

# STRATEGI OG HANDLINGSPLAN FOR KVALITET OG PASIENTTRYGGLEIK

*Ein målretta og samordna innsats for trygge og sikre  
tenester i Helse Møre og Romsdal*

2020-2023

HELSE MØRE OG ROMSDAL



## INNLEIING

Ei overordna målsetting for Helse Møre og Romsdal er å vidareutvikle seg for å møte framtidige utfordringar, og sikre likeverdige tenester med god kvalitet tilpassa pasientane sine behov og innanfor dei rammene vi har fått.

### *Kjerneverdiane våre er tryggleik, respekt og kvalitet.*

Det tyder at vi skal:

- Vise respekt og ta ansvar for pasienten
- Vere oppdaterte og framtidsretta, og stille høge krav til kvalitet på tenestene våre
- Vere nære og engasjerte, og la openheit prege dialogar og samarbeid

Dei siste 15 åra har kvalitet og pasienttryggleik fått aukande merksemd i Noreg mellom anna via det nasjonale pasienttryggleiksprogrammet *I Trygge hender 24-7*, etablering av nasjonale kvalitetsregister og kvalitetsindikatorar, pakkeforløp og systematisk førebygging av helsetenesteassosierte infeksjonar. I tillegg vil prosjektet «*Én innbygger – én journal*», som i Helse MidtNorge kallast Helseplattformen, ha stort potensial for samhandling rundt pasienten, og gi strukturerte data til bruk for styring og forbetring av tenestene<sup>1</sup>.

Kvalitetsomgrepet er i stadig utvikling, og fokuset har flytta seg frå kvalitetskontroll av deler av verksemda til systematisk styring av heilskapen. Saman med *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (heretter føreskrifta), bidreg satsingane nemnde ovanfor til å involvere pasientar, brukarar og pårørande, og heve kvaliteten i tenestene.

Kvalitet i helse- og omsorgstenesta er skildra som:

---

*Tenester av god kvalitet, har god verknad, er trygge og sikre, involverer brukarane og gir dei innverknad, er samordna og prega av kontinuitet, utnyttar ressursane på ein god måte og er tilgjengelege og rettvist fordelte<sup>2</sup>.*

---

### KONSEKVEN SAR VED MANGELFULL KVALITET

Helse Møre og Romsdal (HMR) leverer helsetenester av god kvalitet. Fleire pasientar får riktig behandling raskare og med betre resultat enn tidlegare. For enkelte pasientgrupper ser vi likevel skilnader i kvalitet og pasienttryggleik. Pasientskadar har store konsekvensar for pasientar, pårørande og involvert helsepersonell, og er i tillegg ei stor økonomisk byrde for både helsetenesta og samfunnet elles.

Ein pasientskade definerast slik:

---

*Utilsikta fysisk skade som har oppstått som eit resultat av medisinsk behandling eller som behandlinga har bidrege til, som krev ytterlegare overvaking, behandling eller sjukehusinnlegging, eller som har dødeleg utgang<sup>3</sup>.*

---

<sup>1</sup> Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023

<sup>2</sup> Leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta. Veileder til føreskrift

<sup>3</sup> Pasientskader i Norge 2017. Målt med Global Trigger Tool

Nokre av dei utfordringane vi står overfor:

GTT

**I 2019 FEKK KVAR FEMTE PASIENT EIN PASIENTSKADE I LØPET AV OPPHALDET I HMR.** KIRURGISKE KOMPLIKASJONAR, POSTOPERATIV SÅRINFEKSJON, NEDRE LUFTVEGSINFEKSJON OG URINVEGSINFEKSJON DOMINERER. SKADANE FØRTE TIL DOBBELT SÅ LANG LIGGETID.

NPE

**I 2019 VART DET UTBETALT 41 MILLIONAR KRONER I PASIENTSKADEERSTATNING FRÅ HMR.** ORTOPEDI, KARSJUKDOMMAR, FØDSELSHJELP OG KVINNESJUKDOMMAR UTGJORDE DEI STØRSTE SUMMANE.

