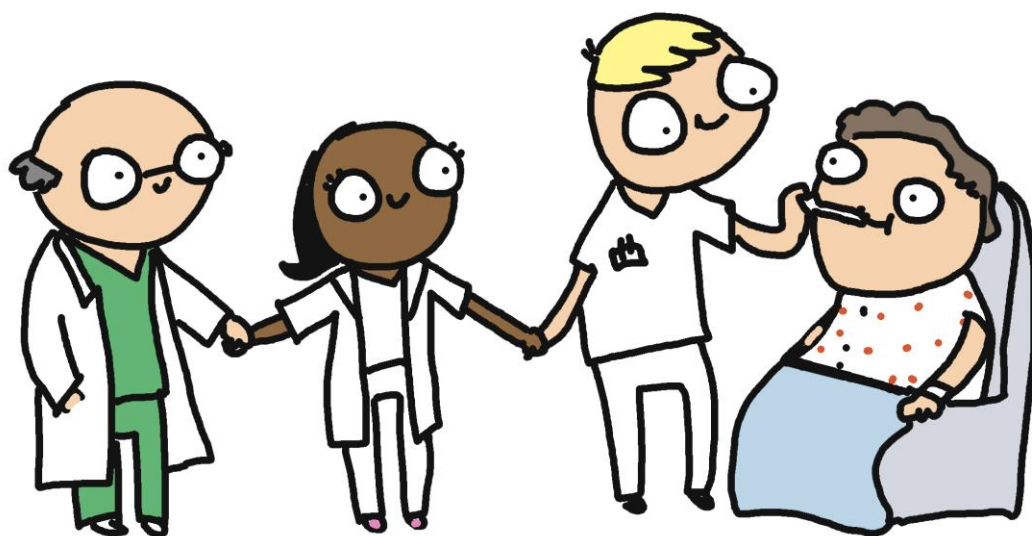


REGIONAL PLAN FOR KVALITET OG PASIENTTRYGGLEIK 2020-2024

Vedtatt av styret i Helse Vest RHF den 11. mars 2020



OPPSUMMERING

Utvikling av kvalitet er eit arbeid som skal gå for seg heile tida og i størst mogleg grad vere integrert i det daglege arbeidet vi gjer. Dei siste åra har det vore stor merksemd om pasienttryggleik. Den sentrale helseforvaltinga har vore pådrivar for dette arbeidet, og det er innført 14 tiltakspakkar i sjukehusa. Samtidig har arbeidet påverka kulturen, noko som kjem fram i rapporteringa av uønskete hendingar og arbeidet med å lære av dei. Helse Vest har sidan 2005 hatt eit regionalt koordinert program for utvikling av kvalitet som har teke opp i seg dette arbeidet. Til no har mykje vore organisert som større og mindre prosjekt.

Det nasjonale programmet for pasienttryggleik er no over, og arbeidet skal drivast vidare og fornyast med same styrke. Frå eit tiltak blir introdusert i tenesta, tek det som oftast fleire år før det kan seiast å vere praksis alle stader til kvar tid. Det viktigaste ein kan gjere for å mobilisere heile organisasjonen, er å sørge for at alle medarbeidarane er kjende med forbettingsarbeidet og forstår meininga med det. Det er eit særskilt ansvar å sørge for at alle leiarane har tilstrekkeleg kompetanse til å stå i spissen for dette. Til organisasjonen har bygd både kompetanse og kapasitet, er ein avhengig å ha sentral stabstøtte til dette arbeidet.

Denne planen byggjer på arbeidet som er gjort i føretaksgruppa i Helse Vest. Vår helseregion har fått ros for at vi har vore i front når det gjeld å organisere og koordinere innsatsen. Like fullt er det langt fram til at vi kan seie at vi har gjort det vi kan for å sikre kvalitet i alle ledd, og at tryggleiken er så god som han kan bli. Kvart år får framleis om lag ti prosent av pasientane ein skade under opphald i sjukehusa våre, og ein stor del av desse skadane kan førebyggjast med den kunnskapen vi har i dag.

Det er ei utfordring at dei talfesta kvalitetsindikatorane vi har i dag, ikkje er gode nok å styre etter, noko som syner seg i at dei nasjonale måla som er sette, er vanskelege å operasjonalisere. Framleis er skadetala frå journalane til vaksne innlagde pasientar i somatiske avdelingar det beste målet vi har på pasienttryggleiken. Bruken av denne indikatoren må utviklast vidare, og til det trengst teknologiske hjelpemiddel.

Denne planen gir nokre få talfesta mål på kor vi skal. Helsedirektoratet har fastsett nokre mål og varsla at dei utviklar nye indikatorar. Det finst ikkje enkle måtar å nå måla på. Derfor inneheld denne planen ei rekkje tiltak som til saman vil gjere at vi kan nå dei.

Dei største grepa i planen er kulturbygging for openheit og tillit, bygging av kompetanse og kapasitet til kvalitetsforbetring, standardisering av pasientforløp og prosedyrar, meir systematisk samordning av arbeidet med pasienttryggleik og HMS, meir og betre brukarinvolvering og organisatoriske støttefunksjonar.

INNHALD

1. Innleiing	0
1.1 Bakgrunn	0
1.2 Overordna føringar	1
1.3 Mandat / organisering av arbeidet	1
2. Utfordringar	3
2.1 Utfordringar i pasienttryggleik	4
2.2 Utfordringar i tenestene	4
3. Forslag til nye tiltak, oppfølging og organisering for å utvikle tenestene	7
3.1 Standardisering	7
3.1.1 Retningslinjer, prosedyrar og pasientforløp	7
3.1.2 Legemiddelområdet	8
3.1.3 Smittevern, kvalitet og pasientsikkerhet	9
3.1.4 Samhandling	9
3.2 Kompetanse og kultur	10
3.2.1 Forbettringsmetodikk	10
3.2.2 Tryggleikskultur, risiko og læring	12
3.2.3 Forsking og implementeringskunnskap	13
3.3 Teknologi	14
3.3.1 Utvikling og innovasjon	14
3.4 Målingar og monitorering	14
3.4.1 Kvalitetsindikatorar, GTT og IKT-system	14
3.5 Organisering og oppgåver	16
3.5.1 Kvalitetsutval, stabs- og støttetjenester	16
3.5.2 Brukarmedverknad på systemnivå	18
4. Oppfølging og rapportering	19
4.1 Rapportering	19
4.2 Ansvar og tidsplan for tiltak/tilråding	19
4.3 Økonomiske konsekvensar av planen	26
5. Omgrep	26
6. Kjelder og litteratur	27
7. Vedlegg	28

1. INNLEIING

Trygge helsetenester og vedvarande arbeid for å sikre kvalitet er avgjerande for at Helse Vest skal nå måla sine. Frå 2010 har planane for dette arbeidet vore samordna med det nasjonale pasienttryggleiksprogrammet. No skal det byggjast breiare kompetanse og kapasitet for å føre arbeidet over i den daglege verksemda.

1.1 Bakgrunn

Helse Vest starta samordninga av arbeidet med kvalitetsutvikling på grunnlag av ei styresak i desember 2005. Sjølv om ein peikte på at kvalitet blir til i møte mellom utøvar og pasient, ikkje i stabseiningar, var det behov for samordna tiltak for å drive arbeidet fram. Som eit døme på tiltak som blei sette i verk, blei eit felles system for melding av uønskte hendingar innført i 2008. I 2010 blei den nasjonale pasienttryggleikskampanjen sett i verk.

Kampanjen blei vidareført gjennom pasienttryggleiksprogrammet. Alle føretaka i Helse Vest og dei private, ideelle institusjonane har delteke, og ei rekkje spesifikke tiltak for å tryggje tenestene er heilt eller delvis innførte i tenestene. Det mest omfattande arbeidet blei gjort med det første tiltaket, WHO- sjekklista for trygg kirurgi, der ein òg klarte å dokumentere effekten vitskapeleg som bidrag til den internasjonale forståinga av dette tiltaket. Samtidig er det innført ei rekkje målingar for å kunne følgje med på i kva grad ein lukkast med å skape kvalitet.

Det viktigaste nasjonale målet er førekomst av pasientskadar målt gjennom systematisk journalgransking. Føretaka har i løpet av programperioden nådd målet om halvering av talet på skadar som kan førebyggjast, men tala viser variasjon, og situasjonen er ikkje stabil.

Andre målingar har omfatta pasienttryggleikskultur. Dei har vist gode gjennomsnittlege målingar, men avdekt at det samtidig finst utfordringar i mange kliniske einingar. Ei samla vurdering av kvalitet og tryggleik i føretaka i Helse Vest må vere at arbeidet ikkje har komme like langt på alle område og i alle einingar. Sjølv i dei einingane som har komme lengst, må ein skape varige strukturar og kompetanse som gjer det mogleg å bevare og vidareutvikle kvaliteten.



1.2 Overordna føringar

Helse Vest RHF skal sørge for at befolkninga i Rogaland og Vestland får tilgang til spesialisthelsetenester slik det er fastsett i lover og forskrifter. Planarbeidet er eit ledd i dette sørge-for-ansvaret.

Planen skal følgje opp strategien *Helse 2035, Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i omsorgs- og helsetjenesten* og måla som er sette i *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019–2023*. Planen vil òg byggje vidare på tiltak presenterte i NOU 2015:11 *Med åpne kort*. I tillegg må planen følgje opp innspel frå føretaka frå våren 2018, der helseføretaka definerte sine behov og ønske for pasienttryggleiksarbeidet i regionen. Det regionale nivået må vere eit bindeledd til nasjonale ressursar og prosessar.

