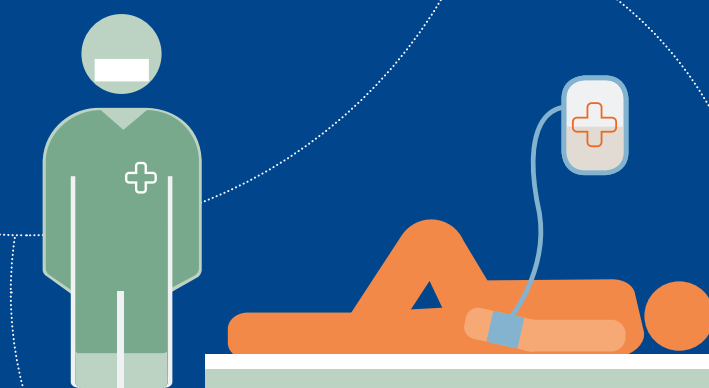
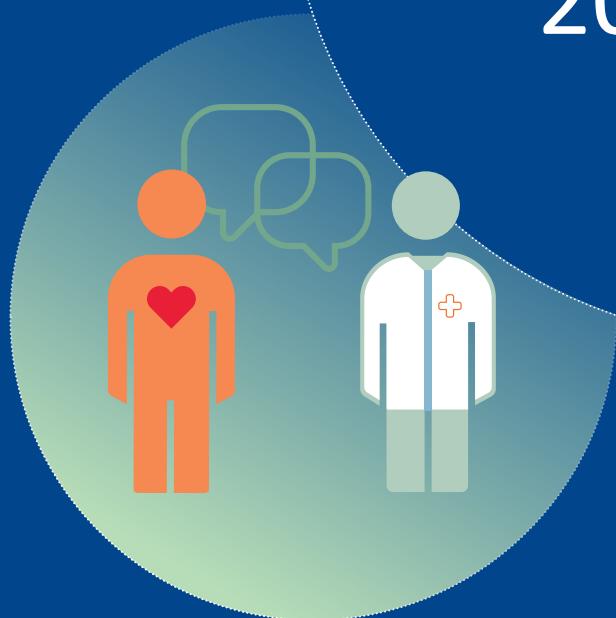




Plan for kvalitet og pasientsikkerhet 2023-2025



Sørlandet sykehus har for første gang laget en egen plan for oppfølging av det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Hele spesialisthelsetjenesten går nå inn i en vanskelig tid, med store utfordringer knyttet til økonomi og bemanning. Desto viktigere er det å holde fast ved betydningen av systematisk faglig utvikling, for å sikre trygge og gode helsetjenester. Denne planen skal bidra til det.

Planen operasjonaliserer foretakets strategiplan, den regionale delstrategien for kvalitet og pasientsikkerhet, og den nasjonale handlingsplanen for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Dette er omfattende strategiske dokumenter, med mange og krevende målsettinger. Det har derfor vært nødvendig å avgrense og konkretisere planarbeidet, for å oppnå følgende:

- Finne frem til tiltak som vil bety en reell forbedring med direkte betydning for pasientene, og som er mulig å gjennomføre

April 2023

Nina Mevold, administrerende direktør

Planen dediseres til avdelingssjef ved Medisinsk avdeling i Kristiansand, Ole Rysstad (1958-2022)

INNHold

Sammendrag

<i>Kapittel 1</i> INNLEDNING	1
<i>Kapittel 2</i> UØNSKEDE HENDELSER – LÆRING OG FORBEDRING	5
<i>Kapittel 3</i> LEGEMIDDELHÅNDBTERING	9
<i>Kapittel 4</i> OVERGANGER	13
<i>Kapittel 5</i> STRUKTUR OG KULTUR FOR FAGLIG UTVIKLING	16
<i>Kapittel 6</i> IMPLEMENTERING OG VIDERE OPPFØLGING	20

Vedlegg - øvrige satsningsområder

Definisjoner

Referanseliste

SAMMENDRAG

Bakgrunn for planen

Strategiplanen for perioden 2021 – 2024 ble vedtatt av styret i mars 2021. Fagavdelingen fikk i juni 2021 ansvar for å utarbeide denne planen for kvalitet og pasientsikkerhet, som ledd i oppfølging av strategiplanen. Planen omfatter også oppfølging av den nasjonale handlingsplanen for kvalitet og pasientsikkerhet og regional delstrategi om kvalitet og pasientsikkerhet.

Innsatsområder

Følgende fire innsatsområder er prioritert i planarbeidet: uønskede hendelser, legemiddelhåndtering, håndtering av overganger og faglig utvikling. Øvrige innsatsområder fra de strategiske dokumentene er beskrevet i vedlegg.

Metode

For å unngå å belaste klinisk personell gjennom en lang planprosess ble det gjennomført fokusgruppesamtaler med ledere og medarbeidere for hver av de fire innsatsområdene. Forslag til tiltak har vært drøftet i faste møtefora som foretaksledelsen, kvalitetsnettverket og Overordnet kvalitetsutvalg. Et mindre planutvalg har hatt ansvar for å sikre fremdrift i planprosessen, samordne forslagene til tiltak og ferdigstille plandokumentet.

Mål

Et hovedmål for planen er at hele virksomheten – alle aktuelle avdelinger, seksjoner og enheter – skal forbedre seg innenfor de fire tematiske innsatsområdene. Planen skal bidra til å synliggjøre arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, med tydeliggjøring av roller, oppgaver og ansvar.

Tiltak

For alle innsatsområdene er det beskrevet mål og tiltak. Det er valgt tiltak som alle eller tilnærmet alle avdelinger skal kunne gjennomføre. Tiltakene skal tilpasses avdelingenes behov, og lederne skal ha autonomi til å utforme tiltakene i samarbeid med sine medarbeidere.

Tiltak innen området **uønskede hendelser** omfatter avdelingsvise tiltak for å styrke meldekulturen og øke kapasiteten for gjennomføring av forbedringsarbeid, samt opplæringstiltak og tiltak for å forsterke meldeplikten og øke bruken av hendelsesanalyser etter alvorlige uønskede hendelser.

Innenfor **legemiddelhåndtering** inngår kompetansehevende tiltak, tiltak for å forbedre prosessene i legemiddelhåndteringen og tiltak innen kommunikasjon og samarbeid.

Forbedringstiltak innen innsatsområdet **overganger** omfatter økt bruk av metoder som bidrar til bedre tverrfaglig og multidisiplinær kommunikasjon, tiltak for å sikre bedre pasientlogistikk (blant annet økt bruk av «hvite ambulanser») og tiltak knyttet til bedre dokumentasjon, samt evaluering av rutiner for overføring av informasjon ved vaktskifter.

For å fremme **faglig utvikling** bør det etableres faste tverrfaglige fora for aktiv refleksjon rundt egen praksis, samt tilsvarende for aktiv refleksjon rundt det psykososiale arbeidsmiljøet. Videre bedre rutiner for hospitering, bruk av avtalefestede utdanningspermisjoner og felles vurdering av aktuelle sertifiseringsordninger. Tiltakene omfatter også gjennomgang av hvordan sikre riktig balanse mellom spesialistkompetanse og generalistkompetanse innen sykepleieprofesjonen.

Implementering og oppfølging

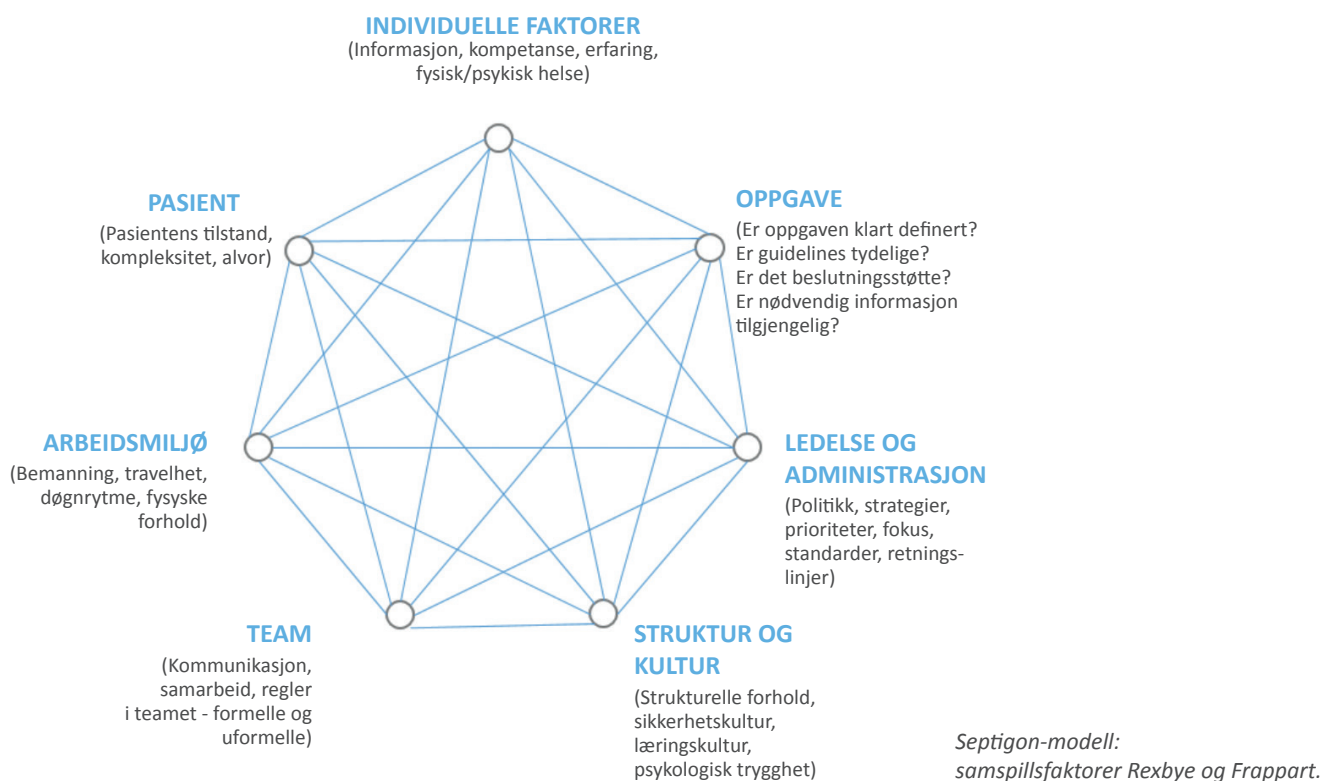
Tiltakene skal innføres i løpet av perioden 2023-2024. Det skal innarbeides rutiner for aktiv etterspørring av resultat fra tiltakene, i eksisterende strukturer for oppfølging.

Kapittel 1 INNLEDNING

«Ut fra et sikkerhedsmæssigt perspektiv er sundhedsvæsenet at betrakte som en højriskindustri. Vi bringer syge mennesker sammen i komplekse systemer, med feilbarlige professionelle mennesker og avansert teknologi, hvor feil kan få fatale følger.»¹

Det er linjeledelsen (enhetsleder, seksjonsleder, avdelingssjef, klinikkdirektør og administrerende direktør) som har ansvar for at helsetjenestene som ytes er gode og sikre. Fagavdelingen og de øvrige stabsavdelingene har ansvar for å understøtte linjeledelsen i dette arbeidet. Det viktigste forbedringsarbeidet skjer i den daglige, virksomhetsnære driften. Ledere på alle nivå har ansvar for å legge til rette for at medarbeiderne, sammen med sine kolleger, har mulighet til å reflektere over egen virksomhet og fortløpende videreutvikle og forbedre tjenesten.

Følgende modell illustrerer faktorer som alle påvirker kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten:



Figuren viser hvordan ulike komponenter inngår i et komplekst samspill, der resultatet påvirkes av kontinuerlig variasjon og endrede betingelser². 15 % av OECD-landenes sykehusutgifter kan tilskrives håndtering og behandling av feil og pasientskader³. Å investere i pasientsikkerhet er derfor god samfunnsøkonomi. Det er økende bevissthet rundt dette, noe som gjenspeiler seg i strategiske føringer på alle nivå i styringen av spesialisthelsetjenesten. Den nasjonale handlingsplanen for kvalitet og pasientsikkerhet har som mål å bidra til å redusere pasientskader og beskriver omfanget av direkte økonomiske konsekvenser for sykehusene slik:

«OECD konkluderer med at kostnadene knyttet til tiltak for å unngå pasientskader er vesentlig lavere enn kostnadene relatert til skader. I Sverige har man funnet at sykehusopphold med skade er mer enn dobbelt så lange som sykehusoppholdene uten skade. (...) Et gjennomsnittlig døgnopphold på somatisk sykehus koster om lag 17 000 kroner. Dette innebærer at sykehusopphold med skade sannsynligvis er forbundet med betydelige ekstrakostnader for norske helseforetak.» (s. 7)

I dette kapitlet beskrives hvilke overordnede strategiske plandokumenter delplanen er forankret i, og hvilke overordnede mål som er definert for planarbeidet. Deretter presenteres de fire tematiske innsatsområdene som er prioritert, samt hvilke øvrige innsatsområder som må følges opp fra strategiplanen, den regionale delstrategien og den nasjonal handlingsplanen. Til slutt redegjøres det for hvordan planprosessen er gjennomført.

1.1 STYRENDE DOKUMENTER

Denne delplanen skal følge opp overordnede strategiske dokumenter for kvalitet og pasientsikkerhet, primært:

SSHF strategiplan 2021-2024

Strategiplan 2021 - 2024 utgjør første del av [Utviklingsplan 2040](#) for Sørlandet sykehus. Strategiplanen består av fire hovedkapitler. Denne delplanen operasjonaliserer kapittel 1 i strategiplanen, om kvalitet i pasientforløpet.

