

STRATEGI OG HANDLINGSPLAN FOR KVALITET OG PASIENTTRYGGLEIK

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

2020-2023



KVIFOR?

**Behov for tydeleg leiing med
fokus på kvalitet**

Endring tar for lang tid

Manglande læring på tvers

**Framleis for mange
pasientskadar og uønskte
hendingar**

KVEN?

**Målgruppa er i hovedsak alle
leiarar og tilsette i
Helse Møre og Romsdal HF**

NÅR?

2020-2023

OVERORDNA MÅL

Vi ønsker å skape ei verksemd som over tid held fokus på kvalitet og pasienttryggleik, der vi reduserer talet på pasientskadar og betrar pasienttryggleiks-kulturen.

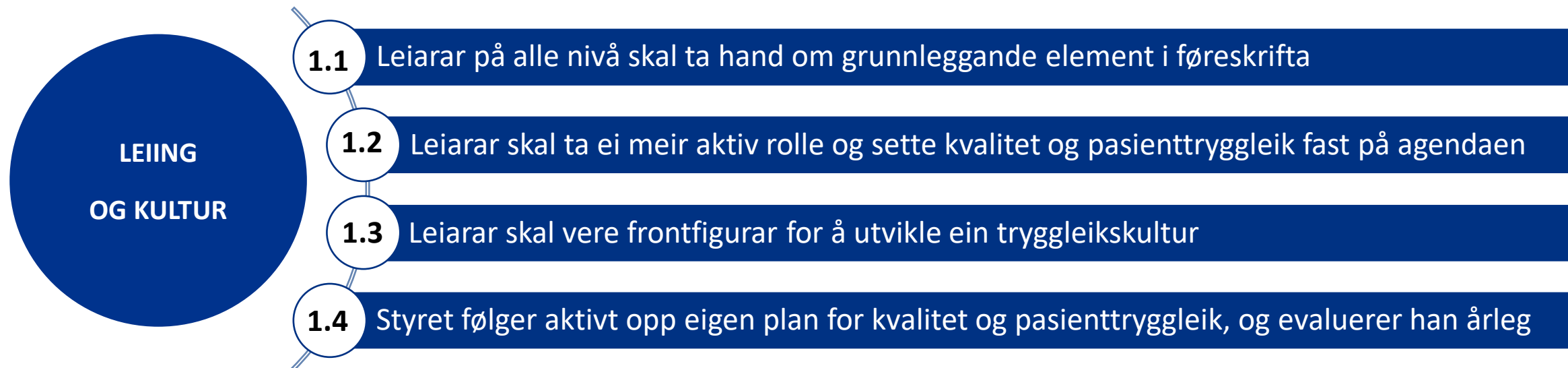


#1:TYDELEG LEING MED FOKUS PÅ KVALITET OG OPENHEIT

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

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

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



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

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

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

ARENA FOR LÆRING

- 2.1 Leiarar skal sørge for systematisk evaluering, refleksjon og erfaringsdeling
- 2.2 Leiarar skal sørge for at forbetringar i eiga eining vert synliggjorde
- 2.3 Evaluere føremål i etablerte møtearenaer. Evt. slå saman ulike kvalitet- og HMS- fora
- 2.4 Etablere tverrfaglege nettverk for å utnytte kompetanse på tvers (t.d.: forbetringsagentar)
- 2.5 Digital innhenting og bruk av pasient- og pårørandeerfaringar frå det enkelte opphald