1.3 Mandat / organisering av arbeidet

Styringsgruppa for Program for pasienttryggleik vedtok i møte den 02.10.2018 at det skulle setjast i gang eit arbeid for å utarbeide ein regional plan for pasienttryggleik og kontinuerleg forbetring i Helse Vest.

Planarbeidet skal avklare korleis Helse Vest skal organisere, støtte og vidareutvikle arbeidet med pasienttryggleik, kvalitet og forbetring i tidsrommet 2020–2024. Den regionale planen må gjere greie for mål, drivarar, organisering og felles strukturar. Det strukturelle arbeidet som er gjort under kvalitetssatsinga i Helse Vest og *Program for pasienttryggleik 2012–2019*, må takast omsyn til i planarbeidet.

Planen skal gjere greie for korleis vi skal etablere varige strukturar for

- å vidareutvikle regional kompetansebygging i forbetningsmetodikk i tråd med nasjonale føringar og forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helsetenesta, med særleg fokus på leiarnivået
- å få i stand leiingsopplæring i kontinuerleg forbetnings- og tryggleiksarbeid
- å få til reell brukarmedverknad i pasienttryggleiksarbeid og forbetningsarbeid
- å integrere arbeidet med pasienttryggleik i etablerte styringslinjer
- å integrere HMS-, kvalitets- og pasienttryggleiksarbeidet
- å synleggjere framtidige behov for forbetringstavler og risikotavler, mellom anna vurdere behov for elektroniske løysingar (mellom anna integrasjon mellom ulike

IKT-system, virtuelle møtepunkt og strukturar for målretta styringsdata innanfor kontinuerleg forbetring og pasienttryggleik)

- å identifisere og spreie oppdatert kunnskap om pasienttryggleik og kvalitetsforbetring
- å leggje til rette for openheit og læring
- å sjå til at kontinuerleg forbetring og pasienttryggleik støttar opp om læring på tvers av einingar og føretak
- å forvalte nye innsatsområde

Planarbeidet har vore organisert som eit regionalt prosjekt med fagdirektøren som prosjekteigar og direktørmøte i Helse Vest som styringsgruppe. Desse prosjektdeltakarane har vore med på planarbeidet:

Namn	Føretak – rolle
Stig Harthug	Leiar av arbeidet
Elisabeth Huseby	Helse Vest RHF – regional programleiar Program for pasienttryggleik (PFP)
Charlotta Schaefer	Helse Vest RHF – sekretariat
Kari Furevik	Helse Førde - medlem av utvida sekretariat Program for pasienttryggleik
Karin Jensvold	Helse Stavanger - medlem av utvida sekretariat
Gerd Gran	Helse Bergen - medlem av utvida sekretariat
Målfrid Christoffersen	Helse Fonna - medlem av utvida sekretariat
Ingeborg Fauskanger	Haraldsplass Diakonale sykehus- medlem av utvida sekretariat
Eirik Sjøfteland	Helse Bergen
Liss Søreide	Helse Stavanger
Siri Lerstøl Olsen	Helse Stavanger
Tomas Jonson	Helse Fonna
Isabel Solvang Tofte	Helse Fonna
Aasta Irene Kapstad	Helse Førde
Marny Solhaug Pettersen	Helse Førde
Tove Zakariassen	Haraldsplass Diakonale sykehus
Sissel Nedkvitne	Voss DPS, representant for dei private ideelle institusjonane i Helse Vest
<i>Manglar deltakar</i>	Helse Vest IKT
Leif Johnsen, KHVO	Konsernhovudverneombod
Wenche Røkenes, UNIO	Representant for konserntillitsvalde
Astrid Gytri	Brukarrepresentant
Karl Olaf Sundfør	Brukarrepresentant
Jannicke Slettli Wathne	Sjukehusapoteka Vest

2. UTFORDRINGAR

Kvalitet og pasienttryggleik er omgrep som ofte blir brukte i vid tyding. I denne planen legg vi til grunn desse definisjonane, som helsestyresmaktene har stadfesta:

‘Kvalitet omhandlar i kva grad det som skjer i helsetenesta med pasienten fører til ein helsegevinst for individet og for folkehelsa, gitt dagens kunnskap’

‘Pasientsikkerhet er vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser’

Sjølv om helsetenesta i Noreg held høg kvalitet på dei fleste område i internasjonale samanlikningar (OECD), er det openbert at kvaliteten og pasienttryggleiken kan bli betre.

Helsetenesta arbeider med pasientar som har ein risiko for forverring av tilstanden og i verste fall død. Til dømes er det ikkje alltid mogleg å avgjere om ein pasient som døyr med ein kreftsjukdom, døyr av sjukdommen eller av komplikasjonar i samband med behandlinga. I nokre tilfelle er årsaka svikt i behandlinga, mens det i andre tilfelle ikkje er mogleg å finne nokon slik svikt.

I alle fall er hendinga uønskt, og ein vil på ulike vis søkje å forbetre behandlinga. Ein nullvisjon for skadar og dødsfall som følgje av behandling eller sviktande behandling kan synast utopisk dersom ein skal sikre at alle pasientar får den behandlinga dei har krav på. Like fullt må vårt langsiktige mål vere at ingen pasientar i helsetenesta skal påførast skadar eller døy som følgje av behandlinga. Helsedirektoratet har i [«Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023»](#) formulert ein nullvisjon for helsetenesta: «En trygg og sikker helse- og omsorgstjeneste, uten skade, for hver pasient og bruker, alltid og overalt»

I førarbeidet til Helse Vest sin strategiplan «Helse 2035» er nullvisjonen omtale slik: «Det etiske grunnlaget for denne visjonen er at tap av liv eller alvorlege skadar er uakseptabelt. Pasienttryggleiksarbeid etter ein Nullvisjon inneber at ein legg til grunn eit systemperspektiv, der ein legg vekt på samspelet mellom medisinske, tekniske og organisatoriske element og menneska som bruker desse. Uønskete konsekvensar på grunn av feil i dette samspelet må unngåast...»

I operasjonalisering av dette arbeidet er det derfor viktig å vere særleg retta mot dei hendingane og skadane som kan førebyggjast med den kunnskapen og dei verkemidla som er innanfor rekkjevidde, vel vitande om at det er langt fram til nullvisjonen.

Dei primære utfordringane for kvalitet og pasienttryggleik handlar om pasientane. Desse utfordringane oppstår i eit komplekst samspel mellom pasienten og ei lang rekkje fagpersonar, kompliserte system og avansert teknologi. Fordi det er ein samanheng mellom strukturar, prosessar og resultat, vil utfordringsbiletet i denne planen i stor grad handle om kommunikasjon og samhandling, arbeidsmiljø og verktøy som påverkar kvalitet og tryggleik.

2.1 Utfordringar i pasienttryggleik

I «[Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023](#)»

peiker Helsedirektoratet på at det trass i fleire års målretta arbeid med kvalitet og pasienttryggleik er for mange pasientskadar og uønskte hendingar. Pasientskadar er nummer 14 på lista over den samla sjukdomsbyrda i verda, og vi har fragmentert informasjon om hendingar og skadar frå fleire kjelder. I Noreg er hovudmålet for skadar tala frå systematiske journalgranskingar med GTT-metodikk. For heile landet viser tala ein nedgang frå 2010 til 2019, særleg for dei mest alvorlege skadane, men ein auke i forbigåande, mindre alvorlege skadar. Alle føretaka i Helse Vest har i perioden hatt reduksjon i talet på skadar, men tala har ei normalvariasjon og tyder på at meir må gjerast for å komme så lågt som mogleg. Legemiddelskadar og infeksjonar er dei hyppigaste skadetypane.

2.2 Utfordringar i tenestene

Helsedirektoratet peiker på at mange av skadane kan forklarast med svikt på fire hovudområde: overgangar mellom tenestenivå, overordna leiing, arbeidskultur og koordinert innsats.

Det er gjennomført ei evaluering med innspel frå helseføretaka som peikte på behov for vidare oppfølging. Desse er samla i elleve punkt (sjå vedlegg I). Viktige moment er styrkt teknologi for IT-støtte i den kliniske kvardagen og vedvarande behov for å samarbeide regionalt om utvikling av kvalitet.

Programmet har i ein viss monn gjort føretaka betre rusta til å innføre nye tiltak i den kliniske kvardagen, men erfaringa syner at med få unntak manglar det vesentleg kompetanse og kapasitet til å gjennomføre store og små forbettringsprosjekt i sjukehusa. Leiinga må på alle nivå ha forståing for den systematiske tilnærminga, til dømes korleis ein jobbar syklisk med forbettringar heilt til ein kan stadfeste stabile prosessforbettringar over tid. Det må òg setjast av tilstrekkeleg tid til å planleggje og evaluere tiltak.

Internrevisjonen i Helse Vest har slått fast at alle føretaka i 2019 har komme godt i gang med å innrette seg etter forskrifta om leiing og kvalitetsforbetring, men at det er eit omfattande arbeid før alt fungerer slik det skal.

Forbettringsundersøkingane frå 2018 og 2019 gir høg skår på mange tema, men evnar òg å skilje ut einingar med særskilde utfordringar. Når ein går ned i detaljane, finn ein stor variasjon og ulike einingar der mange gjer det bra og andre mindre bra. Erfaringane tyder på at desse undersøkingane er nyttige, men det er utfordringar i oppfølginga i leiarlinja. Dei områda som i snitt er svakast, er arbeidsforhold, toppleiinga si (opplevde) rolle i pasienttryggleiksarbeidet, fysisk arbeidsmiljø og oppfølging. Samla viser dette kor viktig leiing og arbeidsmiljø er for at vi skal lukkast i arbeidet med kvalitetsforbetring og pasienttryggleik.

