

# HELSE2030

HOVUDTEMA:

**Kvalitet, variasjon og pasientsikkerhet**

Dato 30.06.2016

## INNHALD

1 INNLEIING .....	3
1.1 Gruppesamansetning.....	3
1.2 Arbeidsform .....	3
2.1 Framtidsbilete .....	4
2.2. Korleis kome dit?.....	7
3 Hovudtema .....	8
4 ANBEFALINGAR FOR VIDARE UTVIKLING .....	11

# 1 INNLEIING

## 1.1 Gruppesamansetning

Eining/organisasjon	Representant – Namn	Stilling
Helse Førde	Jon Bolstad	(Leiar) Adm. Dir.
Helse Førde	Anne Kristin Kleiven	Utviklingsdirektør
RBU	Henrik Aasved	Brukarrepresentant
Helse Vest	Synnøve Serigstad	Rådgivar (fasilitator)
Helse Vest	Anne Grimstvedt Kvalvik	Seniorrådgivar, Leiar – Program for pasienttryggleik i Helse Vest
Helse Stavanger	Liss Søreide	Rådgivar, lokal programleiar
Helse Stavanger	Kjetil Hustoft	Sjefslege
Helse Bergen	Dorthea Hagen Oma	Overlege
Helse Bergen	Stig Harthug	Seksjonsleiar
Helse Fonna	Tomas Jonson	Avdelingssjef
SAV	Sidsel Rykken	Fagdirektør
HV Innkjøp	Hilde Wangen	Rådgivar
KHVO	Leif Johnsen	Hovudverneombod

## 1.2 Arbeidsform

Beskriving
Gruppa har hatt to heildagsmøter og 2 lync-møter, i tillegg til kommunikasjon per e-post. Gruppeleiar og fasilitator har hatt formøter i forkant av gruppemøtene og har hatt kontakt mellom møter per telefon og e-post.

## 2 SAMANDRAG OG VURDERINGAR

### 2.1 Framtidsbilete

#### Beskriving – Innspel til framtidsbilete

Befolkninga har høge forventningar til (og tek for gitt) at helsetenestene er sikre og at kvaliteten er høg. Dette er eit tillitsvotum som tener både pasientane, helsearbeidarane, helsetenesta og samfunnet. Likevel – sjølv om helsetenesta og helsearbeidarane har kunnskap og kompetanse,- kan ikkje alle forventningar innfriast. Sjølv beste behandling vil ikkje kunne gjere alle menneske friske.

Behandling av pasientar er i dag ein komplisert prosess som involverer ulike profesjonsgrupper, avansert teknologi, medisinar med potensielt alvorlege biverknader, eit stort tal arbeidsoperasjonar, forskjellige fagdisiplinar, aukande nivå av spesialisering og samhandling mellom fleire nivå og aktørar. Kompleksitet er i seg sjølv ein risikofaktor. Trass i ei rivande utvikling står samfunnet framfor store utfordringar. Til dømes gjer antibiotikaresistente bakteriar at vi må utvikle nye behandlingsstrategiar og tiltak for å møte denne utviklinga.

Det er sentralt å sikre tryggleiken for dei som er mest sårbare eller har det vanskelegast. Det same er kravet til helsetenesta om å sikre medverknad og samval frå kvar einskild pasient og pårørande. Dette krev inngåande kunnskap om beste praksis, inklusiv farar ved og biverknader av denne. Dette krev og ei balansert og kvalitetsorientert leiing, gode strukturar og system som bidreg til betre kvalitet og ein tryggleiksfokusert og lærande kultur i heile tenesta.

Respekten for menneskeverdet er det sentrale etiske prinsippet for helsetenesta. Av dette følgjer kravet om å balansere forventa nytte og risiko, og kravet om framfor alt ikkje påføre pasienten unødig skade.

Eit likeverdig tenestetilbod ligg føre når personar som etterspør helsetenester har same høve til å skaffe seg desse, uavhengig av bustad, økonomi, sosial status, alder, kjønn, etnisk tilhøyrse m.v. Skiljet mellom rettferd og likeverd i tenestetilbod går mellom likskap i moglegheit (tilbodsliskap) og likskap i resultat (resultatliskap). Difor er kunnskap om kvalitet og variasjonar sentralt i lag med prinsippet om likeverd.

