



Styresak 67-2015

Arbeidet med foretaksovergrepene fagprosedyrer i Nordlandssykehuset

Saksbehandler:
Kari Mathisen m.fl.

Saksnr.:
2010/1702

Dato:
08.06.2015

Dokumenter i saken:

Trykte vedlegg:

Ikke trykte vedlegg:

Styresak 54/2010 Orientering – ekstern revisjon av internkontrollsystemet og kvalitetssikringen i Nordlandssykehuset HF

Styresak 25/2011 Muntlig orientering om kunnskapsbasert praksis

Styresak 79/2012 Ekstern revisjon av internkontrollsystem og kvalitetssikring - oppfølgingsrevisjon

[RL3418 Dokumentstyring klinikkovergrepene fagprosedyrer NLSH](#)

[PR26723 Kunnskapsbaserte fagprosedyrer – metode og minstekrav for utarbeidelse NLSH](#)

Bakgrunn

Etter den eksterne revisjonen som ble foretatt i NLSH i 2010 ble det avdekket betydelige mangler ved foretakets internkontroll og kvalitetssystem. Manglene knyttet seg blant annet til kvalitetssikringen av at dokumenter som ble lagt inn i Docmap ikke fulgte fastsatte standarder for dokumentstyring og innhold. I sak 25/2011 vedtok styret at Nordlandssykehuset skulle høyne kvaliteten på pasientbehandlingen gjennom å øke fokus på kunnskapsbasert praksis. I ny ekstern revisjon i 2012 ble det fastslått at til tross for en betydelig forbedring på mange felt, var det fremdeles rom for forbedring når det gjaldt å øke organisasjonens evne og muligheter til å overføre og utnytte «beste praksis» i virksomheten.

I 2011 og 2012 ble det satt i verk ulike tiltak for å bedre kvaliteten på fagprosedyrer i NLSH. Ansatte fikk utdanning og kurs innen Kunnskapsbasert praksis (KBP). Nordlandssykehuset meldte seg inn i Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer. Det ble utarbeidet styringsdokumenter i NLSH som skal ivareta saksgang og ansvarsforhold, samt metode og minstekrav for utarbeidelse av klinikkovergrepene fagprosedyrer. I desember 2014 og februar 2015 var prosedyrearbeidet i NLSH tema i direktørens ledergruppe. I diskusjonene ble man enig om en klarere struktur og ansvarsfordeling i saksgangen med klinikkovergrepene fagprosedyrer, samt at det skulle opprettes et prosedyreutvalg med representanter fra alle klinikkene.

Kunnskapsbasert praksis (KBP)

Et viktig bidrag til forbedring av pasientsikkerhet og kvalitet er implementering av kunnskapsbasert praksis (KBP) i NLSH. I 2011 gjennomførte 35 ansatte utdanning i KBP i regi av Høgskolen i

Bergen. I 2013 tok 10 ansatte utdanningen på UiN. Ca. 40 leger/psykologer har i tillegg et to dagers "legekurs" i KBP. I tillegg er det gjennomført to kurs i "Hvordan lage gode fagprosedyrer?" Planen var at alle med utdanningen (ressurspersoner) skulle spre kunnskapen innad i sin enhet, og deretter videre til andre enheter. I 2013 foretok høgskolen i Bergen en spørreundersøkelse blant ressurspersoner omkring aktiviteten innen KBP i NLSH. Undersøkelsen viste til at det ikke blir avsatt tilstrekkelig tid til arbeidet. Ut fra tilbakemeldinger fra medarbeidere er det grunn til å tro at den kompetansen foretaket har skaffet seg på KBP er dårlig utnyttet. Graden av implementering av KBP i prosedyrearbeidet varierer sterkt i de ulike klinikkene. Med noen få unntak har utnyttelse av ressurspersoner for utarbeidelse av kunnskapsbaserte fagprosedyrer ikke fungert som ønsket. For å bli god på metodikken innen KBP trenger man mengdetrening. En manglende overordnet plan for implementering, og for lite fokus på viktigheten av KBP, har også ført til synkende engasjement hos enkelte ressurspersoner.

