

Styresak

Går til: Styremedlemmer
Føretak: Helse Vest RHF
Dato: 27.11.2008
Sakhandsamar: Hilde Rudlang
Saka gjeld: **Vidareføring og styrking av kvalitetssatsinga i Helse Vest 2009-2013**

Arkivsak

2007/374/024

Styresak 124/08 B

Styremøte 12.12. 2008

Samandrag:

Arbeidet med kvalitet er eit langsiktig arbeid. I denne styresaka blir det trekt opp hovudlinjer for vidareføring og styrking av arbeidet med kvalitet i Helse Vest i perioden frå 2009 til 2013. Utgangspunktet for kvalitetssatsinga er at ei god helseteneste kan bli enda betre. For å oppnå det vil kvalitetssatsinga understøtte dei pasientnære tenestene, dvs. kjerneverksemda, slik at kvalitetsarbeidet kan vere ein integrert del av den daglege verksemda.

I avsnitt 1 blir det gjort greie for status i kvalitetssatsinga etter at styret i 2005 vedtok Strategiplan for arbeidet med kvalitet i Helse Vest (sak 117/05). I tråd med styresak 117/05 er det sett i gang arbeid innanfor hovudområda:

- kunnskap som grunnlag for fagleg verksemd
- pasientfokus for å møte pasientane og pasientane sine behov på ein god måte
- pasienttryggleik – redusere risiko for utilsikta hendingar
- måling av resultat som grunnlag for forbetring og for å vise fram at spesialisthelsetenesta leverer det samfunnet ønskjer

I tillegg føreset satsinga vidareutvikling av arbeidet med internkontroll. Styret har tidlegare vedteke rammene for internkontroll i Helse Vest (sak 44/08).

Avsnitt 2 viser at kvalitetssatsinga i Helse Vest legg til grunn ein definisjon som er i tråd med nasjonale føringar og rådande internasjonal forståing:

“Med kvalitet forstås i hvilken grad aktiviteter og tiltak i helsetjenestens regi øker sannsynligheten for at individ og grupper i befolkningen får en ønsket helsegevinst, gitt dagens kunnskap og ressursrammer.” (Nasjonal helseplan 2007-2010 og styresak 117/05)

Avsnitt 3 gjer greie for prioriterte arbeidsoppgåver / faglege tema der det vil bli teke initiativ til felles regionale gjennomgåande prosjekta og tiltak. Arbeidet med prosjekta og tiltaka skal vere forankra og drive lokalt i HF-regi, og med ei sentral koordinering. Satsinga vil framleis skje innanfor dei fire hovudområda:

- *Kunnskap* - der arbeidet med faglege retningslinjer vil ha eit særskilt fokus i 2009. Klinisk fagrevisjon, tidleg vurdering av ny diagnostikk og behandling, og system for støtte i

avgjerdsprosessen ved innføring av nye metodar er andre prioriterte faglege oppgåver fram mot 2013 (sjå avsnitt 3.1).

- *Pasientfokus* – vil i 2009 ha særskilt merksemd på arbeidet med pasienterfaringsundersøkingar. Utvikling av pasientforløp, forbetring av tilgjenge til tenestene og underernæring/rusmidlar som risikofaktorar i den medisinske behandling er andre prioriterte faglege tema i perioden fram mot 2013 (sjå avsnitt 3.2).
- *Pasienttryggleik* – har avviksrapportering og legemiddelhandtering som to viktige tema i 2009. Det skal i løpet av perioden også utviklast hjelpemiddel for drøfting av uønskte hendingar på dei ulike einingane ("komplikasjonsmøte"). Andre prioriterte tema i perioden er måling og forbetring av pasienttryggleikskultur og innføring og bruk av internasjonale prototypar på tiltak for å betre pasienttryggleiken (sjå avsnitt 3.3).
- *Måling av resultat* – vil i 2009 ha stor vekt på utprøving av felles teknisk infrastruktur for medisinske kvalitetsregister. Ein vil i 2009 òg starte planlegging av eit system for kvalitetsmåling som skal synleggjere kva som blir oppnådd i tenestene (sjå avsnitt 3.4).

Det blir også gjort eit vidare utviklingsarbeid innanfor internkontroll og risikostyring som her berre blir omtalt kort i avsnitt 3.5.

Avsnitt 4 omhandlar strategiske verkemiddel som skal understøtte iverksettinga av kvalitetssatsinga ved å stimulere til kulturbygging og læring. Årleg kvalitetskonferanse, tildeling av kvalitetspris og kvalitetsutviklingsmidlar vil gjennomførast i 2009. Elles vil arbeidet med å forankre kvalitetssatsinga i heile organisasjonen ha eit fokus i 2009. Andre prioriterte strategiske tiltak i perioden er etablering av ein "informasjonsbank" (nettside), rådgivings- rettleiingsteneste, felles opplæringstiltak og arbeid for å integrere kvalitets- og forbetringsskunnskap i grunn-, etter- og vidareutdanningane.

Avsnitt 5 tar for seg organisatoriske og leiingsmessige utfordringar i iverksettinga av kvalitetssatsinga. Ein vil ikkje binde iverksettinga til éin modell, men arbeide langsiktig og målretta, og bruke erfaringar, verkemiddel og metodar som har vist seg nyttige hos andre, både nasjonalt og internasjonalt.

For å oppnå kvalitetsutvikling er det avgjerande at organisasjonen klarer å påverke til endring, og spreie og vedlikehalde endring. Merksemd frå leiinga på alle nivå i organisasjonen og medverknad frå medarbeidarane er to viktige føresetnader for at forbetnings- og endringsarbeidet skal bli sett i gang, gjennomført og vidareutvikla. Leiinga må evne å skape strukturar, ha strategisk leiarskap, forhandle mellom ulike interesser, motivere og gi rom for læring. Leiinga må gi merksemd til kvalitetsarbeidet ved m.a. å synleggjere endringsbehov, fokusere på moglegheiter, målsetting og resultat. Medverknad frå medarbeidarane inneber m.a. at forbetnings- og endringsarbeidet må vere lokalt forankra.

I avsnitt 6 viser ein til at kvalitetsforbetring kan spare ressursar, men at det er behov for å setje av midlar til støttfunksjonar. Ein tentativ tidsplan viser planlagt innfasing av dei ulike prosjekta og tiltaka. Evalueringstema for dei ulike prosjekta og tiltaka og rapporteringsopplegg blir kort omtalt.

Bakgrunn:

I 2005 vedtok styret i Helse Vest Strategiplan for arbeid med kvalitet i Helse Vest (sak 117/05). Det blir her lagt fram ei ny sak som oppsummerar status for arbeidet med kvalitet etter styrevedtaket i 2005, og som trekk opp hovudlinjer for vidareføring og styrking av arbeidet med kvalitet frå 2009 og framover.

Kvalitetsutvikling er ein del av arbeidet i alle delar av helsetenesta. Den enkelte medarbeidar har ein grunnleggande motivasjon for å gjere ein så god jobb som mogleg, med fokus på høg fagleg kvalitet. Norsk helseteneste er også blant dei beste i verda. Tenestene kan likevel bli enda betre, og dei fleste vil vere einige i at det er mykje ugjort.

Kvalitetssatsinga i Helse Vest har som formål å understøtte dei daglege, pasientnære, kliniske tenestene, dvs. kjerneverksemda. Eit av måla for kvalitetssatsinga er å stimulere til ein kultur der kvalitetsarbeid enda tydeligare blir ein del av den daglege verksemda. Arbeidet med kvalitet vil i stor grad handle om endringar; endringar i arbeids- og driftsformer, tydeleggjering av systemendring og samhandling

(samhandling mellom dei tilsette, mellom helsepersonellgrupper, mellom einingar i sjukehusa og mellom nivåa i helsetenesta).

Den regionale kvalitetssatsinga føreset at arbeidet med kvalitet er forankra og blir drive lokalt, men at det på nokre vesentlege område er behov for retningsgivande initiativ og felles arbeid på tvers av føretaksgrensene i regionen. På desse områda vil det vere nødvendig med ei sentral koordinering av arbeidet.

Kvalitetssatsinga er eit langsiktig arbeid og er forankra i Helse2020 og i styresak 117/05. Satsinga byggjer på Nasjonal helseplan og definisjonen av kvalitet der (jf. avsnitt 2).

Styrkinga av arbeidet med kvalitet, som blir skissert i denne styresaka, er forankra i føretaksgruppa ved at det er gjennomført ein idédugnad med deltakarar frå HF-a, og ved at HF-a og private, ideelle institusjonar i brev blei førespurde om innspel. Saka er vidare diskutert i ulike fora i regionen, og eit grunnlagsdokument som basis for styresaka har vore på høyring i desse fora; AD-møtet, fagdirektørmøte/styringsgruppa for kvalitetssatsinga og i kvalitetsforum (jf. omtale i avsnitt 1). Brukarutvalet har vore involvert i prosessen. Saka er drøfta med konserntillitsvalde og konsernhovudverneombud. Seksjon for organisasjonsutvikling, Personal- og organisasjonsavdelinga i Helse Bergen har etter bestilling frå Helse Vest levert bidrag om korleis Helse Vest kan påverke endringsarbeidet i føretaka. Kommentaranane til kvalitetssatsinga har vore positive.