Følgjande må til for å skape «pasientens helseteneste»:

#### Plussvisjon for pasienten

*«Møtet mellom medarbeidar og pasient/brukar skal gi meirverdi».*

Det må kome ein positiv gevinst ut av møtet mellom pasient og tenesteytarane. Gevinsten må vere positiv på individnivå (i form av oppleving og

resultat av møtet), men også på systemnivå, i form av auka tillit til systemet og betra folkehelse. Dette omtalar vi som ein «Plussvisjon». Perspektivet legg til grunn at det er samanheng mellom korleis helsetenesta er planlagt og organisert, måten den enkelte medarbeidar handlar på og kva medisinsk resultat og oppleving pasienten sit att med.

### **Nullvisjon for helsetenesta**

*«Ingen pasientar døyr eller blir alvorleg skada som følgje av ytingar eller mangel på ytingar i helsetenesta».*

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. Uønskede konsekvensar på grunn av feil i dette samspelet må unngåast. Arbeidsprosessar, teknisk utstyr og organisasjonskultur må utformast på ein måte som samla fremjar tryggleik hos medarbeidarar og pasientar. Perspektivet legg til grunn at det er samanheng mellom forhold som er viktige for pasienttryggleik og for eit godt arbeidsmiljø.

Nullvisjonen er retta mot alle typar av skader, men skadane kan delast inn i to hovudgrupper

1. Skadar knytt til system og organisasjon.
2. Skadar som per i dag er påreknelige utifrå det som er den rådande beste medisinske praksis.

Nullvisjonen tar ikkje omsyn til årsaken til skaden. Alle skader skal unngåast, men arbeidet med å forhindre skadetype 1 og 2 blir ulikt.

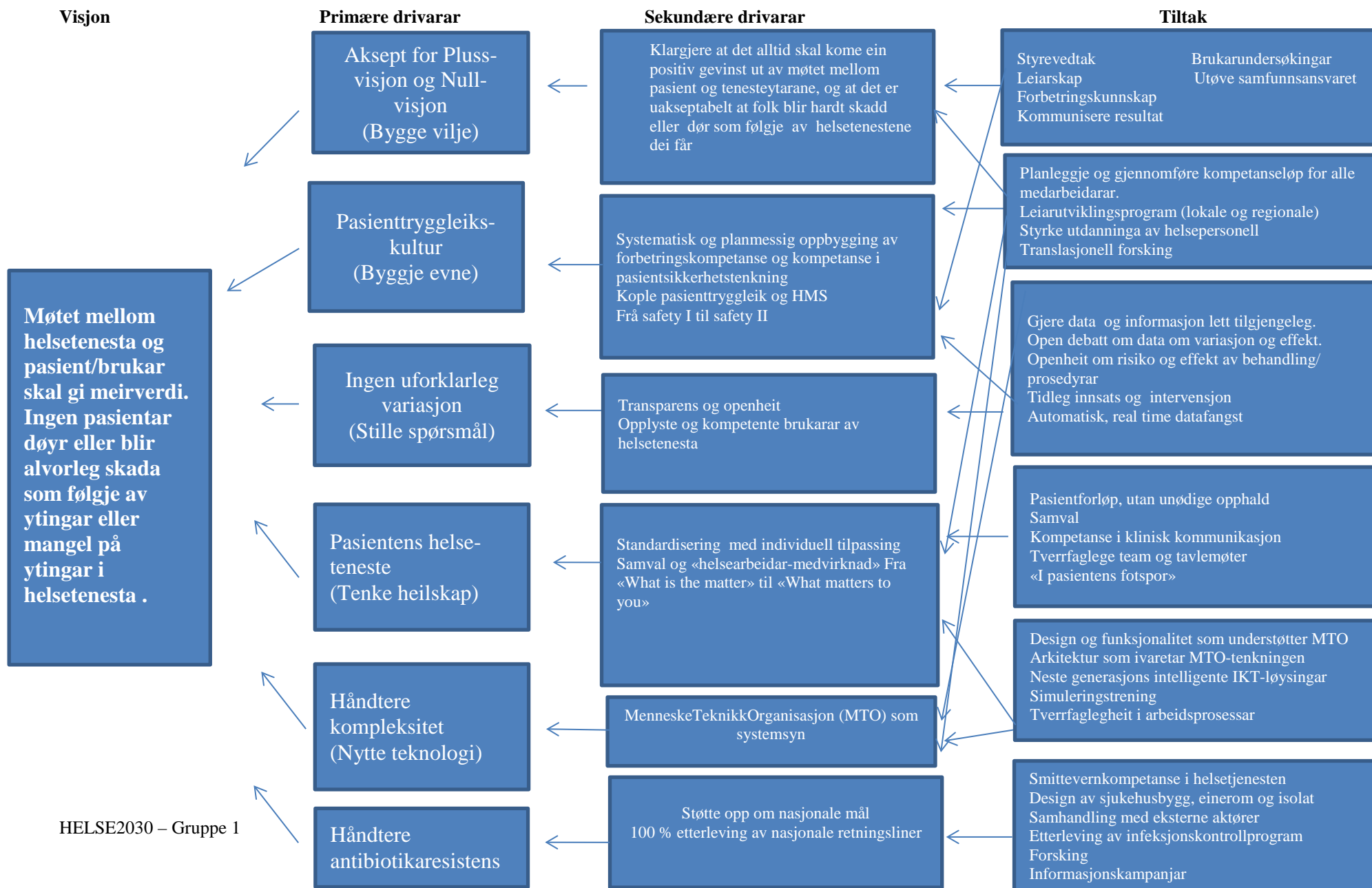
Skadetype 1 er skadar som må handterast innanfor system- og organisasjonsutvikling ved systematisk kvalitetsforbetring og pasienttryggleiksarbeid. Skadetype 2 er skader som må handterast gjennom forskning og utviklingsarbeid innanfor dei medisinske faga, ved forbetra diagnose- og behandlingsmetodar.