KR

EIN OECD-RAPPORT FRÅ 2017 ANSLÅR AT CA. **15% AV UTGIFTENE TIL SJUKEHUS KAN TILSKRIVAST HANDTERING OG BEHANDLING AV FEIL OG PASIENTSKADAR.** FOR HMR VIL DETTE UTGJERE CA. **900 MILL. KRONER** ÅRLEG.

GTT<sup>4</sup> NPE<sup>5</sup> KR<sup>6</sup>

## VÅRE STRATEGISKE VAL

Vi ønsker å skape ei verksemd som over tid held fokus på kvalitet og pasienttryggleik, der vi reduserer talet på pasientskadar og betrar pasienttryggleikskulturen. Forankringa for denne strategien ligg i innspel samla inn frå Kvalitets- og pasienttryggleiksutvalet (KPU), kvalitetsråda i klinikkane, brukarutvalet, stabseiningar, styret og direktøren si leiargruppe. Dette, saman med *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring*<sup>7</sup> og ein forskingsbasert guide for europeiske sjukehus<sup>8</sup>, er utgangspunktet for dei behova for forbetringar som er prioriterte. Forankring på øvste nivå er naudsynt jamfør føringane som har kome i føreskrifta, i tillegg til Riksrevisjonen sin rapport om styret si involvering og oppfølging av arbeidet med kvalitet og pasienttryggleik<sup>9</sup>. Fleire av initiativa for kvalitet og pasienttryggleik som allereie er etablerte, er ikkje nemnde i denne strategien. Dei prioriterte forbetningsområda treng anten meir fokus, eller så tener dei som forslag til nye forbetringar som er nødvendige for å yte god kvalitet til brukarane våre i framtida.

---

*Føremålet er at strategi og handlingsplan for kvalitet og pasienttryggleik skal bidra til målretta og samordna innsats for trygge og sikre tenester, og legge til rette for at krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten blir etterlevd i lederlinja i HMR.*

---

Dei prioriterte forbetningsområda er:

**#1: TYDELEG LEIING MED FOKUS PÅ KVALITET OG OPENHEIT**

**#2: ETABLERE OG STYRKE ARENAER FOR LÆRING OG DELING AV ERFARING**

**#3: BYGGE KOMPETANSE I KVALITETSFORBETRING**

**#4: SETJE ÅRLEG RETNING MED UTGANGSPUNKT I RISIKO OG MOGELEGHEITER**

---

<sup>4</sup> Global Trigger Tool i Årleg melding 2019

<sup>5</sup> Statistikkportal for helsepersonell i Norsk Pasientskadeerstatning

<sup>6</sup> OECD: The Economics of patient safety 2017-Strengthening a value-based approach to reducing patient harm

<sup>7</sup> Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023

<sup>8</sup> QUASER Guide for hospitals to health care leaders throughout Europe

<sup>9</sup> Riksrevisjonens funn fra kontroll med forvaltningen av statlige selskaper i 2018.

## #1:TYDELEG LEIING MED FOKUS PÅ KVALITET OG OPENHEIT

Våre leiarar bidreg til å skape eit godt klima for pasienttryggleik der openheit og læring står i fokus.

Våre tilsette opplever at det er trygt å seie frå om kritikkverdige forhold og melde fra om uønskte hendingar.

Innan 2023 skal våre tilsette melde om eit godt tryggleiksklima over 75.



### KVIFOR ER DET VIKTIG?

Erfaring viser at verksemder som lukkast med å nå målsettingane sine, er kjenneteikna av ein kultur som fremmar openheit, tillit, samarbeid og læring<sup>10</sup>. Eit sterkt fundament for å bygge ein slik kultur har vi der dei tilsette arbeider saman mot felles mål, vert høyrde og har påverkingskraft. Eit trygt og stimulerande arbeidsmiljø er viktig for at medarbeidarar og leiarar skal kunne gi best mogeleg pasientbehandling, og for å rekruttere, utvikle og behalde kompetent personell. Dette legg grunnlaget for god kvalitet, både på systemnivå og i heile verksemda. Leiarar på alle nivå har ei nøkkelrolle i å motivere og gå føre for å skape ein kultur med eit godt tryggleiksklima.