Utvalet erkjenner at det er mange angrepspunkt og arenaer for kvalitet og kvalitetsutvikling, og har prioritert å fokusere på dei utvalet meiner er viktigast for å mobilisere heile organisasjonen til å bidra til å nå måla. Arbeid med risikostyring ligg

tett opp mot kvalitets- og tryggleiksarbeid, og styresak 133/19 frå styremøte i Helse Vest RHF den 12. desember 2019 må også sjåast i samanheng med denne plan.

Til no har mykje av arbeidet med å fremje kvalitet og pasienttryggleik hatt form av prosjektorganisert verksemd. Vi er inne i eit skifte av modus, der hovudtyngda av arbeidet med å forbetre kvalitet ligg i driftsorganisasjonen som ein integrert del av den daglege verksemda. Det er likevel eit behov å ha utstrekt regional overbygning for mellom anna å kunne lære på tvers. Det handlar om å byggje kompetanse og kapasitet og tydelege strukturar som synleggjer arbeidet med kvalitet og pasienttryggleik.

Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helsetenesta legg til grunn Demings PDSA-sirkel som modell for kontinuerleg forbetring. Heile organisasjonen må mobiliserast sterkare enn før, slik at forbetringstankegangen kan prege organisasjonen i alle ledd.

Før ein kan starte forbetringsarbeid, er det vanleg å svare på spørsmålet: «*Har vi eit problem, og korleis veit vi det?*» Vi har mange kjelder som kan hjelpe oss med dette spørsmålet. Om ein ikkje oppnår semje om problemet, kan det systematiske arbeidet stå fram som fragmentert.

Vi veit at det er mogleg å redusere talet på uønskete hendingar og pasientskadar, men vi veit ikkje nøyaktig kor mykje. Vi veit òg at vi kan bli betre til å utnytte ressursane i tenesta og samtidig ha eit godt arbeidsmiljø. Det er altså nødvendig å leggje til rette for kvalitetsforbetring og tryggleikskultur i mykje større grad enn i dag. Vi veit òg at det er ulike utfordringar i somatikk, psykiatri og rusbehandling. Denne planen er for det meste generisk, men det er teke inn nokre punkt som i særleg grad gjeld psykiatri.



Den nasjonale planen for pasienttryggleik har desse måla:

- **redusere pasientskadar**
- **byggje varige strukturar for pasienttryggleik**
- **forbetre pasienttryggleikskulturen i helsetenesta**

Helsedirektoratet har fastsett måltal for viktige kvalitetsindikatorar i perioden 2017–2023 (sjå vedlegg II). Denne nasjonale planen påpeikte at desse kvalitetsindikatorane ikkje er utfyllande og at det i kommande år vil utviklast fleire knytte til pasienttryggleik. Særleg viktige er tala på pasientskadar målte ved journalgransking (GTT). Måla treffer helseføretaka ulikt og må derfor operasjonaliserast i kvart helseføretak.

Korleis veit vi at endringar er forbetringar?

Vi må styrkje målingane våre, både dei som gjeld arbeidsprosessane, og dei som viser resultat i form av skadereduksjon.

Kva endringar må vi gjere?

Helsepersonell er generelt flinke til å finne tiltak. Vi må i løpet av denne perioden jobbe med å ta i bruk forbetringskompetanse slik at tiltaka blir sette i system og testa ut systematisk. Vi må lære å bruke ressursane våre på dei tiltaka vi veit verkar, til dømes tiltak frå pasienttryggleiksprogrammet. Vi må nytte kunnskapen om det som går feil, men òg erfaringane frå det som lukkast.

I denne planen løftar vi fram tiltak som er nødvendige for å få dette til. Vi har delt tiltaka inn i fem område med til saman ti underområde:

1. Standardisering
2. Kompetanse og kultur
3. Teknologi
4. Måling og monitorering
5. Organisering

Vi har valt å visualisere dette i eit driverdiagram (sjå vedlegg III). Det finst andre planar som kvar for seg kan gi auka kvalitet og pasienttryggleik, men desse planane er lite koordinerte og kan i nokre tilfelle vere motstridande.

Organisasjonen må dei nærmaste åra ha særleg fokus på å setje alle leiarar og medarbeidarar i stand til å implementere gode og nødvendige tiltak. Gjennom slikt arbeid i den kliniske kvardagen skaper vi ein god tryggleiskultur.

3. FORSLAG TIL NYE TILTAK, OPPFØLGING OG ORGANISERING FOR Å UTVIKLE TENESTENE

3.1 Standardisering

3.1.1 Retningslinjer, prosedyrar og pasientforløp

Målbilete

Ved å standardisere og samordne kritiske arbeidsprosessar reduserer vi risikoen for feil og uønskt variasjon, samtidig som vi nyttar ressursane effektivt. På denne måten støttar vi opp om tverrfagleg arbeid og kan nytte felles arbeidsverktøy i langt større grad enn i dag. Standardisering er ikkje til hinder for å ta nødvendig omsyn til dei individuelle behova til pasientane. Simuleringsmetodikk er stadig viktigare for å trene på individuelle og teambaserte ferdigheter.

Vurdering

Forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helsetenesta krev at det skal finnast tilstrekkeleg dokumentasjon på styring av kritiske oppgåver. Det er eit mål å standardisere klinisk arbeid i tråd med beste dokumenterte praksis på område der det er særleg risiko for skade eller tap. Gjennomgåande prosedyrar vil òg sikre at helsepersonell som arbeider ved ulike avdelingar, møter dei same krava uavhengig av avdelinga dei er i og på den måten bidra til å redusere risiko for feil. Pasientar er ulike og har ulike behov. Prosedyrar og retningslinjer må difor alltid balanserast og gi rom for individuelle tilpassingar når det er godtgjort behov for det

Fleire av føretaka i Noreg har erfaring med at det er krevjande å oppnå konsensus om slike prosedyresamlingar, mellom anna fordi ein ikkje har klart å prioritere dei områda der det er særleg risiko for svikt. På kort sikt bør ein derfor prioritere tverrfaglege prosedyrar på område med særleg risiko. Fellesprosedyrane skal vere knytte til kliniske kjerneprosessar og må koplast til dei IT-verktøya ein bruker i dagleg praksis. Der Helsedirektoratet har utarbeidd faglege normer og rettleiingar, må desse innarbeidast.

Å gjennomføre dette tiltaket vil vere noko av det mest krevjande i planen, og for å lukkast er det avgjerande å få i stand ein god struktur for styring av arbeidet og å etablere eit fagsekretariat. Faglege representantar frå ulike fagmiljø må trekkjast inn. I tillegg til dei openberre fordelane med standardisering vil ein kunne spare mykje av dei ressursane føretaka i dag bruker på å lage eigne prosedyrar for mange ulike avdelingar, når mange kunna ha vore felles. Ein målsetting om å samstemme eit stort tal dokument, vil være særskild arbeidskrevjande på kort sikt. Det første tiltaket på dette område må være å etablere ei felles rutine for kva type dokument som er egna og prioritert for å standardisere. For kjerneverksemda, vil fagdirektørmøtet ha ei avgjerande rolle for denne normeringa.

Helseføretaka har i dag ikkje felles IT-system for prosedyrar og rettleiingar og det må derfor etablerast gode rutinar for å distribuere dei fellesdokumenta som blir utarbeid,

sjølv om det enkelte føretak har ansvar for å implementere slike dokumentar i eige verksemd. Det er viktig at framtidige system er eigna til å koplast mot arbeidsprosessar. Ein må prioritere dokument som støttar opp under kritiske, felles arbeidsprosessar. Pakkeforløp er nasjonale standardiserte pasientforløp som har til mål å bidra til rask utgreiing og behandlingsstart utan unødig ventetid. I utviklinga av pasientforløp må ein sørge for å kople saman prosessmålingar, kvalitet og pasienttryggleik. Arbeidet med pasientforløp må også, i den grad ein finner det formålstenleg inkludere før- og etterforløp i samhandling med primærhelsetenesta.

Det er viktig å byggje vidare på aktiviteter i regi av det regionale kompetansesenteret for simuleringslæring, RegSim og i det tilhøyrande fagnettverket.

Tiltak/Innsats

- starte arbeidet med prioritering av felles prosedyrar og retningslinjer på område der det er særleg risiko for svikt
- styrkje arbeidet med å utvikle felles pasientløp og knyte dei saman med dei kritiske prosedyrane

3.1.2 Legemiddelområdet

Målbilete

Sikker legemiddelhandtering er oppnådd gjennom kompetente medarbeidarar, oppdaterte prosedyrar, godt integrerte IKT-system med kunnskapsstøtte og avgjerdsstøtte, rådgiving, sporing i prosessar og pasientinvolvering. Helse Vest arbeider etter å minimere og eliminere feil i samband med legemiddelhandtering.

Vurdering

Legemiddelhandtering er eit område med stort skadepotensiale. Pasient og/eller pårørande bør involverast der det er mogleg, slik at ein startar behandling som tek i vare pasientens behov og ønskjer på ein god måte. Eit anna tiltak for å ta ned talet på uønskte hendingar er lukka legemiddelsløyfe. Med lukka legemiddelsløyfe meiner vi eit system der all informasjon er elektronisk sporbar og kan overførast saumlaust, heilt frå legen ordinerer legemiddelet til administrasjon til pasienten^[1].