Pluss- og Nullvisjonen byggjer på 4 hovudprinsipp:

- Etikk
  - Det blir lagt avgjerande vekt på menneskeverdet som ukrenkjeleg.
  - Alle møte mellom pasienten/brukaren og helsetenesta skal ha fokus på å gi den hjelpesøkjande ein gevinst (verdi) som til dømes eit godt medisinsk resultat, betre funksjon, smertelindring både mentalt og fysisk, eigenmestring og/eller livskvalitet.
- Ansvarskjeda
  - Dei som planlegg og utformer helsetenesta er ansvarlege for kvaliteten og tryggleiken i møte med pasienten.
  - Pasienten/brukaren og medarbeidarar er gjensidig ansvarlege for å samverke i dette møtet.
  - Om ein ikkje lukkast, går ansvaret tilbake til dei som er ansvarlege for systemet.
- Tryggleiks- og kvalitetsfilosofi
  - Design og funksjonalitet på tenesta må ta omsyn til at menneske er feilbarlege.
  - Kvaliteten i tenestene må jamleg vurderast utifrå pasienten/brukaren sitt perspektiv.

- Organisasjonen blir utvikla gjennom vilje og evne til å nytte beste kunnskap, og må vere tilpassingsdyktig («resilient»).
- Driverar for forandring
  - Det er innbyggjarane si legitime rett å ha tilgang til helsetenester som har høg kvalitet og som blir utført på ein trygg måte.
  - For å oppnå og oppretthalde befolkninga si tillit til tenestene, er vi opne om helsetilstand, om behandlingsmogelegheiter, om biverknadar og komplikasjonar ved behandling.

