

Strategi 2016 – målområde:

Kvalitet, fagutvikling og forskning

*Gjennom respekt for den enkelte pasient
og høye krav til kvalitet på tjenestene,
bidrar HNT til trygghet for liv og helse
for befolkningen i Nord-Trøndelag*

Kvalitet i alle ledd



- Innholdsfortegnelse -

1. Sammendrag.....	3
2. Bakgrunn.....	4
2.1 Mandat.....	4
2.1 Visjon for kvalitetsområdet: Kvalitet i alle ledd.....	4
3. Statusrapport på kvalitetsområdet.....	5
3.1 Hvordan arbeider Helse Nord-Trøndelag i dag for å styrke kvaliteten i behandlingstilbudet?.....	5
3.2 I hvilken grad skjer det læring i alle avdelinger basert på uønskede hendelser som er rapportert?.....	6
3.3 Er rollefordelingen mellom kvalitetsstab og linjeledelse slik at det fører til effektiv kvalitetsforbedring?.....	6
3.4 Er kvalitetsdimensjonen tilstrekkelig vektlagt i Helse Nord-Trøndelags ledelse på alle nivå?.....	6
4. Strategier og begrunnelse for disse.....	6
4.1 Strategier for en styrking av kvalitetskultur og gjennomføringsevne på kvalitetshevende tiltak innen Helse Nord-Trøndelag.....	7
4.2 Strategier for en systematisk heving av kvaliteten i vårt behandlingstilbud, både faglig kvalitet, servicekvalitet og systemkvalitet.....	7
5. Tiltak.....	10
Tabell 1. Tiltak for å underbygge strategiene og nå målet.....	10
6. Hvordan vet vi at vi er på rett vei - og når har vi nådd målet?.....	13
Tabell 2 Eksempler på aktuelle kvalitetsindikatorer:.....	14
Referanser:.....	14
Vedlegg 1.....	15
Vedlegg 2.....	18

1. Sammendrag

Visjon: Kvalitet i alle ledd

Mål: Alle våre tjenester skal være:
forsvarlige, hensiktsmessige, sporbare og dokumenterte

Status når det gjelder kvalitetsarbeidet i HNT:

Det gjøres mye bra, men det er store forskjeller mellom enhetene i HNT mht. systematisk arbeid med fagutvikling, HMS og system for kvalitetsstyring.

HNT generelt har et stort forbedringspotensiale på kvalitetsområdet når det gjelder:

- tydelige mål - både på foretaksnivå og avdelingsnivå
- tydelige og spesifiserte krav og forventninger til ledere og ansatte
- maler og standardiserte verktøy i kvalitetsarbeidet
- etterlevelse av prosedyrer

Anbefalte strategier:

Styrking av kvalitetskultur:

Kontinuerlig forbedring av kvaliteten på våre tjenester er et lederansvar som må forankres i hver enkelt avdeling/klinikk og i foretaksledelsen. Ledere på alle nivå skal rapportere på prioriterte styringsindikatorer på kvalitetsområdet på linje med andre resultatområder, som for eksempel økonomi, både i rapporteringsfrekvens og konkretiseringsgrad. Kvalitet (styringssystem, fag og HMS) skal være egen sak på linje med økonomi, aktivitet og andre styringsindikatorer i den løpende styringsdialogen i HNT.

Systematisk heving av kvaliteten i behandlingstilbudet:

- ISO 9001 sertifisere alle enheter i HNT innen utløpet av 2016.
- Økt fokus på Forskning og Utvikling (FoU): videreføre implementeringen av HNT og HMN sine gjeldende FoU strategiplaner.
- Ledere på alle nivå skal opprette planer for kompetanseheving både individuelt og på avdelingsnivå.
- Utvikling og implementering av standardisering av pasientforløp etter regional modell.
- Dokumentasjon og informasjonsdeling av det løpende forbedringsarbeidet som foregår i foretaket
- Vellykket implementering av og opplæring i IKT verktøy.
- Bruke HMS-arbeidet aktivt for å øke arbeidsgleden og sikre HNT's leveringsevne

Konkrete tiltak for å underbygge strategiene og for å nå målet er beskrevet i tabell 1.

2. Bakgrunn

Som et ledd i strategiprosessen til HNT satte adm. dir i august 2009 ned 5 grupper som skal gi en rapport med anbefalinger for strategier frem mot 2016 på 5 fokusområder: Kvalitet, Bemanning, Kapasitet, Funksjon og Økonomi. Dette er rapporten fra gruppen som har jobbet med målområdet: Kvalitet, fagutvikling og forskning. Det overordnede formålet med kvalitetsstrategien er å sikre og høyne den pasientopplevde kvaliteten.

2.1 Mandat

1. Gi en statusrapport på kvalitetsområdet. Herunder å drøfte:
 - Hvordan arbeider Helse Nord-Trøndelag i dag for å styrke kvaliteten i behandlingstilbudet?
 - I hvilken grad skjer det læring i alle avdelinger basert på uønskede hendelser som er rapportert?
 - Er rollefordelingen mellom kvalitetsstab og linjeledelse slik at det fører til effektiv kvalitetsforbedring?
 - Er kvalitetsdimensjonen tilstrekkelig vektlagt i Helse Nord-Trøndelags ledelse på alle nivå?
2. Anvise strategier/handlinger for
 - En styrking av kvalitetskultur og gjennomføringsevne på kvalitetshevende tiltak innen Helse Nord-Trøndelag
 - En systematisk heving av kvaliteten i vårt behandlingstilbud, både faglig kvalitet, servicekvalitet og systemkvalitet

Gruppens medlemmer: Mads Berg (ass.dir. og gruppens leder), Bernt Melby (klinikkleder kirurgisk klinikk SL), Gunnar Engesnes (avdelingsoverlege anestesi SL), Kari Bratland Totsås (klinikkleder Barne-og familieklinikken), Jørgen Selmer (tillitsvalgt sykepleierforbundet), Ottar Bjerkeset (leder FoU-avdelingen), Sissel M.Hegdal (klinikkleder medisinsk serviceklinikk), Tor Ivar Stamnes (kvalitetssjef), Ove A.Pedersen (kvalitetsrådgiver og gruppens sekretær).