Tiltak som vurderes:

- Gjenoppfriske kunnskapen blant allerede utdannet/kurset personell.
- Gjennomføre kurs i "Hvordan lage gode fagprosedyrer" for helsepersonell i NLSH.
- Utnytte ressurspersoner i utarbeidelse av kunnskapsbaserte fagprosedyrer i NLSH.

Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer

NLSH er sammen med ca. 15 andre helseforetak medlem av Nasjonalt Nettverk for fagprosedyrer. Ved å samarbeide om, og standardisere prosedyrer nasjonalt, håper man å kunne oppnå tidsbesparelser og kvalitetsforbedring. Hvert helseforetak har en kontaktperson som sitter i Råd for nasjonalt prosedyrenettverk. NLSH's representant i rådet er vår lokale prosedyrekoordinator. Som medlem forplikter NLSH seg til å utarbeide to fullstendige kunnskapsbaserte fagprosedyrer per år, som leveres nettverket for nasjonal publisering.

I oktober 2013 ble det på overordnet nivå vedtatt at alle regionale helseforetak i Norge skal bidra med lønnsmidler for fire stillinger i to år for å styrke prosedyreprosjektet. Disse fire skal jobbe i et nasjonalt sekretariat i Kunnskapssenteret, og skal være tettere på miljøene som trenger støtte i prosessen med å utarbeide fagprosedyrer. I august 2014 ble det ansatt en person i Kunnskapssenteret som skal bistå Helse Nord med dette arbeidet. Et av målene er å øke den kvalitetsmessige gode prosedyreproduksjonen i helseforetakene.

Status: NLSH har per i dag ikke levert noen prosedyrer til Nasjonalt nettverk. Av to innmeldte prosedyrer i 2013 avsluttet den ene prosedyregruppen sitt arbeid på grunn av manglende avsatt tid. Den andre prosedyregruppen har brukt lengre tid enn forventet på arbeidet, men er snart klar for levering av prosedyren. Generelt kan en si at manglende avsatt tid og utfordringer med å finne deltakere til felles møtepunkter for prosedyregruppene har vært hovedårsaken til manglende levering.

NLSH er per i dag det eneste sykehus i Helse Nord som har representant i råd for Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer. Det har foreløpig vært lite bistand fra sekretariatet i Kunnskapssenteret for å styrke prosedyrearbeidet i NLSH.

Tiltak som vurderes:

- Øremerket tid i klinikkene til arbeidet med prosedyrer som skal leveres Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer.

Prosedyrekoordinators rolle

Fra februar 2013 har seksjon for pasientsikkerhet hatt 25 % stilling som prosedyrekoordinator i Nordlandssykehuset. Stillingen som prosedyrekoordinator var før dette knyttet til prosjektet med innføringen av kunnskapsbasert praksis i seksjon for kunnskapsbygging. I tillegg til å være kontaktperson mot Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer, er hovedoppgaven til prosedyrekoordinator å bistå i arbeidet med klinikkovergripende fagprosedyrer i NLSH (dvs. fagprosedyrer som er gjeldende for hele NLSH HF).

I følge funksjonsbeskrivelsen skal NLSHs prosedyrekoordinator:

- Sørge for korrekt saksgang i forbindelse med intern høring, godkjenning, varsling og identifisering av prosedyrer som skal slettes/arkiveres.
- Veilede prosedyregruppene i forhold til arbeidsprosess og gjeldene krav til prosedyreskriving.
- Veilede prosedyregruppene i bruk av metodikk innen KBP.
- Veilede prosedyregruppene med utfylling av metoderapport til kunnskapsbaserte fagprosedyrer.
- Etter innspill fra klinikkene, identifisere prosedyrer i NLSH som bør/kan gjøres klinikkovergripende.
- Foreslå innhenting av prosedyrer fra Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer.
- Holde oversikt og orden i prosedyrebanken for klinikkovergripende fagprosedyrer.
- Lede og koordinere møter i prosedyreutvalget.