#3:BYGGE KOMPETANSE I KVALITETSFORBETRING

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

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

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

BYGGE KOMPETANSE

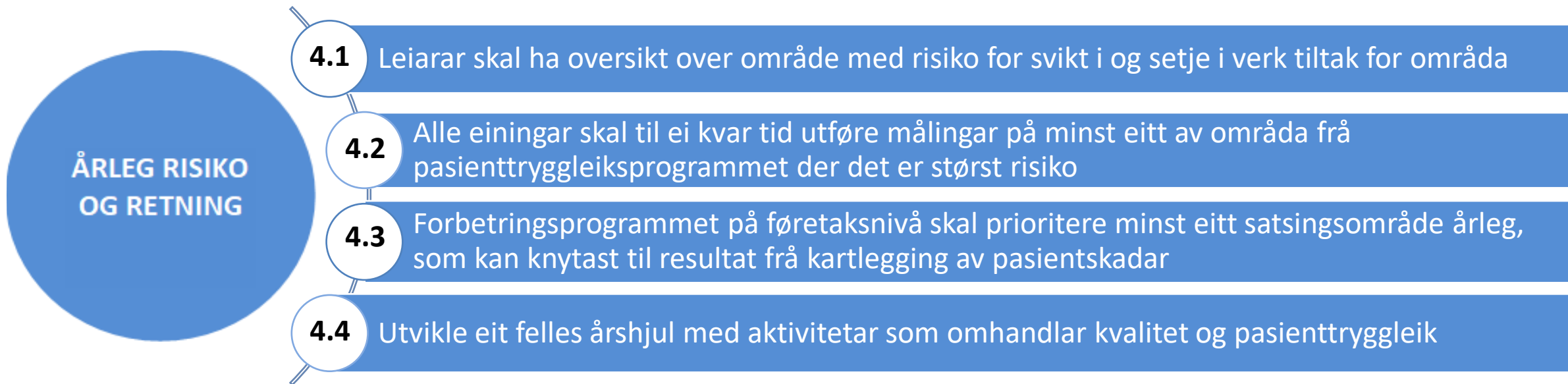
- 3.1 Utvikle og implementere opplæringsplan og læringsaktivitetar i kontinuerleg forbetring
- 3.2 Utvikle og gjennomføre opplæring og rettleiing av LIS 2 og 3 i forbetningsprosjekt
- 3.3 Gjennomføre årleg styreseminar med fokus på kvalitet og pasienttryggleik
- 3.4 Prioritere kompetansetiltak som til dømes utdanningar av «forbetningsagentar».
- 3.5 Utvikle eit felles leiaropplæringsprogram «Kvalitet i leiing»

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

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

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

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



LEIING
OG
KULTUR

- 1.1 Leiarar på alle nivå skal ta hand om grunnleggjande element i føreskrifta. Ei heilskapleg vurdering gjennomførast i leiinga sin gjennomgang årleg.
- 1.2 Leiarar skal ta ei meir aktiv rolle i oppfølginga av kvalitet og pasienttryggleik
- 1.3 Leiarar skal i ord og åtfærd vere frontfigurar for å utvikle ein kultur som fremmar openheit, tillit, samarbeid og læring
- 1.4 Styret følger aktivt opp eigen plan for kvalitet og pasienttryggleik, og evaluerer han årleg.

ARENA
FOR
LÆRING

- 2.1 Leiarar skal sørge for systematisk evaluering, refleksjon og erfaringsdeling.
- 2.2 Leiararar skal sørge for at forbetningshistorier og læringshistorier vert synleggjorde minst ein gong i året.
- 2.3 Evaluere etablerte arenaer som kvalitetsråd og KPU. Kartlegge mogelegheiter for å slå saman ulike kvalitet- og HMS- forum.
- 2.4 Etablere tverrfagleg nettverk på føretaksnivå samansett av ressurspersonar med kompetanse og ansvar for utvalde område
- 2.5 Ta i bruk standardiserte rutinar for digital innhenting og bruk av pasient-, brukar- og pårørandeerfaringar