2.1 Visjon for kvalitetsområdet: Kvalitet i alle ledd

Gruppen anbefaler at HNT går for visjonen ”Kvalitet i alle ledd”. Visjonen er uavhengig av om det snakkes om faglig kvalitet, HMS eller styringssystem. Den samsvarer også med HMN RHF sin visjon for kvalitetsområdet.

Det er mange forsøk på å definere begrepet kvalitet, bl.a. NS-ISO 8402: ”Kvalitet er helhet av egenskaper en enhet (tjeneste, produkt, prosess eller organisasjon) har som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte krav eller behov”. Deming sier derimot at kundens definisjon av kvalitet er det eneste som teller.

**Målet er at våre tjenester er:
forsvarlige, hensiktsmessige, sporbare og dokumenterte.**

Tjenester av god kvalitet innebærer tjenester som:

- er virkningsfulle,
- er trygge og sikre,
- er vitenskapelig dokumenterte
- involverer bruker og gir dem innflytelse,
- er samordnet og preget av kontinuitet,
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Gruppen har valgt å konsentrere seg om konkrete strategier/handlinger og har lagt mindre vekt på å generelle formuleringer. Hovedgrunnen til dette er at det allerede er gjort undersøkelser som tydelig peker på hvilke utfordringer HNT har. En hovedtanke bak dette er at vi trenger handling og at noen positive endringer gir store konsekvenser. De mer generelle formuleringene er i stor grad dekket i kvalitetsstrategiene til Helsedirektoratet og HMN RHF (fullstendige linker til disse er under referanser, side 14) .

3. Statusrapport på kvalitetsområdet

For å få et bedre grunnlag til å vurdere statusen på kvalitetsområdet valgte gruppen å gjennomføre en spørreundersøkelse på avdelingsnivå. 15 spørsmål ble sendt til klinikklederne med ønske om at de sendte det videre til sine avdelingsledere. 5 spørsmål gjaldt kompetanse, 5 gjaldt avviksbehandling og de 5 siste var generelt relatert til kvalitetsarbeidet. Spørsmålene og sammendrag av svarene er i vedlegg 1 i denne rapporten.

Videre har gruppen vurdert avviksstatistikken for HNT (se sammendrag i vedlegg 2 eller årsberetning fra kvalitetsutvalget for 2008), interne revisjoner, eksterne tilsyn, nasjonale kvalitetsindikatorer og nasjonale kvalitetsregistre, PasOpp, turnus u.s. og ikke minst er det lagt vekt på medlemmenes egne erfaringer.

Hovedkonklusjon: Det gjøres mye bra, men det er store forskjeller mellom enhetene i HNT mht. systematisk arbeid med fagutvikling, HMS og system for kvalitetsstyring.

HNT generelt har et stort forbedringspotensiale på kvalitetsområdet når det gjelder:

- tydelige mål - både på foretaksnivå og avdelingsnivå
- tydelige og spesifiserte krav og forventninger til ledere og ansatte
- maler og standardiserte verktøy i kvalitetsarbeidet
- etterlevelse av prosedyrer

3.1 Hvordan arbeider Helse Nord-Trøndelag i dag for å styrke kvaliteten i behandlingstilbudet?

I første rekke ved å rekruttere egnet personell og gi disse utviklingsmuligheter gjennom relevant pasientarbeid, tilbud om eksternt og intern kursing, samt generelt attraktive arbeidsvilkår og godt arbeidsmiljø. Våre undersøkelser viser som nevnt ujevn satsing på kvalitet på tvers av klinikkene, noe som antakelig kan skyldes både ulike holdninger til kvalitet og kompetanseheving, men også

ulike prioriteringer når det gjelder økonomi og driftsmodeller. Det eksisterer så vidt gruppen vet ikke noen sammenligninger med andre lokale HF på dette området.

3.2 I hvilken grad skjer det læring i alle avdelinger basert på uønskede hendelser som er rapportert?

Inntrykket er at det skjer i betydelig grad av læring i den enkelte avdeling basert på rapporterte uønskede hendelser, men at formidlingen av læring til hele klinikken og andre klinikker, oppdagelse av eventuelle trender og overføring av læringseffekter til beslektede områder i mange tilfeller er til dels svært mangelfull og lite systematisert. Det er en utfordring at noen avdelinger rapporterer så lite uønskede hendelser at det ikke er mulig å besvare spørsmålet fullstendig.

3.3 Er rollefordelingen mellom kvalitetsstab og linjeledelse slik at det fører til effektiv kvalitetsforbedring?

Det er et generelt inntrykk av at flere av klinikkene mangler både kompetanse og prioriterte ressurser til å levere bestillingene som kommer fra direktør/kvalitetsstaben. Både linjeledelse og kvalitetsstab ønsker et tettere samarbeid (jfr. Utredning vedrørende stabsfunksjoner 2009). Det er imidlertid viktig å slå fast at HMS, fag- og kvalitetsarbeid, uansett involvering av kvalitetsstaben, er et leder- og linjeansvar. Et mål for HNT er bedre utnyttelse av de miljøene i HNT utenfor Kvalitetsstaben som har erfaring fra omfattende sertifiserings- og systemarbeid.

3.4 Er kvalitetsdimensjonen tilstrekkelig vektlagt i Helse Nord-Trøndelags ledelse på alle nivå?

Vår hovedkonklusjon viser tydelig at kvalitetsdimensjonen i HNT ikke er tilstrekkelig vektlagt. Begrunnelsen til manglende vektlegging på individnivå blir ofte oppgitt å være: ”dette har vi ikke tid til” og på ledernivå: ”dette har vi ikke penger til” eller ”dette kjente vi ikke til”. Opplevelsen er i mange tilfeller velbegrunnet, men alt helsepersonell er underlagt forsvarlighetsprinsippet (Helsepersonelloven § 4, 16 og 17 og Spesialisthelseloven § 2.2.).

Konsekvensen er at kvalitetsarbeidet må prioriteres slik at det legges grunnlag for en forsvarlig kvalitet – basert på faglig kunnskap, lovgiving, risikovurdering og pasientens behov – og dette må gjøres innenfor de eksisterende økonomiske rammene. Det må derfor kreves at kvalitetsarbeid (styringssystem, fag, forskning og HMS) har faste poster i budsjettarbeidet og i de praktiske prioriteringene til HNT (jfr. strategi I).