Nasjonale handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Den nasjonale handlingsplanen, [Nasjonale handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring](#), gjelder for perioden 2019-2023. Planen er i stor grad en oppfølging av det tidligere nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. Målene for planen er færre pasientskader, bedre pasientsikkerhetskultur og varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Denne delstrategien ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst i 2020, [Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring](#). Strategien beskriver tiltak innenfor følgende 5 satsingsområder:

- Pasientens helsekompetanse
- Sikkerhetsorientert ledelse
- Kompetanse om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring
- Styrking av regionens innsats innen nasjonale satsinger
- Forbedring av systemer og strukturer for virksomhetsstyring

1.2 OVERORDNET MÅL

Målet for det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er å ha systemer for både proaktiv og reaktiv tilnærming, som til sammen gir tilstrekkelig robusthet til å håndtere høy risiko i virksomheten, stor kompleksitet og høy grad av variasjon og uforutsigbarhet. Plan for kvalitet og pasientsikkerhet skal bidra til dette ved å foreslå innføring av nye tiltak og forsterking av eksisterende tiltak.

Strukturene for det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet bør være like innarbeidet og integrert i virksomhetsstyring og den daglige driften, som for eksempel økonomistyring og HR-arbeid er. Det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet må finne sin faste plass i organisasjonen. Planen skal bidra til å synliggjøre arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, med tydeliggjøring av roller, oppgaver og ansvar.

Et hovedmål for planarbeidet er at hele virksomheten – alle aktuelle avdelinger, seksjoner og enheter – skal forbedre seg innenfor de fire tematiske innsatsområdene: uønskede hendelser, legemiddelhåndtering, overganger og faglig utvikling.

For de øvrige innsatsområdene beskrevet i kap. 1.4 er det allerede omfattende prosesser i gang, med definerte målsettinger.

1.3 TEMATISKE INNSATSOMRÅDER 2023-2024

Følgende tematiske innsatsområder er vedtatt for planarbeidet⁵:

1. Uønskede hendelser – læring og forbedring
2. Legemiddelhåndtering
3. Overganger
4. Faglig utvikling



Innsatsområdene ble valgt fordi de:

- Er relevante for flertallet av medarbeiderne i Sørlandet sykehus
- Er spesifikke og konkrete
- Har vesentlig potensiale for å bidra til økt kvalitet og pasientsikkerhet dersom hele organisasjonen forbedrer seg innenfor disse områdene

For alle innsatsområdene er det beskrevet mål og tiltak. Det er valgt tiltak som alle eller tilnærmet alle avdelinger skal kunne gjennomføre. Tiltakene må tilpasses avdelingenes behov. For større avdelinger bør noen av tiltakene gjennomføres på seksjonsnivå, eventuelt også på enhetsnivå. Tiltakene må utarbeides av den enkelte leder, i samarbeid med medarbeiderne. Det er verken hensiktsmessig eller mulig å utarbeide felles/like tiltak - tilnærming må tilpasses art, størrelse og kompleksitet i det enkelte fagområde.

Innen noen av områdene er det avhengighet av større nasjonale satsinger/forbedringsarbeid. Dette gjelder spesielt for legemiddelhåndtering, der legemiddelsamstemming ikke fullt ut vil kunne gjennomføres som ønsket uten nye nasjonale verktøy på plass. I denne planen er det prioritert å finne frem til de tiltakene som er mulig og viktig å gjennomføre i påvente av slike nasjonale gjennombrudd.

For alle innsatsområdene skal det utarbeides rutiner for aktiv etterspørring av resultat fra tiltakene. Ledere på alle nivå skal etterspørre resultat fra tiltakene, og etterspørringen skal settes i system – i all hovedsak i eksisterende strukturer for oppfølging. Det må jevnlig etterspørres: er det gjennomført, og hvilke refleksjoner har lederne om nytten?

1.4 ØVRIGE INNSATSOMRÅDER

Ved oppstart av planarbeidet var det allerede mange andre pågående prosesser, utredninger og prosjekter som omhandler hvordan SSHF skulle nå ulike mål i den nasjonale handlingsplanen og/eller den regionale delstrategien og foretakets strategiplan kap. 1. Dette er prosesser, utredninger og prosjekter som fullføres som planlagt, uavhengig av denne planen, men som gjennom planarbeidet er beskrevet og vurdert, fordi de handler om det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. For mange av prosessene er det sammenfallende mål i de tre overordnede strategiske dokumentene.

En kort beskrivelse av hvor oppdraget er forankret, hva oppdraget innebærer, samt målsetting, fremdriftsplan og hvem som er ansvarlig for å drive arbeidet fremover fremgår i vedlegg til planen. Oversikten er strukturert etter de 5 satsingsområdene i regional delstrategi:

- **Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring**
 - Kontinuerlig forbedring
 - Pitstop
 - Global Trigger Tool (måling av triggere for pasientskader)
 - Pasientrapporterte data (PROMS- og PREMS)
- **Sikkerhetsorientert ledelse**
 - Pasientsikkerhetskultur
 - *Legemiddelhåndtering (tematisk innsatsområde)*
 - *Faglig utvikling (tematisk innsatsområde)*

- **Nasjonale satsinger**
 - Helsefelleskapet, samhandling
 - Nasjonale faglige råd
 - Digital samhandling og avstandsoppfølging
 - Infeksjoner, smittevern og antibiotikaresistens
 - 30- dagers overlevelse
 - *Overganger (tematisk innsatsområde)*
- **Pasientens helsekompetanse**
 - Pasient- og pårørendeopplæring
 - Samvalg
 - Helsekommunikasjon
 - «Bruk brukeren» - brukerstyring og brukererfaring
- **Virksomhetsstyring**
 - Regional data- og analyseplattform (R-DAP)
 - Risikostyring
 - Rammeverk for virksomhetsstyring
 - *Uønskede hendelser (tematisk innsatsområde)*

1.5 OM PLANPROSESSEN

Planarbeidet har vært organisert som følger:

- Styringsgruppe: foretaksledelsen
- Referansegruppe: kvalitetsnettverket
- Fokusgruppesamtaler som metode
- Et mindre, avgrenset planutvalg



Målet for arbeidet har vært å utarbeide en plan som er konkret, med meningsfulle og gjennomførbare mål, og adekvate tiltak med klar ansvars plassering. Fokusgruppesamtaler ble valgt som metode for å sikre representativitet, samt forankring i det kliniske miljøet, uten å belaste mange medarbeidere eller kliniske ledere med deltagelse gjennom hele prosessen. Fokusgruppesamtalene har omhandlet de tematiske innsatsområdene i kap. 2-5. Det er gjennomført til sammen 15 fokusgruppesamtaler, med følgende tilnærming:

- 5-10 deltagere i hver samtale
- Tverrfaglig og multidisiplinær sammensetning, med både ledere og medarbeidere, på tvers av klinikker
- Minimum 3-4 samtaler pr. innsatsområde
- Semistrukturert samtale av 1,5 times varighet
- Åpne spørsmål for å få dialog rundt
 - Hvor er de største utfordringene?
 - Hva bør gjøres?
 - Hvilke konkrete mål bør vi sette for en forbedring?
- Utsjekk med deltagerne pr. epost i etterkant om utforming av forslag til tiltak

Planutvalgets hovedoppgave har vært å sikre fremdrift, påse koordinering mellom delmålene og utarbeide plandokumentet. Utvalget har hatt følgende sammensetning:

- Else Kristin Reitan (leder), kvalitetssjef, Fagavdelingen
- Ole Rysstad, overlege/avdelingssjef Medisinsk avdeling SSK (2021- mai 2022)
- Jeanne Mette Goderstad, overlege/avdelingssjef Gyn/obst. avdeling SSA
- Grethe Dølbakken, foretakstillitsvalgt NSF
- Mari Helland Frøysnes, rådgiver KOM-programmet
- Per Gunnar Waldal, seniorrådgiver seksjon for kvalitet og pasientsikkerhet, Fagavdelingen
- Vemund Gitlestad, rådgiver seksjon for kvalitet og pasientsikkerhet, Fagavdelingen

Fra og med høsten 2022 har følgende bistått i planutvalget:

- Ole Bjørn Kittang, overlege/medisinsk faglig rådgiver BUA SSK
- Erik Mulder Pettersen, overlege i karkirurgi/medisinsk faglig rådgiver Kirurgisk avdeling SSK

Kapittel 2 UØNSKEDE HENDELSER – LÆRING OG FORBEDRING

Bakgrunn

[Policydokumentet for uønskede hendelser](#) har følgende mål for arbeidet med læring og forbedring etter uønskede hendelser:

«Det er et overordnet mål at det ved alle avdelinger i SSHF skal oppleves som ønsket, trygt og vanlig å melde fra om uønskede hendelser. (...) Målet er at systematisk oppfølging etter uønskede hendelser skal være en del av den vanlige driften og at det skal være åpenhet rundt dette arbeidet.»⁶

I 2022, mer enn 20 år etter at rapporten «*To Err is Human*»⁷ satte tematikken på agendaen for alvor, skulle det ikke vært behov for å løfte frem uønskede hendelser som ett av fire innsatsområder i denne planen. Det skulle for lengst vært innarbeidet i kulturen at det er trygt, ønsket, vanlig og nyttig å melde fra om uønskede hendelser, at det er menneskelig å feile, og at det er systemene rundt medarbeiderne som må forbedres for å forebygge uønskede hendelser og redusere konsekvensene av de som allikevel vil skje. Medarbeidere, ledere, pasienter og pårørende skulle være trygge på at uønskede hendelser meldes, og at det gjøres for pasientenes beste. Slik er det imidlertid ikke. Det er for stor variasjon internt i foretaket i meldefrekvens, og det er varierende forståelse for at meldeplikten gjelder uansett hvor hendelsen har skjedd – også utenfor egen organisasjon – og uansett hvem som først avdekker at det ser ut til å ha skjedd en uønsket hendelse. Det er også potensiale i å jobbe mer systematisk med å bruke data om uønskede hendelser i forbedringsarbeidet. Fokusgruppesamtalene bekrefter at det ennå er mye å jobbe med på dette området i SSHF.

Betydningen av å jobbe med meldekultur og oppfølging av uønskede hendelser underbygges i blant annet [Riksrevisjonens](#) undersøkelse fra 2017 om meldekulturen i helseforetakene:

«Den lokale meldekulturen i enheter og stillingsgrupper avgjør om uønskede hendelser blir meldt og fulgt opp. (...) Utvikling av meldekultur skjer lokalt, innad i hver enkelt avdeling og enhet hvor pasientbehandlingen foregår. (...) måten nærmeste leder prater om hendelser på, og hvordan de blir håndtert, (vil) i stor grad påvirke både antall meldinger og hvilke hendelser som meldes. Det er toppledelsen i helseforetakene sitt ansvar å legge til rette for at nærmeste leder kan inneha en slik rolle.»⁸

[Healthcare Safety Investigation Branch \(HSIB\)](#), er Englands parallell til [Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten \(UKOM\)](#). HSIB utga i 2020 en rapport⁹ om medarbeidernes behov for støtte etter å ha vært involvert i alvorlige uønskede pasienthendelser. Rapporten dokumenterer at medarbeiderne kan påvirkes både følelsesmessig, adferdsmessig, kognitivt og også fysisk, og at dette kan vare over lang tid.

Dette tematiske innsatsområdet vil bidra til å nå målet i strategiplanens kap. 1.2.3 om å: «*Videreutvikle og styrke systemer for oppfølging og læring etter uønskede hendelser på tvers i foretaket.*» I den regionale delstrategien inngår melde- og forbedringssystemer i satsingen for å forbedre systemer og strukturer for virksomhetsstyring, mens den nasjonale handlingsplanen har som overordnet mål å redusere uønskede pasienthendelser.

Etter at SSHF gikk over fra TQM til Kvalitetsportalen for registrering av uønskede hendelser, har antall meldte uønskede pasienthendelser økt fra +/- 1000 pr. år i 2016-2018, til 5500 i 2022. Dette gir vesentlig større mulighet til å fange opp trender og mønstre, og til å jobbe med meldingene på et mer overordnet og systematisk nivå. Samtidig skal den enkelte melding fortsatt saksbehandles – fordelt på samme antall ledere som tidligere. Hva kan og bør gjøres for å understøtte lederne i dette arbeidet?

Til tross for den store økningen i antall meldte pasienthendelser, bekrefter samtalen med medarbeidere og ledere at det fremdeles er mange barrierer for å melde uønskede pasienthendelser. Evans mfl har sammenfattet slike barrierer i artikkelen «Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study»¹⁰:

Table 2 Self-perceived barriers to reporting (percentage who agree with the statement)

Incident	Doctors (%)		Nurses (%)		p value* (doctors v nurses)
	Agree	N	Agree	N	
I never get any feedback on what action is taken	57.7	170	61.8	570	0.371
The incident form takes too long to fill out and I just don't have the time	54.2	168	44.1	571	0.022
The incident was too trivial	51.2	170	41.2	565	0.027
When the ward is busy I forget to make a report	47.3	167	48.1	574	0.930
I don't know whose responsibility it is to make a report	37.9	169	10.8	573	<0.001
When it is a near miss, I don't see any point in reporting it	36.0	172	49.0	569	0.003
The AIMS+ form is too complicated and requires too much detail	31.9	163	35.0	565	0.512
Junior staff are often blamed unfairly for adverse incidents	31.0	171	25.6	571	0.169
Adverse incidents reporting is unlikely to lead to system changes	28.6	171	29.9	568	0.775
I wonder about who else is privy to the information that I disclose	27.1	170	33.8	568	0.112
If I discuss the case with the person involved nothing else needs to be done	24.9	169	11.5	566	<0.001
I don't feel confident the form is kept anonymous	22.6	168	30.0	574	0.065
I am worried about litigation	20.7	169	20.6	574	1.000
It's not my responsibility to report someone else's mistakes	17.2	169	16.4	567	0.814
My co-workers may be unsupportive	13.8	167	20.8	573	0.045
I don't want to get into trouble	10.6	169	18.6	570	0.014
Even if I don't give my details, I'm sure that they'll track me down	8.4	167	17.0	564	0.006
I am worried about disciplinary action	8.3	168	18.1	570	0.002
I don't want the case discussed in meetings	7.2	167	15.5	574	0.005

*Fisher's exact test

Alle samspillsfaktorene i septigon-modellen beskrevet i kap. 1 inngår i arbeidet med dette innsatsområdet.

Fra fokusgruppene

Som det fremgår av innledningen er god ledelse en nøkkelfaktor for å bygge god meldekultur, der uønskede hendelser behandles som kilde til læring og forbedring. Mange av lederne som deltok i fokusgruppesamtalene etterlyser støtte til arbeidet med oppfølging av meldingene. Det oppleves som tidkrevende å behandle et stort antall meldinger, der flertallet ikke er av alvorlig art. Det påpekes at det er for lite tid til å se sammenhenger, mønstre og trender. Meldingene gir viktig innsikt, men det er ikke kapasitet til å jobbe med forbedringene som innsikten gir.