## 2.2. Korleis kome dit?



### 3 Hovudtema

Bakgrunn	
Mandat	Kvalitetsarbeid, kvalitetsforbetring og arbeid med pasientskade og avvik har høg prioritet i dag, vil få enda større betydning i tida som kjem og vil få nye dimensjonar. Temaet er nær knytt til uønskt variasjon, førebygging, pasientopplevd kvalitet, HMS, arbeidsmiljø og trivsel. Korleis skal Helse Vest ta dette området vidare?
Avgrensing	Kvalitet, variasjon og pasienttryggleik er vide tema med mange dimensjonar. Dei er tett kopla mot dei andre tematiske inndelingane i arbeidet med Helse 2030, og framtidsbiletet og tiltak som er føreslått i denne rapporten, må sjåast i samanheng med og er avhengige av tiltaka som er føreslått i dei andre arbeidsgrupperapportane. Vi har i vårt arbeid ikkje skilt mellom somatisk og psykisk helse.
Framtidsbilete	
1	<b>Det kjem ein gevinst ut av møta mellom pasient og helseteneste. Å unngå alvorlege skadar er etablert som styrande prinsipp for alt pasientarbeid.</b> Ingen pasientar dør eller blir alvorleg skadd som følgje av ytingar eller mangel på ytingar i helsetenesta. Opplevd verdi av tenestene for brukarane gir legitimitet og tillit til systemet og bidreg til folkehelse og trivsel.  Tryggleik er ein integrert del av systemet og dette tenkesettet pregar alle arbeidsprosessar og møte med pasientane. Målet er ein organisasjon der det å handtere risiko er innebygd i all tenesteyting (generativ organisasjon) og kontinuerlig forbetringsarbeid. Spesialisthelsetenesta er seg bevisst og ein <i>aktiv</i> utøvar av samfunnsansvaret ein har for å betre helse og førebyggje uhelse.
2	<b>Helsetenesta er prega av ein kultur der tryggleik for alle er eit overordna prinsipp og HMS, pasienttryggleik og kontinuerleg forbetring er ein integrert del av behandling og omsorg</b> Både pasientar og medarbeidarar skal oppleve seg trygge og sikre. Det er nærliggjande å tru at der medarbeidarane har eit godt og trygt arbeidsmiljø, har dei også eit betre utgangspunkt for å gi pasientane trygge og sikre helsetenester av høg kvalitet. Byggesteinar for god åtferd må vere etablert. Dette inkluderer strukturar, kulturar og samhandlingsmåtar.
3	<b>Det er ingen uforklarlig variasjon i tilbod og kvalitet.</b> Det er i dag store geografiske ulikheiter i forbruk av helsetenester og stor variasjon i måten vi behandlar pasientane på. Det er skilnader i behandlingstilbod og i behandlingresultat som ikkje let seg forklare utifrå ulikskap i behov. Både overbehandling, underbehandling og feilbehandling er grunnleggjande uetisk, og ein trussel for pasienttryggleik og legitimiteten til helsetenesta.
4	<b>«Pasienten si helseteneste» er det styrande prinsippet for all organisering og oppgåveutføring</b> Helsetenesta er til for pasientane/brukarane. Pasientane skal møte ei trygg og samanhengande helseteneste. Verksemdene er organisert etter prinsippa som ligg til grunn for pasientens helseteneste.
5	<b>Kompleksitet blir handsama</b> Summen av medarbeidarane sin kunnskap, haldningar og åtferd kjem til uttrykk gjennom verksemda sitt tryggleikssystem og måten dette blir følgt opp på. Behandling av pasientar er komplekse og samansette prosessar, som i tillegg til kompetanse og kunnskap om beste medisinske praksis, inkluderer avansert og ofte skiftande teknologi, medisinar med potensielt farlege biverknader, mange arbeidsoperasjonar, fleire fagdisiplinar med eit aukande



