hovedfokus som veileder ut mot kommunesektoren.

#### **VII. Kvalitetsrapporter**

Kvalitetsavdelingen i senter for Fag, Forskning og Samhandling (FFS) vil fra og med september 2013 produsere månedlig kvalitetsrapport. Denne rapporteringen vil være med rapportene på helgelandssykehuset som utgangspunkt. Første rapport vil foreligge til styremøtet i oktober 2013.

#### **VIII. Ytterligere tiltak 2013-2014:**

Helse Finnmark har høsten 2013 fra Helse Nord RHF fått innvilget penger både til en prosjektstilling som Fristbruddkoordinator, og til gjennomføring av Kvalitetskonferanse.

Fristbruddkoordinatoren skal sikre økt internt samarbeid i Helse Finnmark, og jobbe målrettet med ansvarlig personell for å sikre gode rutiner. Denne skal bidra til oversikt for kommende fristbrudd i foretaket generelt, men også spesielt for den enkelte klinikk/spesialistpoliklinikk. I tillegg skal denne jobbe målrettet sammen med ansvarlige med å bidra til styring av ressurser og pasienter på bakgrunn av kunnskap om fremtidig kapasitet. Når stillingen avvikles etter ett år, skal foretaket ha godt etablerte rutiner som sikrer god koordinering og forebygging rundt evt. fristbrudd.

Kvalitetspatruljen vil få ansvar for å arrangere Kvalitetskonferanse. Trolig vil dette planlegges i forbindelse med en større ledersamling på nyåret.

## 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 klinikkens 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 å 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.