Medarbeidere som har deltatt i hendelsesanalyser erfarer at dette er en god metodikk for å belyse sammensatte alvorlige hendelser som går på tvers av avdelinger og klinikker. Det oppleves som positivt at disse analyse møtene er tverrfaglige. Samtidig gir spesielt bruk av videokonferanse i gjennomføringen noen utfordringer med å skape tillit til at alle rundt bordet (skjermene) deler det samme formålet: å lære og forbedre.

Spesielt sykepleierne savner å diskutere i tverrfaglige team etter at det har skjedd uønskede hendelser. I fokusgruppesamtalene ble også blant annet følgende løftet fram:

Behov for systematisk opplæring, bevisstgjøring og økt lederstøtte hos ledere på alle nivå, slik at lederne blir i stand til å:

- Sikre at medarbeiderne opplever det som nyttig, trygt, vanlig og ønsket å melde
- Konkret vise meldesystemet til nyansatte og ufarliggjøre det fra dag 1
- Etablere en god tilbakemeldingskultur, til melder og resten av fagmiljøet
- Normalisere at uønskede hendelser skjer, i en risikobasert virksomhet med feilbarlige mennesker
- Fokuserer på barrierene som skal redusere risikoen, eller bidra til å håndtere konsekvensene når uønskede hendelser allikevel inntreffer
- Være tilstede der uønskede hendelser fra forrige vakt identifiseres og si: «dette må du melde», så spørre: «Har du meldt en uønsket hendelse tidligere?», hvis nei: «Da gjør vi det sammen – kom!»
- Ta eierskap i en sammenhengende lederlinje
- Etterspørre meldinger
- Gjennomføre faktisk forbedringsarbeid etter gjentatte meldinger

Deltagerne vektla betydningen av å synliggjøre at noe skjer etter melding av en uønsket hendelse, og drøftet ulike måter å gjøre dette på:

- Skape definerte rom for gjennomganger, for eksempel kvartalsvise eller månedsvise møter
- Sette av tid til dette
- Ikke bruke tid på å presentere tall og data for antall meldinger, men på å identifisere og snakke om meldinger som gir innsikt for læring og forbedring, fokusere på disse, bruke meldingene som inngang for undervisning, slik at medarbeiderne ser at det kommer noe praktisk ut av å melde
- Vise hva som er meldt og fortelle hvordan det jobbes med tematikken

Mål

Styrke og beholde god meldekultur for å sikre innsikt i uønskede hendelser, og sikre læring og forbedring etter uønskede hendelser

Tiltak - uønskede hendelser

Avdelingsvise tiltak - avdelingene gjennomfører flest mulig av følgende tiltak:	Ansvar
1. For hvert fagområde definere noen eksempler på hendelser som rutinemessig/ som hovedregel skal meldes. Ut over dette praktisere lav terskel for å melde.	Alle aktuelle avdelinger Stabsavdelinger må bidra med støtte, spesielt til punkt 5
2. Innarbeide rutiner for å konkret vise meldesystemet til nye medarbeidere, og ufarliggjøre det å melde - fra første dag	
3. Etablere rutiner som synliggjør hva som skjer etter melding av en uønsket hendelse	
4. Innføre temabasert undervisning, der uønskede hendelser utgjør inngangen til tema	
5. Øke bruken av forbedringsarbeid for å ta tak i gjentakende hendelser	
6. Gjennomføre teambaserte og tverrfaglige gjennomganger etter alvorlige/potensielt alvorlige uønskede hendelser	
7. Vurdere økt bruk av simulering og øvelser for å forebygge uønskede hendelser, og bruk av simulering for å lære etter alvorlig komplekse uønskede hendelser. Kontakt Enhet for simulering i Fagavdelingen for å drøfte aktuell muligheter.	
8. Gjennomgå alle hendelsesanalyser i interne Morbidity & Mortality-møter (M&M-møter)/tilsvarende arena, fortrinnsvis tverrfaglig	Avdelinger som har deltatt i hendelsesanalyser

Opplæringstiltak - inngår i opplæring av nye ledere, men skal også favne erfarne ledere	Ansvar
9. Systematisk opplæring for ledere på alle nivå, med vekt på lederrollens betydning for meldekulturen	Fagavdelingen, i samarbeid med Organisasjonsavdelingen
10. Systematisk opplæring/veiledning i avviksbehandling på systemnivå, for: <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasjon av trender b. Identifikasjon av gjengangere c. Temabasert saksbehandling, å behandle flere saker under ett d. Dyktiggjøring i rapportuttak – ev. etablere rutiner for lederstøtte til dette 	Fagavdelingen og Kvalitetsnettverket

Forsterking av meldeplikten	Ansvar
11. Tydeliggjøre hvem som har meldeplikten og skape forståelse av hvorfor det skal meldes. Hensikten er å normalisere at det skal meldes når det skjer uønskede pasienthendelser. Dette inkluderer forståelsen av at det skal meldes uavhengig av hvor hendelsen ser ut til å ha skjedd - også utenfor egen avdeling, egen klinikk og et eget foretak.	Fagavdelingen og Kvalitetsnettverket

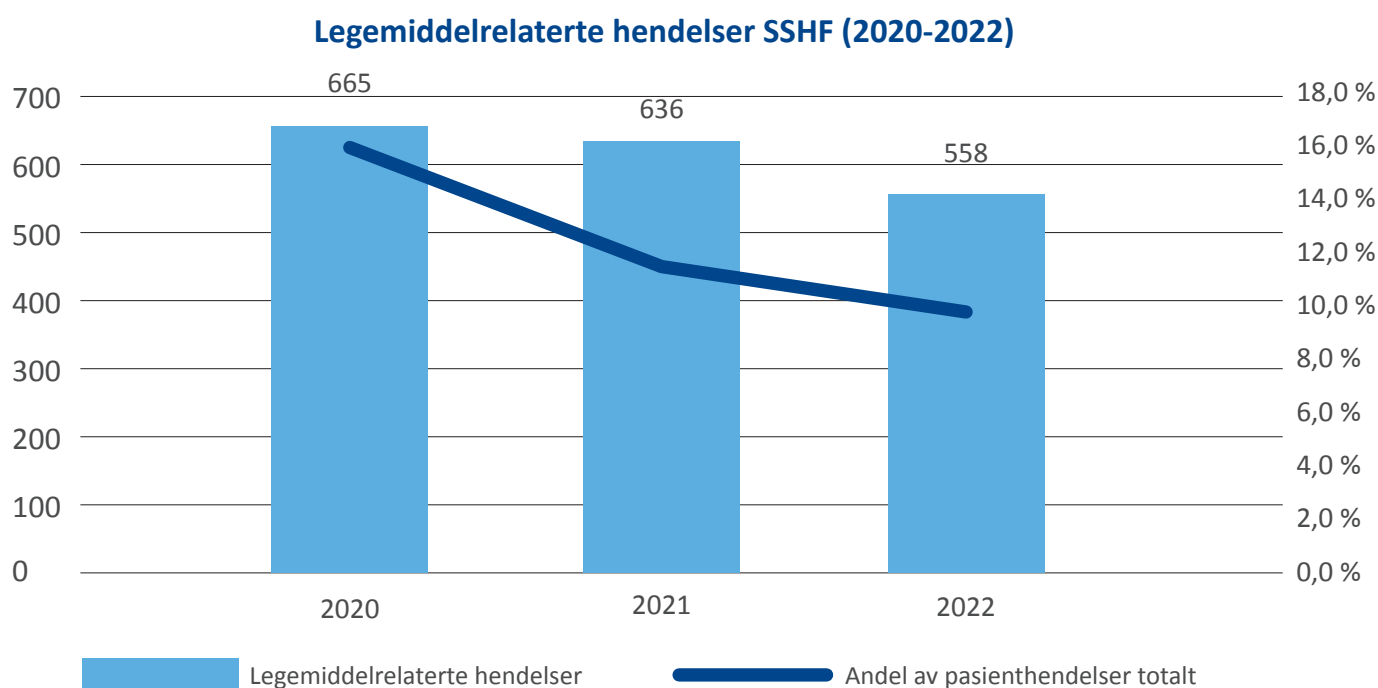
Hendelsesanalyser	Ansvar
12. Øke bruken av hendelsesanalyser etter alvorlige komplekse hendelser som går på tvers av to eller flere avdelinger eller klinikker, og spre metodikken til alle klinikker.	Klinikkene og Fagavdelingen

Kapittel 3 LEGEMIDDELHÅNDBLING

Bakgrunn

Nasjonalt måles kvalitetsindikatoren pasientskader gjennom metoden Global Trigger Tool (GTT),¹¹ med strukturerte journalundersøkelser for identifikasjon av triggere for pasientskader. Den opprinnelige manualen for GTT-metoden er laget av Institute for Healthcare Improvement. Tall fra GTT-undersøkelsen i 2019 (Helsedirektoratet, 2020) viser at legemiddelrelaterte skader oppstod ved 2,1 % av alle innleggelser i sykehus. I tillegg til bivirkninger, interaksjoner eller svikt i oppfølgingen, er legemiddelhåndtering en av hovedårsakene til legemiddelrelaterte skader (Helsedirektoratet, 2022), noe som også underbygges i artikkelen [Severe and fatal medication errors in hospitals: findings from the Norwegian Incident Reporting System](#).

Av det totale antall meldte pasienthendelser har andelen legemiddelrelaterte hendelser ligget på mellom 10-16 % de siste tre årene ved Sørlandet sykehus HF, med synkende trend:



Legemiddelhåndtering defineres som «*enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemidlet er ordinert eller rekvirert til det er utdelt eller eventuelt kassert*» (Legemiddelhåndteringsforskriften, 2008, §3). Dette er ofte en sammensatt prosess med flere deloppgaver, som sammen og hver for seg utgjør en risiko for feil eller svikt. I en sykehusorganisasjon er det derfor nødvendig med god kompetanse innen legemiddelhåndtering. Det er et lederansvar å sørge for denne kompetansen blant sine ansatte, gjennom god opplæring.

Legemiddelsamstemming innebærer at man i samarbeid med pasienten skal lage en nøyaktig og fullstendig liste over legemidlene pasienten faktisk bruker (Helsedirektoratet, 2022). Dette er en tidkrevende og kompleks oppgave, og Helse Sør Øst skriver i sin [regionale delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring](#) at det skal være et mål å «*innføre standardiserte arbeidsprosesser for legemiddelsamstemming*». Sørlandet sykehus HF har i sine styrende dokumenter tydeliggjort dette i prosedyren [Legemiddelsamstemming SSHF](#). Parallelt med dette pågår et strategisk prosjekt i Bergen, i regi av Direktoratet for e-helse, kalt [Program pasientens legemiddelliste](#).

Hovedmålet er at helsepersonell skal få tilgang til én felles legemiddelliste og på den måten raskt får oversikt over hvilke legemidler pasienten bruker. Prosjektet skal samle erfaringer og læring før pasientens legemiddelliste innføres stegvis i flere geografiske områder. I påvente av dette nasjonale prosjektet er det viktig å identifisere eventuelt andre lokale, mindre tiltak som kan understøtte arbeidet med legemiddelsamstemming. Er det noe som kan bidra til å forenkle denne vanskelige og viktige oppgaven? Kan legene på noen måter få støtte eller avlastning for deler av oppgaven?

Med legemiddelhåndtering som satsningsområde vil delplanen understøtte SSHFs mål om gode pasientforløp og god sikkerhetskultur, som er et av strategiplanens målområder i kapittel 3.1 Kvalitet i pasientforløp. I arbeidet med legemiddelhåndtering er komponentene i septigonmodellen i kap. 1 viktig hver for seg, men kanskje aller mest i et samspill med hverandre.

Fra fokusgruppene

Når, hvor og hvorfor oppstår feil og uønskede hendelser i forbindelse med legemiddelhåndtering? Hva utgjør den største faren? Hva må til for å sikre god legemiddelhåndtering og unngå legemiddelfeil? Og er det noe vi som organisasjon kan gjøre bedre eller annerledes for å øke sikkerheten rundt legemiddelhåndtering? Dette var spørsmålene som var utgangspunktet for dialogen i de tverrfaglige og multidisiplinære fokusgruppesamtalene om dette temaet.

Etter samtaler i fire ulike fokusgrupper er det enighet om at det er stort potensiale for forbedring knyttet til legemiddelhåndtering. Tidspress, stressende arbeidshverdag og lite ressurser ble ofte nevnt som de største risikofaktorene. I tillegg ble følgende områder omtalt:

Arbeidsprosesser og -oppgaver:

- Legemiddelsamstemming er en (tid-)krevende oppgave, hvor mye av tiden brukes til å innhente riktige opplysninger fra ulike kilder. Dette gjelder både ved innleggelse av nye pasienter og pasienter som overføres internt i SSHF.
- Stor fare for misforståelser og dårlig kommunikasjon ved overføringer. Avdelinger som mottar pasient antar at legemiddelsamstemming er gjort fra før, mens den som sender fra seg pasienten antar at det blir gjort der pasienten kommer.
- Bruk av kjente kommunikasjonsverktøy som for eksempel ISBAR vil bidra til forenklet, effektivt, strukturert og forventet kommunikasjon mellom helsepersonell på dette området.

Dobbeltkontroll:

Ved legemidler og situasjoner der konsekvenser av feil er størst skal det utføres dobbeltkontroll. Det påpekes

- Ulik praksis i organisasjonen. Enkelte steder gjøres dobbeltkontroll muntlig, men man glemmer signering etterpå, og andre steder utføres ikke dobbeltkontroll i det hele tatt.
- Ofte er det ikke folk til stede for å foreta dobbeltkontroll. Man bruker lang tid på å få tak i folk og det kan i flere tilfeller komme personell som ikke kjenner pasienten.