4. Strategier og begrunnelse for disse

Det er ikke noe enkelttiltak som kan løse alle utfordringer innen kvalitetsområdet. Det er heller ikke et arbeid som man noen gang kan ha ambisjoner om å erklære for avsluttet. Kun kontinuerlig og systematisk arbeid over lang tid, med anerkjente metoder, vil gjøre at vi kan si oss fornøyde med situasjonen.

4.1 Strategier for en styrking av kvalitetskultur og gjennomføringsevne på kvalitetshevende tiltak innen Helse Nord-Trøndelag

Strategi 1: Kontinuerlig forbedring av kvaliteten på våre tjenester er et lederansvar som må forankres i hver enkelt avdeling/klinikk og i foretaksledelsen. Ledere på alle nivå skal rapportere på prioriterte styringsindikatorer på kvalitetsområdet på linje med andre resultatområder, som for eksempel økonomi, både i rapporteringsfrekvens og konkretiseringsgrad. Kvalitet (styringsystem, fag og HMS) skal være egen sak på linje med økonomi, aktivitet og andre styringsindikatorer i den løpende styringsdialogen i HNT.

Begrunnelse:

I den balanserte styringsmodellen vi har i HNT er utfordringen å kunne ha flere fokus samtidig. God kvalitet er god økonomi. Bevisstgjøring av at kvalitet er et lederansvar.

4.2 Strategier for en systematisk heving av kvaliteten i vårt behandlingstilbud, både faglig kvalitet, servicekvalitet og systemkvalitet

Strategi 2:

ISO 9001 sertifisere alle enheter i HNT innen utløpet av 2016. Plan for gjennomføring skal være klar i løpet av 1. halvår 2010.

Begrunnelse

Hovedkonklusjonen vedrørende status på kvalitetsområdet:

Det gjøres mye bra, men det er store forskjeller mellom enhetene i HNT mht. systematisk arbeid med fagutvikling, HMS og system for kvalitetsstyring.

HNT generelt har et stort forbedringspotensiale på kvalitetsområdet når det gjelder:

- tydelige mål - både på foretaksnivå og avdelingsnivå
- tydelige og spesifiserte krav og forventninger til ledere og ansatte
- maler og standardiserte verktøy i kvalitetsarbeidet
- etterlevelse av prosedyrer

Dette tydeliggjør at HNT har en betydelig utfordring med opplæring av og formidling av holdninger til mange av sine ledere. Stor organisasjon og relativt høy turnover på ledere forsterker denne utfordringen. Gruppen vurderer ISO 9001 sertifisering som et effektivt middel til å:

- oppnå kvalitet i alle ledd
- sikre etterlevelse av lover og forskrifter
- øke pasienttilfredsheten
- sikre kontinuerlig forbedring

Å gå for dette forslaget er et stort løft for satsingen på kvalitet i HNT og er en beslutning som vil få store konsekvenser for alle ansatte. Innvendinger mot ISO-sertifisering er at det mye jobb og

noen mener også det er mye byråkrati. Det er derfor viktig å presisere at jobben/målet med å sikre kvalitet i alle ledd, sikre etterlevelse av lover og forskrifter, øke pasienttilfredsheten, samt gi et godt grunnlag for kontinuerlig forbedring, må gjøres uansett om HNT velger å ISO sertifisere eller ikke. ISO 9001 sertifisering er bare midlet. Velger HNT å ikke sertifisere må HNT finne en annen metode for å gjøre jobben/oppnå målet med å ”få orden i sysakene”.

En fordel med ISO 9001 er at den har en systematikk som omfatter 3 sentrale aspekter vedrørende kvalitet: faglig kvalitet, servicekvalitet og systemkvalitet. Av denne grunn har gruppen ikke foreslått flere tiltak som ville vært naturlige å komme med ut fra statusanalysen (for eksempel formulering av mål, tydeliggjøring av lederes ansvar, maler, etterlevelse av prosedyrer), fordi disse tiltakene vil komme som en konsekvens av arbeidet med ISO sertifisering. ISO 9001 standarden er prosessorientert og setter tydelige krav for å sikre god samhandling både internt og eksternt. Dette vil være en stor fordel i det oppstartede arbeidet med standardiserte pasient forløp og samhandlingsreformen.

Strategi 3:

Økt fokus på Forskning og Utvikling (FoU): videreføre implementeringen av HNT og HMN sine gjeldende FoU strategiplaner. For nærmere detaljer om strategier og satsingsområder vises det til disse, se lenker under Referanser.

Begrunnelse

Kvalitet i pasientbehandling er uløselig knyttet til forskning og oppdatering av faglig kunnskap. Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) har forskning som et av sine satsingsområder og forskning er et viktig strategisk virkemiddel i prioritering, styring og ledelse

Forskning er en lovpålagt oppgave som er nødvendig for:

- Å gi befolkningen et best mulig helse- og omsorgstilbud på spesialistnivå
- Å øke ansatte sin kompetanse og evne til kritisk tenkning
- Å kunne vurdere og tidlig ta i bruk ny metodikk
- Å vite hva som er god og nyttig - og hva som er skadelig behandling slik at grunnleggende etiske verdier kan oppfylles
- Å bidra til gode dynamiske og spennende arbeidsplasser og dermed også til å beholde og rekruttere dyktig fagpersonell

Strategi 4:

Ledere på alle nivå skal opprette planer for kompetanseheving både individuelt og på avdelingsnivå.

Begrunnelse:

Kompetanseplanleggingen i HNT i dag preges i stor grad av tilfeldigheter. Kun et fåtall av avdelingene utarbeider årlige kompetanseplaner. Dette er i strid med Internkontrollforskriftens § 4. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-10 presiserer at helsepersonell skal gis opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelt skal kunne gjøre sitt arbeid forsvarlig. De to mest alarmerende funn i Arbeidsmiljøundersøkelsene, både i 2004 og 2006 var ansattes begrensede muligheter til egen kompetanseutvikling og fagutvikling.

Strategi 5:

Utvikling og implementering av standardisering av pasientforløp etter regional modell.

Begrunnelse:

Et standardisert pasientforløp er en

- dokumentert beskrivelse av et planlagt behandlingsforløp
- for en definert diagnosegruppe
- forankret i faglig evidens
- koplet til effektiv ressursutnyttelse
- med målbare resultater
- ...og som er implementert i den praktiske tjenesten

Dette er naturlig oppfølging av strategisk satsning fra HMN RHF og vil i vesentlig grad bidra til bedre kvalitet i pasientbehandlingen.