Kommentarar:

1 Status for arbeidet med kvalitetssatsinga i 2006-2008

Kvalitetssatsinga byggjer på tilrådingane i eit forprosjekt frå 2006, som var ei oppfølging av styrevedtaket frå 2005 (sak 117/05). Forprosjektet peikte på følgjande føresetnader for ei vellukka iverksetting av kvalitetssatsinga:

- Kvalitetsarbeidet må vere forankra, anerkjent og prioritert på leiarnivå i RHF og HFa
- Kvalitetsarbeidet må integrerast i verksemda på lik linje med andre hovudoppgåver
- Ressursar til nødvendige støttefunksjonar knytt til kvalitetsarbeid må frigjerast i kvar verksemd ved omdisponeringar
- Det må satsast på formidling av resultat og dialog om erfaringar av kvalitetsarbeidet på tvers av føretaksgruppa
- Prosjekt som blir etablert må omhandle viktige problemstillingar innanfor dei ulike temaområda
- Arbeidet med klinisk kvalitet må organiserast og styrast på en slik måte at medarbeidarar i Helse Vest opplever at dei får vere med å finne dei gode løysingane

Kvalitetssatsinga skal styrast, leiast og koordinerast i linja i organisasjonen. For å få til auka satsing på kvalitetsfeltet er det særleg viktig med:

- Tydelege krav i styringsdokumenta
- Klart definerte satsingsområde på RHF-, HF- og klinikk/avdelingsnivå
- Oppfølging av konkrete tiltak og prosjekt på dei ulike nivåa
- Erfaringsutveksling og iverksetting av forbetringstiltak som følgje av kvalitetsarbeid

I 2007 starta iverksetjinga i tråd med føringane. Kvalitetssatsinga har vore sentral i styringsdokumenta for 2007 og 2008, og i 2008 er satsinga ytterligare konkretisert gjennom etablering av kvalitetssatsinga som eit eige program.

I programdirektivet slås det fast at Helse Vest gjennom den regionale kvalitetssatsinga vil arbeide langsiktig, i samarbeid med helseføretaka og dei private institusjonane i føretaksgruppa, med følgjande overordna mål:

- Det skal vere ein kultur for læring og forbetring, der organisasjonen kollektivt lærer av feil og systemsvikt.
- Systematisk kvalitetsarbeid skal vere integrert og prioritert i verksemda på lik linje med andre hovuddoppgåver og som ein del av den daglege verksemda.

- Føretak og institusjonar skal ta sjølvstendige initiativ til eigne tiltak i kvalitetsarbeidet i større omfang enn tidlegare.
- Føretak og institusjonar skal bruke resultat frå kvalitetsindikatorar, medisinske kvalitetsregister, pasientsikkerheitssystem, tilsynsrapportar og erfaringar frå brukarane for å forbetre og justere tenestene.

Kvalitetssatsinga føreset arbeid på hovudområda som er definerte i styresak 117/05:

- kunnskap som grunnlag for fagleg verksemd
- pasientfokus for å møte pasientane og pasientane sine behov på ein god måte
- pasienttryggleik – redusere risiko for utilsikta hendingar
- måling av resultat som grunnlag for forbetring og for å vise fram at spesialisthelsetenesta leverer det samfunnet ønskjer

I tillegg føreset satsinga vidareutvikling av arbeidet med internkontroll. Internkontroll legg nødvendige rammer rundt arbeidet, med fokus på styring, risiko og kontroll og etterleving av lov- og myndigheitskrav. Styret har tidlegare vedteke rammene for internkontroll i Helse Vest (sak 44/08).

Kvalitetssatsinga i Helse Vest kvilar på denne måten på fem pilarar:



Kvalitetssatsinga i Helse Vest er organisert med ei styringsgruppe som består av fagdirektørane i regionen, brukarrepresentant og konserntillitsvalt. Styringsgruppa skal bidra til lokal forankring av kvalitetssatsinga og sjå til at kvalitetsarbeidet blir drive i tråd med føringane i Helse 2020 og styrevedtak (sak 117/05). AD-møtet vert orientert om arbeidet.

Vidare er det etablert eit kvalitetsforum med deltaking frå helseføretaka, private institusjonar, brukarutvalet og konserntillitsvalt. Kvalitetsforumet er eit koordinerande bindeledd mellom HF/institusjon og RHF og skal bidra til lokal forankring av kvalitetssatsinga.

Lokalt kvalitetsarbeid i HF-regi er ein føresetnad for kvalitetssatsinga. Det er etablert strategiske tiltak på regionalt nivå for å stimulere til auka aktivitet på lokalt nivå når det gjeld kvalitetsforbetring, som t.d. årleg tildeling av kvalitetspris (delt ut på den årlege forskingskonferansen) og kvalitetsutviklingsmidlar (jf. avsnitt 4.1).

Det er initiert felles regionale prosjekt på dei fem hovudområda/pilarane. Prosjektdirektivet for kvalitetssatsinga inneheld ei oversikt over prosjekta. Status for desse prosjekta omtalast i avsnitt 3, saman med planar for vidareføring og styrking av kvalitetssatsinga.

2 Kvalitetsomgrepet

Kvalitetssatsinga i Helse Vest har lagt til grunn følgjande definisjon av kvalitet:

”Med kvalitet forstås i hvilken grad aktiviteter og tiltak i helsetjenestens regi øker sannsynligheten for at individ og grupper i befolkningen får en ønsket helsegevinst, gitt dagens kunnskap og ressursrammer.” (Nasjonal helseplan 2007-2010 og styresak 117/05)

Det finst ulike definisjonar på kvalitet og mange ulike tilnærmingar til arbeidet med kvalitet. Definisjon av kvalitet som Helse Vest har lagt til grunn for kvalitetssatsinga peikar rett på formålet med helsetenesta, og dermed på kjerneverksemda. Definisjonen er i tråd med nasjonale føringar og internasjonal forståing.

Definisjonen tilsvarar definisjonen av kvalitet i Nasjonal helseplan 2007-2010¹, og denne blir ført vidare m.a. av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering². Helsegevinst blir i denne definisjonen presisert til "å forbli frisk, å bli frisk [dersom ein vert sjuk; vårt tillegg], å mestre livet med sykdom [dersom ein ikkje kan bli frisk; vårt tillegg] og å mestre slutten av livet".

Definisjonen samsvarer med internasjonalt aksepterte definisjonar av kvalitetsomgrepet. Dette går fram m.a. av ein ny rapport frå eit samarbeidsprosjekt mellom WHO og EU³. Rapporten gir ei oversikt over dei internasjonalt rådande definisjonane av kvalitet, m.a. formulert av Europarådet (1998) og WHO (2000) vist i tabellen under:

Author/Organization	Definition
Donabedian (1980)	Quality of care is the kind of care which is expected to maximize an inclusive measure of patient welfare, after one has taken account of the balance of expected gains and losses that attend the process of care in all its parts.
IOM (1990)	Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge.
Department of Health (UK) (1997)	Quality of care is: <ul style="list-style-type: none">• doing the right things (what)• to the right people (to whom)• at the right time (when)• and doing things right first time.
Council of Europe (1998)	Quality of care is the degree to which the treatment dispensed increases the patient's chances of achieving the desired results and diminishes the chances of undesirable results, having regard to the current state of knowledge.
WHO (2000)	Quality of care is the level of attainment of health systems' intrinsic goals for health improvement and responsiveness to legitimate expectations of the population.

Notes: IOM: Institute of Medicine; WHO: World Health Organization.

Definisjonen av kvalitet, som òg er ein visjon, legg grunnlaget for måla i Nasjonal strategi for kvalitetsforbetring⁴. Tenester av god kvalitet må:

- vere verknadsfulle
- vere trygge
- involvere brukarane og gir dei innverknad
- vere samordna og prega av kontinuitet
- utnytte ressursane på ein god måte
- vere tilgjengelege og rettferdig fordelte

Desse måla er nødvendige for å realisere visjonen om god kvalitet. Visjons- og målformuleringane har fokus på kjerneverksemda, dvs. det pasientnære arbeidet, og skal sikre at pasientar og pårørande møter ei føreseieleg teneste.

3 Prioriterte faglege tema

Den vidare satsinga på kvalitet vil framleis skje innanfor hovudområda *kunnskap, pasientfokus, pasienttryggleik og måling av resultat*. I tillegg gjerast det eit arbeid for vidareutvikling innanfor det femte temaområdet *internkontroll*.

Det er identifisert nokre prioriterte arbeidsoppgåver (faglege tema) innanfor kvart av hovudområda, der Helse Vest vil ta initiativ til felles regionale gjennomgåande prosjekt og tiltak. Dei faglege tema er identifiserte i samarbeid innanfor den organisatoriske ramma for kvalitetssatsinga, og ytterlegare konkretisering av innhaldet i tiltaka og prosjekta vil gjerast innanfor dette samarbeidet.

Dei prioriterte faglege tema er område der det finst ny kunnskap og/eller forskning, nye verktøy eller gode internasjonale erfaringar det kan byggast vidare på for å understøtte det praksisnære arbeidet. Hovudprinsippa for korleis ein skal arbeide vidare med iverksettinga av kvalitetssatsinga blir skissert i avsnitt 5.

Lista over prosjekt og tiltak vil reviderast jamleg for å vere tilpassa behova i føretaksgruppa og føringane i Helse2020. Nedanfor blir innhaldet i dei ulike prosjekta og tiltaka omtalt.

