



Direktøren

Styresak 3-2014

Statusrapport om operasjonalisering av foretakets strategi for kvalitet og pasientsikkerhet - klinikkvise parametre

Saksbehandler:

Jan Terje Henriksen

Saksnr.:

2010/1702

Dato:

11.02.2014

Dokumenter i saken:

Trykt vedlegg:

Ikke trykt vedlegg:

Sakens formål

Denne saken skal gi styret en statusoppdatering på arbeidet med å operasjonalisere foretakets strategi for kvalitet og pasientsikkerhet (styresak 41/2013). I denne saken brukes begrepet kvalitetsparameter også om et parameter som gjelder pasientsikkerhet. Det som presenteres i denne styresaken er først og fremst en foreløpig oversikt over nyutviklede overordnede kvalitetsparametere for hver klinikk. Disse klinikkvise kvalitetsparametrene kommer ikke til erstatning for nasjonale kvalitetsindikatorer som Nordlandssykehuset HF måles på. Hensikten med de aktuelle klinikkvise kvalitetsparametrene er å trekke frem områder som de ulike klinikkene ønsker å ha et særlig fokus på og som de ønsker å forbedre. Parametrene er nyutviklet og det er ennå ikke utviklet mål for det enkelte parameter. Når saken nå legges frem for styret uten dette er det både for å gi et bilde av den relativt omstendelige prosess som ligger bak operasjonalisering av vår strategi for kvalitet og pasientsikkerhet og for at styret skal få anledning å stille spørsmål til enkeltparametre og til prosessen fremover. Forbedring av kvalitet er de mange små skrittets veg.

Bakgrunn

Som ledd i den videre operasjonalisering av strategien skal Nordlandssykehuset arbeide blant annet med utvikling og oppfølging av måleparametre. Kvalitet beskrives ofte gjennom struktur-, prosess- og resultatparametre. I arbeidet med utformingen av måleparametre er det spesielt to elementer som har blitt fremtredene. Det ene er at mange av måleparametrene vil til å begynne med få et mer prosessuelt preg og det andre er at operasjonaliseringen vil være på tre nivåer i organisasjonen, hhv avdeling/enhet, klinikk og foretaksnivå. Kvalitetsparametre for de enkelte avdelinger og enheter vil bli presentert i en senere styresak om kvalitetstavler.

Den vedtatte strategien for kvalitet og pasientsikkerhet ved Nordlandssykehuset HF 2013 – 2017 har fire fokusområder:

1. Pasientbehandling
2. Pasienttilfredshet og brukervedvirkning
3. Forskning og utdanning
4. Våre ansatte – vår viktigste ressurs.

Målsetningen er å få frem kvalitetsparametere for hver enkelt klinikk innenfor disse områdene for deretter å velge et utvalg av disse som fellesparametre for foretaket som identifiserer og synliggjør foretakets utvidede satsning på kvalitet og pasientsikkerhet.

Foretakets strategidokument for kvalitet og pasientsikkerhet skal være et dynamisk dokument som bidrar til et kontinuerlig fokus på kvalitet og pasientsikkerhet i hele organisasjonen gjennom gyldighetsperioden. Det vil i det følgende bli rapportert på målsetninger innenfor kvalitet og pasientsikkerhet som er felles for alle klinikkene, dernest vil det bli gjennomgått målsetninger som er spesifikke for hver klinikk. Kvalitetsparametere rapporteres i en eller begge kategorier, prosess og resultatindikatorer. Klinikkene arbeider nå med beskrivelser og planer for hvilke tiltak som skal iverksettes for å nå disse målsetningene. Operasjonalisering av tiltak er under gjennomføring i klinikkene i den grad tiltakene ikke dekkes av spredningen av tiltakspakkene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet.

Ad strategiens fokusområder

1. Pasientbehandling

Det er etablert en spredningsplan for de ulike tiltakspakkene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. Denne planen gjennomføres i de enkelte klinikker gjennom 2014. Målinger av effekten av disse tiltakspakkene dekkes overordnet gjennom GTT målinger gjennomført av foretakets 7 GTT- team i tillegg til dedikerte målinger for hver enkelt tiltakspakke i den enkelte avdeling/enhet. Klinikkene sammen med foretaksledelsen følger dette opp i de klinikkvise oppfølgingsmøtene hvor status for drift av tiltakspakkene, resultater og oppfølgingsplaner også gjennomgås.