Avbrytelser:

- Ved legemiddelsamstemming i akuttmottaket er det spesielt mye avbrytelser
- Også ved sengepostene nevnes det flere eksempler på potensielle situasjoner for avbrytelser: på medisinrommet, ved dobbeltsignering, ved utdeling av legemidler, når man observerer om pasienten tar medisinen inne på rommet mm.
- Det er vanskelig å unngå avbrytelser, men skjerming og/eller synliggjøre at man ikke skal avbrytes bør være en mulig start for å redusere risikoen

Legevisitter:

- Gjennomføres ofte for sent på dagen
- Sen visittgang gir økt tidsrom for mulige feil, da det potensielt er mange legemidler som skal gis til pasienter
- En erfaren sykepleier vil ofte håndtere sene visittganger på en god måte, mens en uerfaren/vikar ikke vil vite hva som skal gjøres og ikke gjøres
- Utfordring at lege ikke kjenner pasienten
- God kjennskap til pasienten ved visittgang er en viktig faktor for god kvalitet og pasientsikkerhet

Kunnskap og opplæring:

- God opplæring ved nyansettelse og innføring av nye arbeidsoppgaver/ny teknologi er avgjørende
- Engangsopplæring er ikke tilstrekkelig for god og sikker kompetanse. Kunnskap og kompetanse kommer gjennom kontinuerlig opplæring, veiledning, bruk og erfaring.

Mål

Pasienter skal ha riktig medikament, riktig dose, til rett tid og med riktig administrasjonsmåte

Tiltak - legemiddelhåndtering

Riktig og god bruk av kompetanse, nødvendig opplæring og kontinuitet blant medarbeiderne	Ansvar
1. Nye medarbeidere, vikarer og medarbeidere uten erfaring på aktuelt område <ul style="list-style-type: none"> - Skjermes for kompliserte oppgaver rundt legemiddelhåndtering i oppstartsfasen - Nye medarbeidere skjermes for mye flytting mellom fagområdene i oppstartsfasen 	Avdelingene
2. Simulering av legemiddelhåndtering	Fagavdelingen
3. Bruke legemiddelrelaterte hendelser til læring og forbedring	Avdelingene
4. Utrede farmasøytens rolle (på sengepost og i akuttmottak)	Fagavdelingen og Org. avdelingen

Pålagte oppgaver, rutiner og prosedyrer relatert til legemiddelhåndtering	Ansvar
5. Minimere avbrytelser ved legemiddelhåndtering ved å skjerme og synliggjøre at man er opptatt ¹² (ro på medisinerrommet, ikke ta klokker samtidig, «Ikke forstyrret»-caps kan være aktuelle virkemidler)	Avdelingene
6. Sikre at det utføres dobbeltkontroll ved legemidler og situasjoner der konsekvenser av feil er stor	Avdelingene
7. Sikre god implementering av intern prosedyre for legemiddelsamstemming. Utrede mulighetene for å forenkle arbeidet med legemiddelsamstemming, inklusive oppgaveglidning.	Avdelingene Fagavdelingen, i samarbeid med farmasøytene
8. Førstedagsvisitt: Sjekke om legemiddelsamstemming er gjort, sjekke/etterlyse PLO Tilstrebe visittgang tidlig på dagen	Avdelingene

Kommunikasjon og samarbeid relatert til legemiddelhåndtering, samt støtteverktøy	Ansvar
9. Innarbeide tydelig ansvarsfordeling og roller i aktuelle retningslinjer, inkl. å avklare hvem som har ansvar for dokumentering etter felles bed-side tilsyn	Fagavdelingen
10. Utrede mulighetene for å sikre gode rapporter og overføringer (muntlig, skriftlig eller kombinasjon, se også kap. 4)	Fagavdelingen og Org. avdelingen
11. Øke graden av innebygde sikkerhetssystemer med varsling av mulige interaksjoner, anormale doseforordninger mm, inkl. stille krav til utvikling i MetaVision av slike funksjoner	Avdeling for teknologi og innovasjon

Kapittel 4 OVERGANGER

«Utviklingen innen medisin med flere utrednings- og behandlingsmuligheter og krav til spesialisering medvirker også til at organiseringen i våre sykehus blir spesialisert. Denne utviklingen med spesialiserte avdelinger fører til at pasienter, spesielt med uavklart årsak til symptomer, ofte må forholde seg til flere avdelinger og mange ulike helsepersonell. Dette kan føre til utrygghet og gi dårlig opplevelse for pasienten og pårørende.

Spesialiseringen, som for mange pasientgrupper er nødvendig og gunstig, har en iboende pasientsikkerhetsrisiko. Når sykehusleger i ulike spesialiserte avdelinger har oppmerksomhet på hvert sitt felt, kan det være utfordrende å ivareta et helhetlig perspektiv. Dette forsterkes av spissing av kompetanse innen spesialitetene og variasjon i hvordan hver avdeling og hvert sykehus er organisert, administrert og ledet. Mange involverte helsepersonell medfører flere overganger, hyppigere informasjonsoverføring og kan påvirke opplevelsen av ansvar innen organisasjonen. Dette gir utfordringer for pasientsikkerheten. Vår undersøkelse viser at den økte spesialiseringen krever kompenserende tiltak på systemnivå.»¹⁴

[UKOM, Spesialiseringens pris – samhandling ved uavklarte tilstander. Publisert 16.06.2022](#)

Bakgrunn

Valget av dette innsatsområdet er motivert av et forbedringsarbeid ved Oslo universitetssykehus, Ullevål, der spesielt risiko knyttet til overganger for intensivpasienter ble gjennomgått. Tilsvarende risikomomenter er i stor grad til stede også ved andre overganger, der enten pasienten blir flyttet underveis i et forløp, eller der informasjon om pasienten skal overføres. Som rapporten fra UKOM viser: en høyt utviklet og spesialisert helsetjeneste har også en pris, – i form av mange overganger.

Å redusere risiko ved å iverksette forbedringstiltak knyttet til overganger er et viktig bidrag i arbeidet med bedret kvalitet og pasientsikkerhet i SSHF. Strategiplan 2021 – 2024 (mål 1.2) beskriver også dette slik: «I strategiperioden 2021-2024 skal SSHF skape effektive og gode pasientforløp av høy kvalitet gjennom kontinuerlig forbedring og god sikkerhetskultur.»

Behovet for felles bed-side tilsyn og direkte kommunikasjon lege til lege er en gjenganger når det gjennomføres hendelsesanalyser etter alvorlige uønskede hendelser som går på tvers av to eller flere avdelinger eller klinikker. Bruk av ad hoc multidisiplinære møter, der leger fra ulike fagområder samles fysisk for drøfting av uavklart pasient, kan bidra til en nødvendig «restart» av forløpet, der pasienten raskere kommer til riktig avdeling/ seksjon.

Høringsutkastet ble presentert for Ungdomsrådet i høringsrunden. Ungdomsrådet pekte på at også overgangen fra barne- og ungdomsmedisinsk avdeling til voksenavdeling er risikofylt. Tiltak 1 og 2 må ta opp i seg også denne viktige overgangen.

Fra fokusgruppene

Deltakerne reflekterte over hva som etter deres oppfatning og erfaring ofte går galt ved overganger, hvorfor det går galt og hva som vil kunne redusere risikoen. Avhengig av profesjon, funksjon og organisatorisk plassering fremkom det en rekke problemstillinger knyttet til overganger.

Følgende overganger ble fremhevet:

- Pasienter som flyttes
 - fra akuttmottak til sengepost/intensiv
 - fra postoperativ enhet til sengepost
 - fra intensiv til sengepost
- Pasienter som skal til og fra radiologiske undersøkelser
- Pasienter som transporteres med ambulanse (mellom sykehus og hjem/kommunehelsetjeneste)
- Pasienter som overføres mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten
- Vaktskifter i sykehuset generelt
- Kommunikasjon mellom fagspesialister

I et behandlingsforløp er kommunikasjon mellom ulike fagfelt ofte avgjørende. En stadig større grad av spesialisering, parallelt med at pasientene blir eldre og ofte må behandles for flere og uavklarte tilstander, har aktualisert dette. God kommunikasjon mellom fagspesialister er derfor svært viktig for at riktige beslutninger fattes. Det må imidlertid presiseres at ulike kommunikasjonsmetoder må benyttes situasjonsavhengig.

Det er en gjentakende utfordring at pasienter må vente før forflytning fra ett sted til et annet. Dette kan resultere i en «oppnopning» av pasienter. Det kan være pasienter som venter på transport ut fra sykehuset, eller internt, f.eks. når postoperativ skal tømmes etter endt dag og pasientene overføres til sengepost. En slik «oppnopning» av pasienter bidrar til økt risiko for informasjonssvikt og mangelfull oppfølging.

Pasienter som blir liggende på sengepost eller andre enheter i påvente av ambulansetransport mellom sykehus og hjem/kommunehelsetjeneste trenger i mange tilfeller ikke fullverdige akuttambulanser. Bruk av «hvite ambulanser» (eller tilsvarende) er kostnadsbesparende og avlastet den ordinære ambulanseberedskapen og -kapasiteten. Det er iverksatt lignende tiltak med svært positivt resultat ved en rekke helseforetak i Norge. En tilleggs effekt av mer effektiv uttransportering er redusert matsvinn og redusert ressursbruk på renhold, da det bestilles ekstra mat og gjentakende rengjøring fordi pasienter forblir liggende på sengepost.

Sykepleiere opplever at det er mye informasjon og mange journalldokumenter å forholde seg til når pasienter mottas på sengepost eller ved vaktskifter. Et eget notat (kartleggingsnotat), som et levende dokument som inneholder all aktuell og relevant informasjon blir fremhevet som et stort ønske. Et slikt dokument vil redusere risiko for informasjonssvikt og mangelfull oppfølging av pasienten.

Sykepleiere som flyttes mellom ulike poster opplever i mange tilfeller at de mangler adekvat kompetanse innen det aktuelle fagfeltet. Stadig bytte av post gjør at de heller ikke kjenner tilhørighet, trygghet og kan utvikle relasjoner til sine arbeidskolleger. Manglende kjennskap til rutiner og opparbeidelse av realkompetanse blir også fremhevet som et problem. Begrenset intensivkapasitet medfører i noen tilfeller at pasienter tilbakeføres til sengepost raskere enn ønskelig. Det medfører at det kreves ekstra krav til kompetanse på sengepost for å ivareta disse pasientene. Dette omhandles i kapittel 5: struktur og kultur for faglig utvikling.

Personell som kommer på vakt har kort tid til «stille rapport», der man skal skaffe seg informasjon om de pasienter man har ansvar for på sin vakt. I tillegg til omfanget av dokumenter som må gjennomgås, er det svært kort tid/ingen tid til muntlig kommunikasjon mellom avtroppende og påtroppende vakter. Dette øker risikoen for mangelfull oppdatering om pasienter som krever spesiell oppfølging. At påtroppende personell ofte må bistå med hjelp til pasienter i overlapp-perioden øker risikoen ytterligere for mangelfull oppdatering om pasientenes status.

Mål

Bedre pasientsikkerheten ved å redusere risiko for mangelfull kommunikasjon, informasjon og dokumentasjon i forbindelse med overganger

Tiltak - overganger

Tverrfaglig og multidisiplinær kommunikasjon	Ansvar
<p>1. Hver avdeling/seksjon skal øke bruken av en eller flere av metodene for bedre kommunikasjon. Den enkelte avdeling /seksjon må drøfte og vurdere hvordan dette kan gjennomføres på beste måte. Metoder som kan fremme en mer effektiv og bedre kommunikasjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Felles bed-side tilsyn - Tverrfaglig previsit/visitt - Implementere ISBAR og Closed Loop, eller tilsvarende kommunikasjonsverktøy, der dette ikke er i bruk - Adhoc MDT-møter (multidisiplinære team-møter) - Gode rutiner for ansvarsavklaring <p>Fagavdelingen gjennomgår retningslinjen for ad hoc møter for multidisiplinær utredning, for identifisering av mulige endringer som kan understøtte avdelingene ved behov for kommunikasjon på tvers, inklusive opplæring/informasjon til nye leger om betydningen av kommunikasjon på tvers av avdelingene.</p>	<p>Alle aktuelle avdelinger med støtte fra stabsavdelinger</p> <p>Fagavdelingen, i samarbeid med Helse IKT</p>

Informasjon og kommunikasjon med pasienter og pårørende	Ansvar
<p>2. Avdelingene vurderer økt bruk av metodikken "Teach Back" for å sikre at informasjon blir forstått</p>	<p>Alle aktuelle avdelinger med støtte fra stabsavdelinger</p>

Pasientlogistikk (unngå venting/«oppnopning» av pasienter)	Ansvar
<p>3. Utrede optimal bruk av «Hvite ambulanser» eller tilsvarende alternative løsninger for oppdrag der akuttambulanse ikke er påkrevd</p>	<p>PTSS. Medisinsk serviceklinikk involveres.</p>
<p>4. Utrede mulighetene for mer koordinerte bestillingsrutiner ved behov for transport, samt behovet for opplæring og informasjon</p>	<p>PTSS</p>
<p>5. Revurdere retningslinjer for intensivtransport</p>	<p>Fagavdelingen initierer utredning</p>
<p>6. Optimalisere interne verktøy/bruk av teknologi for å bedre logistikken internt i sykehuset</p>	<p>Avdeling for teknologi og innovasjon</p>