Utfordringer:

Arbeidet som lokal prosedyrekoordinator har vist seg å kreve mer ressurser enn det som så langt har vært avsatt til dette arbeidet. Det vil i tiden fremover bli utarbeidet en plan for hvordan dette arbeidet skal videreføres. I dette ligger også hvordan dette arbeidet skal organiseres vis a vis andre staver og klinikker.

Klinikkovergripende fagprosedyrer

Klinikkovergripende fagprosedyrer er fagprosedyrer som gjelder for flere organisatoriske klinikker og flere fagmiljø. Det å heve fagprosedyrer til høyeste nivå i NLSH har flere fordeler:

- Begrense antall prosedyrer i Docmap og dermed sikre enhetlig praksis der dette er naturlig og ønskelig.
- Sikre at prosedyrer blir utformet av foretakets til enhver tid mest kompetente fagfolk på hvert område.
- Kvalitetssikring av utviklingen av prosedyreverket.

Mot slutten av 2012 ble det, etter føringer fra medisinsk direktør, innført nye retningslinjer for utarbeidelse av klinikkovergripende fagprosedyrer. Prinsippene for Kunnskapsbasert praksis (KBP) skal ligge til grunn for klinikkovergripende fagprosedyrer. Styringsdokumenter og skjema for utarbeidelse av slike prosedyrer ble lagt i en egen dokumentsamling; *DS7805 Utarbeidelse av fagprosedyrer*. Forslag til utarbeidelse av nye fagprosedyrer, og heving av gjeldende fagprosedyrer til klinikkovergripende nivå, kommer fra klinikkene, kvalitetsutvalg og enkeltpersoner til medisinsk direktør eller fagsjef som vurderer behov for klinikkovergripende prosedyre.

Medisinsk direktør har til sammen gitt organisasjonen **20 oppdrag** om klinikkovergripende fagprosedyrer. Fem av prosedyrene skal også leveres Nasjonalt Nettverk for fagprosedyrer. I

forbindelse med det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet er det utarbeidet åtte fagprosedyrer som er gjort klinikkovergripende. Sju av disse er hentet inn fra nasjonalt nettverk for fagprosedyrer og lokalt tilpasset NLSH.

Tabell 1. Fordelingen av prosedyreoppdrag per klinikk og en beskrivelse av hvor i prosessen arbeidet er kommet.

Mottaker:	Antall	Fullført	Under utarbeiding	Arbeid ikke startet	Stoppet
AKUM	4	1	1	2	
MED	6	1	2	2	1
KIRORT	5	2	1	2	
KBARN	1				1
Seksjon for kunnskapsbygging	2	1	1		
PHR	1		1		
Seksjon for pasientsikkerhet	1		1		
Totalt	20	5	7	6	2

Fagprosedyrer knyttet opp mot innsatsområdene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet har det vært jobbet godt med og alle er ferdigstilt. Andre prosedyreoppdrag har hatt liten framdrift og arbeidet har vært drevet framover av enkelte enkeltpersoner. Dette skyldes flere faktorer:

- Metode og minstekrav til kunnskapsbaserte fagprosedyrer kan i noen sammenhenger virke for strenge og gjør arbeidet svært ressurs- og tidkrevende.
- Manglende involvering fra ledernivå i klinikk og enheter som gjør ansvarslinjene utydelige og skaper usikkerhet rundt organiseringen av arbeidet.
- Manglende struktur i saksgang for klinikkovergripende fagprosedyrer inkludert manglende fremdriftsplaner for arbeidet
- Utfordringer med å holde en jevnlig kommunikasjon mellom lokal prosedyrekoordinator og prosedyregruppen i klinikken.
- Utfordringer med å få avsatt tid til prosedyrearbeid.
- Medarbeidere med utdanning innen kunnskapsbasert praksis blir i noen tilfeller ikke inkludert i arbeidet med klinikkovergripende fagprosedyrer i klinikken.