3.1 Kunnskap

Kunnskap blir skapt gjennom forskning, utdanning og den erfaringa som utøveren får gjennom rettleiing, refleksjon i kollegiale fellesskap og i samspelet med brukarane, pasientane og deira pårørande⁵. Kunnskap er grunnlag for all fagleg verksemd og for eit godt, helsefremjande tilbod til pasientane, for prioritering i tråd med prioriteringsforskrifta, for god informasjon til pasientar og pårørande, og for organisering av tenestetilbodet.

Følgjande tiltak vil bli prioriterte innanfor dette hovudområdet:

Faglege retningslinjer og rettleiarar: For å sikre at same sjukdomar blir behandla på tilnærma same måte ved ulike sjukehus, og med beste kunnskap som grunnlag, blir det utarbeidd faglege retningslinjer for kva som er "beste" behandling. Det finst nasjonale føringar for korleis gode, kunnskapsbaserte retningslinjer bør utarbeidast, basert på internasjonalt aksepterte normer for utforming av retningslinjer⁶. Tilsvarande prinsipp skal leggjast til grunn for retningslinjearbeidet i Helse Vest.

Det ligg føre nasjonale retningslinjer for nokre vesentlege fagområde⁷. Det er avgjerande at desse retningslinjene er kjente for praksisfeltet, er tilgjengelege, at dei blir rett forstått og at dei blir følgte slik at den tilrådde behandlingsforma blir brukt. Det er behov for eit felles regionalt arbeid for implementering av eksisterande faglege retningslinjer og rettleiarar, og på oppfølging av bruken i praksis. Helse Vest legg til grunn at eksisterande, kunnskapsbaserte nasjonale retningslinjer, utgjevne av Helsedirektoratet, skal følgjast. Avvik frå retningslinjene skal dokumenterast.

Det må gjerast ei konkret vurdering av om handlingsplanar, handlingsprogram, rettleiarar o.l., som ofte famnar vidare enn faglege retningslinjer, skal ha same status. På nasjonalt prioriterte område vil slike planar, program o.l. likevel vere retningsgivande og normsettande.

Utforming av eigne regionale retningslinjer på område der det ikkje finst nasjonale, er krevjande og må involvere fagmiljø i alle HF-a / private ideelle institusjonar. Ei utfordring er å bruke internasjonalt aksepterte normer for utforming av retningslinjer (identifisering av litteratur, kritisk gransking av denne, inkludert kost-nytte vurderingar). Ei anna utfordring vil vere spørsmålet om kven som godkjenner regionale retningslinjer. Det er likevel slik at mykje av det internasjonale arbeidet, spesielt innan NICE (National Institute of Health and Clinical Excellence, England⁸) og GIN (Guideline International Network⁹) må kunne nyttast også i det regionale arbeidet. NICE og GIN er særskilt førande i det internasjonale arbeidet. Helse Vest vil også følgje med arbeidet i England om utvikling av "NHS Evidence" i 2009¹⁰

Det blir rådd til et ein går skrittvis fram og gjennomfører nokre pilotprosjekt før ein innfører regionale retningslinjer i brei skala for alle fag. Dei regionale retningslinjene – både eksisterande og nye – skal vere offentleg tilgjengelege og skal leggjast inn i databasen over retningslinjer i regi av Helsebiblioteket (sjå www.Helsebiblioteket.no).

Sjølv om retningslinjearbeidet er krevjande, må det likevel understøttast og arbeidast med for å sikre kvalitet. Hovudgrunnen til dette er at helsetenesta må vere open på kva behandling pasientane får og kva grunnlaget for diagnostikk og behandling kvilar på. Og skriftlege retningslinjer er betre enn ingen retningslinjer og må vere grunnlaget for diskusjonar om prioritering mellom helsetenestetilboda.

Klinisk fagrevisjon: Ei anna tilnærming som vil bli brukt m.a. i samband med faglege retningslinjer, og som understøtter behovet for kunnskapsbasert praksis, er prinsippet om kliniske fagrevisjonar. Dette er eit verktøy for systematisk gjennomgang av eit nærare avgrensa område for å vurdere drift og resultat opp mot definerte krav. Helse Stavanger har fått i oppdrag å gjennomføre ein pilot for å utvikle eit enkelt system for bruk av slike revisjonar. Det er tildelt regionale kvalitetsutviklingsmidlar til formålet. Erfaringane frå prosjektet må delast i regionen. Prinsippet om klinisk fagrevisjon vil vurderast brukt i større omfang.

Det finst sentrale områder i medisinen der den vitskaplege litteraturen er heilt eintydig og der manglande etterleving av slik kunnskap har klare negative konsekvensar. Eksempel på slike område er førebyggjande tiltak for å hindre blodpropp ved større operasjonar og ved nokre indremedisinske sjukdomar, og bruk av antibiotika for å hindre infeksjon ved nokre operasjonar, t.d. hofteproteseoperasjonar. På slike område må det vere eit krav at det ligg føre retningslinjer. Ved ein medisinsk fagrevisjon vil ein ikkje berre kunne få greie på om avdelingane/sjukehusa har slike retningslinjer, men òg om retningslinjene blir følgde.

Tidleg vurdering av ny diagnostikk og behandling: I 2007 blei det lansert ein database, MedNytt¹¹, for fagleg støtte når nye metodar blir vurdert innført i helsetenesta. Databasen er ei systematisk innsamla og kontinuerleg oppdatert oversikt over nye metodar for diagnostikk og behandling (inkludert nye legemiddel og utstyr, basert på eit internasjonalt tilfang av slike "tidlege varslingar"). Databasen er til bruk i helseføretaka som kunnskapsgrunnlag før innføring av nye metodar. Helse Vest initierte utviklinga av databasen i regi av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta (Kunnskapssenteret). Databasen inneheld i dag informasjon om ei lang rekkje medisinske metodar som er under utvikling. Databasen vil vidareutviklast, og Helse Vest vil delta i arbeidet saman med Kunnskapssenteret.

System for støtte i avgjerdsprosessen ved innføring nye metodar: I tillegg til MedNytt som hjelpemiddel før innføring av nye metodar, er det behov for å utvikle eit system eller ein metode for å understøtte fagmiljøa og HF-a i å gjere prioritering/gode val ved vurdering av om nye medisinske metodar og teknologi skal innførast. Mini HTA (Health Technology Assessment) er døme på ein slik metode. HTA er ei systematisk vurdering av føresetnader for og konsekvensar av innføring av nye metodar, dvs teknologi, metodar og utstyr som blir brukt i diagnostikk, behandling, pleie, rehabilitering og førebygging. Helse Vest har bedt Kunnskapssenteret bidra for å tilpasse internasjonalt utvikla metodar til norske forhold. Helse Vest skal òg delta i eit felles nasjonalt arbeid som skal omhandle avgjerdsprosessar for investeringar i kostbart utstyr og kostbare medikament med sikte på å etablere felles rutinar, jf. oppdragsdokumentet 2007 og 2008.

3.2 Pasientfokus

Helsetenestene skal involvere brukarane og gi dei innverknad. Pasientane skal møte god service, empati og forståing og skal jamleg få vurdere tenestene gjennom pasienterfaringsundersøkingar. Det er viktig at pasientane kan delta aktivt i eigen behandling og rehabilitering, og det føreset m.a. forståeleg og tilgjengeleg informasjon. Tenester skal vere tilgjengelege, rettferdig fordelte, samordna og prega av kontinuitet, noko som m.a. krev samhandling innanfor spesialisthelsetenesta og mellom nivåa i helsetenesta, både i planlegging og gjennomføring av aktivitetar. Helsetenestene må vere føreseielege, dvs. at pasientar og pårørande må ha forvissing om at helsetenestene yter det dei seier at dei gjer.

Prioriterte tiltak innanfor området vil vere:

Pasienterfaringsundersøkingar: I tillegg til dei nasjonale undersøkingane, som gir resultat på sjukehusnivå med fleire års mellomrom, er det behov for hyppigare undersøkingar for den enkelte eining i sjukehusa slik at resultatata kan brukast til forbetringar. Det er under utvikling eit felles opplegg for lokale pasienterfaringsundersøkingar i regionen. Det blir etablert felles kjernesporsmål, datainnsamlingsmetodikk og eit felles IKT-verktøy for gjennomføring og presentasjon av resultat frå lokale

pasientferingsundersøkingar. Spørjeskjemaet blir utvikla i samarbeid med Kunnskapssenteret, og det vil bli gjennomført ein pilot i Helse Vest for å teste ut skjemaet. Ein tek sikte på at opplegget kan takast i bruk i løpet av 2009.

Pasientforløp: For at pasientane skal oppleve føreseielege og samanhengande tenester og for at logistikken rundt arbeidet skal fungere best mogleg kan utvikling av standardiserte pasientforløp eller behandlinglinjer for enkelte diagnosegrupper/ pasientforløp vere nyttig.

Oppdragdokumentet for 2008 seier: "Det er eit mål at pasientar og brukarar møter ei heilskapeleg helseteneste som er godt samordna, prega av kontinuitet og med heilskapelege behandlingsskjeder som både sikrar god behandlingsskvalitet og rehabilitering og habilitering".