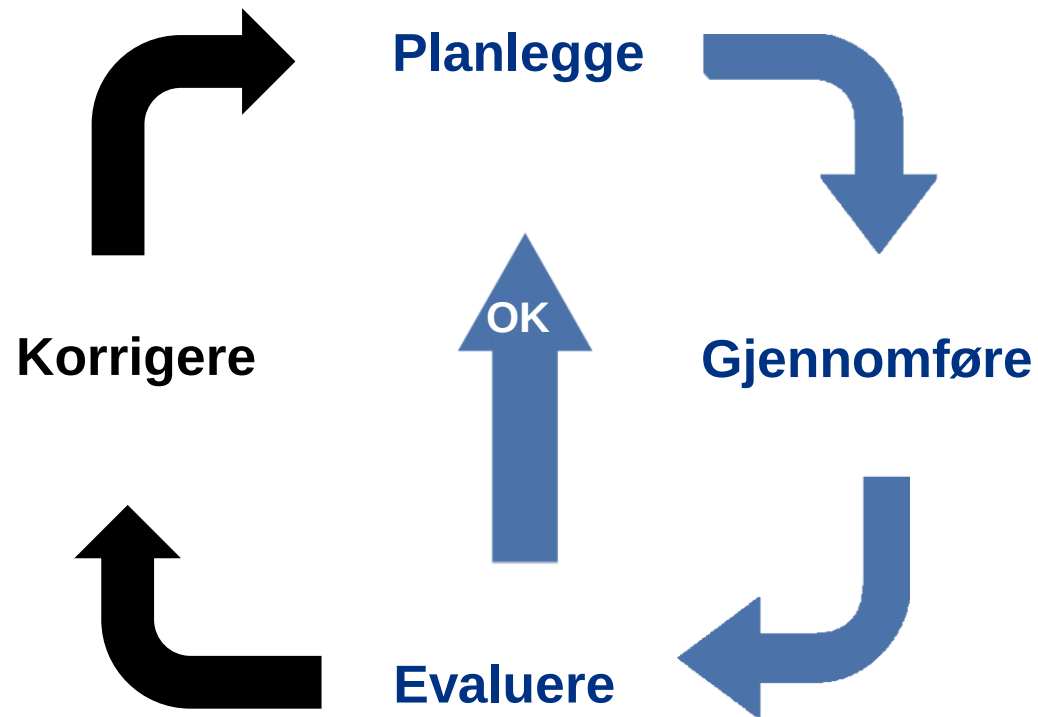
BYGGE
KOMPETANSE

- 3.1 Utvikle og implementere opplæringsplan og læringsaktivitetar for å sikre systematisk opplæring i kontinuerleg forbetring
- 3.2 Utvikle og gjennomføre jamleg opplæringsprogram og rettleiing av LIS 2 og 3 i kliniske forbetningsprosjekt
- 3.3 Gjennomføre årleg styreseminar med fokus på kvalitet og pasienttryggleik
- 3.4 Prioritere tid og ressurser til eksterne kompetansetiltak som til dømes nasjonale og nordiske utdanningar av «forbetningsagentar».
- 3.5 Utvikle eit felles leiaropplæringsprogram, «Kvalitet i leiing» på føretaksnivå.

ÅRLEG
RISIKO
OG
RETNING

- 4.1 Leiarar skal ha oversikt over område med risiko for svikt og setje i verk tiltak for områda knytte til uakseptabel risiko.
- 4.2 Alle kliniske einingar skal til ei kvar tid utføre målingar på minst eitt av innsatsområda frå pasienttryggleiksprogrammet.
- 4.3 Forbetningsprogrammet på føretaksnivå skal prioritere minst eitt satsingsområde årleg, som kan knytast pasientskadar.
- 4.4 Utvikle eit felles årshjul med aktivitetar som omhandlar kvalitet og pasienttryggleik