For at legemiddelhandtering skal være trygg må helsepersonell ha god basiskunnskap. Ein må leggje til rette for kunnskapsstøtte, og avgjerdsstøtte i eKurve, rådgiving frå legespesialistar og kliniske farmasøytar. I den siste tida har legemiddelmangel vore eit tema, og vi må jobbe saman med å sikre forsyninga til pasientane. Legemidla må vere tilgjengelege og pakka på ein hensiktsmessig måte. Eindose er eit system der kvar legemiddeldose er pakka for seg, slik at både helsepersonell og pasient kan sjå kva for legemiddel ein har føre seg, sjølv om legemiddelet er fjerna frå originalpakninga.

^[1] 1: OvesenH. et.al. Medication Supply in Closed Loop Medication –Conceptual Understanding and Prerequisites. Proceedings of the 4thEuropean Workshop on Practical Aspects of Health Informatics, May-2017, published at <http://ceur-ws.org>

Risikovurdering av tilverking av legemiddel i sjukehusavdeling er gjennomført i alle sjukehusa i perioden 2016-19 og det er avdekt fleire område for betring, både knytte til kvalitet og HMS. For fleire avdelingar med høgt volum av tilverking kan det vere grunnlag for å samle og overføre tilverkingsoppgåver til apotekpersonell for å frigjere tid for sjukepleiarar og kvalitetssikre tilverkingsprosess. Det er på dette området særleg viktig at desse aspekta er godt ivaretekne ved innføring av nye tiltak, både for å sikre forsvarleg arbeidsmiljø, og for å hente ut gevinsten av nye tiltak.

Tiltak/innsats

- Kliniske farmasøytar er tilgjengelege for rådgiving i avdelingane, anten fysisk eller gjennom bruk av nye teknologiske løysingar.
- Eindose skal gjennomgå grundig evaluering før ein startar arbeidet med å ta i bruk Eindose i føretaka og koplar utlevering av legemiddel til ordinasjon i elektronisk kurve for å oppnå lukka legemiddelsøyfe.
- Arbeidet med legemiddelsamstemming ved innlegging, overføring og utreise må styrkast og koplast til arbeid med «Pasientens legemiddelliste» i regionen. Pasient og pårørande må få ei tydelegere rolle i både val og oppfølging av eiga legemiddelbehandling.

3.1.3 Smittevern, kvalitet og pasientsikkerhet

Målbilete

Pasientane i Helse Vest skal vere trygge på at risikoen for å få ein infeksjon som følgje undersøking, pleie eller behandling er så låg som mogeleg og at dei samstundes ikkje vert utsett for unødige smitteverntiltak.

Vurdering

Smittevern er eit viktig ledd i arbeidet for å sikre pasientar gode og trygge helsetenester. [Regional handlingsplan for smittevern i Helse Vest 2017-2021](#) og den nasjonale [Handlingsplan for et bedre smittevern 2019-2023](#) søkjer å integrere pasienttryggleik i smittevernarbeidet.

Helsetenesta har mykje kunnskap om infeksjonsførebyggjande tiltak, men utfordringa er implementering og varig endring av adferd. Arbeidet med å forebygga smitteoverføring og redusera bruken av antibiotika må inkluderast i kvalitets- og pasienttryggleiksarbeid. legg føring for arbeidet.

Tiltak/innsats

- Implementere dei tiltaka som er vedteken i nasjonal og regional plan for smittevern.
- Vidareføre dei infeksjonsførebyggjande tiltaka frå pasienttryggleiksprogrammet

3.1.4 Samhandling

Målbilete

Vi skal betre samhandling med primærhelsetenesta og ta i bruk Helsefellesskap, mellom andre for å hindre at dei mest sårbare pasientane fell mellom to stolar. Sårbare

pasientar skal oppleve at tenestene opptrer i team rundt dei. Pasientforløp på tvers av kommunar og sjukehus skal kjenneteiknast ved gode rutinar i overgangane som gjev pasientar og pårørande forutsigbarheit og tryggleik. God samhandling skal førebygge unødvendige akuttinnleggingar.

Vi skal samordne og standardisere prosessane for overføring mellom nivåa i helsetenesta, òg internt mellom sjukehusavdelingane og mellom sjukehusa. Ved bruk av strukturert kommunikasjon skal vi redusere ei rekkje av dei risikomomenta som oppstår i ulike overgangar. Vi skal òg dele arbeidsmetodikk og erfaringar med forbetningsarbeid.

Vurdering

Dette området er tett knytt til felles tryggleikskultur. Arbeidet med å utvikle samhandlingsavtalane må halde fram. Vi må lære meir av dei feila som skjer. Kompetansen hos helsepersonell må hevast og dei elektroniske hjelpemidla forbeholdt. Det gjeld både internt, mellom sjukehusa og mellom sjukehusa og primærhelsetenesta. Helse Vest må vere pådrivar for at både sjukehus, allmennpraksis, pleie- og omsorgstenesta, pasienten sjølv og andre som har ei rolle i oppfølging av pasientens legemiddelbehandling får tilgang til oppdaterte legemiddelopplysningar gjennom sikre tekniske løysingar som legg til rette for gode arbeidsprosessar og effektiv samhandling.

Denne plan er skrevet parallelt med publisering av ny '*Nasjonal helse- og sykehusplan 2020*', og organiseringa av Helsefelleskapa er pågåande. Det vil difor ikkje vore mogleg å omtale Helsefelleskapa nærare i denne planen.

Forprosjektet *Vel heim* er knytt til programmet *Alle Møter* i Helse Vest og skal identifisere prosesser og forbetre rutinar knytt til utskriving. Forprosjektet er tenkt å skulle vise forslag til regional modell, eventuelt modellar, for å sikre pasientane trygg utskriving frå spesialisthelsetenesta. Arbeidet er forankra i Samhandlingsreforma, samt i føringar gitt i Helse 2035 om «Heilskaplege helsetenester i Helseregion Vest».

Tiltak/Innsats

- Alle pasientar skal ha strukturert utskrivingssamtale og få med seg tilpassa skriftleg informasjon.
- Bruken av IT-støttesystem må samordnast mellom kommunane og helseføretaka.
- Det må innførast og brukast sjekklister og eigna verktøy for strukturert kommunikasjon.

3.2 Kompetanse og kultur

3.2.1 Forbetningsmetodikk

Målbilete

Vi skal byggje kompetanse og kapasitet og gjennomfører kontinuerlege forbetningsprosessar på alle nivå i heile organisasjonen. Dette gjer vi for at vi heile tida skal kunne sikre gode resultat i pasientbehandlinga og eit godt og framtidsretta arbeidsmiljø.

Vurdering

Kvar enkelt medarbeidar i sjukehusa er med på å skape trygge tenestar av god kvalitet til pasientane. Eit viktig bidrag til trygge tenestar er opplæring i forbetningsmetodikk.

Forbetningsmetodikk inneheld mange ulike framgangsmåtar for å få innføre nye tiltak i tenestene eller justere og tilpasse prosessar som ikkje lenger er optimale.

Helsedirektoratet har samla kunnskapen om dei sentrale delane i ein god manual som kan tene som utgangspunkt for kva leiarar og nøkkelpersonell treng å vite om denne metodikken, som er knytt til den såkalla forbetringssirkelen eller PDSA-sirkelen.

Det er ikkje nok å kjenne metodane, ein må òg opparbeide erfaring for å kunne ta desse utfordringane i praksis. Dersom sjukehusa skal klare å innføre nye tiltak på ein slik måte at dei fungerer i dagleg praksis over tid, må kompetansen til å gjennomføre vedvarande forbetring styrkjast i alle ledd. Helsedirektoratet tilrår at ein byggjer opp differensiert kunnskap på fire nivå med tilstrekkeleg kapasitet til at heile organisasjonen kan gjennomføre endringar til kvar tid. I Helse Vest vil ein både måtte differensiere opplæringa og laga ein mal for innhald, slik at alle målgrupper får den opplæringa dei har behov for. Ein må i omsyn ta at det er mange verktøy som kan nyttas til forbetring men at forbetningsmetodikken skal ligga i botn. Det tek tid å byggje opp denne kompetansen, og føretaka bør samarbeide for å sikre felles forståing av forbetningskulturen vår. Helse Vest må sjølv organisere og gjennomføre opplæringa, berre nokre få vil bli sende på nasjonale og internasjonale opplæringsaktiviteter. Det må sikrast tilstrekkeleg finansiering av utdanninga. Leiarane må få breiare opplæring i kvalitetsleiing.

Kompetansen i helseføretaka må spreiest slik at alle einingar har, eller har tilgang på, forbetnings- og rettleiarkompetanse. Omfanget og innrettinga på opplæringa må avklarast ut frå lokale behov, men slik at målet om 10% forbetningsagentar og 1% rettleiarar oppretthaldast.

Delar av arbeidet med forbetring vil krevje samhandling med kommunehelsetenesta og det er nødvendig å dele erfaringar. Her kan dei fylkesvise utviklingstenestene i sjukeheimsmedisin vere naturlege samhandlingspartar.

Tiltak/Innsats

- etablere opplæringspakke som skal gjennomførast av alle medarbeidarar
- sørge for at alle leiarar har gjennomført grunnkurs i leiing av kvalitetsforbetring
- sørge for at éin prosent av dei tilsette har rettleiarkompetanse i kvalitetsforbetring
- sjå til at ti prosent av dei tilsette i kliniske avdelingar har kompetanse til å drive forbetningsarbeid
- samarbeide med kommunehelsetenesta med å bygge forbetningskunnskap gjennom å utvikle og etablere pilotar av kursmodular

3.2.2 Tryggleikskultur, risiko og læring

Målbilete

Føretaka i Helse Vest skal vere prega av godt teamarbeid og høg grad av tryggleik. Risikoforståing skal utviklast med openheit og tillit og støtte opp om kunnskapsbasert læring både frå det som går galt, og det ein allereie er god på.

Vurdering

Tryggleikskultur blir skapt gjennom alle dei erfaringane leiarar og tilsette gjer i møte med kvarandre og pasientane. Ein tryggleikskultur er kjenneteikna av openheit, tillit og respekt og er dels ein føresetnad for og dels ei følgje av målretta arbeid for gode resultat. I stor grad blir kulturen skapt i det vi gjer, og i måten vi møter utfordringane i kvardagen på. Alle leiarar har eit stort ansvar for å vere gode eksempel, og alle tilsette påverkar kulturen med sin eigen måte å vere på.

Dei to viktigaste elementa i ein pasienttryggleikskultur er tryggleiks- og teamarbeidsklima. Tryggleiksklima handlar om kor lett medarbeidarar synest det er å snakke om risiko og uønskte hendingar på arbeidsstaden. Teamarbeidsklima handlar om i kor stor monn medarbeidarane opplever støtte frå teamet til å prioritere trygg pasientbehandling.

Dei viktigaste uønskte hendingane og tiltaka for å redusere risikoen for skadar på pasientar, skal delast med aktuelle avdelingar i regionen, og på sikt i heile landet. Dei som tek imot læringsmeldingane, skal vurdere om dei er aktuelle for eiga verksemd og kvittere ut om dei blir nytta. Ein må sørgje for å lære av feil og uønskte hendingar, men òg dele erfaringane frå det ein får godt til.

Risikovurdering skjer fortløpande i kliniske vurderingar og i planlegging og oppfølging av støttetenester på alle nivå. All risikovurdering har som mål å identifisere tapspotensial. Ein må forstå kva som kan skje (liv og helse, økonomi, omdømme), kor sannsynleg det er at det vil skje, og kva som skal til for å redusere risikoen til eit akseptabelt nivå. Risikostyring må skje systematisk med metodar som gjer at ein kan dokumentere dei og at ein også saman kan stille ulike risikomoment i føretaka for å prioritere best mogleg. Risikovurdering og risikohandtering skal vere ein del av tryggleikskulturen. Det må identifiserast faste møtepunkt for å dele erfaringar frå avvik og informasjon om risiko frå andre kjelder.

Tiltak/Innsats

- følgje opp dei årlege forbetningsundersøkingane lokalt og stimulere til å bruke verktøy som «Snakk om forbetring»
- forbetre rutinane for kontinuerlege risikovurdering i kliniske einingar og for å følgje opp meldingar om uønskte hendingar.
- kvalitetsutvala skal bidra aktivt til erfaringsutveksling frå hendingsanalysar
- etablere og ta i bruk ei teknisk plattform for å utveksle læringsnotat om ei nasjonal ordning i regionen i samarbeid med helseforvaltinga (HDir og UKOM)

3.2.3 Forsking og implementeringskunnskap

Målbilete

Det skal drivast forskning på kvalitet og pasienttryggleik for å få ny kunnskap om kva som er effektive tiltak, og korleis organisasjonen utviklar seg ved å implementere tiltaka i praksis. Denne kunnskapen skal hjelpe leiinga til å forstå betre korleis dei ulike fasane i forbetringsarbeidet kan leggjast til rette.

Vurdering

Forskningsstatistikken viser at Helse Vest ikkje har mykje helsetenesteforskning, men noko finst, mellom anna på klinikknære område, til dømes bruk av pasienterfaringsdata som utfallsmål, bruk av sjekklister, pasienttryggleikskultur og simuleringstrening i kvalitetsregister. Pasienttryggleiksprogrammet til Helse Vest har sidan 2014 gitt midlar til kortare stipend, tre fulle ph.d.-stipend og eit postdoktorstipend og til å samle forskarar til årlege møte. Fleire andre har fått ph.d.-finansiering gjennom ordinære søknadar i Helse Vest. Det blir no utført relevant forskning på dette området i Bergen, Stavanger, Fonna og Førde.

Det tek i snitt 10 til 17 år frå kunnskap eller teknologi er tilgjengeleg, til han er innarbeidd i tenestene og blir brukt der han skal og på rett måte (kjelde: Noregs forskingsråd). Erfaringane frå innføring av WHO-sjekklista for trygg kirurgi i føretaka i Helse Vest viser at sjølv om ein gav opplæring og støtte og hadde stor merksemd frå leiinga, tok det om lag ti år frå arbeidet tok til, til metoden var i dagleg bruk der han skulle.

Følgjeforskning har gitt ny innsikt i kva som kunne betrast i innføringa, til dømes med omsyn til å etablere ei felles forståing blant operasjonspersonell om utfordringane i samband med tryggleiken i teamet. Erfaringar med nye IKT-system i klinisk praksis, til dømes Meona, tyder på at ein i røynda bruker fleire år etter innføringa på å tilpasse programvare og arbeidsprosessar slik at ein får dei effektane på tryggleik og effektivitet som ein hadde tenkt.

Implementeringskunnskap gir innsikt som gjer organisasjonen betre i stand til å forstå og tilpasse seg slik at resultatet blir raskare og meir effektiv innføring heilt fram til ein ny metode er dagleg praksis. Ved å følgje prosessane med innføring av nye metodar og teknologi i føretaka og evaluere dei mot forskingsbaserte rammeverk, kan ein bruke erfaringane til å tilpasse og betre innføringa av framtidige metodar og ny teknologi.

Det er viktig at forskingsstrategien i Helse Vest sikrar finansiering og infrastruktur for klinikknær helsetenesteforskning i dei ordinære utlysingane til forskning.

Tiltak/Innsats

- vidareføre regionalt nettverk for pasienttryggleiksforskning og utvida nettverket til å omfatte implementering og evaluering av større innføringsprosjekt

3.3 Teknologi

3.3.1 Utvikling og innovasjon

Målbilete

I Helse Vest skal vi vere pådrivarar for å teste og ta i bruk nye teknologiar for å støtte utviklinga av ei tryggare helseteneste. På fleire område er robotar og kunstig intelligens særst nyttige hjelpemiddel. Datasystema må i mykje større grad enn no vere samordna, og ein må nytte informasjonstavler for å støtte arbeidet med å redusere risikoane og forbetre tenestene.

Vurdering

Mykje informasjon om pasientane blir i dag samla i fritext i pasientjournalar. Annan informasjon er strukturert i ulike databasar som berre delvis er knytte saman. Det finst meir informasjon i systema enn ein klarer å nytte utan betre hjelpemiddel. Eit godt døme er korleis ein kan auke nytten av slike data ved å innføre kunstig intelligens som hjelp til å identifisere pasientrisiko i nær sann tid. Slike undersøkingar kan i stor grad erstatte dagens manuelle journalgranskingar. I tillegg bør ein vurdere om robotar på tenleg vis kan bidra til å leggje data betre til rette.

Risikotavle er en vidareutvikling av pasienttavleoversikten, der ein kan angi område der pasienten har særleg risiko for pasientskade, og kva tiltak som skal til for å redusere denne risikoen. Forbetringstavla er det sentrale møtepunktet for kontinuerlig forbetring i direkte tilslutning til det kliniske arbeidet og bidreg til at avdelinga i fellesskap kjem frem til, prioriterer, testar og vurderer forbettringsidear. Felles tverrfagleg fokus bidreg til å auke takten i forbettringsarbeid. Regelmessige korte tverrfaglige møter framfor forbetringstavla bidreg til ein systematisk dialog og oppfølging av forbettringsarbeidet i avdelinga.

Tiltak/Innsats

- vere aktiv i utprøving av nasjonale konsept for journalgransking
- ta i bruk robotteknologi og kunstig intelligens for å identifisere risikoforhold (GTT)
- vere pådrivar for å teste ut nye teknologiske konsept som kan auke tryggleiken i pasientbehandlinga til dømes mobil IKT-teknologiutvikle nye hjelpemiddel for brukarinvolvering og utvikling av verktøy for samval
- innføre elektroniske tavler i alle kliniske avdelingar og utvikle bruken av både risikofunksjonar og forbettringsområde

3.4 Målingar og monitorering

3.4.1 Kvalitetsindikatorar, GTT og IKT-system

Målbilete

Vi skal i mykje større grad enn i dag nytte målingar av prosessar og resultat for å kontrollere og forbetre kvaliteten. Data skal leggjast inn i systema på smarte måtar slik at dei er lett tilgjengelege på tvers av ulike system.

Vurdering

Det finst ei rekkje nasjonale og regionale kvalitetsindikatorar for å få fram det store biletet av kvaliteten i tenestene. Desse målingane er ikkje alltid like nyttige lokalt i nær kontakt med pasientarbeidet. Det er derfor heilt nødvendig å ha eit mangfald av målingar og indikatorar for ulike formål og likeins gode rapportar som er lagde til rette for ulike formål. Helsemyndigheitene har valt *Global Trigger Tool* (GTT) som hovudindikator for omfanget av skadar i somatisk helseteneste. Den standardiserte GTT-metodikken er truleg det beste ein kan få på dette området med dagens kunnskap, og sjukehusa er derfor pålagde å bruke han på vaksne somatiske pasientar.

Myndigheitene nyttar denne målinga som hovudmål for å følgje utviklinga av skadar i norske sjukehus. Det er enno ikkje utvikla ein god nok metodikk til å gjennomføre journalgransking i psykisk helsevern, men dette bør vere eit satsingsområde i åra som kjem. Dersom ein tek i bruk robotar eller kunstig intelligens i arbeidet med å granske journalane, kan ein få betre oversikt over skaderisikoen og på noko lengre sikt bli i stand til å oppdage risikoforhold før dei har ført til skade. Innovasjon på dette området kan truleg gi betydelege forbetringar frå dagen situasjon.

Det er 51 nasjonale medisinske kvalitetsregister i Noreg (18 i Helse Vest). Formålet er å betre kvaliteten på behandlinga pasienten får, og å redusere uønskt variasjon i helsetilbod og behandlingsskvalitet. Det er viktig at data kjem inn i registra, at rapportar er tilgjengelege så nær sann tid som mogleg, og at data blir brukte til aktivt forbetringsarbeid. For å støtte opp om kvalitetsutvikling og pasienttryggleik er det viktig at systema er integrerte, slik at ein unngår problem med informasjon som ikkje er oppdatert. Gjenbruk av data så nær opp til sann tid som mogleg er ønskeleg både for å sikre rett behandling av pasienten og for å kunne ta ut gode rapportar til bruk i kvalitetsstyring. Ein må i dialog med fagmiljøa teste at indikatorane er tenlege.

Helsetenesta er heilt avhengig av funksjonelle, pasientnære IKT-system som er tilgjengelege for klinisk personell 24/7. Systema som til saman utgjer pasientjournalen (til dømes DIPS, Meona, Forskrivingsmodulen, Orbit, RIS/PACS), er kritiske for å oppnå god pasienttryggleik. Systema må snakke saman så ein unngår dobbel- og trippeldokumentasjon, som er ei stor utfordring både for helsepersonellet og for pasienttryggleiken, då slik dokumentasjon lett blir oversett.

Pasienttryggleiksprogrammet har sidan 2011 arbeidd med samstemming av legemiddellister og opplevd store utfordringar her. Det er gjort framsteg, men mykje står framleis att. Ny funksjonalitet på tvers av fagsystem hos alle som behandlar pasienten, skal sikre at ein deler og oppdaterer den same legemiddellista i heile kjeda. Arbeidet med legemiddellista til pasienten vil være eit prosjekt som har stor innverknad på arbeidet med dette innsatsområdet i tida framover.

Tilgang til informasjon som i dag *ikkje* blir registrert gjennom dei regionale løysingane utgjer ein vesentleg større utfordring. For å få dette på plass bør det etablerast kvartalsvise møte der temaet blir drøfta. Helse Vest IKT bør koordinere vidare

oppfølging med ulike program og prosjekt, i tillegg til nødvendige avklaringar med forvaltninga, inkludert Strategisk styringsstruktur for Felles EPJ.

Prioritering av endringsønske er ei viktig oppgåve, og vi treng innspel frå relevante kliniske fagmiljø og miljø for kvalitet og pasienttryggleik for å sikre at vi prioriterer dei rette endringane først. Når slike driftskritiske system skal takast i bruk eller komme i nye versjonar, er det behov for gode risikovurderingar for å kunne setje i verk tiltak og få ned risikoen i samband med dei endringssituasjonane som oppstår.

Tiltak/Innsats

- samhandle aktivt med Direktoratet for e-helse for å etablere automatisk datafangst til alle kvalitetsregister
- følge opp nasjonale føringar om å auke talet på journalar som blir gjennomgått med GTT-metodikk
- vidareutvikle eit GTT for psykisk helsevern og rusbehandling
- gjennomføre kontinuerleg undersøking av brukarerfaringar
- vidareutvikle gode dashbord med rapportar som er nyttige for arbeidet med forbetring

3.5 Organisering og oppgåver

3.5.1 Kvalitetsutval, stabs- og støttetjenester

Målbilete

Arbeidet med kvalitet og pasienttryggleik har ein regional overbygning som må styrkjast, og det må sikrast at det lokale arbeidet følgjer leiariinja. Kvalitetsarbeidet skal vere heilskapleg, og arbeidet med HMS og pasienttryggleik skal vere integrert.

Vurdering

Ein av grunnane til at Helse Vest blir trekt fram som eit godt eksempel i nasjonal samanheng, er at det har vore eit breitt regionalt samarbeid om organiseringa av pasienttryggleiksarbeidet. Det er nødvendig for vidare utvikling at dette får halde fram.

Sjølv om alle tiltakspakkane frå Nasjonalt pasienttryggleiksprogram er introduserte i føretaka, er dei ikkje komne like langt i dagleg praksis og må framleis følgjast opp om vi skal nå målet om «kvar pasient kvar gong».

Ulike lover, forskrifter og fagtradisjonar innanfor arbeid med kvalitet, pasienttryggleik og HMS gjer at det er krevjande å gjere arbeidet samstemt. Eit godt arbeidsmiljø støttar opp om gode og trygge helsetenester. Slik styresmaktene definerer kvalitet, kan ein seie at god kvalitet er ein del av målet, mens arbeid med pasienttryggleik og HMS er verkemiddel. Derfor må ein sjå alt planarbeid i samanheng med HMS og pasienttryggleik.

Mesteparten av det arbeidet føretaka gjer for å sikre kvalitet, skjer i klinikkane og avdelingane med støtte frå stabseiningar. Det er nødvendig at desse stabseiningane

samordnar arbeidet sitt meir enn i dag. Ein må òg ta omsyn til at dette er støttetenester som krev betydeleg spesialkompetanse som må vere til nytte over tid.

Det regionale nivået har eit sørgje-for-ansvar og skal ikkje ta ansvar for drift. I arbeidet med styrking av kvalitet og pasienttryggleik vil det likevel vere vesentlege behov for samordning på regionalt nivå. Standardisering av prosessar, til dømes i form av gjennomgåande pasientforløp og felles kliniske datasystem, utløyser behov for at kvalitetssystema og delar av innhaldet i dei er samanfallande. Utvikling av kvalitets- og pasienttryggleiksutval, på ulike nivå i organisasjonen, kan sikre at det systematiske arbeidet blir styrkt. IKT-systema må støtta opp om arbeidet, og det må finnast effektive arenaer for å sikre at kvalitetsarbeid og IKT-prosjekt heng saman. God beredskap er ein del av heilskapen. Ein må sørge for at sjukhusa til ein kvar tid oppretthald den standarden som krevjas og at ein mellom anna har nødvendig tilgang til reint vatten, strøm og andre grunnleggande behov for drift. Det er viktig at desse føresetnadane følgast opp gjennom beredskapsplanane i føretaka.

Våre eksterne leverandørar av tenester og varer må være kjent med våre krav til kvalitet og pasienttryggleik. Det er knyta spesielle utfordringar til utarbeiding av innkjøpsavtalar og kravspesifikasjonar. Krava må regelmessig følgast opp av leiinga i Helse Vest.

Dei fleste medarbeidarar får si basisopplæring i forbetningsmetodikk i føretaka. Omsynet til standardisering og det å byggje felles tryggleiskultur tilseier funksjonelt samarbeid og regional koordinering. Spisskompetansen som forbetningsutdanning (regionalt, nasjonalt og internasjonalt) må leiast regionalt. Det må setjast av sentrale midlar til arbeidet.

Regionalt fagdirektørmøte er det organet som behandlar og vedtek felles regional tilnærming til den helsefaglege kvaliteten i tenestene. Eksempel på saker som vil kome som følge av denne planen er godkjenning av felles prosedyrar og rettleiingar på kritiske område og endringar i metodane ein nyttar for skadestatistikk basert på journalgjennomgang.

Andre oppgåver vil vere å vurdere pågåande og nye tiltak, styre innhald i felles opplæringstiltak, vurdere behova for felles dokumentasjon og prosedyrar, bidra til tilrettelegging for deling og læring på tvers og å foreslå operasjonalisering av årlege kvalitetsmål på overordna plan. Ansvar for vedtak vil likevel ligge i linja.

Tiltak/Innsats

- etablere, vidareføre og koordinere ulike nettverk for erfaringsutveksling
- samkøyre HMS (medrekna ytre miljø) og kvalitet/pasienttryggleik i leiingsgjennomgangar og internrevisjonar
- innføre pasienttryggleik i HMS-grunnkurs
- vidareføre det utvida sekretariatet for kvalitet og pasienttryggleik for å støtte regionale oppgåver (f.eks. såkornmidlar, konferanse)

- vidareutvikle samarbeidsarenaer mellom kvalitetsarbeid og IKT-utvikling – fire årlege møtepunkt
- tydeleggjere krava til kvalitet og pasienttryggleik i arbeidet med innkjøp av varer og tenester

3.5.2 Brukarmedverknad på systemnivå

Målbilete

«Pasientens helseteneste» skal ha fokus på involvering på individ- og systemnivå. Brukarerfaringsundersøkingar og andre brukargenererte data blir nytta til å forbetre verksemda. Dei som tek imot helsetenester, skal òg vere delaktige i å utvikle tenesta. I forbetringsarbeid skal brukarkompetanse inkluderast på tilsvarande måte som helsefagleg kompetanse.

Vurdering

Helsetilsynets kontroll av tenestene i kommunane og spesialisthelsetenesta på dette området i 2018 avdekte store manglar, og Sivilombodsmannen har gjennom tilsyn ved psykiatriske institusjonar i spesialisthelsetenesta avdekt uverdige forhold for pasientar som skal få psykisk helsehjelp av helseføretaka. Mange saker hos Statens helsetilsyn, Fylkesmannen og Norsk pasientskadeerstatning handlar om at pasientar og brukarar verken får god nok informasjon eller blir involverte slik dei har krav på. Utover dette veit ein at pasientar og brukarar er ein ressurs i arbeidet med å forbetre tenestene når dei blir tekne på alvor. Graden av involvering varierer sterkt også mellom ulike avdelingar i same føretak. Derfor er det heilt nødvendig å sørgje for opplæringstiltak for personell, men også strukturelle tiltak for å sikre brukarinvolvering både på individuelt nivå og systemnivå. System som gir høve til tilbakemelding om pasienterfaringar, kan sikre kontinuerleg merksemd om utfordringane. Forsking på området har vist at dersom ein stiller dei rette spørsmåla til pasientane, er slike tilbakemeldingar av stor verdi for å vurdere kvaliteten i tenestene.

Sterkere grad av involvering av pasientane på systemnivå vil utløyse krav om kompensasjon som helseføretaka må ta omsyn til. Det er allereie krav om brukarmedverknad i planprosessar. I planarbeidet må det tydeleggjerast korleis brukarnes behov og interesser er ivareteke.

Tiltak/Innsats

- brukarrepresentantar bør peikast ut til kvalitetsutval og forbetringsprosjekt
- opplæring i kvalitetsforbetring på systemnivå for brukarrepresentantar

4. OPPFØLGING OG RAPPORTERING

4.1 Rapportering

Styret skal årleg få eit saksførelegg med status og rapportering om oppfølging av planen. Tiltak som skal følgjast opp er vist i tabellform under.

4.2 Ansvar og tidsplan for tiltak/tilråding

Her følgjer ei samanstilling av alle føreslåtte tiltak i kapittel 3. Planen inneheld 36 konkrete tiltak. Av desse er 18 allereie starta. Dei ulike tiltaka vil til saman kunne føre til at vi når måla. Nokre av tiltaka vil måtte vente til seinare i planperioden.

I tabellen står det kven som har ansvar, og i kva tidsrom tiltaka skal oppfyllast. Tiltakspunkt som allereie er starta, er meir detaljert omtala. For tiltak som startar seinare i planperioden må det utarbeidast detaljplanar i tilknyting til den årlege gjennomgangen av planen, sjå punkt 4.1.

Det vil være behov for å operasjonalisere tiltak i føretaka og supplere desse med eigne mål og tiltak. Dette må sjåast i samanheng gjennomføring av kvalitetsforskriften og kan til dømes knytast til leiingens årlege gjennomgang.

Tidsfrist/ prioritering av tiltaka er fargekode i kolonnen til høyre:



Oransje: allereie pågåande tiltak Turkis: Tidleg planfase Blå: Midt eller sein-planfase

3.1 Standardisering			
3.1.1. Retningslinjer, prosedyrar og pasientforløp	Helse Vest – ansvar	Føretaka – ansvar	Tidsfrist /prioritering
1. Starte arbeidet med prioritering av felles prosedyrar og retningslinjer på område der det er særleg risiko for svikt	Starte arbeidet med ein plan for overordna prosedyre		2020
2. Styrkje arbeidet med å utvikle felles pasientløp og knyte dei saman med dei kritiske prosedyrane	Gi mandat og be om oppnemning frå føretaka	Utpeike delegatar	Begynn arbeidet 2021
3.1.2 Legemiddelområdet			
3. Kliniske farmasøytar er tilgjengelege for rådgiving i avdelingane, anten fysisk eller gjennom bruk av nye teknologiske løysingar.		SAV må utvikle virtuelle tenester i tillegg til dagens, dei andre føretaka må oppdatere sine planar for bruken	Heile perioden
4. Eindose skal gjennomgå grundig evaluering før ein startar arbeidet med å tai bruk Eindose i føretaka og koplar utlevering av legemiddel til ordinasjon i elektronisk kurve for å oppnå lukka legemiddelsøyfe.		SAV får pådrivaransvar, dei andre følgjer opp.	
5. Arbeidet med legemiddelsamstemming ved innlegging, overføring og utreise må styrkast og koplast til arbeid med «Pasientens legemiddelliste» i regionen. Pasient og pårørande må få ei	Framleis koordinere nettverk for legemiddeltryggleik	Helse Bergen, Haraldsplass Diakonale sykehus går i spiss for dette arbeid.	Innan utgangen av 2022

tydelegere rolle i både val og oppfølging av eiga legemiddelbehandling.			
---	--	--	--

3.1.3 Smittevern, kvalitet og pasienttryggleik

6. Implementere dei tiltaka som er vedteken i nasjonal og regional plan for smittevern.		Føretaka må tilpasse og implementere tiltaka. Samarbeid med 'Vel heim'.	Innan utgangen av 2022
7. Vidareføre dei infeksjonsførebyggjande tiltaka frå pasienttryggleiksprogrammet		Alle føretak. Tilpasse og implementere tiltaka	Pågår

3.1.4 Samhandling

8. Alle pasientar skal ha strukturert utskrivningssamtale og få med seg tilpassa skriftleg informasjon.	Sjåast i samanheng med 'Vel heim'	Helseføretaka har hovudansvar	2020
9. Bruken av IT-støttesystem må samordnast mellom kommunane og helseføretaka.	Nasjonalt-Direktoratet for e-helse	Helse Bergen og Bergen kommune er pilot.	
10. Det må innførast og brukast sjekklister og eigna verktøy for strukturert kommunikasjon.		Helseføretaka har hovudansvar	

3.2 Kompetanse og kultur

3.2.1 Forbetningsmetodikk

	Helse Vest – ansvar	Føretaka – ansvar	Tidsfrist
11. Etablere opplæringspakke som skal gjennomførast av alle medarbeidarar	Koordinere innhald og opplæringsplan. Legg til retta for bruk av Kompetanseportalen.	Oppfølging	Innan utgangen av 2020
12. Innføre grunnkurs i leining av kvalitetsforbetring	Koordinere utviklinga i samarbeid med føretaka	Delta i utvikling, sørgje for at leiarane gjennomfører	Kursopplegg klart til andre halvår 2020. Alle leiarar gjennomført i løpet av 2021.
13. Éin prosent av dei tilsette (årsverk) har rettleiarkompetanse i kvalitetsforbetring.	Halde fram med koordinering av tilbod om opplæring	Utarbeide plan og rekruttere kandidatar og tilrettelegging	Plan på plass første halvår 2020. Måla skal vere nådde innan utgangen av 2024.
14. Ti prosent av dei tilsette (årsverk) i kliniske avdelingar har kompetanse til å drive forbetningsarbeid.	Halde fram med koordinering av tilbod om opplæring. Opptappingsplan for kurstilbod.	Utarbeide plan og rekruttere kandidatar, leggje til rette	Måla skal vere nådde innan utgangen av 2024.

3.2.2 Tryggleikskultur, risiko og læring

15. Følgje opp dei årlege forbetningsundersøkingane lokalt og stimulere til å bruke verktøy som «Snakk om forbetring»	Halde fram med å koordinere undersøkingane	Gjennomføre med minst 70 prosent deltaking, styrkje oppfølging av resultat, særleg på einingar med utfordringar	Kontinuerleg
16. Forbetre rutineane for kontinuerlege risikovurdering i kliniske einingar og for å følgje opp meldingar om uønskte hendingar.	Halde fram med pågåande arbeid	Sikre at leiarane følgjer opp og set i verk forbetringstiltak	Kontinuerleg
17. Kvalitetsutvala skal bidra aktivt til erfaringsutveksling frå hendingsanalysar		Pågår i helseføretaka	Kontinuerleg

18. Etablere og ta i bruk ei teknisk plattform for å utveksle læringsnotat i regionen om ei nasjonal ordning i samarbeid med helseforvaltinga (HDir og UKOM)	Halde fram med pågåande arbeid. Tilrettelegging av system/ Synergi med meir	Bidra til testing, ta i bruk når det er klart	Test 2020, utrulling frå 2020
--	---	---	-------------------------------

4.2.3 Forsking og implementeringskunnskap

19. Vidareføre regionalt nettverk for pasienttryggleiksforskning og utvida nettverket til å omfatte implementering og evaluering av større innføringsprosjekt	Framleis koordinere	Delta med forskarar	Kontinuerleg
---	---------------------	---------------------	--------------

3.3 Teknologi

3.3.1 Utvikling og innovasjon

	Helse Vest – ansvar	Føretaka – ansvar	Tidsfrist
20. Vere aktiv i utprøving av nasjonale konsept for journalgransking	Samhandle med HDIR	Delta i utvikling, testing og gjennomføring	
21. Ta i bruk robotteknologi eller kunstig intelligens for å identifisere risikoforhold (GTT)	RHF samarbeid med Helse Vest IKT	Alle føretaka må vere med i eit utviklingsarbeid	2020
22. Vere pådrivar for å teste ut nye teknologiske konsept som kan auke tryggleiken i pasientbehandlinga til dømes mobil IKT-teknologiutvikle nye hjelpemiddel for brukarinvolvering og utvikling av verktøy for samval	Initiere samhandling med innovasjonssatsinga	Bidra med innspel og gjennomføring av eventuelle prosjekt	Initiere samhandling første halvår 2021
23. Innføre elektroniske tavler i alle kliniske avdelingar og utvikle bruken av både risikofunksjonar og forbedringsområder	Halde fram med koordinering av dette	Setje i verk opplæringstiltak i metodane	Pågår

3.4 Målingar og monitorering

3.4.1 Kvalitetsindikatorar, GTT og IKT-system

24. Samhandle aktivt med Direktoratet for e-helse for å etablere automatisk datafangst til alle kvalitetsregister	Halde fram med samhandling med SKDE og Direktoratet for e-helse	Helse Bergen og HVIKT har deloppgåver	Kontinuerleg
25. Følgje opp nasjonale føringar om talet på journalar som blir gjennomgåtte med GTT-metodikk	Sjåast i samanheng med tiltak 21.	Oppfølging	Helse Bergen har byrja
26. Vidareutvikle GTT-metodikk for psykisk helsevern og rusbehandling	Opprette utviklingsprosjekt. RHF må ta hovudansvar. Sjå til Helse Midt-Noreg	Pilot i helseføretak	2021
27. Gjennomføre kontinuerleg undersøking av brukarerfaringar	Sterkare styringssignal til føretaka.	Helse Bergen legg til rette i samarbeid med eksisterande regionalt nettverk for brukarerfaringar; utvikle og teste rutinar for å bruke resultata i forbetring	Starte i liten skala i alle føretak i 2020, skalere opp i heile perioden
28. Vidareutvikle gode dashbord med rapportar som er nyttige for arbeidet med forbetring	Fortsetje å koordinere arbeidet med å leggje til rette for tenlege rapportar	Ta i bruk rapportane i til dømes avdelingsvise kvalitetsutval	Test første halvdel 2020, skalere opp etter det

1.2 Organisering og oppgåver

3.5.1 Kvalitetsutval, stabs- og støttetenester

	Helse Vest – ansvar	Føretaka – ansvar	Tidsfrist
29. Etablere, vidareføre og koordinere ulike nettverk for erfaringsutveksling	Skafe oversikt over kva nettverk som finst	Bidra til at kvalitetsutvikling kjem høgt på saklista i fagnettverka	2020
30. Samkøyre HMS (inkl. ytre miljø) og kvalitet/pasienttryggleik ved	Gjennomføre	Gjennomføre	Frå 2020

leiingsgjennomgangar og internrevisjonar			
31. Innføre pasienttryggleik i HMS-grunnkurs	Helse Vest RHF har ansvar	Gjennomføre	Frå 2020
32. Vidareføre utvida sekretariat for kvalitet og pasienttryggleik for å støtte felles regionale oppgåver	Koordinere/finansiere	Utpeike delegatar. Oppgåver: Sårn, kvalitetspris, regional konferanse, samordning av regionale prosjekt	Pågår
33. Vidareutvikle samarbeidsarena mellom kvalitetsarbeid og IKT-utvikling, fire årlege møtepunkt	Opprette ny møtearena	HVIKT og representantar frå føretaka møtest fire gonger i året for å samhandle tettare om kvalitetsutvikling og behov for IT-støtte	Pågår
34. Tydeleggjere krava til kvalitet og pasienttryggleik i arbeidet med innkjøp av varer og tenester	RHF har ansvar saman med Sykehusinnkjøp HF		

3.5.2 Brukarmedverknad på systemnivå

35. Brukarrepresentantar bør utpeikas til kvalitetsutval og forbettringsprosjekt		Utval på nivå éin og to og i prosjekt	Frå 2020
36. Opplæring i kvalitetsforbetring på systemnivå for brukarrepresentantar	Koordinering	Gjennomføre opplæring	

4.3 Økonomiske konsekvensar av planen

Eit grovt anslag er at kostnadane til dei regionale tiltaka i planen kan utgjere om lag 12 millionar kroner i året. Det vil kome ein del tillegg til desse kostnadane, til eksempel allereie inngåtte forpliktingar i pasienttryggleiksprogrammet, spesifikke IKT-løysingar, behov for nettverk og anna kompetansebygging. Dette vil gi investeringskostnadar som må prioriterast innanfor dei rammene som gjeld for slike kostnadar.

Opplæring i forbetningsmetodikk er eit eksempel på tiltak som vil påføre dei enkelte føretaka kostnadar i form av tid frå personell.

5. OMGREP

Definisjonar er henta frå Helsedirektoratet:

Kvalitet: Tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

Pasientsikkerhet er vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser. Dette innbefatter også begrepet brukersikkerhet som benyttes særlig i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Pasientsikkerhetskultur defineres som hvordan ledelse og ansatte samarbeider for å redusere risiko for uønskede hendelser i helsetjenesten, og gjenspeiler de delene av organisasjonskulturen som har betydning for risiko i pasientbehandling.

Pasientskade er utilsiktet skade som har oppstått som et resultat av behandling eller tjenester eller som tjenesten har bidratt til, som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang.

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer. Prosessen innebærer å dokumentere at man faktisk har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger i liten skala og implementere tiltak som viser seg å være effektive. Kvalitetsforbedring handler om alt fra å justere de små tingene i hverdagen, til å teste ut mer innovative og nytenkende ideer og tjenester.

Forbedringskunnskap er kunnskap som er nødvendig å lykkes med systematisk kvalitetsforbedringsarbeid. Det innebærer forståelse for virksomheter og tjenester som systemer og prosesser, variasjon i prosesser, hvordan du skaper læring fra erfaring og endringspsykologi.

Risikostyring er et viktig hjelpemiddel i styringen. Risikostyring består av to hoveddeler:

- risikovurderinger (risikoidentifikasjon, risikoanalyse og risikoevaluering/prioritering)
- risikohåndtering (utforming av risikoreduserende tiltak og oppfølging av risiko)

Det er vanlig å vurdere to sider ved risiko: sannsynligheten for at risikoen inntreffer og den forventede konsekvensen risikoen vil medføre dersom den inntreffer.

Definisjonene er hentet fra Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, undersøkelsen ForBedring og Direktoratet for økonomistyring.

6. KJELDER OG LITTERATUR

1. Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019); Kvalitet og pasientsikkerhet 2017
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20182019/id2622527/sec1>
2. Pasientskader i Norge 2018, Helsedirektoratet, Oslo 2018
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge>
3. Strategi- og handlingsplan 2016-2020 fra Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre <https://www.kvalitetsregistre.no/prosjekt/strategi-og-handlingsplan-2016-2020>
4. [Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023](#)
Helsedirektoratet, Oslo 2018
5. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
6. NOU 2015:11 *Med åpne kort*.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-11/id2459861/>

7. VEDLEGG

VEDLEGG I

Moment frå evaluering av Helse Vests pasienttryggleiksprogram 2018

- vidareutvikle elektroniske registreringsmåtar og løysingar for datauttrekk til rapportar
- forbetre og sikre integrasjon mellom ulike elektroniske system, vidareføre samarbeidet med Kule, Oda, Heliks og andre
- sørge for prosess- og avgjerdsstøtte i elektronisk journal, kurve- og fagsystem som støttar opp om innsatsområda, oppfølging av pasientrisiko
- byggje regional kompetanse i forbetringsmetodikk, risikostyring, faglege revisjonar og mini-audit på alle innsatsområda
- vidareføre kvalitetskonferansen som viktig kulturbyggjande tiltak
- vidareføre såkornmiddel som viktig tiltak for å støtte lokale, nedanfrå-og-opp forbetringsinitiativ
- gjennomføre kommunikasjonskampanjar
- styrkje forskning på kvalitets- og pasienttryggleiksarbeid
- etablere, vidareføre og koordinere ulike faglege nettverk for erfaringsutveksling
- jobbe for å få forbetringskompetanse inn i helsefagutdanningane
- styrkje det regionale nivået som bindeledd til nasjonale ressursar og prosessar og som nasjonal overbygning og kompetansemiljø for pasienttryggleik og forbetringsarbeid, nasjonale initiativ og utviklingsarbeid innanfor legemiddeltryggleik, automatisk datafangst og liknande

VEDLEGG II

Tall frå Helsedirektoratet 2019

Forbetring frå 2017-2023	Beskriving	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	Haraldsplass
Reduksjon i pasientskadar mål med GTT	Status 2018	17,5	18,3	8,5	12,5	9,6
	Nasjonalt måltal 2023	<10,3 (25%)				
Postoperative infeksjonar ved hofteprotese	Status 2018	2,2	0	1,7	0	0
	Nasjonalt måltal 2023			1,3		
Postoperative infeksjonar etter keisersnitt	Status 2018	0,5	0	1,2	6,5	-
	Nasjonalt måltal 2023			< 3,15		
Postoperative infeksjonar etter fjerning av galleblære	Status 2018	1,9	12,5	3,2	4,5	0
	Nasjonalt måltal 2023	< 6,8				
Urinveisinfeksjon på sjukehus	Status 2018	0,2	1,6	0,3	0	0,2
	Nasjonalt måltal 2023	<0,75				
Overleving 30 dagar etter innlegging for hoftebrudd	Status 2017	91	91,5	91,4	92,1	91,4
	Nasjonalt måltal 2023	>93,1				
Overleving 30 dagar etter innlegging for hjerneslag	Status 2017	89,3	88,7	88,8	88,6	88,7
	Nasjonalt måltal 2023			>92,2		
Overleving 30 dagar etter innlegging	Status 2017	96,1	95,6	95,7	95,5	96,1
	Nasjonalt måltal 2023	>98,4				
Øke delen på einingar med modent teamarbeidsklima til 75 prosent innan 2023	Status 2018	Ikkje tilgjengeleg				
	Nasjonalt måltal 2023	>75,0				

Helse Vest Postboks
303 Forus
4066 Stavanger

Telefon: 51 96 38 00
helse-vest.no