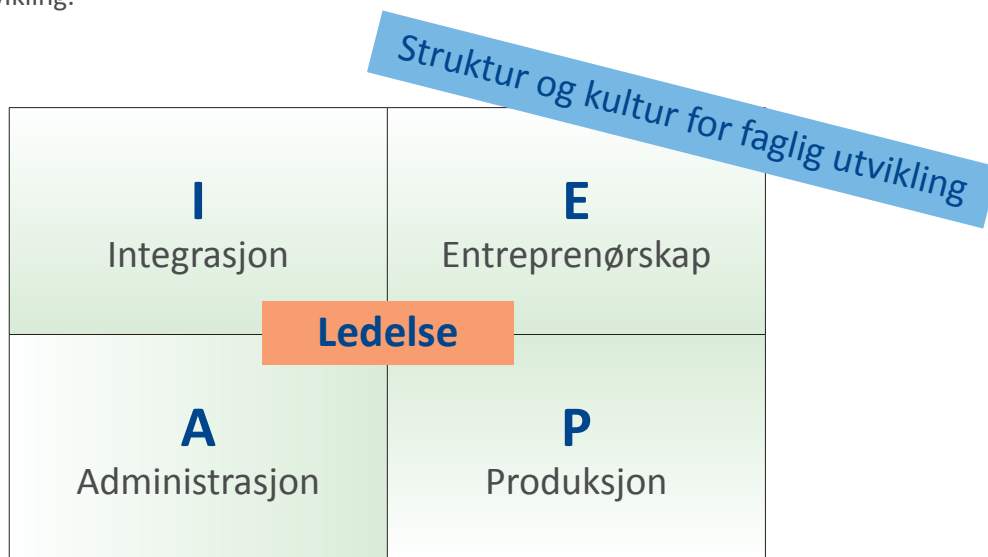
Gjøre skriftlig dokumentasjon tilgjengelig på en enklere måte for personell som overtar pasienten etter overflytting, samt ved vaktskifter	Ansvar
<p>7. Redusere antall dokumenter som må gjennomgås etter en overføring. Prosjektet Optimal KDS har hatt som formål å redusere utfordringer som er beskrevet rundt disse problemstillingene. Prosjektet følges opp, det er fortsatt potensiale for forbedringer her, knyttet til overføringer.</p>	<p>Avdeling for teknologi og innovasjon</p>
<p>8. Det må være tilstrekkelig tilgang på PC'er/aktuelle kilder, slik at personell har tilgang til nødvendige informasjon</p>	<p>Avdeling for teknologi og innovasjon</p>
<p>9. Opplæring i presis dokumentasjon</p>	<p>Fagavdelingen, i samarbeid med teknologi og innovasjon</p>

Informasjon og kommunikasjon om pasienten ved vaktskifter	Ansvar
<p>10. Evaluere rutinene for overlapp ved vaktskifter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ivaretar «Stille rapport» kravene til god informasjonsflyt? - Er det tilstrekkelig avsatt tid til overlapp? - Alternativ metodikk for informasjonsoverføring bør drøftes, ref. også tiltak 6-8 	<p>Org. avdelingen, i samarbeid med Fagavdelingen, gjennomfører evaluering innen utgangen av strategiplanperioden</p>

Kapittel 5 STRUKTUR OG KULTUR FOR FAGLIG UTVIKLING

Bakgrunn

Ledere på alle nivå - i alle organisasjoner - har ansvar for å påse at virksomheten utvikler seg faglig. Dette er en like avgjørende og viktig lederoppgave som ansvaret for å ivareta den daglige driften (P), forholde seg til rammer og administrative regelverk (A) og ivareta medarbeiderne (I). I ledelsesmodellen nedenfor kalles dette «entreprenørskap» (E), mens vi i denne planen omtaler det som ansvaret for å utvikle struktur og kultur for faglig utvikling. Hvordan kan og bør ledere i SSHF understøtte en kultur som legger til rette for kontinuerlig faglig utvikling, slik at pasientene på Agder får så gode helsetjenester som mulig? Hva må til for at ledere og medarbeidere kan få til dette, i en travel klinisk hverdag? Blir dette ivaretatt i tilstrekkelig grad i dagens organisasjon eller bør det gjøres noen grep? Det var dette som var ønskelig å sette på agendaen i innsatsområde nr. 4, for å få dialog og oppmerksomhet rundt tematikken, og identifisere ev. behov for strukturelle tiltak og tiltak som kan styrke kulturen for kontinuerlig faglig utvikling.



PAIE-modellen, T. Strand 2007

Faglig utvikling forutsetter læring og et miljø som anerkjenner og bygger opp under læring. Et lærende system karakteriseres ved sin evne til kontinuerlig å reflektere over egen aktivitet og gjenkjenne styrker og svakheter – både her og nå, og retrospektivt¹⁵. Har vi tilstrekkelig rom og tid for dette i dagens SSHF?

Å påse faglig utvikling inngår i arbeidet med individuelle faktorer hos medarbeideren (kompetanse), teamkompetanse, ledelse og administrasjon og struktur og kultur i samspillsmodellen beskrevet i kap. 1.

Tiltakene i dette kapittelet vil bidra til å følge opp målet i kap. 1.2 i strategiplanen, om å skape effektive og gode pasientforløp av høy kvalitet gjennom kontinuerlig forbedring og god sikkerhetskultur. Tiltakene vil også bidra til å nå målene for kap. 2.2 i strategiplanen om å utdanne, rekruttere, utvikle og beholde kompetente medarbeidere. Det er laget en egen delplan for kap. 2.2, der tiltakene om hospitering og bruk av utdanningspermisjoner til dels er sammenfallende med tiltakene i dette kapitlet. Det henvises også til arbeidsmiljøutredning som inngår i utredning om spesialiserte sentra, med oppstart primo 2023, der temaet faglig utvikling også vil inngå.

Læring og forbedring gjennom aktiv refleksjon forutsetter psykologisk trygghet i teamet og organisasjonen; «When people don't speak up, the organization's ability to innovate and grow is threatened. Psychological safety describes a climate where people feel safe enough to take interpersonal risk by speaking up and sharing concerns, questions, or ideas»¹⁶. Effekt av tiltakene i dette kapitlet forutsetter at medarbeiderne opplever at det er trygt, ønsket og etterspurt å bidra, også med kritiske refleksjoner i arbeidet frem mot et felles mål: best mulig helsetjenester.

Fra fokusgruppene

Fokusgruppesamtalene om dette innsatsområdet kan kort oppsummeres slik: ta tida tilbake! Det er gjennomgående enighet om at verken ledere eller medarbeidere i dag har tid til å ivareta det som alle har som «jobb nr. 2»: å gjøre jobben sin bedre.

Sykepleierne som deltok i samtalene var spesielt opptatt av følgende to forhold:

- *Utviklingen der sykepleierne er «generalister» har gått for langt:* det pekes på at legene spesialisere seg mer og mer, mens sykepleierne forventes å bli mer og mer «generalister» som skal kunne jobbe «overalt», på sengepost og på poliklinikk samtidig, og med flest mulig fagområder. Bemanningsenheter/vikarpooler/aktivitetsstyrt bemanning er alle tiltak som forutsetter at sykepleierne skal være generalister og kunne håndtere mange ulike pasientgrupper og et stort antall prosedyrer, på bekostning av å kunne bli gode og trygge innen et avgrenset fagområde. Det ble sagt: «*Ingen liker følelsen av å ikke beherske faget sitt, eller ikke føle tilhørighet*», og at det kan ende opp med medarbeidere som «*kan litt av alt, men som mister stoltheten som ligger i fagligheten*».
- *Mulighetene for faglig utvikling går i negativ retning:* det ble spesielt trukket fram at etter siste nedbemanning i pleietjenesten har ingen avdelinger mulighet til å avvikle mer enn to fagdager pr. år. Inkludert i disse to fagdage skal både obligatorisk HLR og et personalmøte inngå. Det betyr at det i praksis kun gjenstår 1 fagdag til reelt påfyll/læring i fellesskap. Det ble også fokusert på at det for mange ledere er vanskelig eller umulig å legge til rette for hospitering eller annen planlagt kompetanseheving som innebærer fravær fra turnus.

Legene trakk spesielt fram:

- *Betydningen av faglighet:* Faget er den bakenforliggende faktor som skaper engasjement og mening for den enkelte medarbeider. Medarbeidere som utvikler seg faglig får overskudd til å strekke seg og gi mer i en travel klinisk hverdag. For sterkt fokus på korte forløp med raskest mulig avklaring og utskrivning skaper press, der medarbeiderne kan få følelsen av å være «*utkvittere*», ikke spesialister som jobber med folk som er – ofte – både gamle og skrøpelige. Pasientbehandling vil alltid tvinge seg fram som førsteprioritet, men å ha tid til å aktivt reflektere over egen praksis, sammen med sine kolleger, er en forutsetning for trygg og god utredning og behandling. Slik det er i dag opplever medarbeiderne at driften får så mye fokus og krever så mye oppmerksomhet at det er vanskelig å heve blikket og frigjøre tid og overskudd til nødvendig faglig oppdatering.
- *Hospitering, kompetanseheving, sertifisering;* medarbeiderne savner ledere som aktivt higer etter kompetanseheving og utvikling i sitt ansvarsområde, og «*booster*» dette inn: «*du skal dra til xxxx, og lære deg xxxx!*» Ledere som legger til rette for at ildsjelene blant medarbeiderne blir sett og anerkjent og ikke blir henvist til å kun bruke fritiden sin til faglig oppdatering. Overlegepermisjoner kan brukes mer aktivt, for eksempel til sertifisering. Spesielt leger ved SSF ønsker systematisk hospitering ved SSK – noe som i dag ikke er mulig å få gjennomført i praksis. Kan det være aktuelt å kombinere stillinger i to klinikker i perioder? Eller at overlegepermisjoner ved SSF benyttes til hospitering ved SSK eller SSA? Men også hospitering utenfor SSHF: «*folk må ut og reise og se. Få inspirasjon. Se andre og nye løsninger*».

Alle profesjoner etterlyste:

- Tverrfaglige fora for faglig utvikling og læring; for eksempel etablere felles kvalitetsforum eller felles M&M-møter for de som faktisk jobber i det enkelte fagmiljø, på tvers av profesjoner, med møter i mindre team.
- Tverrfaglige fora for undervisning; for å bli bedre kjent på tvers av profesjoner, men også for å sikre lik opplæring

Deltagerne pekte på blant annet følgende som kan bidra til å styrke kulturen for faglig utvikling:

- Ledere som forstår at det må investeres for å skape utvikling
- Ledere som etterspør
- Ledere som er modige - fra toppledelsen og ned
- Det er faget som gir helsemedarbeideren den «passion» og engasjement som fører til utvikling
- Dyrking av faglig motivasjon: gleden og kraften ligger i fagligheten
- Vise at vi har ambisjoner og vil noe: være blant de 25 % beste i alt!
- Fokus på det vi vil ha mer av
- Gi rom for entusiaster – og ansette ledere som skjønner dette
- Dyrke fram folk som vil noe, som har ideer, og understøtte disse

Av strukturelle grep kom blant annet følgende forslag fram:

- Flere strukturer og mer tid for aktiv refleksjon rundt egen praksis
- Rutiner for å etterspørre faglig utvikling
- Hospitering som lar seg gjennomføre
- Reelle muligheter for videreutdanning
- Revidering av systemet for godtgjøring av kompetanseheving, og også omfatte kompetanseheving utenfor gradssystemet
- Det bør lages strukturer for tverrfaglighet i den faglige utviklingen, for eksempel felles undervisning, felles kvalitetsfora, felles fagdager, å jobbe i team med pasientsikkerhetsspørsmål
- Tid i turnusen til faglig fordypning
- Gi nærmeste leder styringsrett til å arrangere fagdager etter behov
- Dyktiggjøre nyutdannede sykepleiere i akuttisykepleie
- Sykepleiere som får lov til å bli gode i faget sitt, - alle kan ikke være generalister
- Begrensning av andelen kombinasjonsstillinger i en avdeling/seksjon
- Det bør satses på sertifiseringsordninger for leger

Mål

Målet for dette innsatsområdet er å styrke SSHF som lærende organisasjon, for å bidra til faglig utvikling og derved bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Tiltakene skal bidra til å sette arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet i system, og forsterke kulturen for faglig utvikling i avdelingen.

Tiltak - faglig utvikling

Avdelingsvise tiltak, med mål om at alle aktuelle avdelinger skal ha	Ansvar
<p>1. Rutiner for aktiv refleksjon rundt egen praksis, fortrinnsvis tverrfaglig, som kan bidra til å innarbeide en god kultur for slik refleksjon.</p> <p>Med rutiner menes her å etablere tid, rom, innhold og formål rundt aktiviteter som sørger for at medarbeiderne sammen får mulighet til å aktivt reflektere rundt egen praksis. Dette er aktiviteter som må planlegges, gjennomføres, følges opp og korrigeres, og som må drives over tid for å innarbeide det som en ønsket kultur, med trygge rammer og en fremmede kommunikasjonsform. Eksempler på slike fora kan være M & M-møter, kasusmøter og komplikasjonsmøter, med tverrfaglig deltagelse - der formålet er å tenke og reflektere rundt kvalitet.</p>	<p>Alle aktuelle avdelinger</p> <p>Organisasjonsavdelingen og Fagavdelingen samarbeider om å understøtte linjeledelsen i implementering av disse tiltakene.</p>
<p>2. Rutiner for aktiv refleksjon rundt det psykososiale arbeidsmiljøet, fortrinnsvis tverrfaglig. Målet med dette tiltaket er å ha arena for jevnlig dialog rundt hva som fremmer og hemmer psykologisk trygghet, og øke bevisstgjøringen om hva dette betyr for kvalitet og pasientsikkerhet.</p>	
<p>3. Gode rutiner for hospitering, med gjennomførbare planer, for alle aktuelle yrkesgrupper, der lederne ansvarliggjøres for gjennomføringen</p>	
<p>4. Gode rutiner for bruk av avtalefestede utdanningspermisjoner, som aktivt bidrar til ønsket kompetanseheving i fagområdet. Lederne har både en rett og plikt til å påse effektiv bruk av denne ordningen. Det foreslås også at lederne måles på dette, både i hvilken grad de klarer å legge til rette for uttak av utdanningspermisjonene, men også på innholdet.</p>	<p>For punkt 3 og 4 er det til dels sammenfallende tiltak som i delplan for å rekruttere, utvikle og beholde medarbeidere, noe som ytterligere forsterker behovet for gjennomføring av tiltakene.</p>
<p>5. Rutiner for aktiv vurdering av bruk av aktuelle sertifiseringsordninger. Ledere bør ha en bevisst bruk av slike ordninger og det bør være lik praksis innenfor det samme fagområdet i foretaket.</p>	
<p>6. God sykepleiefaglig kompetanse; det gjøres en kritisk gjennomgang av status for sykepleiefaglig kompetanse på den enkelte enhet. Er det riktig balanse mellom generalistkompetanse og spesialisert kunnskap/ dybdekunnskap i avdelingens fagområder, eller bør det gjøres endringer?</p>	<p>Gjennomføres i regi av Org. avdelingen, med bred deltagelse fra klinikkene, tillitsvalgte og Fagavdelingen</p>

Lederstøtte	Ansvar
<p>7. Det utarbeides en verktøykasse/eksempelkasse med beskrivelse av ulike arena/verktøy/metoder og litteratur om aktiv refleksjon i punkt 1 og 2</p>	<p>Fagavdelingen, i samarbeid med seksjon for innovasjon og utvikling.</p>

Kapittel 6 IMPLEMENTERING OG VIDERE OPPFØLGING

Det ble satt følgende hovedmål for planarbeidet, jfr. kap. 1.2:

1. Planen skal bidra til å forbedre systemene for både proaktivt og reaktivt arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet, der spesielt strukturene for det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet skal styrkes
2. Hele virksomheten – alle aktuelle klinikker, avdelinger, seksjoner og enheter skal forbedre seg innenfor de fire tematiske innsatsområdene (kap. 2-5)
3. Det skal fremgå av planen hvordan SSHF jobber med de øvrige innsatsområdene fra de overordnede strategiske plandokumentene (kap. 1.4)

En plan for kvalitet og pasientsikkerhet som skal bidra til å oppfylle målene i strategiplanen, den regionale delstrategien og den nasjonale handlingsplanen om kvalitet og pasientsikkerhet, kan i utgangspunktet inkludere alt forbedringsarbeid som kan og bør gjøres på et sykehus, inklusive alle områder som beskrives i vedlegg 1. Det ble tidlig i arbeidet identifisert behov for å prioritere. Det er jobbet bevisst for å finne tiltak som vil innebære en reell forskjell for pasienten, og som samtidig er mulig å gjennomføre.