	<p>spesialiseringsnivå. I tillegg har ein spenninga mellom behovet for å prioritere og auka forventingar til tilbod og resultat, mangel på kvalifisert arbeidskraft etc.</p> <p>For å unngå svikt og dårleg kvalitet blir det internasjonalt trekt fram at det er viktig med medarbeidarar som kan jobbe i team, deler kunnskap og informasjon, og der det er tydeleg korleis prosessane er integrert i tenesteytinga.</p>
6	<p><b>Vi handterer utfordringa knytt til antibiotikaresistens</b></p> <p>Antibiotikaresistens er rangert som ein av dei tre største truslane mot menneskeheita. Dersom dagens utvikling med aukande antibiotikaresistens held fram, kan vi om kort tid kome i ein situasjon der infeksjonsrisikoen ved å gjennomføre standardoperasjonar som keisarsnitt, hofteoperasjonar og hjertekirurgi blir for stor. Per i dag dør 700 000 menneske årleg av resistente bakterieinfeksjonar på verdsbasis. Dersom vi ikkje møter denne utfordringa vil dette auke til 10 millionar menneske i 2050<sup>1</sup>. Arbeidet mot antibiotikaresistens må derfor prioriterast svært høgt.</p>
<b>Korleis kome dit?</b>	
1	<p><b>Det kjem ein gevinst ut av møta mellom pasient og helseteneste. Nullvisjon for alvorlige skader er etablert som styrande prinsipp for alt pasientarbeid</b></p> <p>Klargjere og innarbeide at det skal kome ein positiv gevinst ut av møta mellom pasient og helsetenesta, og klargjere og innarbeide at det er moralsk og etisk uakseptabelt at folk dør eller blir hardt skadd i helsetenesta der dette kunne vore unngått. Befolkninga skal få den best tenkelege behandlinga på våre sjukehus. Pasienttryggleik står øvst på dagsorden i styre og leiarmøte på alle nivå. Tiltak, resultat og pasienthistoriar blir aktivt kommunisert til alle nivå. Løfte samfunnsansvaret vårt fram, ved å gjere kompetansen spesialisthelsetenesta har om helse og førebygging tilgjengeleg for andre aktørar i samfunnsplanlegging og utvikling.</p>
2	<p><b>Helsetenesta er prega av ein kultur der tryggleik for alle er eit overordna prinsipp og HMS, pasienttryggleik og kontinuerleg forbetring er ein integrert del av behandling og omsorg</b></p> <p>Utvikle strategiar og tiltak for å få fram kunnskap om vilkåra for ein kultur prega av openheit og vilje og evne til forbetring.</p> <p>Aktiv utøving av leiing og leiarskap av pasienttryggleik.</p> <p>Forbetringsarbeidet innan pasienttryggleik, kvalitetsarbeid, helse, miljø og sikkerheit skal verke saman.</p> <p>Systematisk og planmessig kompetansebygging i forbetringsarbeid og pasienttryggleik (inkludert kommunikasjon). Sjå vedlegg 1 for døme.</p> <p>Integrere pasienttryggleik og forbetringsarbeid i leiarutviklingsprogramma.</p> <p>Individualisert opplæring i kompetanse og prosedyrar.</p> <p>Gå frå styring utifrå uønskte hendingar, Safety I, til styring utifrå ønskte resultat, Safety II. Sjå vedlegg 2 for forklaring.</p>
3	<p><b>Det er ingen uforklarleg variasjon i tilbod og kvalitet</b></p> <p>Gjere data og informasjon om tilbod, kvalitet og risiko lett tilgjengeleg, og formidla på ein forståeleg og motiverande måte, for å sikre transparens og openheit og opplyste og kompetente tilbydarar og brukarar av helsetenesta.</p> <p>Bruke informasjon i aktivt i leiing, styring og forbetring av helsetenesta.</p> <p>Open debatt og dialog om variasjonar i tilgang til, kvalitet av og bruk av helsetenester.</p> <p>Openheit om risiko og effekt av behandling/prosedyrar.</p> <p>Data generert av arbeidsprosessane bør nyttast til styring og til ulike typar kvalitetsregistre/monitorering.</p>