Arbeid med pasientforløp må omfatte heile forløpet til pasienten – på tvers av ulike einingar i føretaka og behandlingssnivå. Det ligg store kvalitetsutfordringar i samhandlinga mellom einingane på sjukehuset, og ikkje minst i samhandlinga med andre nivå, t.d. primærhelsetenesta. Det vil kome føringar på dette område i samband med den varsla "samhandlingsreforma".

Det må likevel gjerast ei vurdering av om arbeidet med "gode pasientforløp" må tilpassast den enkelte eining (avdeling, sjukehus, føretak) eller om ein kan bruke ei felles regional eller nasjonal tilnærming.

Internasjonalt har ein erfaringar med slike pasientforløp, m.a. med det danske systemet med "pakkeforløp"¹² og "diagnostiske pakker" ved Vejle sykehus og det engelske "Map of Medicine"¹³. I Noreg arbeidar Helse Midt-Noreg RHF med prosjekt for utvikling av standardiserte pasientforløp (pasientforløp som omstillingsstrategi; 15 pilotprosjekt). Helse Sør-Aust RHF har ei eiga satsing på behandlingsslinjer, basert m.a. på arbeid gjort i Sjukehuset Østfold og Ringerike sjukehus.

Ei foreløpig oppsummering frå Kunnskapssenteret peiker i retning av at implementering av behandlingsslinjer nokre gonger kan ha effekt på kvalitet, liggetid og kostnader, og andre gonger gi manglande effekt og ein sjeldan gong delvis negative resultat. Det er behov for meir kunnskap om årsakene til variasjonen i effekten før ein brukar store ressursar på utvikling og implementering av behandlingsslinjer¹⁴. Kunnskapssenteret arbeidar med ein kunnskapsoversikt som er planlagt ferdig hausten 2008.

I Helse Vest er det pågåande arbeid i alle HF-a. Til dømes er det i Helse Bergen utvikla pasientforløp for m.a. "brystsmerter", lungebetennelse og forgiftingar. Helse Førde har pasientforløp for t.d. hjerneslag, og Helse Stavanger har m.a. ny organisering av pasientflyt i akuttmottak. Helse Fonna arbeider t.d. med ulike behandlingsskjeder innanfor psykiske helsevern m.a. for akuttbehandling og rusbehandling.

Ei viktig oppgåve er å samle alle behandlingsslinjene/pasientforløpa på ei nettside for å sikre gjenbruk. Vidare er det behov for å gjere verktøy/metodar for dette arbeidet (t.d. behandlingsslinjer, prosess redesign, lean¹⁵) tilgjengelege.

Tilgjenge (poliklinikk, ventetider, prioritering): 85-90 prosent av pasientane på venteliste i Helse Vest ventar på eit poliklinisk tilbod, dvs. på den første kontakten med helsetenesta som skal avklare kva tenestetilbod som passer best og på kva omsorgssnivå (døgn-, dagbehandling, poliklinisk) helsetenesta skal ytast. Vi må derfor kontinuerleg arbeide med at pasientane får den avklaringa dei treng så raskt som mogleg og i tråd med prioriteringsforskrifta.

Velfungerande polikliniske tenester vil sikre pasientane sine behov. Sjølv om HF-a har ansvaret for å leggje til rette for velfungerande polikliniske tenester, må Helse Vest likevel leggje tydelege føringar. Grunnlaget for slike føringar vil først og fremst finnast i gode data, jf. avsnitt 3.4. Helse Vest vil initiere eit prosjekt i 2009 som spesielt vil sjå på det polikliniske tenestetilbodet.

Underernæring og alkohol/rusmidlar som risikofaktorar i den medisinske behandling: Helse Bergen har gjennom eit systematisk arbeid vist at mange innlagde pasientar er underernærte eller står i fare for å bli underernærte som ein konsekvens av utgreiing og behandling. Underernæring har negative konsekvensar for pasienten og aukar risikoen for utilsikta hendingar. Det vil bli starta eit arbeid med å innføre eit systematisk kartleggingsverktøy i sjukehusa i Helse Vest.

Alkohol og rusmidlar er klåre risikofaktorar ved somatisk medisinsk behandling. Rusproblematikk må identifiserast tidlegare enn i dag. Det er derfor viktig at pasientar som har rusproblem vert identifiserte i andre delar av tenesta enn rusomsorga. Det vil bli starta eit arbeid for å teste ut kunnskapsbaserte tilnærmingar i nokre avdelingar ved føretaka. I dette arbeidet vil Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning (KORFOR), Helse Stavanger, ta del.

3.3 Pasienttryggleik

Helsetenestene skal vere trygge og sikre for pasientane. Internasjonale studiar viser at relativt mange pasientar opplever utilsikta hendingar (skader, komplikasjonar, biverknader), som i nokre tilfelle endar med varige plagar og i verste fall død. Ein stor del av skadane kan førebyggast, t.d. ved god organisering, gode rutinar, systematikk og IT-hjelpemiddel. Det er vesentleg med ein kultur for læring basert på rapportering av uønskta hendingar, og fokuset må rettast mot system og kultur meir enn på svikt hos enkelte helsearbeidarar.

Prioriterte tiltak innanfor pasienttryggleik er:

“Komplikasjonsmøte” (“Morbidity and Mortality-Meetings”): For å understøtte oppbygging av ein kultur for openheit og læring knytt til uønskta hendingar, skal det vere rutine å halde møte på ulike einingar for å drøfte uønskta hendingar. Dette inkluderar årsaksanalysar og risiko- og sårbarheitsanalysar. Det er behov for å utarbeide eit rammeverk til hjelp for å gjennomføre slike møte. Det finst internasjonalt utvikla gode hjelpemiddel som kan brukast (m.a. kjerneårsaksanalysar¹⁶, strukturerte journalundersøkingar), men desse må likevel tilpassast regionale og lokale formål.

Måling og forbetring av pasienttryggleikskultur: Kulturen er viktig for korleis arbeidet med pasienttryggleik blir prioritert og gjennomført i pasientbehandlninga. Det er utvikla ulike måleinstrument (spørjeskjema) som måler tryggleikskulturen og gir eit bilde av korleis dei tilsette opplever prioriteringa av pasienttryggleik. Det er vidare utvikla hjelpemiddel for å arbeide med forbetring av tryggleikskulturen. Tilpassing og bruk av slike hjelpemiddel i arbeidet må vurderast nærmare.

Avviksrapportering: Det er under implementering eit felles elektronisk system for registrering av uønskta hendingar i Helse Vest (Synergi). Systemet sett fokus på systemfeil, ikkje personfeil, og er ei viktig kjelde til kvalitetsforbetring ved å gi leiinga oversikt over risiko og viktigaste risikoreduserande tiltak i verksemda.

Det er vidare under utvikling ulike typar standardrapportar for å utnytte meldingane som kunnskapsbase i forbetringsarbeidet. Rapportane skal understøtte behov på ulike nivå. Implementeringa av rapporteringssystemet vil følgjast opp og bruken vidareutviklast.

Legemiddelhandtering: Ein stor del av dei uønskta hendingane er knytt til legemiddelhandtering. Det er i gang eit regionalt prosjekt om legemiddelhandtering og pasienttryggleik i Helse Vest. Det skal etablerast ein heilskapeleg og overordna plan for korleis legemiddelforsyninga (definert som bestilling, føreskriving og utdeling) kan tilpassast behova til pasientane og dei ulike pasientforløpa som eksisterar i føretaka. Deretter skal det følgjast opp med delprosjekt for å realisere tilrådingane.

Det regionale arbeidet vil m.a. drøfte ulike avgjerds- og føreskrivingsstøttesystem, m.a. bruk av det nasjonale føreskrivings- og ekspedisjonsstøttesystemet (FEST) som er utvikla av Statens legemiddelverk. Det er også i gang eit felles nasjonalt arbeid med elektronisk resept (eResept) som vil bli pilotert ved Nye Ahus. Ei betre legemiddelhandtering vil krevje IKT-ressursar og må koplant til det regionale EPJ-prosjektet.

I mai 2008 kom nye forskrifter som regulerer legemiddelhandtering. Helse Vest har starta eit arbeid for å få mest mogleg einskapleg forståing av forskriftene og oppfølging i dei ulike HF-a og i dei private ideelle institusjonane.

Innføring og bruk av internasjonalt utvikla prototyper: Helse Vest RHF vil slutte seg til initiativet til WHO “*Safe Surgery Initiative*”¹⁷ som i hovudsak er basert på enkle sjekklister som skal brukast ved kirurgiske inngrep (med dokumentasjon for at sjekk på viktige områder er gjennomført, som t.d. at involvert helsepersonell veit kva operasjon som er planlagt, markering av operasjonsstad o.l.).

I fleire land er det lansert kampanjar som byggjer på at ein systematisk gjennomfører tiltak som det er vitskapleg dokumentasjon for vil redusere risiko for død knytt til medisinsk behandling. Eksempel på slike initiativ er "100K Lives Initiative" (Institute of Health Improvement, USA) og "1000 Lives Initiative" (Wales). Tilsvarande er òg gjennomført i Danmark¹⁸. Ei utfordring er at ein ikkje utan vidare kan kopiere slike internasjonale initiativ til norske tilhøve, at dokumentasjonen på effekten av dei ulike tiltaka varierer og at det er usikkert om tiltaka kan knytast direkte til "sparte liv"¹⁹. Men tilnærminga er interessant m.a. fordi ein bruker samfunnsfaglege prinsipp for å oppnå endring som t.d. "social movement"²⁰. Tilnærminga må prøvast ut.