Mange vil etterlyse andre innsatsområder og andre tiltak – altså en annen plan. Dersom alle aktuelle avdelinger gjennomfører tiltakene innenfor det tematiske innsatsområdene, og arbeidet med de øvrige innsatsområdene i kap. 1.4 gjennomføres med gode resultat, vil målet om å forbedre systemene for både proaktivt og reaktivt arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet være nådd. Neste rullering av planen vil gi rom for andre innsatsområder og tiltak.

Forslagene til tiltak kommer fra medarbeiderne, som innenfor de fire satsningsområdene har prioritert hvilke tiltak som bør gjennomføres.

Ledere og medarbeidere må gis mulighet til å implementere tiltakene, stabsavdelinger må understøtte implementeringen, og ledere på alle nivå må etterspørre gjennomføring og resultat. Tiltaksarbeidet må sees på som en nødvendig investering for å sikre god kvalitet og pasientsikkerhet. Foretaket må løpende prioritere foreslåtte aktiviteter i delplanen for å sikre styrking av kvalitet og pasientsikkerhet. Som det fremgår av kap. 1 innebærer trygge helsetjenester også god økonomi.

Implementering og oppfølging	Ansvar
<p>1. Klinikken implementerer tiltakene i løpet av juni 2023 - juni 2025</p> <p>Stabsavdelingene, med et særskilt ansvar for Fagavdelingen og seksjon for innovasjon og utvikling, understøtter implementeringen.</p> <p>Det legges til rette for bruk av handlingsplanmodulen for oppfølging av implementering</p>	<p>Klinikken med støtte fra stabsavdelingene</p> <p>Fagavdelingen</p>
<p>2. Rutiner for aktiv etterspørring av resultat fra tiltakene utarbeides</p> <p>Ledere på alle nivå må etterspørre resultat fra tiltakene, og etterspørringen må settes i system (eks. m/trafikklys). Det må jevnlig etterspørres: er det gjennomført, og hvilke refleksjoner har lederne om nytten?</p>	<p>Fagavdelingen og Organisasjonsavdelingen utarbeider forslag til struktur for etterspørring, i samarbeid med Virksomhetsstyringsgruppa.</p>

Vedlegg - ØVRIGE INNSATSOMRÅDER

PASIENTSIKKERHET OG KVALITETSFORBEDRING

KONTINUERLIG FORBEDRING

Oppdraget er forankret i: Strategiplanen, kap. 1 Kvalitet i pasientforløpet, regional delstrategi område 3.

Kort beskrivelse av oppdraget: Etablere tydelig rammeverk for kontinuerlig forbedring i SSHF, med modell for opplæring, ambisjonsnivå og erfaringsdeling. Etablere felles metodikk for kontinuerlig forbedringsarbeid som er gjenkjennelig på tvers av klinikkene, og som bidrar til å sikre systematikk og måloppnåelse.

Mål: For å sikre at stadig nye forbedringsmuligheter identifiseres, og at forbedringsarbeid pågår kontinuerlig i alle enheter, er målet at:

- Alle enheter har minst to forbedringsagenter i 2025
- Alle klinikker/stabsavdelinger har minst to forbedringsveiledere i 2025
- Ledere på alle nivåer har minimum basisopplæring
- Forbedringsarbeid etterspørres og heies frem på alle ledernivåer
- SSHF har tre-fem medarbeidere på foretaksnivå som er eksperter på forbedringsarbeid
- Det forventes positive resultater for pasienter, arbeidsmiljø og kvalitet. Det blir enklere å jobbe med forbedringsarbeid, som vil medføre flere gjennomførte forbedringstiltak. Gevinsten for øvrig vil være i det enkelte forbedringsarbeid.

Hva skjer på dette området i SSHF: Det er utviklet og startet opplæring på ulike nivåer, fra basiskompetanse, LIS2/3-opplæring og lederopplæring internt, til mer omfattende forbedringsagentutdanning og forbedringsveilederopplæring i samarbeid med USHT Agder. Det gis støtte og veiledning til forbedringsarbeid i klinikker og stabsavdelinger. Det er etablert ressursider på intranett og tatt initiativ til nasjonalt nettverk for forbedringskunnskap. Det er vedtatt [retningslinje for kontinuerlig forbedring i SSFH](#).

Fremdriftsplan: Opplæring, støtte og veiledning i forbedringsarbeid skal videreføres. Det blir viktig å synliggjøre nytten av kontinuerlig forbedringsarbeid, og etablere internt forbedringsnettverk. Det skal planlegges for videreføring etter avslutning av KOM-programperioden.

Ansvarlig: Foretaksledelsen, prosjekt i KOM-programmet.

PITSTOP

Oppdraget er forankret i: Strategiplanen kapittel 1.2 Skape effektive og gode pasientforløp av høy kvalitet gjennom kontinuerlig forbedring og god sikkerhetskultur og 2.3 Skape mulighetsrom til nødvendige investeringer ved gjennomføring av tiltak og prosjekter i Masterplanen og KOM-programmet.

Kort beskrivelse av oppdraget: Pitstop er en metode for å arbeide intensivt med forbedringsområder i en avdeling eller et fagområde. Modellen er utarbeidet av KOM-programmet ved SSHF. I en pitstop kartlegger man nåsituasjonen og beskriver utfordringsbildet sammen med ulike profesjoner i avdelingen. På denne måten identifiserer man forbedringsområder som treffer behovet til avdelingen. Deretter prioriteres tiltak som testes ut, i tråd med forbedringsmodellen.

Tidsrammen for gjennomføring av pitstop er seks måneder, med en planlagt oppfølgingsperiode. Denne perioden varierer etter behov, og KOM holder kontakten med fagområdet i lang tid for å bidra til at tiltak iverksettes og vurdere hvordan nye forbedringsideer kan håndteres.

Mål: Målet er bedre produktivitet og arbeidsflyt, økt aktivitet og reduserte ventelister. Målene fungerer best i forbindelse med poliklinikk- og operasjonsaktivitet, men kan også tilpasses til andre områder.

Hva skjer på dette området i SSHF: Tiltaksområdene som går igjen i dette arbeidet er: Teknologi, oppgavedeling, kompetanse, pasientflyt, ressurser, utstyr, analyse, organisering, rutiner og prosedyrer, samarbeid internt og eksternt.

Det har så langt vært gjennomført pitstop i ni ulike fagområder, og det planlegges flere i perioden. KOM har kapasitet til å gjennomføre tre pitstop parallelt.

Fremdriftsplan: Pitstopmodellen har blitt godt mottatt. Arbeidet vil bli oppsummert som en del av evalueringen av KOM-programmet ved utgangen av 2023, men signalene er at dette arbeidet videreføres.

Ansvarlig: KOM-programmet

GLOBAL TRIGGER TOOL (MÅLING AV TRIGGERE FOR PASIENTSKADER)

Oppdraget er forankret i: Strategiplanen, kap. 1 Kvalitet i pasientforløpet.

Kort beskrivelse av oppdraget: Formålet er å videreutvikle Global Trigger Tool, et verktøy for å identifisere pasientskader hos døgnpasienter i somatikken. Metoden er utviklet av Institute for Healthcare Improvement (IHI), og er et nasjonalt prosjekt i regi av Helsedirektoratet. Journaler fra et tilfeldig uttrekk gjennomgås av team bestående av to sykepleiere og en lege etter gitte kriterier. (Psykiatri, rehabilitering og pasienter under 18 år er unntatt.) SSHF har to slike team, ett for kirurgiske fag og ett for medisinske fag. I videreutviklingsprosjektet granskes journaler som tidligere er gjennomgått ved andre helseforetak, og andre helseforetak gjennomgår journaler som tidligere er gransket i SSHF.

Mål: Visjonen i prosjektet er å utvikle metodikken for å muliggjøre en nasjonal kvalitetsindikator for pasientskade, som skal betraktes som et nivå for den samlede risikoen knyttet til pasientbehandling i norske sykehus – til nytte for pasienter, helsetjenesten og som styringsverktøy for helsemyndighetene.

Hva skjer på dette området i SSHF: Journaler som skal granskes ved andre helseforetak er sendt fra SSHF (totalt 60 journaler). Teamene ved SSHF er i gang med gransking av tilsendte journaler. (60 journaler for hvert av de to teamene)

Fremdriftsplan: Gjennomgang av tilsendte journaler, og registrering av resultater forventes gjennomført i løpet av 2023.

Ansvarlig: GTT-teamene for hhv kirurgiske og medisinske fag

Oppdraget er forankret i: Strategiplanen, kap. 1 Kvalitet i pasientforløpet

Kort beskrivelse av oppdraget: Prosjektet innebærer implementering av programvare for automatisert innhenting av pasientrapporterte data, publisering på gruppenivå for kvalitetsoppfølging og kobling av PROMS-data i pasientens journal, for individuell oppfølging.

Mål: Systematisk innhenting av PROMS og PREMS vil gi innsikt i pasientens opplevelse av egen helse og mestring, samt tilfredshet med utredning og behandling. Dette vil gi en ny dimensjon til datagrunnlaget for videre forbedringsarbeid, kvalitetssikring og ledelsesstøtte, og potensielt gi økonomiske besparelser ved mer persontilpassede helsetjenester.

Hva skjer på dette området i SSHF: Innkjøp av generisk system for innhenting av PROMS og PREMS vil bli lagt ut på anbud i første kvartal 2023. Noen fagmiljøer har allerede satt PROM i system, blant annet revmatologisk seksjon og enkelte DPS'er. For disse fagmiljøene vil det være fokus på automatisering og analyse av data. I tillegg til teknisk infrastruktur vil implementering også innebære organisasjonsutvikling med forståelse og bruk av data. Prosesser og resultater vil bli presentert for ledere for å vise potensialet i løsningen.

Fremdriftsplan: Pilot for PREM startet i tredje kvartal 2022. PROM vil etter planen starte i tredje kvartal 2023. Teknisk infrastruktur er planlagt ferdig implementert ved utgangen av 2023. Prosjektet vil ikke ha en endelig ferdigstillelsesdato, dette blir et kontinuerlig arbeid. Etter oppstart av pilot skal flere fagmiljøer inkluderes for innhenting, publisering, analyse og forbedringsarbeid initiert av pasientrapportere data.

Ansvarlig: Seksjon for kvalitet og pasientsikkerhet, Fagavdelingen

SIKKERHETSORIENTERT LEDELSE

PASIENTSIKKERHETSKULTUR

Oppdraget er forankret i: Strategiplan 2021-2024 kapittel 1, kvalitet i pasientbehandlingen. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Kort beskrivelse av oppdraget: Pasientsikkerhetskultur er de holdninger og rutiner som ledere og ansatte har for å tilby gode og sikre tjenester i SSHF. Et godt samarbeid mellom ansatte og ledere og et trygt arbeidsmiljø er sentralt for å oppnå dette. Det skal jobbes aktivt med å bevare og forbedre sikkerhetskultur i alle deler av foretaket. Medarbeiderundersøkelsen «ForBedring» gir noe informasjon om sikkerhetskultur i egen enhet, men det er behov for mere detaljert informasjon fra en vitenskapelig validert kilde.

Mål: Målet i Strategiplan 2021-24 er å «skape effektive og gode pasientforløp av høy kvalitet gjennom kontinuerlig forbedring og god sikkerhetskultur».

Hva skjer på dette området i SSHF: SSHF deltok i 2022 i valideringen av Survey of patient safety culture 2.0 norsk versjon (SOPS 2.0) sammen med Universitetet i Stavanger og tre andre helseforetak. Foretaksledelsen har vedtatt at undersøkelsen skal gjennomføres ved alle enheter i SSHF i 2023. Det er tilgjengelig tiltakspakker som kan igangsettes ved lave scorer i enkelte domener. Undersøkelsen vil bli gjentatt i 2026.

Fremdriftsplan: Våren 2023 gjennomføres SOPS 2.0 i hele foretaket. Dette gir hver enkelt leder et «fingeravtrykk» av pasientsikkerhetskultur i egen enhet. Det følger også et oppdrag til lederlinjen om å følge opp resultatene ved å lage en handlingsplan som styrker og bevarer områder med høy score, og forbedrer områder med lav score.

Ansvarlig: Fagavdelingen

HELSEFELLESKAPET, SAMHANDLING

Oppdraget er forankret i: SSHF strategiplanen (kap.1), Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (kap.2.4), Nasjonal Helse og sykehusplan (Helsefellesskap).