2. Pasienttilfredshet og brukervedvirkning

Flere klinikker er i gang med pasienttilfredshetsundersøkelser på enkelte enheter. Dette arbeidet har så langt ingen systematisk eller ledelsesstyrt overbygning på foretaksnivå. Det er opp til de enkelte klinikker å lage, gjennomføre og analysere pasienttilfredshetsundersøkelsene. For å avklare om dette arbeidet bør struktureres strammere vil det i første halvår 2014 gjøres en kartlegging av de pasienttilfredshetsundersøkelser som er gjennomført og/eller pågår i Nordlandssykehuset HF. Hvilke erfaringer enheter har gjort seg med ulike spørsmål, svarprosent, tiltak og forbedringsarbeid basert på undersøkelser m.v. I løpet av første halvår skal klinikkene også kartlegge i hvilke enheter de mener det er hensiktsmessig å gjennomføre pasienttilfredshetsundersøkelser, angi hyppighet av undersøkelser og hvorvidt undersøkelsene skal benyttes som "temperatur" målinger og/eller aktivt i forbedringsarbeid. PasOpp undersøkelsen for Nordlandssykehuset HF med resultater for 2012 viser kun mindre endringer fra 2011. Det området som har størst forbedringspotensial men hvor Nordlandssykehuset også har størst fremgang, er i kommunikasjon mellom ansatte, pasienter og pårørende. Nordlandssykehuset hadde en score på 69 mot landsgjennomsnittet på 69,8. I Nordlandssykehusets strategi for kvalitet og pasientsikkerhet står det at vi innen utgangen av 2017 skal ligge blant de 30 % beste foretakene i PasOpp undersøkelsen.

Det ble i 2013 gjennomført en evaluering av brukervedvirkning ved Nordlandssykehuset. Det er igangsatt en prosess hvor brukerutvalget sammen med enkelte klinikkjefer, samhandlingskoordinator og noen staber skal utvikle en "verktøykasse". Verktøykassen antas å være utviklet innen høsten 2014. Dette arbeidet bygger på at effektiv brukervedvirkning etter all sannsynlighet vil være ulik i ulike klinikker. Permanente tiltak og ordninger vil bli lagt frem for styret senere i 2014.

3. Forskning og utdanning

Det er en løpende dialog mellom avdeling for forskning og pasientsikkerhet ved forskningsseksjonen og klinikkene for å kartlegge ulike behov for å stimulere til mer forskning.

Målsetningen er å utvikle Forskningsseksjonen slik at den bidrar til en økt forskningsaktivitet i samtlige klinikker. Det er også et samarbeid mellom forskningsseksjonen og seksjon for kunnskapsbygging for å tilby kurs som både sikrer oppbygging av bedre kompetanse ved nordlandssykehuset innen arbeid med både forskningssøknader til eksterne finansieringskilder og innen utarbeidelse av manuskripter til internasjonale tidsskrift. Et av disse tiltakene vil være å restarte forskerskolen¹ i løpet av våren 2014. Et annet tiltak er at det ansettes en seniorforsker i 100 % stilling fra sommeren 2014 samt en 50 % rådgiver i forskningsseksjonen. Disse skal blant annet ha ansvar for veiledning både innen søknadsskriving og utarbeidelse av vitenskapelige artikler til internasjonale tidsskrift. Antallet disputaser har de siste årene vært ca en årlig. Målsetningen er å doble dette til to disputaser pr år ved Nordlandssykehuset innen 2017.

4. Våre ansatte

I tillegg til ledersamling med tema ”lederteam” og planlagt kompetansekartlegging for de enkelte enheter i foretaket i regi av HR avdelingen er det allerede gjennomført to allmøter med enhetsledere i Bodø, Lofoten og Vesterålen i forbindelse med spredningsplanen for tiltakspakkene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. Møtene har vært arrangert fra Bodø med videooverføring til Lofoten og Vesterålen. Overføringene har ikke vært uten problemer og det jobbes nå aktivt for å sikre at informasjonsmøter som inkluderer Bodø, Lofoten og Vesterålen samtidig kan gjennomføres på en tilfredsstillende måte. I den vedtatte strategien for kvalitet og pasientsikkerhet inngår at foretaket skal etablere et ledernetverk. I løpet av de siste månedene har man rettet økt fokus mot opplæring av enhetsledere. Enhetslederne er sentrale i få innført tiltakspakkene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. Vår erfaring er at det nå gradvis begynner å bli en ”bottom up” prosess hvor enhetslederne engasjerer seg aktivt i både innføring, justering og i økende grad lykkes med å få pasientsikkerhetsarbeidet til å bli en naturlig del av arbeidshverdagen. Spesielt innen arbeidet med utvikling av avdelingsvise kvalitetsparametre og kvalitetstavler ser vi et begynnende og bredt engasjement hos ansatte i kjernevirksomheten.