Helse Vest må nytte tilnærmingar og erfaringar frå andre land, m.a.:

- Patient Safety Initiative, Health Foundation, England
- National Patient Safety Agency, NHS, England
- Institute of Health Improvement, USA
- Patient Safety Network, Agency for Healthcare Research and Quality, USA
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Sikkerpatient.dk
- World Alliance for Patient Safety, WHO

3.4 Måling av resultat

Bruk av data, indikatorar, måling av resultat i helsetenesta m.m. skal tene fleire formål, t.d.:

- som grunnlag for kvalitetsforbetring
- for å vise at forbetringstiltak verkar
- for styring, oversikt og kontroll, f.eks. styrerapportering
- for å vise/synleggjere kva helsetenesta har oppnådd, inkludert korleis ein skjøttar samfunnsoppdraget sitt, m.a. slik det er utforma i oppdragsdokumentet.

Målingane som blir omtalte i dette avsnittet har i hovudsak formålet i det siste kulepunktet for auge.

Medisinske kvalitetsregister – infrastruktur: Eit kvalitetsregister har som formål å dokumentere kvaliteten på pasientbehandlinga ved å måle resultat av behandling, prosedyrar og tiltak, og er eit viktig verkøy for kvalitetsforbetring. I oppdragsdokumenta for 2004 og 2005 fekk RHF-a i oppdrag å opprette eit nytt nasjonalt kvalitetsregister kvar for ulike diagnosegrupper. I tillegg har Helse Vest RHF fått i oppdrag å opprette eit nasjonalt kvalitetsregister for KOLS (oppdragsdokumentet 2007) og for leppe-kjeve-ganespalte (oppdragsdokumentet 2008).

I tillegg finst det ca 35-40 andre tilsvarande register som er eller kan ha potensiale til å bli nasjonale. RHF-a og HF-a er i varierende grad formelt involverte i desse, men fleire, t.d. leddprotese-registeret i Helse Bergen, er gode døme på velfungerande register. Ei oversikt over RHF-eigde og andre register finst i vedlegg 1.

Sjølv om RHF-a samla meiner at medisinske kvalitetsregister er eit svært viktig kvalitetsfremjande tiltak, har arbeidet med desse etter departementet sine initiativ i 2004 og 2005 hatt dårleg framdrift. Årsaka er først og fremst manglande nasjonal koordinering og manglande felles IKT-teknisk infrastruktur.

I oppdragsdokumentet for 2007 fekk RHF-a samla i oppdrag å "sikre felles nasjonale løysingar for dei medisinske kvalitetsregistra". I ein felles rapport til HOD våren 2008 føreslår dei administrerande direktørane at RHF-a tek ansvar for å etablere ein felles overordna samarbeidsstruktur ansvarsplassert i Helse Nord RHF ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) og å etablere ein felles IKT-plattform ansvarsplassert i Helse Midt-Noreg RHF²¹. I statsbudsjettet for 2009 er det sett av 32 mill kr til å effektivisere arbeidet med etablering og drift av kvalitetsregister. RHF-a vidarefører arbeidet i tråd med rapporten til HOD. HOD har òg varsla at det kjem ei tydeleg bestilling i oppdragsdokumentet for 2009.

I tråd med det felles RHF-arbeidet har Helse Vest under oppstart eit regionalt prosjekt for utprøving og implementering av den felles tekniske infrastrukturen for medisinske kvalitetsregister. Ein felles infrastruktur skal gjere det enklare å etablere kvalitetsregister, og å bruke informasjonen i eksisterande nasjonale helseregister. Prosjektet skal baserast på og gjerast i samarbeid med det felles RHF-arbeidet.

For å ivareta koordinering mot det nasjonale arbeidet, for å sikre regional koordinering, spesielt mot Helse Vest IKT, og for å sikre etableringa av regionale medisinske kvalitetsregister (jf. styresak 47/08 om urologisk kreftkirurgi), er det oppretta eit Fagsenter for medisinske kvalitetsregister ved Kompetansesenteret for klinisk forskning i Helse Bergen. Ein styringsstruktur for Fagsenteret, inkludert samarbeidet med Helse Vest IKT, vil bli etablert hausten 2008.

Kvalitetsmåling:

Helse Vest rapporterer på pålagte nasjonale kvalitetsindikatorar, jf. oppdragsdokumentet, og det er etablert månadleg styrerapportering for at styret fortløpande skal kunne følgje med på utviklinga i tenestene. Det er behov for å vidareutvikle dette med data/informasjon om kva som er oppnådd i tenestene.

Tema for måling vil vere t.d.:

- Tilgang til tenestene, prioritering, likeverdige tenestetilbod
 - ventetider/vurderingstider til omsorgsnivå
 - ventetider til behandling/operasjon for særskilte sjukdomsgrupper
- Aktivitet etter prioriteringskategori og sjukdomsgrupper
- Korleis fungerer spesialisthelsetenesta?
 - reinnleggingar etter alders- og sjukdomskategoriar
 - dagkirurgi som del av den totale kirurgiske aktiviteten
 - utanlandsbehandling
 - fristbrot
 - fristbrot meldt til NAV
- Resultatmål
 - kreftkirurgi (utvalde grupper) fordelt på sjukehus (volum)
 - overleving/dødelegheit for store pasientgrupper (ut frå nasjonale register som t.d. Kreftregisteret, Hjerte-kar-slagregister)
 - resultatmål for ulike sjukdomsgrupper basert på nasjonale medisinske kvalitetsregister, jf. ovanfor
 - infeksjonsratar i sjukehus (t.d. Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehustjenesten - NOIS)
- Pasienterfaringar (jf. avsnitt 3.2)
 - etter omsorgsnivå og aggregert på tenesteområde (somatikk, psykiatri, rus)
 - etter avdeling/spesialitet
- Innleggings- og behandlings/operasjonsratar (ratar for føretaksområde, kommunar, fylker; praksisvariasjonar)
- Pasienttryggleik (jf. avsnitt 3.3). Data må baserast på avvikssystemet Synergi, og det er behov for følgjande informasjon
 - melde skadar / uønska hendingar / nestenuhell
 - alvorleg personskade eller dødsfall (melding til Helsetilsynet og politi)
 - klagesaker Pasientombodet
 - klagesaker Norsk Pasientskadeerstatning
 - melde biverknader (legemiddel)
- Generiske utfallsmål (livskvalitet, funksjon) basert på skåringssystem

For dei fleste rapporteringstema må ein basere seg på årlege rapportar til styret fordi dei viktigaste datakjeldene (dei nasjonale helseregistra) set grenser for rapporteringsfrekvens. For nokre tema vil det vere mogleg med tertialtal.

Oppbygging av slike datasett vil krevje tilgang til epidemiologisk kompetanse, og det må etablerast eit samarbeid først og fremst med LOCUS for registerepidemiologi ved Universitetet i Bergen. Det må allokera spesifikke ressursar til formålet.

Det vil i 2009 bli gjennomført eit prosjekt som skal utforme konkrete planar for oppbygging av eit slikt måle- eller monitoreringssystem, inkludert kompetanse- og ressursbehov.

Også på dette området finst det internasjonale erfaringar/system som kan nyttast i Noreg, m.a. det svenske systemet "Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet"²².

3.5 Internkontroll

Når det gjeld dette femte temaområdet blei det i mai 2008 lagt fram ei sak for styret i Helse Vest om internkontroll og risikostyring i regionen (sak 44/08). Internkontroll legg nødvendige rammer rundt arbeidet, med fokus på styring, risiko og kontroll og etterleving av lov- og myndigheitskrav. Det er i gang eit regionalt prosjektet som skal utarbeide eit system for risikostyring som tar utgangspunkt i allereie eksisterande styringsrutinar i Helse Vest. Prosjektet skal utarbeide ein policy for risikostyring i Helse Vest RHF og utarbeide rutinar for risikovurdering og rapportering av risiko for heile føretaksgruppa. Prosjektet skal utarbeide eigna verktøy for risikovurdering og rapportering.

Kvalitetssatsinga føreset vidareutvikling av arbeidet med internkontroll og risikostyring, og arbeida må sjåast i samanheng. Det vidare arbeidet med internkontroll omtalast ikkje nærmare her.

4 Strategiske verkemiddel

4.1 Strategiske tiltak for kulturbygging og læring

Kvalitetsarbeid krev endring. Endring er avgjerande for all utvikling og forbetring. Helsetenestene må kontinuerleg utviklast og forbetrast fordi²³:

- Samfunn, kunnskap, kompetanse og teknologi stadig er i endring og utvikling
- Forventningane frå brukarane og krav til medverknad endrar seg
- Tenestene verkar ikkje alltid etter hensikta
- Tenestene er ikkje så trygge og sikre som dei bør og kan vere
- Tenestene kan vere dårleg samordna
- Det er rom for forbetring når det gjeld ressursutnytting og fordeling

Eit viktig siktemål med kvalitetssatsinga er å sørge for at dei tilgjengelege ressursane blir utnytta på ein best mogleg måte, og ikkje fokusere på kva vi kunne fått til med meir ressursar.