Strategi 6:

Dokumentasjon og informasjonsdeling av det løpende forbedringsarbeidet som foregår i foretaket.

Begrunnelse:

Forbedring av sykehusstilbudet i Nord-Trøndelag skjer i stort og smått hver eneste dag. Noen ganger er det små ting som skaper store forenklinger, andre ganger renner store prosjekt ut i sanden når det kommer til gjennomføring.

Poenget er at det tenkes mange gode tanker i hele foretaket, men innsynet på tvers av klinikker og avdelinger er veldig begrenset. ”Bedre sykehus” er en nettverksorganisering som arbeider med egne prosjekter samt samler informasjon om andre pågående prosjekter, slik at det blir betydelig enklere å låne gode ideer fra de andre.

I tillegg arbeider prosjektet med utvikling og implementering av metodikker som kan nyttes i forbedringsarbeid.

Strategi 7:

Implementering og opplæring i IKT- verktøy som støtter samhandling og bidrar til effektiv drift og bedre kvalitet.

Begrunnelse:

IKT er og vil være et sentralt virkemiddel i arbeidet rundt forbedring av kvaliteten i foretaket. Standardisering av dokumentasjon og informasjon skjer via ulike IT- verktøy som også bidrar til forenkling og standardisering av arbeidsprosessene i klinikkene.

Samhandlingsreformen bygger på at elektronisk kommunikasjon/ meldingsutveksling er etablert mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Dette forutsetter at nasjonale IT- standarder blir tatt i bruk i foretaket.

Strategi 8:

Bruke HMS-arbeidet aktivt for å øke arbeidsgleden og sikre HNT's leveringsevne.

Begrunnelse:

Økt arbeidsglede vil føre til reduksjon i sykefraværet, og stimulere til at den enkelte står lengre i arbeidet. Leveringsevnen er viktig siden vi har en kritisk samfunnsfunksjon.

5. Tiltak

Tabell 1. Tiltak for å underbygge strategiene og nå målet

Nr	Beskrivelse av tiltak, frist og begrunnelse
1	<p>Kompetanse- og opplæringsplaner: Alle enheter skal utarbeide kompetanse- og opplæringsplaner etter felles mal. Disse tiltakene må synliggjøres i budsjett. Frist 1. halvår 2010.</p> <p>Begrunnelse: Kvalitet på systemnivå forutsetter kvalitet på individ- og avdelingsnivå, både når det gjelder faglig kompetanse, service og gode rutiner. Slike planer sikrer at ledelsen og hver enkelt ansatt har oversikt over og er forberedt på fremtidige tiltak på kompetanseheving og opplæring. Et slikt system er også viktig for å kunne planlegge klinisk drift, rekruttering og bemanning.</p>
2	<p>Implementeringsplan og valg av felles metodikk for gjennomføring av ISO sertifiseringen i HNT</p> <p>Frist. 1. halvår 2010.</p>
3	<p>Kompetanseheving blant sykepleierne/høgskoleutdannede</p> <p>Det opprettes fire stillinger, som fag- og forskningssykepleier på medisinsk og kirurgisk klinikk (2 stillinger ved hvert sykehus). Hensikten er blant annet å initiere, planlegge og gjennomføre fagutviklings- og forskningsprosjekter i henhold til klinikkens målsettinger og oppgaver.</p> <p>Begrunnelse: Forskning, utvikling og kompetansehevende tiltak blant egne ansatte er blant HFs sine lovpålagte oppgaver. Det vises til ”Strategisk plan for fag- og kompetanseutvikling i Helse Nord-Trøndelag”. Den ble utarbeidet etter oppdrag fra medisinsk faglig rådgiver for direktøren i HNT i 2006, og ble vedtatt i 2007. Svært få av de konkrete anbefalingene er blitt fulgt opp.</p> <p>Det er svært få sykepleiere i de somatiske avdelinger som driver pasientnær klinisk forskning. Sykehuset har lite systematisk kunnskap om kvaliteten på den sykepleien som gis pasienten. Fagutvikling er i liten grad satt i system, og det settes av små midler til kompetanseutvikling. Medisinsk klinikk, Levanger, er den eneste klinikken som har ansatt fag- og forskningssykepleier med masterkompetanse i hel stilling. Tilbakemeldingene er svært gode. Fagutviklingsarbeidet er systematisert i form av årlig plan. Internundervisning er satt i system og tilbys ikke bare til egne ansatte, men samarbeidende avdelinger, samt DMS. Konkrete forskningsprosjekter er under planlegging.</p>
4	<p>Delta i Nasjonalt nettverk for kunnskapsbaserte fagprosedyrer</p> <p>Begrunnelse: Det foregår i dag mye dobbeltarbeid når det gjelder utarbeiding av prosedyrer, både innenfor det enkelte foretak, og mellom foretak. Ved å delta i et nasjonalt nettverk kvalitetssikres både prosessen og innholdet i en prosedyre. Ved at prosedyrene legges ut på internett, i stedet for i lukkede intranett slik det er i dag, vil det</p>