Tiltak som vurderes:

- Revidere gjeldende styringsdokumenter for fagprosedyrer. Vurdere å differensiere krav til kunnskapsbasering av fagprosedyrer som skal gjelde for NLSH, dvs. følge færre krav i AGREE-instrumentet (klassifikasjonssystem for krav til fagprosedyrer).
- Klinikkleidelsen i aktuell klinikk får ansvaret med å nedsette en prosedyregruppe for hvert prosedyreoppdrag, og utpeke en leder av gruppen. Lederen av gruppen kontakter prosedyrekoordinator for veiledning av arbeidsprosess og gjeldende krav. Det utarbeides en kort og konkret fremdriftsplan for arbeidet som oversendes fagsjef.
- Prosedyregruppen må inkludere minst en person med utdanning/kurs i KBP.

Prosedyreutvalg

I direktørens ledergruppe 24.2.15 vedtok direktøren å opprette et prosedyreutvalg med en representant fra hver klinikk, en representant fra seksjon for kvalitetssystemer, ikt og prosessstøtte (KIP) og en representant med forskningsbakgrunn. Av de 11 representantene som er oppnevnt har fire personer utdanning og/eller kurs i KBP. Prosedyrekoordinator leder utvalget. Prosedyreutvalget skal være et rådgivende organ for arbeidet med klinikkovergripende fagprosedyrer. Målet er å definere prosedyrer som er felles for foretaket. Utvalget skal også bidra med å definere hvilke prosedyrer som skal meldes inn til Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer. Utvalget skal ha møter fire ganger i året og rapportere direkte til fagsjef. Det er til nå avholdt ett møte hvor det bl.a. ble konkludert med at alle kommer med forslag til akuttmedisinske fagprosedyrer som bør prioriteres revidert og løftet til foretaksovergripende prosedyrer.

Direktørens vurdering:

Direktøren erkjenner at arbeidet med å sikre kvalitativt gode fagprosedyrer er krevende. Aktuell orientering viser at vi har utfordringer på systemsiden. Foretaket har ennå ikke klart å etablere et godt nok system og klare nok ansvarslinjer rundt utarbeidelsen av klinikkovergripende fagprosedyrer. Den andre hovedutfordringen berører innholdet i fagprosedyrene som faktisk produseres. Vi har i for liten grad klart å nyttiggjøre oss den kompetansen foretaket har tilegnet seg innen kunnskapsbasert praksis (KBP).

Direktøren erkjenner også at når det gjelder KBP, haster det å sørge for vedlikehold og oppdatering. Kunnskap er en ferskvare, og metodekunnskap krever praktisk utøvelse. Samtidig må vi ta på alvor at de siste års økonomiske krav og innføring av mange store utviklings- og kvalitetsprosjekter med bred deltakelse har stilt betydelige krav til streng prioritering i klinikkene. Selv om foretaket er stort, har det enkelte fagmiljø et begrenset antall hoder til rådighet.

Kompetente fagfolk utgjør sammen med kvalitativt gode fagprosedyrene den kanskje fremste garantien for at pasientene får den behandling og pleie de har behov for og krav på. Det er derfor av avgjørende betydning at dette arbeidet ikke stopper opp, men sikres nødvendige rammer og livsvilkår. Prosedyrekoordinator legger i saken fram en rekke mulige tiltak for hvordan arbeidet kan sikres nødvendig framdrift og vitalitet. Direktøren ser nødvendigheten av at tiltakene gjennomføres for sikre en god nok organisering av og fokus på arbeidet med klinikkovergripende fagprosedyrer.

Innstilling til vedtak:

1. Styret tar saken til orientering