### TILTAK

1.1	Leiarar på alle nivå skal ta hand om grunnleggande element i føreskrifta ved å planlegge, prioritere og setje tydelege mål for tenesta dei er ansvarlege for, og jamleg (mnd/kvartal) følge opp framgang samt etterspørje og evaluere om tiltak har hatt effekt. Ei heilskapleg vurdering gjennomførast i leiinga sin gjennomgang årleg.
1.2	Leiarar skal ta ei meir aktiv rolle i oppfølginga av kvalitet og pasienttryggleik ved å setje dette fast på agendaen i utvalde leiarforum på alle nivå.
1.3	Leiarar skal i ord og åtferd vere frontfigurar for å utvikle ein kultur som fremmar openheit, tillit, samarbeid og læring, ved å gi rom for å snakke om tema ein er usamde i, svakheiter i rutinar, behandlingsmetodar og ved å løfte kvarandre fram når ein lukkast.
1.4	Styret følger aktivt opp eigen plan for kvalitet og pasienttryggleik, og evaluerer han årleg. <sup>11</sup>

### KORLEIS SKAL VI VITE AT TILTAKA FØRER TIL EI FORBETRING?

Resultat frå den årlege ForBetringsundersøkinga kan vise oss om det har skjedd ei forbetring gjennom nokre utvalde indikatorar som tiltaka vil kunne påverke:

- Tilsette melder om godt tryggleiksklima, og skårar over 75 innan 2023. Grunna feil i utrekning av indikatoren har vi ein 'falsk forhøga verdi' på 80 i 2019. Ein skår på 75 vil derfor vere ei forbetring.
- Opplevd leiaråtferd aukar frå totalskår 80 (i 2019) til 85 i 2023.
- Det er høg tillit til at adm.dir. støttar opp om arbeidet med pasienttryggleik, og skår aukar frå 50 (i 2019) til 70 i 2023

<sup>10</sup> Ledelse av pasientsikkerhet-pasientsikkerhetsprogrammet

<sup>11</sup> Styresak 82/19 Styrets plan knytt til oppfølging av kvalitet og pasienttryggleik

## #2:ETABLERE OG STYRKE ARENAER FOR LÆRING OG DELING AV ERFARING

Våre tilsette opplever at det eksisterer arenaer som set lys på openheit, samarbeid og læring mellom kollegaer. Innan 2023 skal våre tilsette melde om eit teamarbeidsklima på 87.

Pasientar opplever at dei blir høyrde og at tilbakemeldingar blir brukte til forbetring av tenestene. Innan 2023 skal 80% av alle klager sendast inn digitalt og alle skal svarast ut digitalt.

MÅL

ARENA  
FOR  
LÆRING

### KVIFOR ER DET VIKTIG?

HMR har eit godt kvalitetssystem for registrering og handtering av forbetningsforslag og uønskte hendingar. I klinikkane er det variasjon i meldefrekvens og korleis ein følger opp hendingane med tiltak og evaluering. Det er ønskeleg med auka fokus på system og forbetring på tvers, der til dømes uønskte hendingar blir brukte til læring og forbetring av tenestene, både direkte for pasienten på einingsnivå, og på føretaksnivå.

Like viktig som å lære av uønskte hendingar, er å legge til rette for at ein får innsikt i det som går bra; det som gong på gong bidreg til trygge og sikre tenester trass i komplekse system eller uventa situasjonar.

### TILTAK

- |     |  |
|-----|--|
| 2.1 | Leiarar skal sørge for systematisk evaluering, refleksjon og erfaringsdeling. (T.d.: handtering av uønska hendingar, debrief etter akutt hending, tavlemøter, kvalitetsråd, teammøter). Ev. bruke aktuelle dashboard aktivt for kontinuerleg oppfølging, forbetring og risikovurdering.      |
| 2.2 | Leiarar skal sørge for at forbetringar i eiga eining vert synleggjorde internt og for andre einingar. Kvar klinikk skal presentere både forbetningshistorier og læringshistorier frå utvalde område for læring på tvers <sup>12</sup> minst ein gong i året.                                 |
| 2.3 | Evaluere føremål/mandat/agenda i etablerte arenaer som kvalitetsråd og KPU, for å sikre ei meir strategisk tilnærming til læring og forbetring på tvers <sup>12</sup> . Administrasjonen vil i samarbeid med klinikkane kartlegge moglegheiter for å slå saman ulike kvalitet- og HMS-forum. |
| 2.4 | Etablere tverrfagleg nettverk på føretaksnivå samansett av ressurspersonar med kompetanse og ansvar for utvalde område (t.d.: forbetningsagentar, kvalitetsrådgjevarar) for å ta hand om og utnytte kompetanse og erfaring på tvers  |
| 2.5 | Ta i bruk standardiserte rutinar for digital innhenting og bruk av pasient-, brukar- og pårørandeerfaringar frå det enkelte opphald/besøk/undersøking. (Klager og brukartilfredsheit etter opphald).   |

### KORLEIS SKAL VI VITE AT TILTAKA FØRER TIL EI FORBETRING?

- Resultat frå den årlege ForBetringsundersøkinga kan vise oss om det har skjedd ei forbetring der tilsette melder at det eksisterer eit teamarbeidsklima som set lys på openheit, samarbeid og støtte mellom kollegaer og yrkesgrupper, både internt og på tvers av einigar frå 83 (i 2019) til 87 i 2023.
- Publiserte forbetnings- og læringshistorier
- Brukartilfredsheit kan målast når det er utvikla system for innhenting av erfaring.

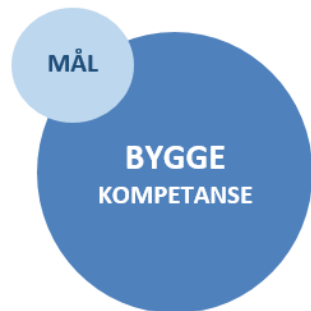
<sup>12</sup> Tiltaket vidareførast i ei anna form frå utfasa Handlingsplan for implementering av regional kvalitetsstrategi 2014-2015.

### #3: BYGGE KOMPETANSE I KVALITETSFORBETRING

*Alle våre tilsette har kompetanse og verktøy til å delta i forbetningsarbeid i praksis, innan 2023.*

*Alle våre leiarar har kompetanse og verktøy for å ta hand om rolla si og aktivt utøve ansvaret sitt jfr. føreskrifta, innan 2023.<sup>1</sup>*

*Alle klinikkar har minst to forbetningsagentar med inngåande kjennskap til forbetningsmetodikk og målemetode, innan 2023*



#### KVIFOR ER DET VIKTIG?

Eit system som bidreg til *kontinuerleg utvikling av tenestene* er heilt avhengig av tilsette med rett profesjonskompetanse og mogelegheitsrom til både å utføre dei oppgåvene dei er sett til, og utvikle og forbetre tenestene undervegs. Med profesjonskunnskapen som grunnlag, treng leiarar og medarbeidarar også å opparbeide seg forbetningskunnskap. Dette inneber ei forståing av verksemda sine system og prosessar, variasjon i prosessane og korleis ein skaper læring frå erfaring og endringspsykologi. Det er ved å kombinere kunnskapen frå medisin og helsefag med forbetningskunnskap, at ein kan arbeide effektivt, systematisk og oppnå kontinuerleg forbetring av helse- og omsorgstenesta.<sup>13</sup>

Forbetningskunnskap vert også understreka i rettleiaren til føreskrifta. Her omtalast plikta til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere. Med forbetningskunnskap får vi større forståing for korleis vi kan gjennomføre endringar og implementeringar både i små forbetningsprosjekt, og i større komplekse system. Systematisk heving av kompetanse og styrking av kapasitet krev at ein planlegg og prioriterer ved å setje av tid og ressursar.

#### TILTAK

- |            |  |
|------------|--|
| <b>3.1</b> | Utvikle og implementere opplæringsplan og læringsaktivitetar for å sikre systematisk opplæring i kontinuerleg forbetring   |
| <b>3.2</b> | Utvikle og gjennomføre jamleg opplæringsprogram og rettleiing av LIS 2 og 3 i kliniske forbetningsprosjekt   |
| <b>3.3</b> | Gjennomføre årleg styreseminar med fokus på kvalitet og pasienttryggleik   |
| <b>3.4</b> | Prioritere tid og ressursar til eksterne kompetansetiltak som til dømes nasjonale og nordiske utdanningar av «forbetningsagentar».   |
| <b>3.5</b> | Utvikle eit felles leiaropplæringsprogram, «Kvalitet i leiing», på føretaksnivå, som gjennom læringsaktivitetar tar hand om ei praktisk tilnærming til føreskrifta og dei nasjonale leiarkrava <sup>14</sup> . |

#### KORLEIS SKAL VI VITE AT TILTAKA FØRER TIL EI FORBETRING?

- Alle tilsette har gjennomført sentral opplæringsplan for kontinuerleg forbetring i Kompetanseportalen. Resultat for området kan enkelt hentast ut i kompetanseportalen etter kvart som læringsaktivitetar vert utvikla.
- Kvar klinikk har minimum to forbetningsagentar

<sup>13</sup> Forbedringsguiden- Teorier, tips og verktøy for forbedringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten, 2018.

<sup>14</sup> Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak

## #4: SETJE ÅRLEG RETNING MED UTGANGSPUNKT I RISIKO OG MOGLEGHEITER

Helse Møre og Romsdal er ei lærande verksemd som kontinuerleg justerer kursen for i fellesskap å kunne levere god kvalitet til befolkninga som har behov for tenestene våre.

Vi vel årleg ut satsingsområde med utgangspunkt i risiko, føringar og interne behov. Områda gjeld for heile føretaket, og er leiande for korleis vi jobbar.

MÅL

ÅRLEG  
RISIKO  
OG  
RETNING

Risiko for pasientskadar i HMR reduserast til 17% innan 2023.

### KVIFOR ER DET VIKTIG?

For å auke gjennomføringsevne og oppnå best mogeleg resultat saman, er det viktig å prioritere. For å evne å gjennomføre det som er prioritert, må ein setje av ressursar og tid til dei aktivitetane som fører til forbetring. I følge føreskrifta § 6, skal verksemda ha oversikt over område der det er risiko for svikt eller mangel på myndigheitskrav, og område der det er behov for vesentleg forbetring av kvaliteten på tenestene og pasient-/brukartryggleiken. Som ein del av leiingsystem for kvalitet og plikta til å evaluere – korrigere, skal føretaket gjennomføre leiinga sin gjennomgang, som legg grunnlaget for strategiske prioriteringar og utvalde årlege satsingsområde for heile føretaket.

### TILTAK

4.1	Leiarar skal ha oversikt over område med risiko for svikt eller mangel på etterleving av myndigheitskrav i eiga eining og setje i verk tiltak for områda knytte til uakseptabel risiko.
4.2	Alle kliniske einingar skal til ei kvar tid utføre målingar på minst eitt av innsatsområda frå pasienttryggleiksprogrammet, der hensikta er å forbetre eigen praksis med utgangspunkt i område med størst risiko
4.3	Forbetringsprogrammet på føretaksnivå skal prioritere minst eitt satsingsområde årleg, som kan knytast til resultat frå kartlegging av pasientskadar. T.d.: hyppig registrert pasientskade
4.4	Utvikle eit felles årshjul med aktivitetar som omhandlar kvalitet og pasienttryggleik

### KORLEIS SKAL VI VITE AT TILTAKA FØRER TIL EI FORBETRING?

- Risiko for svikt reduserast og vil vere synleg i årleg oppsummering av topp 10 risiko<sup>15</sup>.
- Modenheit i styringssystemet<sup>16</sup> målast årleg via leiinga sin gjennomgang på føretaksnivå.
- Pasientskadar målt med Global Trigger Tool

<sup>15</sup> Styresak 20/20 TOPP 10 risiko i Helse Møre og Romsdal 2020

<sup>16</sup> Modenheit i styringssystemet, modell på lysark nr. 19

## ORGANISERING OG OPPFØLGING AV STRATEGIEN

- Fagavdelinga, ved Helsetenesteutvikling, har ansvar for å skape ei felles forståing og tilslutning til strategi og handlingsplan i styret, stabseiningane og leiarlinja.
- Fagavdelinga, ved Helsetenesteutvikling, skal legge til rette for at aktørane i linja har læringsaktivitetar og rettleiing for å kome krava i sentral opplæringsplan i møte.
- Planen på overordna nivå skal «eigast» av KPU, med jamleg oppfølging og evaluering.
- Alle leiarar i HMR har ansvar for å ta stilling til korleis dei aktuelle tiltaka i praksis skal gjennomførast i eininga. Døme på sentralt forum: klinikkråd og kvalitetsråd

## ANSVAR

Overordna ansvar for gjennomføring av strategien i heilskap: Fagdirektør og Kvalitet- og pasienttryggleiksutvalet (KPU).