	være tilgjengelig både for helseforetakene, men også for kommunehelsetjenesten. Tilgang til samme kunnskap er en forutsetning om man skal lykkes med samhandlingsreformen.
5	<p>Oppretting og drifting av kvalitetsregistre for diagnoser i HNT</p> <p>Begrunnelse: Etablering av kvalitetsregistre er en nasjonal satsing, og har som hensikt å forbedre kvaliteten på både helsetjenester og forskning. Blant annet kan man kvalitetssikre og kontrollere praksis for diagnostisering, hente ut kvartalsrapporter på ulike typer hendelser/innleggelse o.l uten å gå gjennom alle pasientjournaler. Sykehusene i HNT har allerede etablert kvalitetsregistre for flere sykdommer, og det jobbes kontinuerlig med etablering av flere Kvalitetsregistre. Sykdommer med høy forekomst og/eller alvorlighetsgrad har størst prioritet.</p> <p>Alle persondata i et slikt pasientregister behandles konfidensielt og er lagret i en lukket database i HNT sitt lukkede datanettverk. Alle som skal bruke registeret til kvalitetsarbeid har taushetsplikt i henhold til Forvaltningslovens §13 og Helsepersonellovens §21. Slike registre muliggjør kobling av data både internt mellom HNT sine egne registre og til ulike nasjonale registre og datakilder. Dette er både ressursbesparende, samt at det øker kvaliteten på prosjektene.</p>
6	<p>Kvalitetsgrupper: Opprette kvalitetsgrupper i alle klinikker som skal arbeide både proaktivt og behandle ikke meldepliktige avvik. I den sammenheng er det naturlig å revurdere kvalitetsutvalgets mandat og sammensetning. Frist1. halvår 2010.</p> <p>Begrunnelse: Tiltaket vil bidra til bevisstgjøring av at kvalitet er et linjeansvar, samt skape nærhet til og styrke kontinuerlig forbedringsarbeide i klinikken. Det vil også avlaste kvalitetsutvalget som kan konsentrere seg om meldepliktige avvik og avvik med vesentlig læringsverdi på tvers av klinikkene.</p>
7	<p>Kvalitetsrådgivere: Alle klinikker skal ha minst en resursperson med oppgitt stillingsandel, funksjonsbeskrivelse og uttalt ansvar for å arbeide med system for kvalitetsstyring (kvalitetsrådgiver-kvalitetsveileder). Kvalitetsavdelingen får ansvaret for opplæring og nettverk for disse. Frist 1. halvår 2010.</p> <p>Begrunnelse: Tiltaket vil føre til at kvalitetsarbeidet gis større status, blir systematisert og ikke så lett nedprioritert. Tiltaket er også foreslått fra kvalitetsutvalget og anbefalt av foretaksledelsen i ledelsens gjennomgang 2009.</p>
8	<p>Journalsikring: Alle enheter hvor det er relevant skal ha et system for kvalitetssikring av pasientjournaler basert på systematiske stikkprøver av et gitt antall journaler pr måned etter en kjent metode/beskrivelse. Frist 1. halvår 2010.</p> <p>Begrunnelse: Erfaring fra andre foretak tilsier at dette er et tiltak som virker og hever kvaliteten på pasientbehandlingen. Tiltaket er også foreslått fra kvalitetsutvalget og anbefalt av foretaksledelsen i ledelsens gjennomgang 2009.</p>

9	<p>Brukerundersøkelser:</p> <p>Etablere forbedringsprogram i foretaket med bakgrunn i resultater av nasjonale brukerundersøkelser.</p> <p>Alle enheter skal minst annet hvert år utføre dokumenterte brukerundersøkelser(i tillegg til Pasopp), hvor rapporten følges opp av en skriftlig evaluering av effektene av eventuelle gjennomførte tiltak.</p> <p>Frist for plan 1.07.2010, frist for gjennomføring i løpet av 2011.</p> <p>Begrunnelse: Det er en stor fordel å kjenne hvordan pasientene/brukerne opplever tjenestene, og da er det naturlig å spørre ”dem som har skoen på”. Og det er viktig å sikre at denne kunnskapen omsettes i tiltak som har ønsket virkning.</p>
10	<p>Lederopplæring: Videreføre lederutviklingsprogrammene med særlig fokus på ansvarliggjøring av lederne. Kontinuerlig aktivitet.</p> <p>Begrunnelse: Lederopplæring er en suksessfaktor og er en betydelig utfordring i spesialisthelsetjenesten mht. relativ stor turnover av ledere, mange nye ledere uten formell lederutdanning, og ikke minst kvalitetssikring av etablerte ledere som må tilpasse seg nye krav og forventninger – ofte med relativt liten stillingsandel avsatt til ledelse.</p>
11	<p>Erfaringsoverføring: Det etableres en felles databank for erfaringsoverføring i HNT. Her legges erfaringer, funn og ideer fra avvikssystemet, interne revisjoner, eksterne tilsyn, risiko- og sårbarhetsanalyser, kvalitetsutvalget, kvalitetsgruppene til klinikkene, direktørens stab - som man vurderer har overføringsverdi til andre enheter. Det er også viktig med regelmessige møter med erfaringsoverføring med avdelingene</p> <p>Frist: utløpet av 2011.</p> <p>Begrunnelse: Det gjøres mye bra på ulike nivå i HNT, men vi er store og har problemer med å sikre overføringen ut i organisasjonen.</p>
12	<p>Bruk av EQS: Alle ansatte pålegges å gå inn på EQS minst en gang pr arbeidsuke, og sjekke om det er nye prosedyrer eller revisjoner som gjelder dem.</p> <p>Frist 01.01.2010.</p> <p>Begrunnelse: EQS er vårt elektroniske system for kvalitetsstyring, og mye felles informasjon (eks. smittevern, brann, HMS, informasjonssikkerhet) og også en god del klinikk- og avdelingsspesifikk informasjon (fagprosedyrer) gis bare gjennom denne kanalen. Da er det uforsvarlig at ikke alle bruker denne informasjonskanalen. Det vil også bidra til å heve datakompetansen og være en fordel nå når HNT skal gå over til elektronisk avviksmelding vha. EQS.</p>
13	<p>Synliggjøring av mål og resultater: Det settes opp informasjonsskjerm hvor det gis informasjon om utvalgte strategier, mål og resultater. Samme informasjon gis på en side på intranett/virksomhetsportalen.</p> <p>Frist: 01.07.2010.</p> <p>Begrunnelse: Synliggjøring av mål og resultater skaper oppmerksomhet og holdninger som gir endret atferd og resultater i en retning det er ønskelig å styre, samt at det bidrar til en økt ”vi-følelse”.</p>