<sup>1</sup> Nordic response to Antimicrobial Resistance. May 2016

	Tidleg innsats og intervensjon vil på dei fleste område gi betre behandlingresultat. Dette krev både at befolkning og hjelpeapparat blir gjort kjent med tilbod og behandling, og at tilboda er godt organiserte når pasientane kjem inn i dei.
4	<p><b>«Pasienten si helseteneste» er det styrande prinsipp for all organisering og oppgåveutføring</b></p> <p>Bidra til at enkeltindivid/pasientar har moglegheit til å styre og meistre eige liv og helse.</p> <p>Standardiserte prosessar med opning for individuelle tilpassingar. Organisere pasientforløpa slik at ein minimerer venting og utsetjingar som ikkje er medisinsk grunngeevne, og organisere for planlagde og samanhengjande pasientforløp både mht. samhandling internt i spesialisthelsetenesta og med kommunehelsetenesta.</p> <p>Dreie fokuset frå “What is the matter” til “What matters to you”.</p> <p>Bygge strukturar for utvida brukar/pårørandemedverknad og samval der medarbeidarane medverkar til pasientane si tilfriskning, og der pasienten er hovudsobjektet for behandling og tilfriskning.</p> <p>Styrke kompetanse i å utvikle system for klinisk kommunikasjon.</p> <p>Etablere tverrfaglege team for pasientar som har behov for det.</p>
5	<p><b>Kompleksitet blir handsama</b></p> <p>Kompleksitet må brytast ned der det er mogleg.</p> <p>Ta i bruk design (inkl. arkitektur) og funksjonalitet som understøtter ein systemorientert tankegang der samspelet mellom menneske, teknologi og organisasjon blir betrakta som avgjerande for tryggleiken i systemet (kalla eit MTO-perspektiv).</p> <p>Innføre IKT-løysingar som forenkla og støttar opp under tryggleikstankegangen i pasientbehandlinga.</p> <p>Etablere «intelligente» og kommuniserande elektroniske system (som gir prosess og avgjerdstøtte).</p> <p>Gjere presise og aktuelle data om effekt av og risiko ved behandling tilgjengeleg. Nye IKT verktøy som gir anbefalingar til korleis prosessar bør endrast (mønsterkjennings).</p> <p>Simuleringstrening</p> <p>Legge til rette for openheit og transparens.</p> <p>Utdanningane må kontinuerlig utviklast for å henge med på faglege, teknologisk og organisatoriske utviklingsretningar. Pasienttryggleik og forbetningskunnskap må inn i utdanningane.</p> <p>Arbeidsprosessar må planleggast med tverrfaglegheit. Dette kan t. d. gjerast ved å legge til rette for systematiske tverrfaglege møteplassar.</p>
6	<p><b>Vi handterer utfordringa knytt til antibiotikaresistens</b></p> <p>Støtte opp om nasjonale mål og handlingsplanar gjennom 100 % etterleving av nasjonale retningslinjer for antibiotikabehandling og etablering av eigne mål og tiltak.</p> <p>Døme på tiltak er:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasjonskampanjar og kompetanseheving (internt og eksternt).</li> <li>2. Forbetre smittevern og hindre spreiding av infeksjonar.</li> <li>3. Redusere unødig bruk av antibiotika.</li> <li>4. Samhandling med eksterne aktørar.</li> <li>5. Ta i bruk nye, raske diagnostiske hjelpemiddel for å redusere unødig bruk av antibiotika.</li> <li>6. Bidra i arbeidet for utvikling og bruk av vaksinar og alternative produkt.</li> </ol>

## 4 ANBEFALINGAR FOR VIDARE UTVIKLING

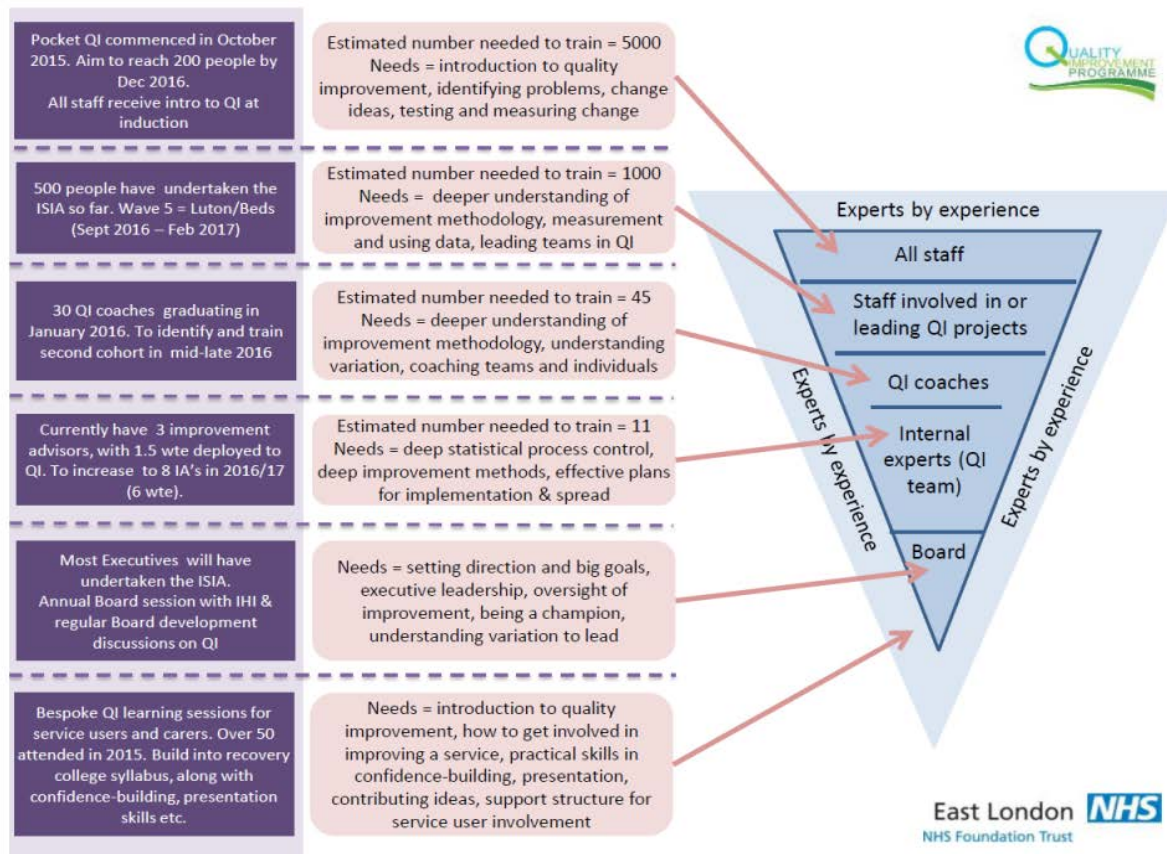
Anbefalingar for vidare utvikling, inkludert innspel til prinsipp for Helse Vest.