<b>LEIING OG KULTUR</b>	1.1	Leiarar på alle nivå skal ta hand om grunnleggande element i føreskrifta. Ei heilskapleg vurdering gjennomførast i leiinga sin gjennomgang årleg.	ALLE LEIARAR
	1.2	Leiarar skal ta ei meir aktiv rolle i oppfølginga av kvalitet og pasienttryggleik	ALLE LEIARAR
	1.3	Leiarar skal i ord og åtferd vere frontfigurar for å utvikle ein kultur som fremmar openheit, tillit, samarbeid og læring	ALLE LEIARAR
	1.4	Styret følger aktivt opp eigen plan for kvalitet og pasienttryggleik, og evaluerer han årleg.	STYRELEIAR
<b>ARENA FOR LÆRING</b>	2.1	Leiarar skal sørge for systematisk evaluering, refleksjon og erfaringsdeling.	ALLE LEIARAR
	2.2	Leiarar skal sørge for at forbetningshistorier og læringshistorier vert synleggjorde minst ein gong i året.	ALLE LEIARAR
	2.3	Evaluere etablerte arenaer som kvalitetsråd og KPU. Kartlegge mogelegheiter for å slå saman ulike kvalitet- og HMS- forum.	FAGDIR. OG HR.DIR.
	2.4	Etablere tverrfagleg nettverk på føretaksnivå samansett av ressurspersonar med kompetanse og ansvar for utvalde område	KVALITETSJEF
	2.5	Ta i bruk standardiserte rutinar for digital innhenting og bruk av pasient-, brukar- og pårørandeerfaringar	ALLE LEIARAR
<b>BYGGE KOMPETANSE</b>	3.1	Utvikle og implementere opplæringsplan og læringsaktivitetar for å sikre systematisk opplæring i kontinuerleg forbetring	KVALITETSJEF
	3.2	Utvikle og gjennomføre jamleg opplæringsprogram og rettleiing av LIS 2 og 3 i kliniske forbetningsprosjekt	KVALITETSJEF
	3.3	Gjennomføre årleg styreseminar med fokus på kvalitet og pasienttryggleik	KVALITETSJEF
	3.4	Prioritere tid og ressurser til eksterne kompetansetiltak som til dømes nasjonale og nordiske utdanningar av «forbetningsagentar».	ALLE LEIARAR
	3.5	Utvikle eit felles leiaropplæringsprogram, «Kvalitet i leiing» på føretaksnivå.	FAGDIR. OG HR.DIR.
<b>ÅRLEG RISIKO OG RETNING</b>	4.1	Leiarar skal ha oversikt over område med risiko for svikt og setje i verk tiltak for områda knytte til uakseptabel risiko.	ADM.DIR
	4.2	Alle kliniske einingar skal til ei kvar tid utføre målingar på minst eitt av innsatsområda frå pasienttryggleiksprogrammet.	ALLE LEIARAR
	4.3	Forbetningsprogrammet på føretaksnivå skal prioritere minst eitt satsingsområde årleg, som kan knytast pasientskadar.	FAGDIREKTØR
	4.4	Utvikle eit felles årshjul med aktivitetar som omhandlar kvalitet og pasienttryggleik	FAGDIREKTØR

## KJELDER

**Styresakene som omhandlar forankring av kvalitetstrategien:**

[Styresak 27/19 Kvalitet og økonomisk berekraft i eit pasienttryggleikperspektiv](#)

[Styresak 45/19 Kvalitet og pasienttryggleik del2](#)

[Styresak 82/19 Styrets plan knytta til oppfølging av kvalitet og pasienttryggleik](#)

**For fleire kjelder, se fotnoter i teksten.**

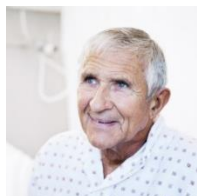


Foto: Kristin Støyl/en