14	<p>Ledelsens gjennomgang: Alle klinikker gjennomfører ”Ledelsens gjennomgang” etter felles mal minst en gang i året. Frist 31.12.2010.</p> <p>Begrunnelse: Tiltaket skal sikre at vi årlig går gjennom hele vårt system for styring av kvaliteten, og vil bevisstgjøre lederne og mellomlederne på hvilke krav som stilles til dem.</p>
15	<p>Lean-metodikk: Alle klinikker skal ta i bruk Lean-metodikk som metode for å få frigjort ressurser til bedre/mer pasientbehandling. Frist 01.07.2011.</p> <p>Begrunnelse: Lean-metodikken spesifiserer verdi fra pasientens synspunkt, og har vist seg effektiv som forbedringsmetodikk innen sykehus. Prinsippet er at prosessen skal gjennomføres med null feil og uten unødvendige kostnader knyttet til manglende utnyttelse av ressursene knyttet til utstyr, ansatte og kapital, samt feilkostnader.</p>
16	<p>HMS: Linjeledelsen skal ha aktiv og målrettet bruk av BHT i HMS-arbeidet og risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS).</p> <p>Begrunnelse: BHT representerer en betydelig kompetanse, og fra 1.1.2010 gjøres gjeldende en ny forskrift om arbeidsgivers bruk av godkjent BHT og om godkjenning av BHT.</p>
17	<p>Nærværsfaktorer: Arbeide aktivt med å sette fokus på, samt å øke nærværsfaktorene.</p> <p>Begrunnelse: Økt arbeidsglede vil føre til reduksjon i sykefraværet, og stimulere til at den enkelte står lengre i arbeidet. Eksempler på nærværsfaktorer: tilhørighet, yrkesstolthet, følelse av å være viktig, lojalitet, kollegialitet, ansvar, omsorg, humor, identitet til arbeidsplassen.</p>

6. Hvordan vet vi at vi er på rett vei - og når har vi nådd målet?

Det er naturlig å starte med å sjekke om tiltaket (forholdet, prosessen) er:
Forsvarlig, hensiktsmessig, sporbart og dokumentert (”Kvalitetsloven”).

Kravet til forsvarlighet er veldig vidt, men går først og fremst på at det tilfredsstiller lovkrav og er trygt og sikkert. Kravet til hensiktsmessighet er også vidt, og spenner over at det er kostnadseffektivt og samtidig akseptabelt for både pasient, samfunn og helsepersonell. Sporbarhetskravet går på det skal være dokumentert hvor vi har behandlingen (rådet, kravet) fra – og da helst evidensbasert (kunnskapsbasert) i form av en referanse til en standard, veileder, publisert forskningsresultat, beste praksis og lignende. Dokumentert går på at det skal være dokumentert hvem som har gjort eller vurdert hva når, og hva handlingen eller vurderingen var bygd på.

Vi bør også ha resultatmål. Det er imidlertid svært få områder vi har direkte resultatmål, dvs. at vi for de fleste formål er henvist til mer eller mindre gode kvalitetsindikatorer – altså indirekte mål på det vi egentlig ønsker å måle. I tabell 2 er att med noen eksempler på aktuelle kvalitetsindikatorer.

Tabell 2 Eksempler på aktuelle kvalitetsindikatorer:

Andel ledere som har gjennomført lederutviklingsprogram	Korridorpasienter	Strykninger
Avviksmeldinger	Korttidsfravær	Sykefravær
3.3 meldinger til helsetilsynet	Langtidsfravær	Turnover ansatte
Doktorgrader pr år	Liggetid	Turnover ledere
DRG	Løpende/gjentatte brukerundersøkelser	Turnuskandidatenes rankingliste
Epikrisetid	Medieomtale	Utnyttelsesgrader
Evne til å ta i bruk ny behandling	Medisinske kvalitetsregistre	Utskriving før kl X
Forholdstall mellom ulike typer avvik og registreringer	NPE saker	Ventetider
Fristbrudd	Nyhenvisninger/kontroller	Vitenskaplige ansatte, antall
Infeksjoner	Pasient-/oppdragslekkasje	
Kassasjoner	Publikasjoner (ISI ref.) pr år	
Klager	Reinnleggelser	
”Knivtid”	Skader på ansatte	

Referanser:

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, 2005-2015, ”... og bedre skal det bli, Sosial- og helsedirektoratet:

http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/hvordan_kommer_vi_fra_visioner_til_handling_og_bedre_skal_det_bli_82202

Kvalitetsstrategien til HMN RHF, april ’04, fullstendig versjon (det fins også en kortversjon):

<http://www.helse-midt.no/upload/77385/Kvalitetsstrategi-i-Helse-Midt-Norge.pdf>

Strategiplan for forskning og utvikling, Helse Nord-Trøndelag HF, 2008-2011

<http://www.hnt.no/NordTrondelag/FoU/Strategiplan%20FOU%20HNT%202008-2011.pdf>

Strategisk Plan, Fagutvikling/kompetanseutvikling i Helse Nord-Trøndelag, juni 2007

http://www.hnt.no/NordTrondelag/FoU/Strategiplan%20for%20fagutvikling%20og%20kompetanseutvikling%20i%20Helse%20Nord-%20Trondelag%202007%20_5_.pdf

Vedlegg 1

Sammendrag fra spørreundersøkelse september 2009 fra gruppen for kvalitetsstrategi til HNT

Det kom inn 25 svar innen den knappe svarfristen. Det var 15 spørsmål inndelt i hovedtemaene: kompetanse, avviksbehandling og generelt.

KOMPETANSE

1. Foreligger det oversikter over hvilken kompetanse den enkelte medarbeider i enheten har?

Alle har noe, men kvaliteten og oppdateringen varierer mye. Flere ledere gir uttrykk for at de har så små forhold at de har oversikt likevel. Foretaket har ikke et felles system (mal) som alle er pålagt å bruke (utover ”den grove” i PRS).

2. Foreligger det kompetanse- og opplæringsplaner for alle faggrupper i enheten?

7 av 25 svarer klart nei, noen har ikke forstått spørsmålet eller unngått å svare ja eller nei, noen har for enkelte faggrupper. Foretaket har ikke satt noe krav til eller utarbeidet en mal for kompetanse – og opplæringsplaner?

3. Hva er enhetens budsjetterte personressurser til fagutvikling og kvalitetsarbeid – og hva er reelt anvendt?

Tydeligvis et vanskelig spørsmål. De fleste svarer med det de mener å bruke. Lite systematisk sammenheng mellom antall ansatte og budsjetterte stillingsressurs til fagutvikling og kvalitetsarbeide. Ikke alle har noen budsjettpost for dette, men alle bruker noe dvs. dette er en del av arbeidet som ikke er synliggjort. Foretaket har ikke felles retningslinjer for hvordan dette skal synliggjøres i budsjett- og regnskapssammenheng.

4. Hvor mange timer (dager) brukt på opplæring (internt og ekstern) og direkte kostnader opplæring (forbruk kurs/utdanning) i 2008 (oppgi også antall ansatte og antall regnet om til 100 % stillinger ved enheten)?