Dei strategiske tiltaka som blir føreslått her, må sjåast i samanheng med utfordringar i organiseringa for kvalitet, omtalt i avsnitt 5.2. Tiltaka har som føremål å understøtte iverksettinga av kvalitetssatsinga.

Det er sentralt at organisasjonen har ei felles forståing av kva som ligg i kvalitet og kvalitetsutvikling, og at dette ligg til grunn for den daglege pasientnære verksemda. Alle profesjonsgrupper har ein naturleg plass i kvalitetsarbeidet, skal bidra og føle seg involverte. Dette inneber m.a. at den enkelte medarbeidaren ser at kvalitetssatsinga understøtter det kliniske, pasientnære arbeidet, og at satsinga derfor har nytteverdi for den enkelte. I formidlinga av dette er leiinga på alle nivå, m.a. styra, vesentlege.

Å få til god læring i organisasjonen, dvs. kunnskaps- og erfaringsdeling, er ei vesentleg side ved å utvikle kulturen. Ein "lærande" organisasjon vil m.a. kjenneteiknast av at den er kunnskapssøkjande, søker å utvikle eit felles språk, at leiinga legg til rette for kontinuerleg dialog og refleksjon, at medarbeidarane kjenner visjon, mål og verdiar og har metode og verktøy for å nå måla. Det må leggast vekt på å spreie kunnskap – både erfaringsbasert kunnskap, fagkunnskap, forbetningskunnskap og kunnskap om endring i organisasjonen. Det er også eit viktig mål at ein bruker det andre har utvikla der det er mogleg.

Fleire av dei prioriterte faglege tema vil vere direkte bidrag i utviklinga av ein kultur for kvalitetsutvikling. Dette gjeld t.d. "komplikasjonsmøte", jf avsnitt 3.3. Følgjande strategiske tiltak for å bidra til kulturbygging og læring vil prioriterast:

Årleg Helse Vest kvalitetskonferanse: Det er gjennomført to seminar/konferansar, ein i 2007 med tema "utvikling av gode pasientforløp" i Haugesund, og ein i 2008 med tema "pasienttryggleik" i Bergen. Begge konferansane trekte 100-120 deltakarar med ulik fagbakgrunn. Det vert lagt opp til ein årleg kvalitetskonferanse også i åra framover. Dette skal bli den viktigaste møteplassen for kvalitetsarbeid og læring i Helse Vest.

Kvalitetspris: Det regionale samarbeidsorganet har oppretta ein kvalitetspris som blei delt ut for første gong i 2007. Kvalitetsprisen blir delt ut til ein eller fleire personar som gjennom forskingsarbeidet sitt har

bidrege til å heve kvaliteten på tenestetilbodet i spesialisthelsetenesta og som underbyggjer kvalitetsstrategien i Helse Vest.

Det vil bli vurdert om ein skal frikople kvalitetsprisen frå forskingskonferansen og det regionale samarbeidsorganet med universiteta. Prisen er ein måte å synleggjere arbeidet med kvalitet, og vil vere eit insitament til arbeidet. Prisen vil òg vere viktig for omdømme.

Kvalitetsutviklingsmidlar (såkornmidlar): For å stimulere kvalitetsarbeidet tildelar Helse Vest årleg prosjektmidlar til kvalitetsutviklingsprosjekt lokalt forankra i helseføretaka og i private, ideelle institusjonar i regionen. I 2007 blei det delt ut 2 mill kr til 17 ulike prosjekt, og i 2008 3 mill kr til 28 prosjekt. Informasjon om prosjekta, og etter kvart om resultat, vil finnast på nettsida til Helse Vest.

Det har vore mange gode søknader, og til saman blei det søkt om 10 mill kr i 2008. Ordninga vil bli vidareført i 2009, samtidig som det vil bli gjort ei evaluering av ordninga. Sjølv om tiltaket blir opplevd som nyttig og er ein viktig stimulans til det lokale kvalitetsarbeidet, må ein likevel vurdere om innsatsen skal rettast inn mot særskilte tema. Dersom kvalitetsutviklingsmidlar skal tildelast også i framtida, må ein vurdere om tildelingsbeløpet kan aukast.

Forankring: Det er vesentleg at kvalitetssatsinga blir opplevd som nyttig for den enkelte medarbeidar – på tvers av profesjongrensar. Det er vidare nødvendig at kvalitetssatsinga er forankra i leiinga på ulike nivå i organisasjonen. Behovet for endringar blir ofte uttrykt frå øvste nivå, og derfor er forankring i toppleiinga vesentleg. Toppleiinga i føretaket må ta ansvar for å spreie informasjon om kvalitetssatsinga til alle nivå i organisasjonen, gjennom t.d. møte-/seminarseriar, aktiv bruk av inter- og intranett og ved leiartechnikkar som set fokus på arbeidet med kvalitet og pasienttryggleik. Det kan også vere aktuelt at representantar frå RHF-et reiser rundt i regionen for å informere om kvalitetssatsinga saman med tilsette frå føretaka ("road-show"). Det bør utarbeidast ein kommunikasjonstrategi for å systematisere forankringsarbeidet.

"Informasjonsbank": Erfaringar og resultat frå ulike nivå i tenestene må vere tilgjengelege for alle, slik at gjenbruk og informasjonsoverføring blir ein berebjelke. Det skal etablerast ei nettside e.l. med lett tilgjengeleg oversikt over aktuelle metodar/verktøy/hjelpemiddel/instrument mm. for det lokale kvalitetsarbeidet. Nettsida vil kunne bidra til å spreie idear og gode eksempel, formidle forskning og anna kunnskap. Til dømes må pasientforløp som er utarbeidd i HF-a samlast på ei nettside for å kunne brukast av andre (jf. avsnitt 3.2).

Rådgivings- og rettleiingsteneste: For å understøtte det lokale kvalitetsarbeidet kan tilgang til rådgiving og rettleiing i ulike typar metodespørsmål vere nødvendig. Som eksempel kan nemnast bistand ved gjennomføring av kliniske fagrevisjonar (jf. avsnitt 3.1), i utarbeiding av pasientforløp (jf. avsnitt 3.2), ved gjennomføring av kjerneårsaksanalysar (jf. avsnitt 3.3) eller innsamling og analyse av data i samband med forbetningsprosjekt. Det vil vere behov for å setje av særskilte ressursar til dette. Ressursane vil lokaliserast i HF-a, men kunne nyttast på tvers av HF-grensene. Leiinga i HF-a har eit særleg ansvar for at slike ressursar er tilgjengelege.

Opplæring: Ein vil vurdere behovet for felles, regionale, tverrfaglege opplegg for opplæring i forbetningskunnskap, det vil seie t.d. prosessforbetring og enkle metodar for resultat- og prosessmåling. Det kan òg vere aktuelt med opplæring i metode for fagrevisjon og i kjerneårsaksanalysar, jf. avsnitt 3.3 om pasienttryggleik. Etablering av ulike læringsnettverk vil vere aktuelt.

4.2 Kvalitets- og forbetningskunnskap i grunn-, etter- og vidareutdanningane

I Helse2020 er eit av tiltaksområda å samarbeid med universitet, høgskular og vidaregåande skular om undervisningsplanar og fagleg innhald i dei ulike studia. Målet er å sikre at ein kan tilby utdanning som møter behova i framtida. Kvalitets- og forbetningskunnskap vil vere aktuelle tema i denne samanheng.

Vidare er etablering av eit eige program for vidare- og etterutdanning innan kvalitetsfeltet eit tiltak i Helse2020. Programmet skal innehalde tverrfagleg kompetanseutvikling målretta for klinikarar i pasientnært arbeid, og vil vere eit ledd i å leggje til rette for systematisk kvalitetsarbeid i det kliniske arbeidet. Delar av programmet vil òg naturleg inngå i felles leiarutviklingsprogram (LUP) for føretaksgruppa.

Tiltaka vil følgjast opp i samarbeid med Samarbeidsorgana med universiteta og høgskulane.

5 Iverksetting av kvalitetssatsinga

Utviklinga av arbeidet med kvalitet skjer på ulike nivå; på nasjonalt helsesystemnivå (makro), på RHF- og HF-nivå (meso) og på klinikk-, avdelings- og postnivå (mikronivå). Kvalitetssatsinga i Helse Vest er retta inn mot operativt nivå (klinikk), taktisk nivå (HF) og strategisk nivå (RHF).

5.1 Ulike modellar

Nasjonalt og internasjonalt er det ofte omfattande diskusjonar om kva som er "den rette" modellen eller systemet ein skal bruke for å sikre god kvalitet. Gjennomgangen av arbeidet med kvalitet i Europa som nylig er publisert frå European Observatory on Health Systems and Policies (sjå fotnote 3), viser at det ikkje er éin modell eller éin måte å arbeide med kvalitet som kan seiast å vere den einaste "rette norma" å arbeide etter.

Kunnskapsoppsummeringar viser vidare at det ikkje er lett å påvise at sertifisering og akkreditering eller målstyringsverktøy verkar²⁴. Kostnadane ved sertifisering og akkreditering er betydelege, ikkje minst når det gjeld personale sin arbeidsinnsats. Sertifisering eller akkreditering vil derfor ikkje bli brukt som ei generell tilnærming eller verkemiddel i arbeidet med kvalitet.