Styring og oppfølging

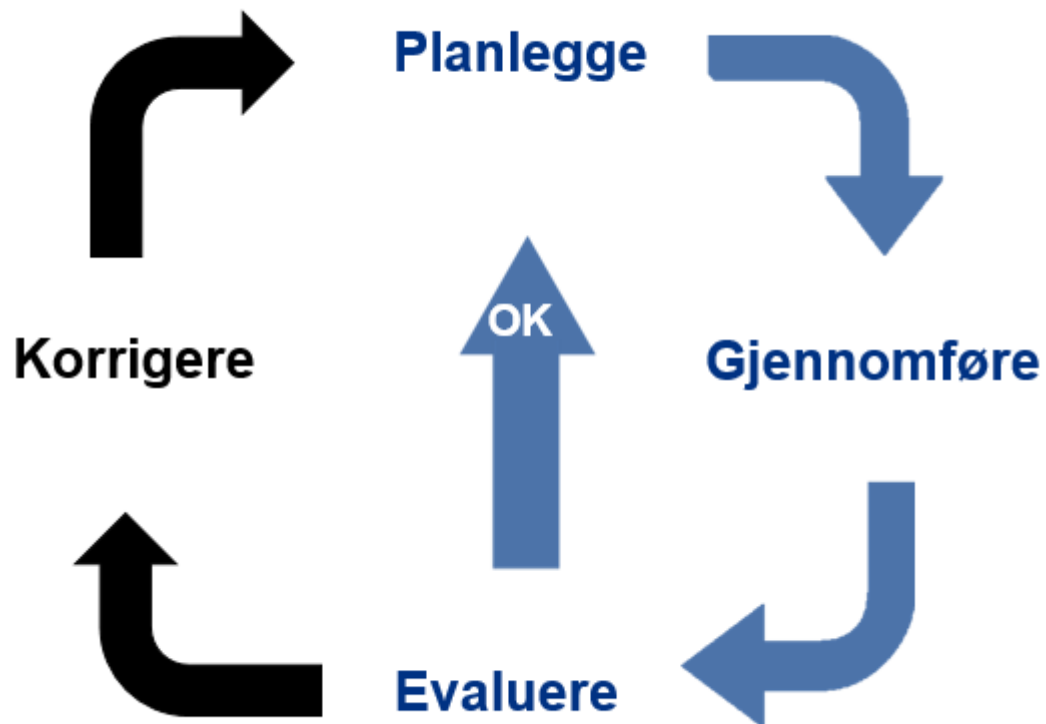


Planen på overordna nivå skal **«eigast» av KPU-** kvalitet og pasienttryggleiksutvalet, med jamnleg oppfølging og evaluering.

Alle leiarar ved HMR har **ansvar** for å ta stilling til- korleis dei aktuelle tiltaka skal gjennomførast og evaluerast **månadleg**. Sentralt fora; leiarråd, kvalitetsråd

Styret og brukarutvalet får orientering om framgang **to gongar årleg**.

Implementering og prosesstøtte



Fagavdelinga ved Helsetjenesteutvikling har ansvar for å

- skape en felles forståing og tilslutning til den strategiske planen i styret, stabseiningane og leiarlinja
- leggje til rette for at aktørane i linja har læringsaktivitetar og rettleiing for å gjennomføre tiltaka

Milepælsplan

2020

2021

2022

2023

LEIING
OG KULTUR

LEIING MED
FOKUS PÅ
KVALITET OG
OPENHEIT

1.1 vi ivaretek deler av føreskrifta

1.1 vi ivaretek ALLE deler av føreskrifta

1.2 vi har kvalitet fast på agenda

1.3 vi er frontfigurar for ein god tryggleikskultur

1.4 styret anvender og evaluerer plan for kvalitet og pasienttryggleik

ARENA
FOR
LÆRING

ETABLERE OG
STYRKE ARENAER
FOR LÆRING OG
DELING AV
ERFARING

2.1 vi har systematisk evaluering etter akutte-/uønskete hendingar

2.2 forbetringar i eiga eining er synleggjorde

2.3 møtearenaer evaluert

2.4 tverrfaglege nettverk etablert (t.d.forbetringsagentar)

2.5 etablert rutinar for digitale tilbakemeldingar frå pasient

BYGGE
KOMPETANSE

BYGGE
KOMPETANSE I
KVALITETS-
FORBETRING

3.1 Opplæringsplan ferdig

3.1 Læringsaktivitetar tilgjengeleg

3.1 Opplæring og aktivitetar er nyttast aktivt

3.2 Opplæringsprogram for LIS 2 og 3 ferdig

3.2 Opplæring og rettleiing av LIS 2 og 3 er pågår

3.3 Årleg styreseminar gjennomført med fokus på kvalitet og pasienttryggleik

3.4 Forbetringsagentar er under utdanning

3.4 Kvalitet i leiing utviklast

3.4 Kvalitet i leiing test

3.4 Kvalitet i leiing etablert

ÅRLEG RISIKO
OG RETNING

ÅRLEG RETNING
MED
UTGANGSPUNKT I
RISIKO OG
MOGLEGHEITER

4.1 Vi har oversikt over område med risiko for svikt

4.1 Aktiv risikostyring etablert

4.2 Alle einingar har oversikt over pasientrisiko og reduserer risiko

4.3 forbetringsprogrammet prioriter årleg eit område knytta til kartlegging av pasientskadar

4.4 årshjul etablert og i bruk