Stor variasjon i detaljeringsgrad i svarene og stor variasjon i hva lederne tar med som opplæring. Noen har god oversikt, mens andre mindre. Foretaket har ikke felles retningslinjer for hvordan dette skal registreres.

5. Hvordan arbeides det med kompetanseheving på tvers av profesjonene og avdelingene, inkl. hvem initierer eventuelt et slikt arbeid?

Flere har ikke fått med seg at det spørres etter ”på tvers av profesjonene og avdelingene”. Det gjøres mye bra, men svarene tyder på varierende systematikk i dette. Dette samsvarer med svarene i spørsmål 14: Hvordan arbeides det med pasientforløp i enheten? Hvor det også er svært varierende svar. Det settes også fokus på at vi ikke har erstattet denne delen av funksjonen til sjefslege og spesielt sjefsystepleier.

Konklusjoner fra kompetansespørsmålene

Det gjøres mye bra, men det er stor variasjon mellom enhetene og HNT har lite tydelig formulerte krav og maler for utførelse og dokumentering av denne viktige delen av den enkeltes arbeid. Det reises også en organisatorisk utfordring mht. koordinering.

AVVIKSBEHANDLING

6. Forekomst i enheten av avviksmeldinger - og type i 2008 (eks: totalt, sendt kvalitetsutvalget, sendt til helsetilsynet, eventuelt sendt til andre).

3 av 25 har ikke svart på dette spørsmålet. Flere har god oversikt, men det er stort sprik. Ingen lett synlig sammenheng mellom antall meldinger og antall ansatte eller arbeids innhold. Konklusjon er at det innen HNT er store forskjeller i meldekultur mellom de ulike enhetene.

7. Hvordan bruker enheten avviksmeldinger i systematisk kvalitetsforbedringsarbeid?

De fleste svarer at de tar det opp på møter og med dem det gjelder, noen svarer at de følger opp med internundervisning og bruker det til å endre rutiner/prosedyrer.

8. Hvordan arbeides det med meldekulturen i enheten?

Mest generelle svar som at dette er noe det arbeides med. Flere mener de er flinke til å melde personskader. Stemmer ikke helt med inntrykket fra spørsmål nr 6.

9. Hvordan kan kvalitetsavdelingen bidra til å bedre meldekulturen?

Flere ønsker mer undervisning/kurs og mer synliggjøring av at det nytter å melde.

10. Hvordan følger enheten opp anbefalinger gitt av kvalitetsutvalget på avdelingsnivå?

Variierende svar, ikke alle forstår spørsmålet (blander kvalitetsavd. med kvalitetsutvalget) eller mener at de ikke har fått noen anbefalinger. Flere svarer at de drøfter dette og følger anbefalingene.

Konklusjoner fra avviksbehandlingsspørsmålene

HNT har en utfordring med å få alle enhetene opp til et ønsket og jevnt nivå mht. meldekulturen og avviksbehandlingen. Elektronisk avviksmelding vil trolig bidra vesentlig til dette, men det er likevel en jobb som må gjøres på ledelsesnivå.

GENERELT

11. Hvordan følger enheten opp ledelsens gjennomgang på avdelingsnivå?

8 blanke svar. Tydelig at ikke alle er kjent med begrepet "Ledelsens gjennomgang" og enda færre er kjent med at HNT har noe slikt.

12. Har enheten konkrete planer om å delta i en kvalitetsgruppe i klinikken og avsette resurser til journalgranskere/kvalitetsveiledere?

6 blanke svar, 7 klare Nei, svar ellers er ikke helt treff på spørsmålet. Dette er for øvrig som forventet etter svaret på det foregående spørsmålet, siden det er en direkte oppfølging av vedtak i siste Ledelsens gjennomgang.

13. Gjennomfører enheten egne brukerundersøkelser?

Halvparten svarer i praksis nei. Dette viser at foretaket ikke har noen tydelige krav til dette, og muligens at disse lederne mener de kjenner svaret så det er bortkastet arbeid. Det er positivt at såpass mange har gjort egne brukerundersøkelser.

14. Hvordan arbeides det med pasientforløp i enheten?

Flere gjør mye bra, mens andre har ikke dette på agendaen i det hele tatt. Få konkrete beskrivelse av hvordan det arbeides med pasientforløp kan tyde på at HNT har et betydelig forbedringspotensiale her. Det samsvarer også med svarene på spørsmål 5 om kompetanseheving på tvers av profesjoner og avdelinger.

15. Enhetens 3 største utfordringer angående kvalitet?

Svar: Mangel på tid til å drive med fagutvikling og kvalitetssikring, at ikke flere enheter i foretaket er sertifisert, stabilitet til datasystemene, bevissthetsnivå hos den enkelt på sitt ansvar for å være oppdatert, kursnekte, rekruttering av fagpersoner, system for kvalitetssikring og dokumentasjon i alle ledd, dokumentasjon og evaluering av behandlingsresultater, faglig oppdatering, økonomien begrenser fagutviklingen, få stabil legegruppe, for mange små stillinger, å nå alle med informasjon om endringer, rett bemanning, gi ensartet informasjon til pasientene, sikre nok opplæring for faglig kvalitet og trygghet, ferdigstille prosedyrer, melderutinene, små stillingsbrøker, for stor gjennomtrekk av sykepleiere, for liten tid til kompetanseheving, sikre god pleie, sikre dokumentasjon i EPJ, at pasienten er godt nok informert, sikre kunnskap om funksjon og ansvar mellom tjenestenivåene, tverrfaglig samarbeid, kunnskap om DRG, rekruttering av legespesialister, utnyttelse av legespesialistene, pedagogisk kompetanse, korrespondanse, kommunikasjon, meldekulturen, gode arenaer for samhandling, finne tid og motivasjon for kvalitetsarbeidet, å holde prosedyrer oppdatert, egen fagutviklerstilling, opplæring av nyansatte, fokusere på kvalitet på tross av mye fokus på økonomi fra ledelsen, positiv bedriftskultur.

Mange relevante forhold å ta tak i. En tydelig gjenganger er ønske om mer resurser og fokus på fag- og kvalitetsarbeide.