Sertifisering eller akkreditering kan likevel vere aktuelt for avgrensa delverksemdar, t.d. laboratorieverksemd. Det blir elles vist til Nasjonal helseplan der det heiter at departementet i planperioden vil vurdere eit nasjonalt system for akkreditering av sjukehus. Helse Vest avventar departementet sine vurderingar før ein evt. initierer arbeid med sertifisering eller akkreditering.

Iverksettinga av kvalitetssatsinga vil ikkje bli bunde til éin modell, men arbeidet vil vere langsiktig og målretta, og ein vil bruke erfaringar, verkemiddel og metodar som har vist seg nyttige hos andre, både nasjonalt og internasjonalt.

5.2 Utfordringar i organisering for kvalitet

Erfaringar frå andre sjukehus i Europa og USA som har arbeidd systematisk med kvalitetsutvikling gjennom mange år, viser at det finst nokre generelle hovudutfordringar som er vesentlege for ein organisasjon å vere merksam på når kvalitetsinitiativ skal setjast i verk og haldast ved like²⁵. Det er vesentleg at organisasjonen:

- utarbeider strategiar og strukturer som legg vekt på organisering, planlegging og koordinering av kvalitetsarbeidet
- utviklar evna til å handtere endringar og konflikhtar i organisasjonen og harmonisere motstridande interesse
- gir kvalitet ei felles, integrert meining og verdi i organisasjonen for på den måten å skape ein kultur der kvalitetsutvikling er ein naturleg og integrert del av alle aktivitetar
- legg vekt på læring i organisasjonen, sørgjer for kunnskapsspreiing og at leiarar og medarbeidarar tilegnar seg forbetningskunnskap og endringskompetanse
- skapar engasjement og motivasjon hos alle medarbeidarane
- etablerer praktisk støtte til kvalitetsutviklingstiltak gjennom teknologi og fysisk infrastruktur

Desse ulike forholda heng i hop og påverkar kvarandre – og gir gode eller dårlege prosessar. Det er mange måtar å få til dei gode prosessane på, men felles for suksesshistoriene²⁶ er evna til å tilpasse løysningar og strategiar til eigenskapar ved eigen organisasjon og rammevilkåra. Organisasjonen må òg ha evna til å handtere mange komplekse utfordringar samtidig.

Kvalitetsutviklingsprosessar, eller forbetningsarbeid, inneber endring – endring ligg til grunn for all utvikling og forbetring. Om organisasjonen klarer å påverke til endring, og spreie og vedlikehalde endring er derfor avgjerande for arbeidet med kvalitet. Det er ulike endringsutfordringar på ulike nivå i organisasjonen.

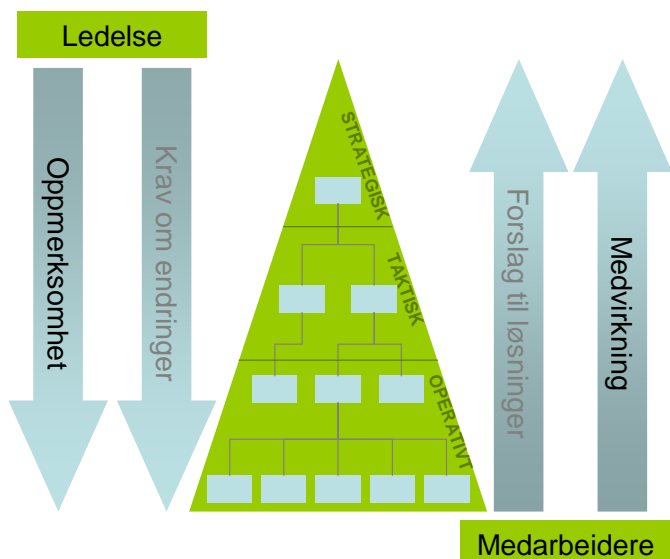
Ein føresetnad for å lykkast er at utfordringane blir løyste lokalt. Problemstillingane må derfor viast merksemd både på RHF-, HF- og klinikknivå.

Leiing og leiarforankring er nødvendige føresetnader for å få på plass gode kvalitetsutviklings-prosessar. Det er ulike leiingsutfordringar knytt til alle dei seks hovudutfordringane i kulepunktta over. Å finne løysingar krev ulike eigenskapar frå leiinga – t.d. både å skape strukturar, strategisk leiarskap, forhandle mellom ulike interesser, motivere og gi rom for læring. At leiinga på alle nivå i organisasjonen gir merksemd til endrings- og forbetningsarbeidet har stor effekt for at det skal bli sett i gang, gjennomført og vidareutvikla.

Å gi merksemd frå leiinga si side inneber å:

- synleggjere endringsbehov og fokusere på moglegheiter
- fokusere på målsetting og dei resultata ein ønskjer seg
- sørge for at godt, lokalt leiarskap kan utøvast – leiing som verkemiddel for endring
- leggje til rette for utvikling av kompetanse innan feltet både når det gjeld fag (ikkje berre medisin), metode og prosess
- sikre reell medverknad og involvering
- aktivt støtte gode tiltak

Sterk medverknad frå medarbeidarane er eit anna viktig verkemiddel for endring. Kvalitetsutviklings-prosessar må vekse fram lokalt, og løysningane blir best utarbeidd av medarbeidarane på det nivået i organisasjonen der endringa faktisk skal finne stad. Sjå også avsnitt 4.1 om strategiske verkemiddel for kulturbygging og læring.



5.3 Hovudprinsipp for det vidare arbeidet med kvalitet i Helse Vest

Hovudprinsippet for det vidare arbeidet med kvalitet i Helse Vest vil framleis vere lokal forankring og sentral koordinering. Hovudtyngda av arbeidet blir drive på lokalt nivå med HF-et som ansvarleg, men på nokre vesentlege område er det behov for eit felles arbeid på tvers av føretaksgrensene i regionen. På desse områda vil det vere nødvendig med ei sentral koordinering av arbeidet.

Dette inneber at HF- og klinikknivå må:

- arbeide med kvalitetsutvikling integrert i det daglege arbeidet, med separate kvalitetsutviklingsprosjekt som supplement
- gjennomføre prosjekt og tiltak i kvalitetssatsinga: HF-a og private ideelle institusjonar vil få i oppdrag å følgje opp ulike prosjekt og tiltak, gjennomføre pilotar og deretter spreie kunnskap/erfaringar i regionen. Gjennomføringa må ha ei tverrfagleg tilnærming. Dersom erfaringane frå pilotane er gode, kan løysingane tenkjast å bli implementert i heile regionen.
- fasilitere og samordne kvalitetsarbeidet innanfor HF-et

- sørge for å dele erfaringar på tvers av HF-grenser
- arbeide med utfordringane i forhold til iverksetting av kvalitetssatsinga
- forplikte seg (ved avtaler o.l.) til å ta del i arbeidet, slik at evt. manglande deltaking blir lagt merke til.

Den koordinerande rolla til RHF-et vil bestå i å:

- gjere val av tema eller hovudarbeidsområde, jf. avsnitt 3 (og "kvalitetshuset")
- bruke den etablerte organisasjonen rundt kvalitetssatsinga til forankring og vidareutvikling av innhaldet i kvalitetssatsinga
- koordinere gjennomføringa av prosjekt og tiltak i kvalitetssatsinga ved å:
 - fordele ansvar for gjennomføringa
 - initiere bruk, og evt. regional tilpassing, av hjelpemiddel/instrument/tilnærmingar som er kunnskapsbaserte og validerte og som har vist seg vellykka i andre helsetenesteyesystem (internasjonalt)
 - bidra til at kunnskap og erfaringar frå regionale prosjekt blir spreidde i regionen, og at gode instrument/tilnærmingar som er pilotert evt. blir implementert i regionen.
 - bidra til standardisering der standardisering er teneleg

6 Ressursar, tidsplan, evaluering og rapportering

Kvalitetssatsinga i Helse Vest har eit langsiktig perspektiv, jf. Helse2020, og kan berre realiserast gjennom målretta, stegvist arbeid der ein er tru mot eit konsistent opplegg, og utan å binde seg sterkt opp til éin modell. Vi skal bruke verkemiddel, instrument og teknikkar som har vist seg velegna andre stader og i utstrakt grad gjere oss nytte av dei erfaringane andre har.

Generelt er god kvalitet ikkje kostnadsdrivande – snarare tvert om²⁷. Gode løysingar for kompliserte prosessar kan spare ressursar på mange plan, mens dårlege prosessar kan gi meirarbeid på mange plan. Det vil likevel trengs ressursar til støttefunksjonar for å mogleggjere at kvalitetsarbeidet blir ein integrert del av den daglege verksemda. Det må setjast av tilstrekkelege ressursar for å følgje opp konkrete prosjekt og tiltak. Dette krev prioritering internt i HF-a i tillegg til prosjektmidlar som blir stilt til disposisjon gjennom den regionale kvalitetssatsinga.

Det må setjast av ressursar til kvalitetssatsinga. Tildeling til formålet vil inngå i diskusjonane om dei årlege konsernbudsjetta, og vil bli omtalt og synleggjort særskilt i budsjettframlegget til styret.

I tabellen under er det sett opp ein tentativ tidsplan for innfasing av dei ulike prosjekta og tiltaka.