Kort beskrivelse av oppdraget: Beskrivelse av hvordan kommuner og helseforetak planlegger og utvikler tjenester sammen skal innarbeides i de formelle samarbeidsavtalene. Pasienter som trenger tjenester fra begge forvaltningsnivå skal oppleve forløp som er koordinerte, sømløse og av høy kvalitet. Rutiner for trygge overganger innen spesialisthelsetjenesten og mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten skal etableres. Digital samhandling og avstandsoppfølging i pasientforløp skal videreutvikles og økes, og i nært samarbeid med kommunene skal foretaket utvikles til et utadventt sykehus

Mål:

- Bedre felles planlegging av tjenester for pasienter som trenger tjenester fra begge nivå
- Tydelige prioriteringer med særlig fokus på å utvikle gode tjenester til Helsefellesskapets fire prioriterte pasientgrupper (barn og unge, skrøpelige eldre, personer med alvorlig psykisk sykdom og rusproblemer og personer med flere kroniske lidelser)
- Aktivt bruk av styringsinformasjon og framskrivningsverktøy for felles virkelighetsforståelse og tjenesteutvikling
- Bedre og mer forpliktende beslutningsprosesser i partnerskapet (Helsefellesskapet)

Hva skjer på dette området i SSHF: Samarbeidsavtalene er under revidering og Helsefellesskapets strategi rulleres. Faggruppen 'Analyse og styringsdata' bistår Helsefellesskapet med data/analyser relevant for beslutningsgrunnlag, prioriteringer og tjenesteutvikling. Det pågår arbeid med pasientforløp: Akutt medisinsk kjede, Barn og Unge innen psykisk helse, FACT, skrøpelige eldre, digitalisering av forløp samt forbedringsarbeid innen selvmordsforebygging, trygg utskriving og legemiddelhåndtering. Det utadventte sykehus utvikles.

Fremdriftsplan: Samarbeidsavtalene revideres i løpet av 2023 - 24. Helsefellesskapets strategi er ferdig revidert juni 2023. Arbeid med pasientforløp er flerårige prosjekter og annen kvalitetsforbedring pågår kontinuerlig.

Ansvarlig: Klinikkene og samhandlingsenheten, Fagavdelingen

NASJONALE FAGLIGE RÅD FRA HELSEDIREKTORATET

Oppdraget er forankret i: Nasjonal handlingsplan for kvalitet og pasientsikkerhet og regional delstrategi.

Kort beskrivelse av oppdraget: I den nasjonale handlingsplanen understrekes betydningen av å følge opp innsatsområder fra det tidligere pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7». I den regionale delstrategien inngår mål om å styrke innsatsen innen nasjonale satsinger, konkretisert til å etablere arena for læring og erfaringsdeling om innføringen av tiltakspakker/faglige råd fra «I trygge hender 24/7». Helsedirektoratet har overtatt ansvaret for å følge opp arbeidet som ble gjort i dette programmet. Innsatsområdene vurderes fortsatt som relevante for å redusere pasientskader. Endringene består i hovedsak av at tiltaks-pakkene er erstattet av aktuelle normerende retningslinjer, veiledere eller faglige råd fra HelseDirektoratet, Folkehelseinstituttet, læringsnotater fra Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM), Norsk pasientskade erstatning (NPE) og Helsetilsynet.

Mål: Reduksjon av pasientskader

Hva skjer på dette området i SSHF: SSHF klarte i liten grad å sette arbeidet med innsatsområdene i det tidligere pasientsikkerhetsprogrammet (opprinnelig pasientsikkerhetskampanjen) i system på foretaksnivå. Fagavdelingen planlegger tiltak for å systematisere oppfølgingen av nasjonale faglige råd på en mer hensiktsmessig måte.

Fremdriftsplan: I løpet av 2023, med implementering fra og med 2024.

Ansvarlig: Seksjon for kvalitet og pasientsikkerhet, Fagavdelingen

DIGITAL SAMHANDLING OG AVSTANDSOPPFØLGING

Oppdraget er forankret i: Strategiplan SSHF 2021- 2024 (kap. 3 Kvalitet i pasientforløpet og kap. 4. Teknologi og bygg), Utviklingsplan SSHF 2040, Oppdrag og bestilling 2022 for SSHF, Oppdragsdokument 2021 HSØ, Helhetlig samhandling for digital hjemmeoppfølging (Direktoratet for E-helse), Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.

Kort beskrivelse av oppdraget: Teknologiske løsninger, herunder digital samhandling og avstandsoppfølging blir pekt på som hjelpemidler i tjenesteutvikling av bærekraftige helsetjenester. Iverksetting av spesialisthelsetjenester i hjemmet ved SSHF skal:

- Ha utgangspunkt i kjernevirksomhetens behov og spesialisthelsetjenestens ansvarsområde
- Kunne gi skreddersydde behandlinger innenfor rammene
- Kunne imøtekomme et felles behov for spesialisthelsetjenesten og kommunene
- Alltid vurdere samhandlingskomponenten, da pasientene vil være hjemmeboende

Mål: Utvikle SSHF til et utadventt sykehus, og øke bruk av digital samhandling og avstandsoppfølging i pasientforløpene. Dette kan bidra til: bedre brukeropplevelser, økt medarbeidertilfredshet, økt behandlingsskvalitet, redusert variasjon i behandlingstilbud, økt positivt omdømme og reduserte kostnader.

Hva skjer på dette området i SSHF: SSHF har erfaring med digital samhandling og avstandsoppfølging innenfor KOLS, revmatologi, prehospitaltjenester, sårpoliklinikk, dialyse, Covid-19, premature barn, psykisk helse, kreft og HIV. Det er aktuelt å ta i bruk og bredde til nye fagområder og større volum, samt videreføre samarbeid med kommunene på Agder.

Fremdriftsplan: Det forventes at sykehuset vil ha en økende mengde initiativ på dette området fremover

Ansvarlig: Avdeling for teknologi og innovasjon

INFEKSJONER, SMITTEVERN OG ANTIBIOTIKARESISTENS

Oppdraget er forankret i: Strategiplan 2021-24, Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-23, Handlingsplan for et bedre smittevern 2019-23, Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten 2019-23.

Kort beskrivelse av oppdraget:

- Redusere forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI)
- Bedre organisering og struktur av smittevernet
- Optimalisere bruken av antimikrobielle midler

Mål: Minimere forekomst av multiresistente bakterier og infeksjoner blant pasienter og ansatte. Betydelig gevinst forventes for økonomi, kvalitet, pasientsikkerhet, omdømme og HMS.

Hva skjer på dette området i SSHF: Lokal handlingsplan for et bedre smittevern ble vedtatt i FL 25/10-22. Smittevernenheten skal koordinere gjennomføringen av denne. Tiltakene inkluderer blant annet revidering av infeksjonskontrollprogrammet, implementering av nasjonalt verktøy for observasjon av smitteforebyggende tiltak i helsetjenesten (NOST), deltakelse i FHIs indikatorundersøkelse, elektronisk rapportering til nasjonale helseregistre, prosjekt for optimalisering av AB-bruken i SSHF og bedre opplæring for nye medarbeidere, inklusive simuleringkurs for LIS1.

Fremdriftsplan: Planperioden varer i 5 år. Vår implementering vil skje suksessivt og så snart sentrale verktøy er på plass.

Ansvarlig: Enhet for smittevern, Fagavdelingen

30- DAGERS OVERLEVELSE

Oppdraget er forankret i: Strategi 2021-2024 for Sørlandet Sykehus, kapittel 1.2

Kort beskrivelse av oppdraget: Anvende data om 30 dagers overlevelse i kvalitetsforbedrende arbeid

Mål: Helsedirektoratet benytter overlevelse 30 dager etter sykehusinnleggelse uansett årsak som en av flere nasjonale kvalitetsindikatorer. Det er en målsetning at pasienter ikke dør mens de er innlagt på sykehus eller som følge av innleggelse på sykehus, og at alle pasienter uavhengig av behandlingssted og bosted mottar likeverdige helsetjenester.

For kvalitetsindikatoren er det ikke avvik fra nasjonalt gjennomsnitt for sykehusene i SSHF. Men for underkategorien 30 dagers risikjustert relativ dødelighet etter hoftebrudd for årene 2017-2019 avviker SSK (relativ overdødelighet 12,1 %, $p = 0,045$) og SSF (relativ overdødelighet 11,6 %, $p = 0,048$) negativt fra nasjonalt gjennomsnitt.

Hva skjer på dette området i SSHF: Det er gjennomført journalaudit for 50 siste dødsfall både i psykiatrien og somatikken for å identifisere faktorer i behandlingen som bør endres fremadrettet. Det er identifisert forbedringspunkter, og rapportene har vært presentert i foretaksledelsen. I samarbeid med HSØs analyseavdeling undersøker Fagavdelingen den mulige overdødelighet etter hoftebrudd med bruk av nyere tallmateriale, med fokus på dødssted og risikomarkører for overdødelighet, så evt. styrket innsats overfor risikopasienter under og etter innleggelse kan iverksettes.

Sørlandet Sykehus gjennomfører årlig hendelsesanalyser på pasientforløp på alvorlige uønskede hendelser, med involvering av alle relevante ledd i behandlingsskjeden. Oppsamlet informasjon herfra implementeres i klinisk hverdag med henblikk på å redusere risikoen for pasientskade og dødelighet.

Både internt i SSHF og i Helsefelleskapet adresseres felles utfordringer med tanke på både optimalt ressursforbruk, sammenhengende pasientforløp og risikomomenter ved overganger mellom behandlingsnivåer – også med sikte på reduksjon av dødelighet.

Uønskede hendelser innen medikamenthåndtering har blitt gjennomgått for strukturelle feil og endringer i arbeidsganger gjennomført for å støtte legemiddelsamstemming, noe som også har blitt standardisert i egen foretaksprosedyre, og hvor legemiddelsamstemming er besluttet brukt som kvalitetsindikator i klinisk behandling. I tråd med punkt 2.3 i Oppdragsdokumentet fra HSØ for 2022 er SSHF også i gang med å forberede lukket legemiddelsløyfe.

Fremdriftsplan:

- Journalaudit av dødsfall: Gjennomført og konklusjoner tatt med videre
- Analyse av overdødelighet ved hoftebrudd: Gjennomføres H1/23 i samarbeid med HSØs analyseavdeling
- Uønskede hendelser i medikamenthåndtering: Analyse gjennomført og kvalitetsindikator besluttet innført
- Lukket legemiddelsøyfe: Planlegges i samarbeid med klinisk IKT og Sykehusapotekene

Ansvarlig: Fagavdelingen

PASIENTENS HELSEKOMPETANSE

PASIENT- OG PÅRØRENDEOPPLÆRING

Oppdraget er forankret i: Strategi 2021-2024, kap. 1 Kvalitet i pasientforløpet, Regional delstrategi(helse-sorost.no), Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023

Kort beskrivelse av oppdraget: Informasjon og opplæring til pasienter og pårørende skjer i de enkelte pasientmøtene i klinikken, som en integrert del av pasientforløpene/behandlingslinjene. Retningslinjer og prosedyrer skal understøtte dette arbeidet. Ansatte skal få veiledning i utvikling og forbedring av pasient- og pårørendeopplæring (PPO). Aktivitet innen PPO skal følges opp, og bruken av digitale læringsformer til opplæring skal økes.

Mål: Øke pasientens helsekompetanse (Regional utviklingsplan: (helse-sorost.no). Pasient- og pårørendeopplæring er en forutsetning for å nå målet. Pasienter og pårørende skal gis kunnskap om, og mulighet til å ivareta sin helse og rettigheter, medvirke i egen behandling og til å forbedre helsetjenestene.

Hva skjer på dette området i SSHF: Det pågår arbeid med retningslinjer og prosedyrer for PPO. Disse skal forankre arbeidet og bidra til likeverdige tjenester. Det jobbes med å publisere og forbedre pasientinformasjon på SSHF.no. Noen avdelinger tilbyr digital gruppeopplæring for pasienter og pårørende, utarbeider film og formidler kunnskap gjennom sosiale medier. Utvalg for PPO er etablert og har en rådgivende funksjon.

Fremdriftsplan: Opplæring, støtte og veiledning i utvikling og forbedring av PPO skal videreføres. Arbeide for systematisk innhenting av omfang av gruppebasert opplæring via DIPS og av pasientrapporterte data gjennom PREMS. Utvalg PPO viderefører sitt arbeid i henhold til mandat. Retningslinjer for individuell- og gruppebasert opplæring skal ferdigstilles i samarbeid med Oslo universitetssykehus. Ledere og helsepersonell skal stimuleres til økt bruk av digitale læringsformer innen PPO.

Ansvarlig: Kompetanseenhet for pasient og pårørendeopplæring (KEPPO), Fagavdelingen, i samarbeid med Kommunikasjonsavdelingen

SAMVALG

Oppdraget er forankret i: [Strategi 2021-2024](#), kap. 1 Kvalitet i pasientforløpet, [Regional delstrategi \(helse-sorost.no\)](#)

Kort beskrivelse av oppdraget: Helsepersonell skal anvende kommunikasjonsmetoder, herunder samvalg, som gjør at pasienter kan ta informerte valg om diagnostikk, behandling og oppfølging. [Regional utviklingsplan \(helse-sorost.no\)](#). Ansatte skal bidra til godt samspill og tilstrekkelig helsekompetanse hos pasienter og pårørende gjennom brukermedvirkning, pasient- og pårørendeopplæring og samvalg. I strategiperioden frem til 2024 vil klinikkene innføre samvalg i alle relevante enheter i hele helseforetaket og videreutvikle og ta i bruk tilgjengelig pasientinformasjon.

Mål: Øke pasientens helsekompetanse. Ansatte anvender metoder (samvalg) som gjør at pasienter kan ta informerte valg om diagnostikk, behandling og oppfølging [Regional utviklingsplan \(helse-sorost.no\)](#). Pasientene skal involveres i beslutningsprosesser gjennom samvalg og ha reell innflytelse. Helseforetaket skal bidra til kompetanseheving hos helsepersonell i samvalg og utbredelse av samvalg.

Hva skjer på dette området i SSHF: Handlingsplan for implementering av samvalg er vedtatt av foretaksledelsen. Klinikkene har ansvar for implementeringen og arbeidet med samvalg følges opp som fast punkt i oppfølgingsmøtene av administrerende direktør. Obligatoriske kompetansekrav relatert til samvalg for LIS 1 og LIS 2/3 er vedtatt i SSHF. Samvalg er tema i klasseromskurs for LIS 2/3. Det skal arbeides for systematisk innhenting av pasientrapporterte data på samvalg gjennom PREMS. Ansatte skal tilbys kurs, veiledning og opplæring i samvalg, for å kunne vedlikeholde og øke kompetansen.