Anbefaling	Beskriving
1.	Innføre ein Plussvisjon og Nullvisjon som grunnlag for all pasientbehandling. Befolkninga skal få den best tenkelege behandlinga i våre sjukehus.
2.	Tryggleik for pasientar og medarbeidarar er eit overordna prinsipp, pasienttryggleik og kontinuerleg forbetring er ein integrert del av behandling og omsorg.
3.	Det er ingen uforklarleg variasjon i tilbod eller kvalitet.
4.	«Pasienten si helseteneste» er det berande prinsipp. Omgrepet må spissast meir på innhald.
5.	Kompleksitet må handtarst både gjennom forenkling og gjennom prosesstøttesystem.
6.	Arbeid knytt til antibiotikaresistens må prioriterast høgt.

# VEDLEGG

## Vedlegg 1

Døme på kompetanseplan innan forbetningskunnskap frå East London NHS Foundation trust. Modellen viser ein plan for kva type forbetningskompetanse som er naudsynt på dei ulike nivåa i organisasjonen, ein plan for å oppnå denne kompetanse, og, i kolonna til venstre, kor mange som har gjennomført dei ulike kompetansesestega.



## Vedlegg 2

Om Safety I og Safety II, "From Safety-I to Safety-II: A White Paper". Erik Hollnagel, Robert L Wears, Jeffrey Braithwaite (2015).

	<b>Safety-I</b>	<b>Safety-II</b>
<b>Definisjon av pasienttryggleik</b>	At så få ting som mogleg går gale.	At så mange ting som mogleg går bra.
<b>Prinsipp for leiing av pasienttryggleik</b>	Reaktiv, reagere når noko skjer eller er definert som ein uakseptabel risiko.	Proaktiv, fokus på kontinuerleg å føreseie utvikling og hendingar.
<b>Perspektiv på den menneskelige faktoren i pasienttryggleiksarbeidet</b>	Den rådande oppfatninga av menneska er at dei er ein passiv byrde eller kjelde til risiko.	Menneske blir sett på som ein ressurs som er nødvendig for fleksible og tilpassingsdyktige system.
<b>Undersøking og oppfølging av uønskete hendingar</b>	Uønskete hendingar skuldast feil eller defektar. Formålet med ei undersøking er å identifisere årsaka til hendinga.	Ting skjer vanlegvis på same måte, uavhengig av resultatet. Målet med ei undersøking er å forstå korleis og kvifor ting vanlegvis går bra, som eit grunnlag for å forklare korleis ting av og til går gale.
<b>Risikovurdering</b>	Uønskete hendingar skuldast feil eller defektar. Formålet med ei undersøking er å identifisere årsaka til hendinga og faktorar som bidreg til hendinga.	Forstå under kva omstende variasjonar i tenesteutføring eller resultat kan bli vanskelege å overvake og kontrollere.