Iverksetting i tabellen referer til omtalen av dei enkelte prosjekta/tiltaka i avsnitta 3.1-3.4 og 4.1. For kvart prosjekt/tiltak er det omtalt kva som kan brukast som evalueringstema for å vurdere måloppnåing.

Rapportering på oppfølginga av kvalitetssatsinga vil sjåast i samanheng med rapportering på styringsdokumentet og etablering av eit system for risikostyring (jf sak 44/08). Leiinga i HF-a er ansvarlege for at kvalitetsarbeidet kjem tydeleg fram i denne rapporteringa. I tillegg vil projektrapportering frå arbeid som er/blir etablert som prosjekt vere viktig i denne samanheng.

Prosjekt/tiltak	Iverksetting	Evalueringsstema	Tidsplan
Kunnskap			
Faglege retningslinjer	Implementeringsstrategi Pilotprosjekt for utforming av regionale retningslinjer	Dokumentert bruk av dei nasjonale retningslinjene Gjennomførte pilotar	Oppstart 2009 2011
Klinisk fagrevisjon	Pilotprosjekt i Stavanger Vurdere utvida bruk, særleg i samband med retningslinje	Ferdigstilling Utvida bruk	2008 2009
Tidleg vurdering av ny diagnostikk og behandling	Delta i vidareutvikling av databasen MedNytt		
System for støtte i avgjerdsprosessen ved innføring av nye metodar	Oppdrag til Kunnskapssenteret Implementering i HF-a	System teken i bruk	På plass 2010
Pasientfokus			
Pasienterfaringar	Regionalt prosjekt, implementering i HFa	Felles opplegg teken i bruk	På plass 2009
Pasientforløp	Nettside for å samle og spreie informasjon Utviklingsarbeid i HF-a	Systematisk utveksling av erfaringar og metodar	Oppstart 2009
Tilgjenge	Føringar på grunnlag av data frå kvalitetsmålingar	Ventetider, andre kvalitetsmål, jf. avsn. 3.4	
Underernæring/rusmidlar	Kartleggingsverktøy for underernæring Tidleg identifisering av rusmisbruk	Innført kartleggings- system i HF-a Pilotprosjekt i somatiske avdelingar	2012 2010
Pasienttryggleik			
"Komplikasjonsmøte"	Rammeverk/hjelpemiddel Implementering i HF-a	Etablerte rutinar	På plass 2010
Måling og forbetring av pasienttryggleikskultur	Vurdering og tilpassing verktøy	Pilotar	2010
Avviksrapportering	Implementering i HF-a, Utnytting av standardiserte rapportar	System teken i bruk Full utnytting av rapportar	2009
Legemiddelhandtering	Gjennomføring av etablert regionalt prosjekt Delprosjekt for oppfølging	Prosjektleveranse i tråd med mandat Implementering	2008 2010
Innføring og bruk av internasjonale prototypar	Pilotprosjekt i eit HF	Innfasing i HF-a	2011
Måling av resultat			
Medisinske kvalitetsregister – infrastruktur	Gjennomføre etablert regionalt prosjekt Implementeringsplan	Implementering av teknisk infrastruktur	2010 2012
Kvalitetsmåling	Forprosjekt	Filbeskriving inkludert datakjelder	2009
Strategiske verkemiddel – kulturbygging og læring			
Årleg kvalitetskonferanse	Ulike HF ansvarleg for arrangementet	Årleg gjennomføring	Årleg
Kvalitetspris	Årleg tildeling	Årleg tildeling	Årleg
Kvalitetsutviklingsmidlar	Årleg tildeling inntil vidare Rapportering frå prosjekta	Gjennomføring i HF-a og prosjektrapportering Vurdering av bruken	Årleg 2009
Forankring	Forankrings- og informasjonsarbeid Kommunikasjonsstrategi	Gjennomført forankringsarbeid i tråd med strategi+oppfølging	2009 Årleg
"Informasjonsbank"	Etablering av nettsider med erfaringar, verktøy mv. for lokalt kvalitetsarbeid	Tilgjengeleg for HF-a	Oppstart 2009
Rådgivings- og retteleingsteneste	Etablering av rådgivings- og retteleingsteneste for m.a. metodespørsmål	Tilgang til rådgiving og retteleing i HF-a	Oppstart 2009
Opplæring	Utvikling av opplæringspgm	Gjennomføring i alle HF-a	2010

Forslag til vedtak:

1. Vidareføring og styrking av arbeidet med kvalitet i Helse Vest frå 2009 til 2013 følgjer hovudlinjene trekte opp i denne saka.
2. Styret ber om at det to gongar i året blir lagt fram ei sak om oppfølginga av kvalitetssatsinga.
3. Styret ber om at denne saka blir lagt fram for styra i alle HF-a. Dei private ideelle institusjonane må orienterast, og arbeidet med kvalitet må visast til i den årlege bestillinga.

¹ St.prp. nr. 1 (2006-2007), pkt 6.4.1 "Strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og prioritering" (s. 278)

² Sjøå til dømes sak 43/08 i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering.

³ "Assuring the Quality of Health Care in the European Union. A Case for Action". Observatory Studies Series No 12, World Health Organization 2008 (ISBN 978 92 890 7193 2). Rapporten er publisert av European Observatory on Health Systems and Policies, som er eit partnerskap mellom WHO sitt Europa-kontor, 8 land (inkludert Noreg), European Investment Bank og Verdsbanken. Rapporten er eit initiativ frå Europe for Patients Project (2004-2007) innanfor EU sitt 6. rammeprogram for forskning.

⁴ "... og bedre skal det bli!" Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, Sosial- og helsedirektoratet 2005, IS 1162

⁵ Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring

⁶ Retningslinjer for retningslinjer. Prosesser og metoder for utvikling og implementering av faglige retningslinjer, IS 2653.

⁷ F.eks. innanfor kreftområdet, for bruk av TNF-hemmarar og for nokre medisinar ved multipel sklerose.

⁸ www.nice.org.uk

⁹ www.g-i-n.net

¹⁰ Lord Darzi "Next Stage Review" NHS Evidence: "A national clinical evidence base will be created, housing what local, national an international clinicians believe to be the best available evidence about clinical practice, pathways and models of care and innovations".

¹¹ www.mednytt.no

¹² www.sundhed.dk/wps/portal/ s.155/1921? ARTIKELGRUPPE_ID =1023080331165834

¹³ <http://www.mapofmedicine.com/>. Map of Medicine (MoM) er eit klinisk system for avgjerdstøtte som er utarbeidd i England for NHS. Systemet dekkjer behandlingsforløp for nesten 400 diagnosegrupper, og tar for seg forløpet til pasienten frå første kontakt med fastlege til ferdig behandling i sjukehuset (dersom dette viser seg nødvendig). På oppdrag frå Helse Vest har Helse Bergen gjennomført ein enkel studie av MoM for å vurdere om kvaliteten i systemet er tilfredsstillande for norske forhold, både med tanke på fagleg innhald og brukarvennlegheit. Konklusjonane er at systemet kan bidra til auka behandlingsskvalitet dersom målgruppa er legar med mindre erfaring. Det vil likevel krevje betydelege ressursar for å tilpasse systemet til norske forhold, og MoM er sannsynlegvis ikkje tenleg dersom systemet ikkje blir integrert med EPJ. Helse Vest følgjer arbeidet nøye. Innføring av eit slikt avgjerdstøttesystem krev også integrasjon med EPJ-løysingane i helseføretaka.

¹⁴ Kunnskapsgrunnlaget for behandlingslinjer – en foreløpig oversikt. Kunnskapscenteret. Notat 2007.

¹⁵ For en introduksjon til "lean hospital" sjå foredrag av Hege Rob Moi på Helse Vests kvalitetsseminar 2007: www.helse-vest.no/sw30533.asp

¹⁶ Kjerneårsaksanalyse er ei systematisk analyse av uønska hendingar ved å sjå på kva som skjedde, kvifor det kunne skje, korleis ein unngår at det skjer igjen. Det er aldri fokus på kven som gjorde det. Det finst fleire ulike metodar med samme formål: Root Cause Analysis, Londonprotokollen, Significant Event Analysis.

¹⁷ www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/

¹⁸ www.operationlife.dk/

¹⁹ Pasientsikkerhet i sykehus – kunnskap eller kampanje? Kunnskapscenteret. Rapport nr 1 2007.

²⁰ http://en.wikipedia.org/wiki/Social_movement

²¹ Jf vedtak i RHF AD-møte 14.04.08.

²² www.skl.se/bunt.asp?C=4809

²³ Kjelde: Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring

²⁴ Viser til to rapportar frå Kunnskapscenteret: Effekt av ISO-sertifisering og akkreditering av sykehus, nr 27-2006, og Målstyringsverktøy i sykehus, nr 19-2007. Viser òg til WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), november 2003: What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?

²⁵ Bate P, Mendel P, Robert G. Organizing for Quality. The improvement journeys of leading hospitals in Europe and the US. Nuffield Trust 2007.

²⁶ Til hjelp for å tilpasse løysingar til eigen organisasjon, er det lagd ei "kodebok" for kvalitetsforbetring, basert på prosesser og strategiar brukt i ulike sjukehus. Bate m.fl. kap 9.

²⁷ I en rapport frå Landstinget i Jönköpings län frå 2005 er gevinsten av kvalitetsforbetningsarbeidet verdsett til 2 prosent av nettokostnadene.