HOVEDKONKLUSJONER ALLE BESVARELSER

Noe færre svar enn forventet representerer en usikkerhet i tolkningen, da det er nærliggende å anta at det er de enhetene som har ”best orden i sine saker” som har svart innen fristen. Flere enheter har mye bra, og jobber systematisk med fagutvikling og system for kvalitetsstyring. Det er imidlertid svært store ulikheter mellom enhetene – dvs. det er en uakseptabel ujevnhet på dette i HNT. Et annet ”funn” er at HNT mangler uttalte tydelige mål, spesifiserte krav til enhetslederne og maler for flere av forholdene som spørreundersøkelsen tar for seg.

Mads Einar Berg og Ove A.Pedersen 14.09.2009

Vedlegg 2. (2 sider)

Noen nøkkeltall fra Kvalitetsutvalgets årsrapport 2008

2.1. Avviksmeldinger for egen virksomhet meldt fra interne instanser

Tabell 1: Antall meldinger behandlet i 2008

Avviksmeldinger	SHN	SHL	Totalt
Antall meldinger mottatt	93	235	328
Antall meldinger sendt til Helsetilsynet	22	45	67
Antall meldinger behandlet internt	71	190	261

Tabell 4: Avdelingsvis fordeling

Avviksmeldinger	2004			2005			2006			2007			2008		
	SHN	SHL	Tot	SHN	SHL	Tot	SHN	SHL	Tot	SHN	SHL	Tot	SHN	SHL	Tot
Med. avdeling	18	77	95	46	46	92	49	76	125	36	73	109	23	92	115
Kir. avdeling	46	86	132	27	29	56	28	26	54	25	24	49	12	27	39
Ortop. avdeling	0	0	0	0	0	0	1	9	10	4	7	11	16	11	27
Akuttm./Int./Opr.	0	0	0	24	33	57	12	21	33	21	28	49	12	9	21
Barn/Familiekl.	15	42	57	18	26	44	6	27	33	6	20	26	11	20	31
Medisinsk servicekl.	6	35	41	20	69	89	3	24	27	5	20	25	7	38	45
Mott./AMK/Amb.	0	0	0	0	0	0	2	0	2	11	2	13	3	8	11
Psyk.avd./DPS	11	26	37	8	14	22	5	11	16	5	11	16	2	8	10
Andre avdelinger	37	26	63	1	17	18	0	43	43	6	23	29	7	22	29
Sum	133	292	425	144	234	378	106	237	343	119	208	327	93	235	328

Årsberetningen har utfyllende kommentarer til disse tabellene

2.2. Internt behandlede avviksmeldinger

Innenfor Psykiatrisk klinikk og Medisinsk serviceklinikk behandles et betydelig antall avvikshendelser ved interne rutiner. Dette kan være noe av forklaringen på den reduksjon av avviksmeldinger som er registrert i Kvalitetsutvalget etter 2004. For 2008 er det innhentet opplysninger fra de aktuelle klinikkene med følgende resultat:

Intern avviksbeh. 2008 (2007)	Psyk. klinikk	Med. serviceklinikk	Sum
Samlet antall registrerte avvik	580 (575)	186 (133) (1)	766 (708)
Herav meldt Kvalitetsutvalget	10 (7)	45 (25) (1)	55 (32)
Internt behandlede avvik	570 (568)	141 (108)	711 (676)

(1): Klinikken har i tillegg behandlet 67 klager i 2008, mot 62 i 2007

Tabell 5: Avviksmeldinger fordelt på kategorier

Kategori	SHN		SHL		HNT	
	Totalt	§ 3-3	Totalt	§ 3-3	Totalt	§ 3-3
1.1. Rutine/prosed. ved medisinerings	22	3	61	1	83	4
1.2. Rutine/prosed. v. annen fagl. virks.	16	7	32	12	48	19
2. Ikke tilfr. organisering/fysiske forh.	2	0	19	2	21	2
3. Ikke tilfr. kompet./feil faglig skjønn	4	1	3	3	7	4
4. Komplik., bivirkn., fallskade, egenskade	18	8	33	14	51	22
5. Feil ved medisinsk teknisk utstyr	6	0	7	2	13	2

6. Informasjonssikkerhet (også prosedyrer)	14	3	66	9	80	12
20. Ikke definert avvikshendelse	11	0	7	1	18	1
Sum	93	22	228	45	321	67

2.5. Erstatningssaker (NPE) 2008

Saker opprettet med grunnlag i henvendelser fra pasient/pårørende til Norsk pasientskadeerstatning har vist en jevnt økende tendens t.o.m. 2006, mens saksmengden fra Helseregion Midt-Norge gikk ned med 7% i 2007.

NPE-saker	SHN	SHL	HNT
	87 (60)	60(38)	147 (98)

Kommentar:

- Antall saker i 2007 er oppgitt i parentes, og viser at antall saker er betydelig økt fra 2007 til 2008. Samlet antall saker i 2006 var 110
- Medholdsandelen i Helse Midt-Norge i 2007 var 34,7%, nasjonalt 32,4%

NPE-saker fordelt på avdelinger i 2008

Avdeling	SHN	SHL	HNT
Ortopedisk avd.	32	21	53
Kirurgisk avd.	29	6	35
Medisinsk avd.	10	8	18
Psykiatrisk avd.	0	3	3
Gyn/Fødeavd.	5	5	10
Barneavd./BUP	0	5	5
Nevrol. avd.	5	0	5
Andre	6	12	18
Sum	87	60	147

Kommentar

- Ved SHN gjelder ortopedi og bløtkirurgi samlet ca. 70% av nye NPE-saker
- Ved SHL gjelder ortopedi og bløtkirurgi samlet ca. 59% av nye NPE-saker
- I HNT gjelder ca. 60% av nye NPE-saker de kirurgiske fagområdene

Omfang 2008

Eksterne og interne avvikshendelser, klagesaker, tilsynssaker og erstatningssaker er ofte knyttet sammen ved at en hendelse som i første runde utløser avviksmelding, i neste omgang kan bli fulgt av både klagesak, tilsynssak og erstatningssak. Saksmengden på foretaksnivå er betydelig:

Avviksmeldinger til Kval.utvalget	328
Avviksmeldinger beh. internt i klinikker	711
Avviksmeldinger rel. til Basisavtalen	133
Klager, spørsmål	26
Tilsynssaker (hendelsesbasert)	25
NPE-saker	147
Sum pasientsaker	1 370