Fremdriftsplan: Klinikkdirektørene har ansvar for innføring av samvalg. Hver klinikk skal selv velge hvilke tiltak som skal igangsettes når. Klinikkdirektørene inviterer KEPPO til klinikk møte for å orientere avdelingssjefene om samvalg og handlingsplan. KEPPO vil bidra med undervisning om samvalg på forespørsel samt videreføre og -utvikle samvalgsopplæring for LIS og samarbeide og bygge nettverk om samvalg regionalt og nasjonalt.

Ansvarlig: klinikkene, med støtte fra Kompetanseenhet for pasient og pårørendeopplæring, Fagavdelingen

HELSEKOMMUNIKASJON

Oppdraget er forankret i: [Strategi 2021-2024](#), kap. 1 Kvalitet i pasientforløpet, [Regional delstrategi \(helse-sorost.no\)](#), [Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023](#).

Kort beskrivelse av oppdraget: Ansatte skal bidra til å øke pasientens helsekompetanse ([Regional utviklingsplan: \(helse-sorost.no\)](#)). Dette forutsetter at helsepersonell har kompetanse i helsekommunikasjon, samtalemetodikk og pasient- og brukerrettigheter. Ansatte skal tilbys kurs, veiledning og opplæring for å kunne vedlikeholde og øke kompetansen og ferdighetene innen disse områdene. Kompetansekrav vil bidra til å kvalitetssikre kompetansen hos ansatte i pasientnært arbeid. Pasientdialog og brukermedvirkning skal styrkes på alle nivå. Lokale pasient- og brukerundersøkelser skal gjennomføres systematisk, og resultatene anvendes til kvalitetsforbedring ([Regional utviklingsplan \(helse-sorost.no\)](#)). Brukerrepresentanter skal involveres på hensiktsmessig måte i forbedrings- og prosjektarbeid.

Mål: Øke pasientens helsekompetanse. Pasienter og pårørende skal gis kunnskap om og mulighet til å ivareta sin helse og rettigheter, medvirke i egen behandling og delta i arbeid med å forbedre helsetjenestene [Regional utviklingsplan \(helse-sorost.no\)](#).

Hva skjer på dette området i SSHF: Det skal utvikles system for at pasientrapporterte data på helsekommunikasjon, samtalemetodikk og brukermedvirkning innhentes gjennom PREM. Det skal utarbeides kompetansekrav innen PPO for ansatte i pasientrettet arbeid. Det tilbys kurs, undervisning og veiledning til helsepersonell innen helsekommunikasjon og samvalg. Kommunikasjon er tema i LIS-opplæring og i Lederutviklingsprogrammet. Det skal arbeides med forankring av kommunikasjonsverktøy som fremmer pasienters og pårørendes helsekompetanse og medvirkning. Representanter fra Brukerutvalget deltar i Utvalg PPO og brukerrepresentanter/likepersoner deltar i utvikling og forbedring av gruppebasert pasient- og pårørendeopplæring.

Fremdriftsplan: løpende arbeid for å sikre bevaring og utvikling

Ansvarlig: Kompetanseenhet for pasient og pårørendeopplæring, Fagavdelingen

«BRUK BRUKEREN» - ERFARINGSKOMPETANSE SATT I SYSTEM, EN SAMORDNING AV BRUKERMEDVIRKNING OG FRIVILLIGHET

Oppdraget er forankret i: Strategiplanen, kap. 1 Kvalitet i pasientforløpet og regional delstrategi

Kort beskrivelse av oppdraget: I 2019 ble det startet et KOM-prosjekt for å samordne frivillig arbeid og brukermedvirkning i SSHF. Det ble tidlig identifisert at det er stor variasjon i struktur og organisering av frivillig arbeid og brukermedvirkning i SSHF. Prosjektet har fått navnet BrukBrukeren.

Mål:

- Samordne frivillig arbeid og brukermedvirkning for å oppnå mer enhetlig bruk av denne kompetansen
- SSHF har en styrket brukermedvirkning og erfaringskompetanse som kan bidra til et mer effektivt helsevesen
- SSHF har persontilpasset behandling og oppfølging hvor erfaringskompetanse er en integrert del
- En tydelig brukerstemme og styrket fokus på brukernes behov

Hva skjer på dette området i SSHF: SSHF piloterer gjennom prosjektet Bruk Brukeren 5 ulike moduler: Modulene Brukerstyrt forløp, Erfaringskonsulent og Erfaringskompetansebank piloteres på DPS ØA Grimstad. Modul «Pasienten vet best - Digitalt pasientforløp for personer som lever med HIV» piloteres på Medisinsk poliklinikk SSK. Prosjektet mottok innovasjonsmidler HSØ 2021. Det er også knyttet et aksjonsforskningsprosjekt DIGPAS HIV (UiA) til dette. Modul Brukerinitiert forskning er etablert hos Forskningsseksjonen SSHF og gjøres i dialog med UiA og forskningsgruppen Q-safe (UiA/SSHF). Erfaringer fra prosjektperioden vil gi SSHF et kunnskapsgrunnlag for implementering av erfaringskompetanse og frivillighet som en integrert del av tilbudet, der dette er hensiktsmessig.

Fremdriftsplan: Prosjektperioden avsluttes 31.12.2023

Ansvarlig: Prosjektet BrukBrukeren er en del av KOM-programmets prosjektportefølje

REGIONAL DATA- OG ANALYSEPLATTFORM (R-DAP)

Oppdraget er forankret i: Strategiplan 2021-24

- 1.2.1 Utvikle, og strukturert bruke, digitale verktøy for fortløpende høsting og analyse av kvalitet og pasientsikkerhets data og brukererfaringer.
- 4.3.1 Utnytte mulighetene i regionale IKT-løsninger for å styrke kvalitet og produktivitet

Mål: Overordnet er hensikten med prosjektet regional data- og analyseplattform å etablere en regional løsning for uthenting, behandling, lagring og utlevering av helsedata i Helse Sør-Øst. I dag mangler regionen felles praksis og løsning for utlevering og lagring av data med sporing fra kilde-systemer. RDAP gir mulighet til å utvikle verktøy og dashboard som kan støtte forbedringsprosesser der f.eks. kliniske data fra kurve og medikasjon er vesentlig. RDAP har i tillegg potensiale til å brukes til mer effektiv kvalitetsovervåking og kan benyttes lokalt for rapportering, benchmarking og analyse på egen data og på tvers av HSØ – som gir grunnlag til datadrevet beslutninger.

Hva skjer på dette området i SSHF: Den konkrete oppgaven i dag er å muliggjøre kombinasjon av data fra ulike datasystem for å foreta analyser som tidligere ikke har vært mulig. Dette fra systemer som blir tilgjengeliggjort via RDAP, deriblant data om medikamentbruk, HR-data og journaldata.

Fremdriftsplan: Det pågår arbeid med organisering, roller og kompetanse knyttet til å utnytte mulighetene i RDAP lokalt på SSHF. Det tilrettelegges bl.a. for en distribuert modell der bearbejdet data blir gjort tilgjengelig for analyse nær den enkelte forbedringsprosess. Det pågår også arbeid med å utarbeide DPIA for bruk av personidentifiserbare data, samt å få på plass et prosedyreverk som støtter opp om detaljert tverrfaglig dataanalyse.

Ansvarlig: Økonomiavdelingen, Teknologi og Innovasjon og Fagavdelingen

RISIKOSTYRING

Oppdraget er forankret i: Regional delstrategi om forbedring av systemer og strukturer for virksomhetsstyring, strategiplan om forbedring av sikkerhetskulturen, samt forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6d.

Kort beskrivelse av oppdraget: Som organisasjonen begynner SSHF å bli relativt moden på gjennomføring av risikovurderinger ved større endringer, omorganiseringer, prosjekter, nedbemanninger og innføring av nye behandlingsmetoder, og de faste risikovurderingene av oppdrag- og bestillerdokumentet er satt i system. Det gjenstår imidlertid ennå en del før risikostyring er fullt ut implementert på en måte som sikrer at risiko er kjent, eid, kommunisert og håndtert i den enkelte enhet og på alle nivå i organisasjonen, som en integrert del av den faste rutinemessige styringen av virksomheten, med lederne som har et bevisst forhold til risiko innenfor sine ansvarsområder.

Mål: Å implementere risikostyring fullt ut i organisasjonen på en måte som sikrer at risiko er kjent, eid, kommunisert og håndtert i den enkelte enhet og på alle nivå.

Hva skjer på dette området i SSHF: Fagavdelingen leder en arbeidsgruppe som i løpet av første halvår 2023 skal påse ferdigstilling av prosedyrer til kap. 11 i styringssystemet om risikostyring, i tråd med føringene i policydokumentet for risikostyring. Arbeidsgruppen skal også utarbeide en plan for implementering av risikostyring i SSHF for å nå målet beskrevet over.

Fremdriftsplan: Arbeidet skal ferdigstilles innen sommeren 2023, med implementering påfølgende halvår og i 2024.

Ansvarlig: Seksjon for kvalitet og pasientsikkerhet, Fagavdelingen

RAMMEVERK FOR VIRKSOMHETSSTYRING

Oppdraget er forankret i: Utviklingsplan 2040 og Strategiplan 2021 – 2024. Rammeverk for virksomhetsstyring tar utgangspunkt i styresak 039-2021 «Styrende dokumenter for Helse Sør-Øst RHF 2021» i sitt videre arbeid.

Kort beskrivelse av oppdraget: Oppdraget til arbeidsgruppen i SSHF er å planlegge og implementere prosesser og verktøy for virksomhetsstyring. Med virksomhetsstyring menes de prosessene og aktivitetene som gjennomføres for å sette mål, definere oppgaver for å nå målene, måle resultater mot målene og bruke informasjonen til å ha styring, kontroll og sørge for læring slik at virksomheten utvikles og forbedres.

Mål: Arbeidsgruppen skal fortsette arbeidet med å utvikle og tilrettelegge for gode prosesser i virksomhetsstyringen i SSHF.

Hva skjer på dette området i SSHF: Arbeidsgruppen jobber systematisk med å utvikle rammeverket for virksomhetsstyring i SSHF. Det er etablert overordnede policydokumenter for alle områder innenfor ledelses-systemet og arbeidsgruppen er i prosess med å etablere struktur for planhierarki i foretaket. Det arbeides parallelt med strukturert oppfølging av oppdrag og bestilling i løpet av året. Det være seg bruk av dashboard for oppfølging av kvalitet, logistikk og aktivitet, i tillegg til andre dashboard for å forbedre økonomistyringen i foretaket.

Fremdriftsplan: Det er pågående arbeide med å strukturere planhierarkiet i foretaket. Dette arbeidet vil fortsette i 1. kvartal 2023. Deretter avklares forventninger til nye fokusområder med administrerende direktør. Det er flere områder innenfor forvaltning, implementering og utvikling av virksomhetsstyringen som vil være i en kontinuerlig prosess.

Ansvarlig: Virksomhetsstyringsgruppa består av repr. fra stabsavdelingene. Arbeidet ledes av kst. økonomidirektør.

DEFINISJONER

Uønskede hendelser: «En hendelse, situasjon eller vedvarende forhold som ikke er ønsket eller tilsiktet. Må ikke nødvendigvis være en skade, kan også være en «påregnelig» komplikasjon som forlenger behandlingstid, mangel på respekt og dårlig kommunikasjon med pasient og pårørende. En uønsket hendelse kan også være unnlatelse av nødvendig behandling og for lang ventetid på behandling ved alvorlige lidelser»¹⁷

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»¹⁶

Multidisiplinær: på tvers av flere medisinske spesialiteter (f.eks nevrologi, pediatri, ortopedi)

Tverrfaglig: på tvers av flere ulike profesjoner (f.eks leger, sykepleiere, radiografer, fysioterapeuter, helsesekretærer, helsefagarbeider, bioingeniører mfl)

- ¹Rexbye H, Frappart H (red.): Patientsikkerhet, UTH og risikostyring, Grundbog til sundhedsprofessionelle. FADL's forlag, 2022. s. 8
- ²Rexbye H, Frappart H (red.); Patientsikkerhet, UTH og risikostyring, Grundbog til sundhedsprofessionelle. FADL'S FORLAG 2022, s. 25
- ³Slawomirski L, Aaræen A, Klazinga N.: The Economics of Patient Safety – strengthening a value-based approach to reducing patient harm at a national level, OECD, 2017
- ⁴Policydokument Kap. 2 Kvalitet og Pasientsikkerhet, styringssystemet for SSHF
- ⁵Administrerende direktørs vedtak i møte 25.01.22
- ⁶Uønskede hendelser – policydokument
- ⁷Kohn KT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. Washington, DC: To Err is Human, Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine: National Academy Press; 1999.
- ⁸Riksrevisjonens rapport 3:2 2016 – 2017, s. 17
- ⁹[National Learning Report. Support for staff following patient safety incidents. Independent report by the Healthcare Safety Investigation Branch I2020/015](#)
- ¹⁰Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, O'Shaughnessy J, DeWit M. [Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study](#). Qual Saf Health Care 2006; 15:39–43.
- ¹¹<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge-2021-malt-med-global-trigger-tool>
- ¹²[Det er vanskelig å tenke, regne og snakke samtidig](#)
- ¹³[Riktig dobbeltkontroll kan redusere antall legemiddelfeil](#)
- ¹⁴[UKOM. Spesialiseringens pris – samhandling ved uavklarte tilstander. Publisert 16.06.2022](#)
- ¹⁵Frankel A, Haraden C, Federic F, Lenoci-Edwards J: A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care. White Paper, MA: Institute for Healthcare Improvement and Safe and Reliable Healthcare, 2017
- ¹⁶Edmondson A: the fearless organization, Creating Psychological Safety in the Workplace for Learning, Innovation, and Growth, Harvard Business School, Wiley, 2019, s. 22
- ¹⁷[Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)



Arendal
Flekkefjord
Kristiansand
906 10 600

E-post: postmottak@sshf.no

Postadresse:
Sørlandet sykehus HF
Postboks 416, 4604 Kristiansand

Besøksadresse:
Sykehusveien 1, 4838 Arendal
Engvald Hansensvei 6, 4400 Flekkefjord
Egsveien 100, 4615 Kristiansand

www.sshf.no