Klinikkvise kvalitetsparametere for kvalitet og pasientsikkerhet

I det følgende vil det bli beskrevet enkelte klinikkvise kvalitetsparametere. Her har klinikkene blitt forespurt å velge ut områder i relasjon til strategi for kvalitet og pasientsikkerhet som vil få et særlig fokus for tiltak og oppfølging. Det er stor variasjon både i tematikk, målbarhet og fokus i utvalget av fokusområder/parametre. Arbeidet med disse parametrene har avdekket to områder som flere klinikker ønsker å få økt fokus på. Ett av disse områdene er også identifisert som et pasientsikkerhetsrisikoområde under direktørens pasientsikkerhetsvisitt.

Felles områder

- Ernæringscreening
- Rett ID-merking av pasienter.
 - Få slutt på utlån av personlig barkode/autorisasjon
 - Få slutt på scanning av barkode på løse dokument og ikke armbånd
 - Sikre merking av prøverør med pasient ID og med rett pasient ID

Det vil i 2014 bli utarbeidet en plan for hvordan dette arbeidet skal gjennomføres med dertil tilhørende tidsplan.

¹ Felles undervisning i forskningsmetodikk på grunnlag av informasjon om den nye helseforskningsloven. I tillegg har forskerskolen til hensikt å utvikle motivasjon og interesse for forskning ved Nordlandssykehuset. Målgruppen er legespesialister, leger i spesialisering (pålagt undervisning), psykologer og andre grupper som arbeider med/i forskningsrettede tiltak eller har interesse for temaet.

Medisinsk klinikk

- Kvalitetssikre pasientforløp for å redusere ventetider for ulike pasientgrupper
- Redusere antall korridorpasienter
- Redusere antall fristbrudd – tiltak for spesifikke fagområder
- Gjennomføre pasienttilfredshetsundersøkelser på alle enheter 2 ganger pr år

Kirurgisk ortopedisk klinikk

- Redusere ventetider og unngå fristbrudd
- Modernisering av kirurgisk pasientforløp – redusere ventetider, liggetider og mer effektive forløp og mer effektiv utnyttelse av operasjonsstuer. Dette arbeidet har pågått siden 2011.
- Samarbeid med primærhelsetjenesten – A5 pilot for elektronisk omsorgsmelding
- Redusere strykprosent til under 7 %
- Unngå korridorpasienter
- Redusere restanse på innsending av meldinger til Kreftregisteret
- Redusere tid fra mottak til behandling av henvisninger
- Klinikken skal til enhver tid ha en PhD kandidat
- Innføre pasienttilfredshetsundersøkelser på alle enheter med pasientkontakt

Hode og bevegelsesklinikken

- Tiltakspakke hjerneslag
 - 2014 90 % av pasienten har full score (dvs 100 poeng på sjekkliste hjerneslag og da har de oppfylt alle ønskelige punkter).
 - 2015 95 %, 2016 95 %
- Tiltakspakke urinveisinfeksjon (UVI):
 - 2014 95 % skal ha blærekateter med indikasjon
 - 2015 100 % skal ha blærekateter med indikasjon
- Antall UVI: Mål for prosenttall for antall UVI:
 - Redusere antall UVI med 30 % i 2014 ift 2013 nivå (Helsetjenesteassosierte UVI).
 - redusere antall UVI med 50 % i 2015 (Helsetjenesteassosierte UVI)
- Door-to-needle time²(DTN):
 - 2014 90 % skal ha DTN under 30 min
 - 2015 95 % skal ha DTN under 30 min
 - 2016 95 % skal ha DTN under 30 min

² Den tid det tar fra en hjerneslagpasient ankommer sykehuset (akuttmottak), til utredning foreligger om dette er en kandidat for trombolysbehandling eller ikke. Dvs. vedkommende har fått tatt nødvendig CT, blodprøver, annen medisinsk status. Dersom det blir stadfestet at dette er et hjerneslag og ingen blødning så får pasienten trombolysbehandling for å løse opp "proppen" som forårsaket hjerneslaget. Alt dette skal skje på maksimum 30 min internt på sykehuset. Dette har Nordlandssykehuset fått til et veldig godt system på. Mer inngående: les: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/34495>

Kvinne/ barnklinikken

Gyn/føde:

- Reduksjon på 10 % i blødninger under fødsel/forløsning
- Perinealruptur grad III-VI skal være på under 1,5 %.
- Startet spørreundersøkelse hos barselkvinner i januar 2014. Føde/barsel i Bodø kom dårligere ut en landsgjennomsnittet på disse punktene:
 1. Rammer og organisering under barseloppholdet.
 2. Ivaretagelse av partneren

Undersøkelsen vil evaluere tiltakene som er iverksatt for å bedre punkt 1 og 2 ovenfor og eventuelt justere disse for å få ønsket effekt

Barn:

- Medikamenthåndtering. Flertall av avviksmeldinger på alle enheter Barn gjelder avvik i forhold til medikamenthåndtering. På barnemedisin er det utarbeidet et opplegg i samarbeid med farmasøyt. Dette opplegget skal alle enheter på barn følge og gjøre registreringer i forhold til. Nasjonale blandekort for medikamenter til barn tatt i bruk. Det telles antall avvik, meldt til kunnskapssenteret, sykepleier eller lege, dager siden forrige avvik.

Diagnostisk klinikk

- Alle enheter i klinikken skal utvikle egne kvalitetsindikatorer iht prosedyre PR33572 Kvalitetsindikatorer Diagnostisk klinikk, 75 % innen 1 halvår 2014, fra og med 2 halvår og til 2017 100 %
- Elektronisk rekvirering av laboratorietjenester, testing mot primærhelsetjenesten Q1-2014, 70 % 2 halvår 2016
- ISO 1589 akkreditering av blodbanken innen utgangen av 2014
- Oppnå gruppe 1 status for radiologi utdanning innen 1 halvår 2016
- Øke andel autoriserte helsesekretærer i laboratoriemedisinsk avdeling med 2 personer årlig t.o.m. 2016, dvs til sammen 6.
- Utvikle og videreføre kurs hvert halvår i internkontroll og Docmap
- Gjennomføre felles personalmøter i klinikken fem ganger per år
- Utvikle felles pasienttilfredshetsundersøkelse i diagnostisk klinikk inkl å se på omfang og hyppighet, utvikles første halvår 2014
- Utvikle tilfredshetsundersøkelse om samarbeidspartnere i løpet av første halvår 2014

Psykisk helse og rus klinikken

- Utrednings- og behandlingsplan skal dokumenteres i journal innen 24 timer ved innleggelse i døgnenhet og innen 3. konsultasjon for poliklinikker.
- Suicidalvurdering skal dokumenteres i innkomstnotat og ved utskrivning/avslutning av behandlingsserie.

Prehospital klinikk

- Antall triagerte pasienter etter RETTS-prinsippet, 95 %
- Redusert liggetid i akuttmottaket
- Når MEWS (Modified Early Warning Score) er ferdig innført i Obs post, begynne målinger av antall pasienter som blir fanget opp ift vitalparametere

Direktørens vurdering

Det å skulle levendegjøre foretakets strategiske dokument for pasientsikkerhet og kvalitet 2013-2017 er utfordrende. Målsetningen har vært at det skal danne basisen for et aktivt arbeid for å bedre kvaliteten og pasientsikkerheten i Nordlandssykehuset HF de kommende årene. Forbedringsarbeid er et kontinuerlig arbeid, der man etter hvert som noen mål oppnås vil sette seg nye mål eller vil måtte revidere de gamle målene. Styret vil derfor innen overskuelig fremtid ikke få seg forelagt en endelig sluttrapport, men heller regelmessige statusrapporter. Direktørens vurdering er at det engasjementet som klinikkene viser i utarbeidelsen av de klinikkvise parametrene for kvalitet og pasientsikkerhet, viser at foretaket i økende grad lykkes i å forankre kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet bredt i organisasjonen. De foreslåtte parametrene vurderes som et godt utgangspunkt for videre forbedringsarbeid i klinikkene til tross for stor spredning både i type (struktur-prosess-resultat) og fokus. Direktøren vil gjennomgå de utvalgte områdene sammen med foretaksledelsen i et forsøk på å identifisere om noen av områdene kan være felles fokusområder for hele foretaket. Videre vil klinikkene få i oppdrag å spesifisere både mål, tidsrammer og relevante forbedringstiltak knyttet til de enkelte satsningsområdene.

Innstilling til vedtak:

1. Styret er fornøyd med det foreløpige arbeidet som er gjort i oppfølgingen av den vedtatte strategi for kvalitet og pasientsikkerhet.
2. Styret ber om regelmessige statusrapporter knyttet til oppfølging av ”Strategi for kvalitet og pasientsikkerhet 2013-2017”

Avstemming:

Vedtak: