



Styresak 34-2014 Utvikling av kvalitetstavler i NLSH HF

Saksbehandler:

Hilde Normann, Seksjon for pasientsikkerhet, AFFP

Saksnr.:

2010/1702

Dato:

22.04.2014

Dokumenter i saken:

Trykt vedlegg: Lokale kvalitetsparametre - Kvalitetstavler i Nordlandssykehuset, *Rapport fra seksjon for pasientsikkerhet*

Ikke trykt vedlegg: [Styresak 42/10](#) [Protokoll](#)
[Styresak 33/2013](#) [Protokoll](#)
[Styresak 72/2013](#) Utvikling av kvalitetstavler i NLSH [Protokoll](#)
[RL3930 Kvalitetstavler NLSH](#)

Bakgrunn

Etablering av lokale kvalitetsparametre var et av tiltakspunktene i styresak 42/10. Senere har også den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen « I trygge hender» og NLSHs kvalitetsstrategi lagt vekt på utarbeiding av lokale målinger. Kvalitetstavler er et verktøy for publisering av målinger lokalt. I NLSH er pasienter og pårørende den primære målgruppen for kvalitetstavlene.

Kvalitetstavler er brukt i næringslivet for å kommunisere, produksjonsmål, kvalitetsarbeid og særlige satsningsområder til både ansatte, kunder og andre interessenter. I helsesektoren er kvalitetstavler i bruk i andre foretak i landet, men målgruppen er da gjerne ansatte.

I forbindelse med framlegging av resultater fra Global Trigger Tool (GTT) analysen 2012 tall på styremøtet i april 2013, vedtok styret blant annet:

”Styret ber om at foretaksledelsen forserer arbeidet med å etablere tavler med lokale kvalitetsdata i publikumsområder ved samtlige enheter ved NLSH HF”

Målet med kvalitetstavlene er tredelt:

- Synliggjøring av Nordlandssykehusets åpenhetskultur
- En tydelig forpliktelse ovenfor den enkelte bruker på vår satsning på kvalitet og pasientsikkerhet
- En motivasjon for ansatte for å jobbe videre med kvalitet og pasientsikkerhet.

I styresak 72/13 ble styret orientert om det foreløpige arbeidet med utviklingen av kvalitetstavler som foretaksovergrepene kommunikasjonsverktøy.

Seksjon for pasientsikkerhet har ved utgangen av april 2014 oversikt over 110 tavler spredt rundt i foretaket. I desember 2013 ble det sendt ut en forespørsel til oppgitte kontaktpersoner, der de ble bedt om å rapportere om tavla var kommet opp, hvor den henger, og hvilke målinger enheten hadde valgt. Tilbakemeldingene framstilles nå i vedlagte rapport.

Kvalitetstavlene har vært et tema på direktørens månedlige gjennomgang med klinikkene i 2014. Rapporten er også oppdatert i henhold til nye data som er kommet fram her.

Direktørens vurdering

Direktøren er fornøyd med at så mange enheter har respondert på styrets vedtak, og tar dette som et tegn på at fokus på kvalitet og pasientsikkerhet nå begynner å få et ”bottom up” preg og at det er et bredt engasjement i organisasjonen.

Direktøren synes det er spesielt inspirerende å registrere det store mangfoldet i målinger på de ulike enhetene. Vedlagte rapport viser på en tydelig måte at satsningen på kvalitet og pasientsikkerhet er levende også på enhetsnivå. Direktøren ønsker i denne sammenheng å berømme de ansatte, som på en forbilledlig måte har konkretisert hva kvalitetstavlene kan brukes til.

Samtidig er det viktig å legge vekt på at tavlene ikke et mål i seg selv. De må sees på som et verktøy for kommunikasjon, og et av (på sikt) mange synlig uttrykk for den forbedringskultur og det pasientfokus som foretaket som helhet etterstreber. Målinger av kvalitet er en forutsetning for systematisk forbedringsarbeid. Tavlene er ett av flere mulige verktøy der denne satsningen kan få et synlig uttrykk.

Det er fortsatt enheter som ikke har kommet i gang med målinger og rapportering. Ledere må ta tak i dette. Direktøren håper at vedlagte rapport kan være til inspirasjon også for de enhetene som starter dette arbeidet først nå, og forutsetter at den blir gjort kjent i foretaket.

Innstilling til vedtak:

- 1) Styret er fornøyd med at det nå er mer enn 100 kvalitetstavler i drift ved Nordlandssykehuset.
- 2) Styret ber om å få en ny oversikt over anvendte måleparametre og utviklingen av disse i første halvdel av 2015.

April 2014

Lokale kvalitetsparametre - Kvalitetstavler i Nordlandssykehuset



Ass enhetsleder Lisa Haug og enhetsleder Marit Johnsen,
Medisinsk enhet, avdeling Vesterålen

Rapport

Hilde Normann

Seksjon for pasientsikkerhet

Kvalitetstavler i Nordlandssykehuset HF

Etablering av lokale kvalitetsparametre var et av tiltakspunktene i styresak 42/10. Senere har både den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen « I trygge hender» og NLSHs kvalitetsstrategi lagt vekt på utarbeiding av lokale målinger. Kvalitetstavler er et verktøy for publisering av målinger lokalt. I NLSH er pasienter og pårørende den primære målgruppen for kvalitetstavlene.

Grunnlaget for kvalitetstavlene er vedtakspunkt 5 i styresak 33/2013:

«Styret ber om at foretaksledelsen forserer arbeidet med å etablere tavler med lokale kvalitetsdata i publikumsområder ved samtlige enheter ved NLSH HF.»

Kvalitetstavler er et verktøy for åpenhet og kommunikasjon omkring kvalitet og pasientsikkerhet. Bruk av tavlene er også en øvelse for helsepersonell i å ta inn over oss risikoen ved det vi driver med i det daglige, og kommunisere åpent om dette til pasientene. Informerte pasienter og pårørende tar ansvar, og kan utgjøre en ekstra barriere mot framtidige pasientskader. Det underliggende budskapet er: *«Pasientskader vil alltid skje i helsevesenet. Men vi tar det på alvor, og gjør vårt ytterste for at det ikke skal skje med deg eller dine»*

Selv om mange enheter har kommet godt i gang, har det ikke vært like enkelt for alle å finne fornuftige måleparametre å vise fram. Denne måten å jobbe på er ny for mange, og framstilling av data på en pedagogisk og visuelt god måte kan være utfordrende. Mange enheter har jobbet mye med hvordan man kan presentere data om risiko uten å skremme pasientene unødvendig. Samtidig er det også sykehusets oppgave å være tydelig på at medisinsk behandling og pleie nesten alltid er forbundet med noe risiko.

For noen enheter har tavlene vært et publikasjonsverktøy for data de allerede registrerte, men som de manglet et medium for å presentere. Enkelte enheter rapporterer at tavla har gjort det lettere å innføre og overvåke kliniske tiltak, da det også er en måte å gi personalet jevnlig tilbakemelding om egen prestasjon. Til tross for noe frustrasjon over en oppgave man ikke helt vet hvordan man skal løse, har Seksjon for pasientsikkerhet (PSG) kun unntaksvis mottatt negative tilbakemeldinger. Disse går stort sett på at kvalitetstavla tar mye tid og ressurser i forhold til nytteverdien i en hektisk hverdag.

PSG har hatt oppdraget med å koordinere innføringen av kvalitetstavlene i Nordlandssykehuset. Alle enheter har hatt anledning til å bestille en whiteboard gjennom PSG. Dette har gitt en mulighet til å holde oversikt over hvor mange tavler foretaket har, og hvor de er lokalisert. En kontaktperson for hver tavle ble også utpekt. Ved utgangen av året hadde PSG oversikt over 97 tavler rundt om i foretaket.

I desember 2013 sendte PSG ut en mail til alle oppgitte kontaktpersoner om å fylle ut et skjema med opplysninger om sin tavle. Nedenfor er en oversikt over de målinger som har kommet inn. Rapporten er også komplett etter at tavlene har vært eget punkt på direktørens oppfølgingsmøte med klinikkene. Rapporten legges fram for styret som en orienteringssak, men skal også brukes til inspirasjon og hjelp til videre utvikling av lokale kvalitetsparametre på enhetsnivå.

Om selve rapporten

Rapporten gir en oversikt over enheter med målinger pr klinikk. «Status ukjent» betyr at enheten har bestilt tavle, men at PSG ikke har fått tilbakemelding om hvilke målinger som presenteres. Noen enheter kan ha tavler som ikke er bestilt gjennom PSG, og som vi derfor ikke har oversikt over. Piler i kommentarfeltet (→) viser til kommentarer til spesifikke målinger.

Målinger pr klinikk/ enhet

Klinikk	Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
AKUM	Anestesi	Korridor	1 Narkotikakontroll	→Narkotikakontroll skal utføres av 2 sykepleiere x2/døgn (kveld og natt) på hverdager og x3/døgn (dag, kveld og natt) i helg og helligdager. Opptelling og registrering av kontroll skjer x1/måned. Rapport utarbeides og meldes på oppslagstavle og på personalmøte. Etter innføring av målinger har vi sett at prosentandelen godkjente kontroller har gått fra 10 % (juni) til 66 % (nov)
AKUM	Dagkirurgisk enhet	Venterom DKI/BDS	1 Bruk av "Trygg Kirurgi" lista 2 Pasient tilfredsus. ang informasjon før operasjon	→Rapporter i Dips om registrering av bruk har ikke vært riktige. →Pasientene svarer ikke alltid på det vi mener vi spør om.
AKUM	Felles intensiv/ legevakt VESTERÅLEN	I korridor /gangen på Intensiv. Utfordring, da vi ikke ønsker pårørende i gangen vår, og da blir jo tavla lite sett på av både pasienter og pårørende.	1 Sjekk av venevei	
AKUM	Intensiv	Pasientkorridor	1 Antall innleggelser av sentralt venekateter (SVK) som følger prosedyre 2 Post opr. indikasjon for urinkateter 3 Pårørendetilfredshetsundersøkelse	→Målinger skal i gang i løpet av desember
AKUM	Mottakelsen VESTERÅLEN	Korridor mellom venterom og Akuttstue 1	1 Liggetid i mottaket for ø-hjelpspasienter	→Har fastsatte koder for årsaker til at pasienter blir liggende å vente utover satt tid for mottak. Vi har blitt enige om at grensen er 1 ½ time. Utfordringen er å innarbeide dette som en god rutine der personalet husker å føre koder på alle som ligger over gitt tidsramme. Vi bruker ett hjørne av tavla til "Verdibasert hverdag." Her har vi et månedlig fokus som ikke alltid er målbart, men mest ment som en bevisstgjøring hos personalet. Dette kan være tema som berører arbeidsmiljø både fysisk og psykisk, eller som minner oss på enkle ting i "hverdagen" som er viktig for kvalitetssikring.
AKUM	Operasjon, anestesi og	Inne på operasjonsstuen i korridor	1 Strykninger av operasjonsprogrammet (antall per mnd)	



	sterilsentral LOFOTEN		2 Antall operasjoner utført siste mnd.(elektive, heldøgn + øhj.) 3 Trygg kirurgi 4 Pasientsikkerhetsplakat / nyheter fra Pasientsikkerhetsgruppen 5 Indikasjoner / ikke indikasjoner for innleggelse av urinkateter 6 Resultater fra pasienttilfredshetsmålinger 7 Målinger fra de nasjonale tiltakspakker (der hvor det er relevant)	
AKUM	Operasjonsenheten BODØ	I korridor inne i Operasjonsentralen, synlig for pasienter og ansatte	1 Antall usignerte instrumentbrikkelister 2 Antall usignerte operasjonssykepleiedokumenter i DIPS	→Resultatene viser at ca. 10 % av brikkelistene ikke blir signert. Enten fordi det blir avglemt, eller fordi listene har vært i operasjonsfeltet og har blitt kontaminert. 90 % av brikkelistene signeres av operasjonssykepleierne. → En gang i uken teller ass. enhetsleder antall usignerte dokumenter. Siden tellingen startet, har vi sett en stor forbedring. På det verste har vi hatt over 70 usignerte operasjonssykepleiedokumenter i DIPS. Ved siste telling, i uke 48, var vi nede i 16. Vi har ikke registrert noen tilbakemeldinger på tavla ennå.
AKUM	Overvåking, mottakelse og dagkirurgi LOFOTEN	Korridor inn til operasjon / DK – ingen plass i selve avdelingen	1 Strykninger av operasjonsprogrammet 2 Antall operasjoner utført siste mnd.(aktivitetsdata) 3 Trygg kirurgi 4 Forebygging av UVI (reg./statistikk fra Ekstranett) 5 Pasienttilfredshetsmålinger Målinger fra de nasjonale tiltakspakker (der det er relevant)	
AKUM	Smerte-enheten		1 Pasienttilfredshet etter lærings og mestringskurs 75 % fornøydhet.	Målet er 75 % fornøyd Resultat av kursene gjennomgås på personalmøter og brukes aktivt til å forbedre kursene.



AKUM	Sterilsentralen	Tavlen henger i korridor rett utenfor sterilsentralen	1 Antall kontrollerte brikkelister 2 Antall doble signaturer på gods som har vært i autoklaven. (Skal sikre at godset har vært i autoklaven)	→ Utfordring å skille fredag fra søndag, da tellingene foretas dagen etter → Utfordring når A8 har tatt ut av autoklaven, og ikke merker at godset har vært kontrollert, eller signerer i protokollen
AKUM	Operasjon/ anestesi VESTERÅLEN			Status ukjent

Klinikk	Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
DIAGN	Bakteriologi	Korridor	1 Alle prøver skal ha korrekt behandling første dag 2 Minimum 95 % full score på Neqas prøver (ekstern kvalitetskontroll)	
DIAGN	Blodbanken	Venterom blodgivere	1 Statistikk antall tappinger pr.kvartal sammenlign med tidligere år 2 Antall nye blodgivere pr.kvartal (Mål: 500 nye blodgivere) i sammenlign med antall avregistrerte blodgivere pr.kvartal 3 Råd til blodgiverne 4 Info til blodgiverne	
DIAGN	Laboratoriet LOFOTEN	Korridor ved poliklinisk prøvetaking	1 Feil ved manuell innlegging av prøvesvar	Tiden det tar å kontrollere innlagte svar mot rådata. / Laboratoriet har fokus på riktig svar til riktig pasient og på riktig analyse. Dette er viktig for diagnostisering og behandling av pasientene. Foreløpig ingen tilbakemeldinger
DIAGN	Patologienheten	Sosialsone 4 etasje O-fløya	1 Kontaminering 2 Utleveringsfeil	
DIAGN	Radiologisk enhet LOFOTEN	Pasientenes venterom	1 Kvalitetsindikator PGMI 2 Svartid på undersøkelser 3 Gjennomsnittlig forsinkelser i avvikling av dagsprogram 4 Ventetider ved enheten	→ PGMI – kvalitetsstandard for vurdering av bildekvalitet, se PB1106 Beskrivelse av kvalitetsindikator Bildediagnostisk avdeling. Ansatte var til å begynne med skeptiske til å være presentert med bilde på tavlen.
DIAGN	Sentrallaboratoriet	Korridor, 3. etasje, der alle ansatte passerer. Har	1 Svar på analyser som er rekvirert som ø-hjelp av rekvirenter ved NLSH, skal være gitt ut i løpet av 1 ½	→ Status 3 kvartal: Hb 99 % innenfor fristen, Troponin I 99%



		ingen pasienter på lab	time. 2 Svar på eksterne kvalitetskontroller skal ligge innenfor akseptgrensen for den enkelte analytt	→ Akseptgrenser defineres som de grensene et EKV-resultat bør ligge innenfor for at analysens kvalitet skal vurderes som akseptabel. 100 %?
DIAGN/ KIRORT	BDS/ KBDS (brystdiagnostisk senter)	Pasient venterom	1 Oppmøte % damer til Screening 2 Informasjon	BDS og KBDS deler kvalitetstavle
DIAGN	Radiologisk enhet BODØ			<i>Status ukjent</i>
DIAGN	Molekylærbiologisk enhet			<i>Status ukjent</i>
DIAGN	Laboratorium VESTERÅLEN			<i>Status ukjent</i>
DIAGN	Nukleær- medisin			<i>Status ukjent</i>
DIAGN	Preanalyttisk enhet			<i>Status ukjent</i>



Klinikk	Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
HBEV	AB4	Pasientkorridor	1 Antall kateterdøgn siste mnd - UVI 2 Antall UVI siste mnd 3 Følger vi sjekklista - Hjerneslag	Har ikke fått så mange registreringer ennå
HBEV	Dagenhet B5			Tavla ikke i drift
HBEV	KSF (FMR Bodø)			Tavla ikke i drift. Ny leder fra 1 april
HBEV	ØNH pol			Tavla ikke i drift
HBEV	Øyeenheten			Tavla ikke i drift
HBEV	FMR Lofoten			Tavla i bruk på enheten, men inneholder ikke målinger da vi ikke har inneliggende pasienter. Vi bruker tavla til å fokusere på korrekt registrering i DIPS, å gi så rask pasientbehandling som mulig, unngå ventelister og ventelistebrudd Vi har valgt å bruke kvalitetstavla kreativt for å tilpasse den til vår enhet og våre små team. Vi er i startfasen, og det vil være aktuelt å ta med andre målinger fremover, blant annet jobber vi med å få med informasjonen fra våre terapeuter inn i behandlings-planer og epikriser. Dette er ingen selvfølge enda her.

Klinikk	Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
KBARN	Dagbehandling, poliklinikker, barnehabilitering	I korridor og på venterom	1 Barnepol: Hvor lenge må pas vente fra de er registrert som møtt i ekspedisjonen – og til legen tar i mot 2 KK Poliklinikk: Hvor lenge må pas vente fra de er registrert som møtt i ekspedisjonen – og til legen tar i mot 3 Dagbeh barn: Er informasjon om narkose før narkose gis, god nok? 4 Barnehab: For de som ar krav på det - CPOP – oppfølging? Har de som har krav på det Individuell Plan?	→Foregår brukerundersøkelse nå → Cerebral parese oppfølgingsprogram , RL1935



KBARN	Føde/ Barsel	Pasientkorridor	1 % vis andel blødninger over 500 ml under fødselen 2 % vis andel alvorlige rifter under fødselen	→Vårt mål er 10 % reduksjon →Vårt mål er under 1,5%. Tiltak: Grundig opplæring etter finsk modell. I tillegg refereres GTT tall (pasientskader pr 1000 liggedøgn), samt antall fødsler, antall keisersnitt, og antall infeksjoner etter keisersnitt.
KBARN	Kvinne- barn klinikken avd LOFOTEN	Pasient korridor	1 Sectio (Keisersnitt) 2 Rifter 3 Antall fødsler Lofoten/Bodø/ Vesterålen	Noen spørsmål i starten om hvorfor dette skulle være tilgjengelig for alle. I ettertid positive tilbakemeldinger både fra ansatte og besøkende og pasienter. Hører at dette diskuteres og kommenteres i korridoren.
KBARN	Nyfødt intensiv	"Korridor" på vei inn i kuvøserom	1 Gjennomsnittlig liggedøgn 2 Antall hemoglobinmålinger	Vi har høyest ant liggedøgn på nyfødt intensiv, på landsbasis. Ikke fått oppdatert tavla siden oktober. Er under revidering nå. →Mål om å redusere antall blodprøver generelt
KBARN	Fødeavdelingen VESTERÅLEN	Fødegang, rett utenfor dør til vaktrom	1 Keisersnitt, akutte 2 Keisersnitt, elektive 3 Blødning over 1500 ml etter fødsel 4 Perinealrifter grad 3+4 (alvorlige rifter) 5 Totalt antall fødsler	→Vi har ligget høyt på landsbasis, er bevisst på metode for støtting
KBARN	Barnemedisin	Pasientkorridor	1 Medikamenthåndteringsavvik 2 ID merking av pasienter 3 Resultater fra pasienttilfredsundersøkelser	→Klinikken har laget et opplegg for å få ned disse Har også innført en «svarteliste» over usignerte dokumenter, som ser ut til å virke bra. Har også et mål om å få ned liggetiden.
KBARN	Stab- barn	Står foreløpig på møterommet som brukes av mange, også foreldre	1 EVU/Epikrisetid innen 7 dager 2 Gjennomført ferdighetstrening (SIM) : antall treninger og antall personer som har deltatt	→Ikke bare kvalitetsindikator, men fokus på at det er viktig for pasientsikkerheten →Målsetting å gjennomføre 1 g/mnd
KBARN	Stab- KK	På poliklinikkens venterom, Kvinneklinikkens poliklinikk	1 Antall fødende med blødning > 500 ml 2 Antall fødselsrifter, grad III og IV rifter 3 GTT tall refereres 4 Antall sectio (keisersnitt) 5 Antall infeksjoner etter sectio	→Mål om 10 % reduksjon 2013 →Mål om antall rifter < 1,75 % (1,5 i KO ref?) Fra de ansatte; fint med oversikt over GTT tall og statistikk fra pasientbehandlingen som også er nasjonale kvalitetsindikatorer



Klinikk	Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
KIRORT	Kir enhet A6			Ikke kommet ordentlig i gang ennå
KIRORT	Kir enhet B6	Pasientkorridor	1 Registrering av kateter/UVI 2 Registrering av kurveføring	→Vanskelig å forstå/tyde diagrammet. →Internt fokus på kurveføring. Vi har valgt å måle dette for å se hva vi må bli bedre på
KIRORT	Kir Ort LOFOTEN	Pasientkorridor	1 Urinveisinfeksjoner * dager siden sist * dager mellom hvert 2 Trykksår *dager siden sist *dager mellom hvert	Utfordringen er alle frister som er satt. Det blir veldig mye målinger i en ellers hektisk hverdag. Usikker på nytteverdien
KIRORT	Ortopedisk enhet A5	Pasientkorridor	1 Fall – alle pasienter med høy fallrisiko skal ha tiltaksplan. Målinger: *Antall dager siden siste fall *Antall dager siden siste fall med skade *Andel pasienter med fallrisiko med tiltaksplan *Andel pasienter som er vurdert for fallrisiko og hvor denne er dokumentert 2 UVI – Ingen pasienter skal ha permanent blærekateter uten indikasjon. Målinger: *Andel pasienter med aktuelt og relevant behov for blærekateter *Antall dager mellom hver urinveisinfeksjon	Ingen utfordringer så langt



KIRORT	Poliklinikken	I korridor/venterom A1 og B1	1 Antall pasientbehandlinger, kir og ort 2 Antall øyeblikkelig hjelp på dagtid 3 Antall ikke møtt	→Må telles manuelt - tidkrevende
KIRORT	Poliklinikken LOFOTEN	Korridoren der pasienter, pårørende, gjester og personell ferdes	1 Behandlede pasienter på poliklinikken pr år	Tavlene oppdateres hver ukedag
KIRORT	Kirurgisk senter			Har bestilt tavle pr

Klinikk	Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
MED	Dialysen	I korridor	Tilfredshet angående informasjon 1 Ivaretaking av taushetsplikt 2 Info ang kosthold og dialyse 3 Info ang medisinbruk	→Vi har trange små lokaler som gir utfordring til taushetsplikt i forbindelse med behandlingen (dialyse) →Her er ernæringsfysiologen inne i bildet. Kanskje skulle vi hatt det oftere. →Kan være utfordrende og få enkelte til å forstå alvor i riktig bruk av medisin. Vi har kronikere som kommer til oss flere ganger i uken over måneder og år. Vi ønsker å gi en best mulig behandling og oppfølging angående dialysebehandling til disse. Vi må derfor etter en undersøkelsesrunde se hva pasientene svarer. Prøve å gjøre noe der de ikke er fornøyde, for så å ta en ny runde etter ½ - 1 år. Spørsmålene i undersøkelsen vår går nettopp på det som er notert over. Vi har ikke fått evaluert svarene ennå da vi kom i gang litt sent med kvalitetstavla. (Bedre sent enn aldri) Vi ser på resultatene og vurderer de på nyåret.
MED	Enhet for blodsykdommer og kreft	I korridoren	1 Antall ekstravasale infusjoner med vevstoksiske cytostatika 2 Det er foreslått å måle fristbrudd (ventelister). Det er ikke tatt en beslutning ang. dette, men sannsynligvis starter vi med det	→Målet er at tallet skal være 0, men det viser seg at det skjer uhell med jevne mellomrom selv om vi følger de prosedyrene vi skal
MED	Enhet for stråleterapi	Pasientkorridor, en god, gammeldags kritt-tavle☺	1 Antall pasienter i behandling 2 Antall avvik de siste tre måneder 3 Pasient spørreundersøkelse	→ Hva svarer man når pasienter spør hvilke avvik det er snakk om?



				Positiv tilbakemelding fra både ansatte og pasienter. Bra med aktuelle brosjyrer ved siden av tavlen. Fått kommentar på at vi burde reflektere over hva som kan være mål på kvaliteten hos oss.
MED	Kontortjenesten		1 Dokumenter til skriving	
MED	Medisinsk dagenhet Med pol (dagpost)	Korridor	1 Pasienttilfredshet <ul style="list-style-type: none">• Informasjon før opphold• Måten de blir tatt i mot på• Info under oppholdet• Måten de blir ivaretatt under opphold	Siste oppsummering av undersøkelse Godt fornøyd: 59 Noe fornøyd: 7 ikke fornøyd: 1 Godt fornøyd: 65 Noe fornøyd: 2 ikke fornøyd: 1 Godt fornøyd: 65 Noe fornøyd: 2 ikke fornøyd: 1 Godt fornøyd: 65 Noe fornøyd: 1 ikke fornøyd: 0 Stort sett er størsteparten av pasientene fornøyd. Ny undersøkelse februar 2014 Da vil vi dele ut et bestemt antall skjemaer for i tillegg å finne ut svarprosenten.
MED	Med hud poliklinikk		1 Brukerundersøkelser	
MED	MED R3 Lunge, blod og stråleenhet	Pasientkorridor	1 Ant korridorsenger kl 0700 (Mål: Unngå korridorsenger). Oversikt (graf) som viser utviklingen fra mnd til mnd, samt en oversikt som viser utviklingen fra år til år.	Er avhengig av samarbeid internt i sykehuset for å nå målet. Styrer ikke dette alene selv, men jobber kontinuerlig mot andre enheter/klinikker for å unngå at pasienter uverdigg må ligge på korridor. Kan til tider være et vanskelig arbeid, selv om det er ledige plasser i andre klinikker...
MED	Med R4 Nyre, fordøyelse, geriatri og infeksjon		1 Drikke og diurese	
MED	Medisinsk avdeling VESTERÅLEN	Pasientkorridor	1 Kurveføring, signatur 2 Datomerking av venefloner 3 Epikrisetid	Vi synes det er spennende og se om det er forbedring for hver måling. Vi blir mer observant på hva vi gjør, og hvordan vi gjør det, og om vi gjør det bra eller dårlig. Lettere å ha fokusområder når vi ser tallenes tale.
MED	Poliklinikk	Pasientkorridor	1 Pasienttilfredshet: Informasjon før og under timen, mottak og ivaretagelse.	Vi har nettopp avsluttet pas us. I løpet av 6-8 uker fikk vi 88 svar. Dette er vi fornøyd med i forhold til at det er kort tid pasienten er innom oss. Gode tilbakemeldinger for det meste. Kun en av 88 var ikke fornøyd. Før dette har vi brukt tavla til forskjellige dagens ord – som er godt mottatt. Vanskelig å måle så mye på poliklinikken, der det er stor gjennomgang av folk.
MED	Med sengepost B2 LOFOTEN			<i>Status ukjent</i>
MED	Med sengepost C2 LOFOTEN		1 Hjerneslag	



MED	Med B3 Kardiologisk enhet		Informasjon	
<i>MED</i>	<i>Palliativt team</i>			<i>Status ukjent</i>

Klinikk	Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
PREH/ AKUM	Ambulansefly	Oppholdsrom/vaktrom/ kontor	1 Temperatur på intensivpasienter (2013/14) 2 RETTS triage/scoring av pasienter (2014)	
<i>PREH</i>	<i>Akuttmottaket</i>		<i>1 Hvor mange går ikke gjennom RETTS 2 Gjennomsnittlig liggetid</i>	87 % blir triagert. De siste 13 % er polikliniske. Klinikken har innført ”blå” gruppe: Disse pasientene er vurdert, men vurdert til at de ikke skal triageres.
<i>PREH</i>	<i>Observasjonsenhet</i>			<i>Status ukjent</i>

Klinikk	Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
PHR	Akutt Nord	Møterommet – dette på grunn av at vi er akuttpost og ikke kan ha tavla ute i felles arealene	1 Behandlingsplan innen 24 timer 2 Vekt (antall pasienter som blir veid)	→Nå får stort sett alle pasientene behandlingsplan innen 24 timer.
PHR	Akutt Sør	Henger inne på personalrommet grunnet utfordringer med pasientgruppen	1 Pasienter med behandlingsplan innen et døgn 2 Pasientene skal veies ved innkomst 3 Pasientsikkerhetskampanjen «Forebygging av selvmord» skal i fokus rett etter jul	→Sept:85 % Okt 63% Feilkilden er stor grunnet registrering u/navn →Nov:86,6 % av våre pasienter blir veid Våre ansatte har et mye større fokus rundt pasientbehandlingen. Ting som ikke blir gjort, blir veldig synlig når vi bruker tavlen. Så da legges det en ekstra innsats inn, og kvaliteten på vår behandling blir betraktelig bedre. Forbedringspotensial har vi, skuffelsen ble stor da vårt første prosjekt viste nedgang fra sept til okt. I november har alle pasientene våre behandlingsplan innen et døgn 😊 Så dette gir resultater!
PHR	Akutenhet for ungdom	Personalrom. Det er utfordrende for enheten å henge tavlen opp for	1 Fokus på kvalitetskontroll medisinrom. Teller at narkotikaprotokoll er ført	



		beskuelse av pasienter og pårørende. Vi har ungdommer innlagt, og mange er i en tilstand hvor de kan assosiere mye over ord og uttrykk. Det kan også være utfordrende å forstå meningen med tavlen som henger oppe for pasientene. Derfor har vi valgt å henge den på personalrommet	korrekt, og hvor mange avvik det er. 2 Vekt og høyde av alle pasienter som legges inn. 3 Behandlingsplaner til alle pasienter.	
PHR	Ambulant rehabiliteringsteam VESTERÅLEN	Møterom	1 Antall gjennomførte halvårslige saksgjennomganger/ forventede halvårslige saksgjennomganger	JF PR31248 Halvårlig saksgjennomgang Hvordan skal vi bruke tavlen? <ul style="list-style-type: none">- Tavlen skal stå på møterommet hvor alle inntaksmøter og teammøter gjennomføres.- For hver måned skal det være 2 rubrikker. En som teller antall forventede halvårslige saksgjennomganger (blå kryss) og en rubrikk som teller antall gjennomførte (røde kryss). Vi velger også å bruke perioden til å registrere andre gjennomførte halvårslige saksgjennomganger, eks etter 1 år, 1 ½ år, 2 år osv (grønt kryss).- Ved inntak av ny bruker, registreres forventet halvårslig saksgjennomgang med et kryss på aktuell måned på kvalitetstavla.- Ved gjennomføring av halvårslig saksgjennomgang, registreres dette med et kryss på rubrikken for gjennomførte saksgjennomganger inneværende måned.
PHR	Allmennpsykiatrisk enhet D	Pasientkorridor	1 Behandlingsplan innen 48 timer 2 Brukertilfredshet	Har hatt den for kort tid oppe til det
PHR	Ambulant akuttteam for ungdom	Har ikke inneliggende pasienter. Henger derfor på kontoret til teamet	1 Registreringsskjema på alle henvendelser og oppstart med nye pasienter 2 Sikre seg at alle pasienter får overlevert samtykke-erklæring. 3 Avtale tidlige møter med BUP-	



			behandler	
PHR VE	BUP Vesterålen			Har bestilt vaktmester til å henge opp tavla. Men vi er usikker på hva slags målinger som vil være best for oss å formidle, så tar gjerne imot tips på det. Hva gjør andre Bup poliklinikker?
PHR	BUP Ytre Salten, barn, ungdom og Ørnes			Tavlene er under montering, og vi vil måle antall fristbrudd og diskuterer også andre områder. Enhetene tar sikta på å ha tavlene oppe 01.01.2014
PHR	DPS Vesterålen, Enhet Straume	Personalets møterom	1 Bruken av behandlingsplan i prosentvis andel	Mange lurte på hvorfor i starten, flere ser nytten nå. Økt fokus har gitt økt bruk av behandlingsplaner. Grei måte å få fram enkel statistikk på. Tar en sjekk 1 døgn etter at pasienten er innskrevet.
PHR	Korttidsenhet rus, Salten DPS	Korridor ved ut/inngang til enheten	1 Forebygging av overdose – etterlevelse av tiltakspakke 2 Brukermedvirkning ved behandlingsplan <ul style="list-style-type: none">• Hvor mange pasienter har fått behandlingsplan innen 24 t etter innleggelse.• I hvor mange av teamsamtalene med behandlingsplan som tema, har behandlingsplan vært synlig for pasienten• Hvor mange av målene i behandlingsplan mener pasienten selv er oppnådd ved utskrivelse	Integrering av tiltakene som en naturlig del av behandlingsplan →Bevisstheten av nødvendigheten med å komme i gang med en foreløpig behandlingsplan. →Entydig registrering i Dips og definisjon av møte. →Dette mener vi det er viktig å fokusere på for derved å medansvarliggjøre pasienten ifh til måloppnåelse Lite tilbakemeldinger.
PHR	Psykoseteamet	Venterommet	1 IPS (individual placement and support) 2 Mestringsgrupper - deltagelse 3 Kroppsbevissthetsgruppe - deltagere 4 Friluftsgruppa/ungdomsgruppa – deltagelse og destinasjon	Antall jobbsøkere vs jobb Til info: Tavlen brukes i tillegg til å presentere Psykoseteamets helhetlige tilbud og til å informere om ukentlige aktiviteter. Tavlen oppdateres ukentlig og er fast punkt på teamets informasjonsmøte på mandager. En av teamets ansatte er ansvarlig for tavlen.
PHR	Rus og Psykiatri	Nei		Har nettopp bestilt tavla



PHR	VOP Allmennteam	Ventekroken for pasienter	1 Antall fristbrudd (pr mnd i år vs i fjor) 2 Antall fristbrudd (hittil i år vs samme periode i fjor) 3 Antall epikriser sendt innen 7 dager (pr mnd i år vs i fjor) 4 Antall pasienter på venteliste (pr mnd i år vs i fjor) 5 Gjennomsnittlig ventetid for pasienter på ventelista (pr mnd i år vs i fjor) 6 Gjennomsnittlig ventetid for pasienter før behandling starter opp(pr mnd i år vs i fjor)	Ansatte har et ønske om andre mål en de som er lett kvantifiserbare. Derfor har vi utredet dette og hvordan vi vil operasjonalisere det. På nyåret vil vi starte målinger med tilfredshetskala sammenliknet med utvikling i symptomskala. Det er et prosjekt som krever noe mer å gjennomføre samt tolke. Forhåpentligvis kan vi presentere månedlige målinger over en periode når vi kommer til mars -14.
PHR	VOP Fauske	Nei		Ønsker gjerne innspill på hva som kan være relevant og interessant for våre pasienter å få tilbakemelding om. Vi sliter med å komme på noe
PHR	Rusteamet/LAR			Status ukjent
PHR	Ambulant akutteam			Status ukjent
PHR	Salten DPS-avdeling			Status ukjent
PHR	Habiliteringsteam voksne			Status ukjent
PHR	BUP indre salten			Status ukjent
PHR	Fagenhet nevropsykologi			Status ukjent
PHR	Enhet for familiebehandling			Status ukjent
PHR	Korttid ungdom			Status ukjent
PHR	Allmennpsykiatrisk enhet B			Status ukjent

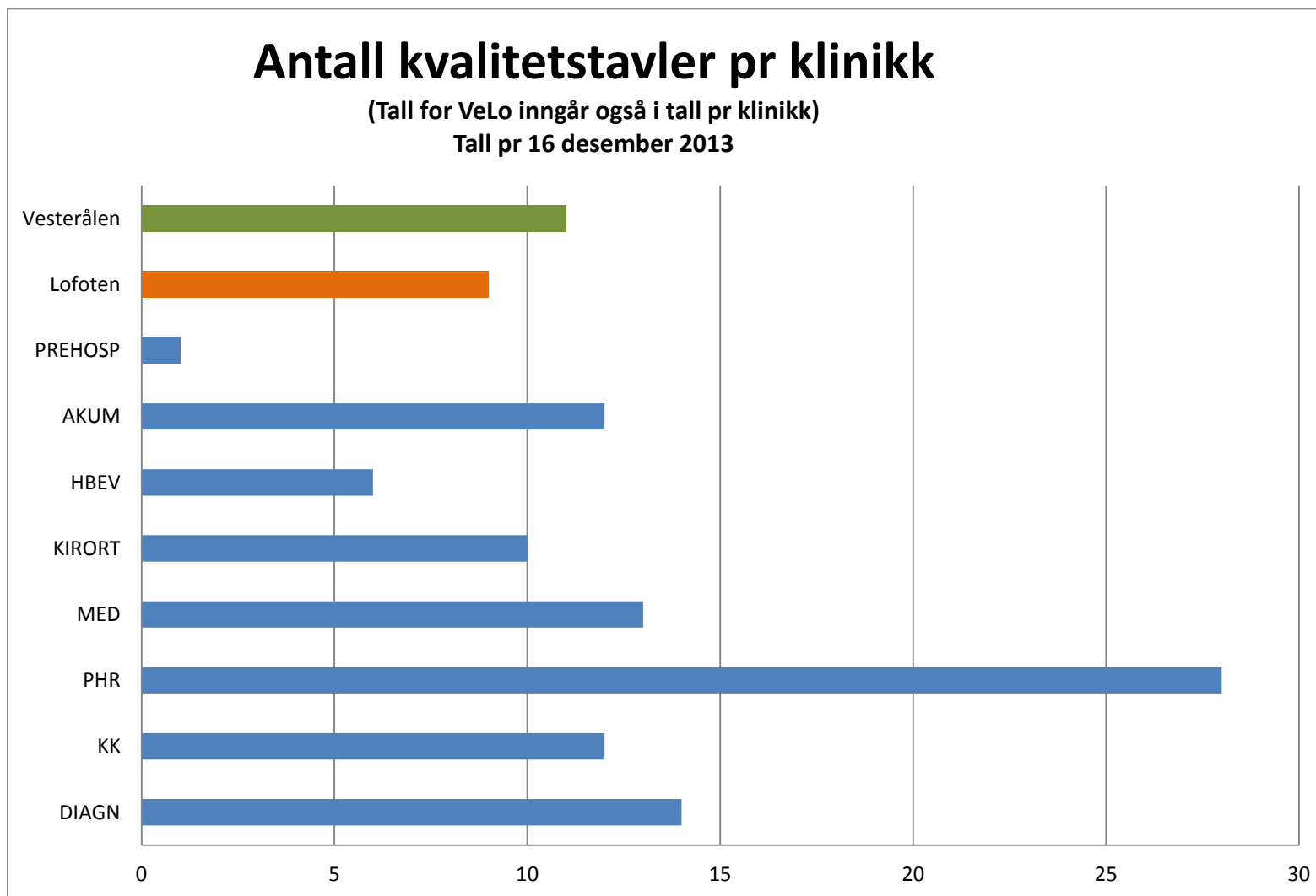
Referanser

1. [Protokoll til styresak 33/2013](#) Resultater fra Global Trigger Tool (GTT) analysen for 2012
2. [RL3930 Kvalitetstavler NLSH](#)





Vedlegg 1 – Antall og fordeling av registrerte tavler pr klinikk, pr desember 2013



Totalt antall: 96

Sist bestilte: Kir Ort klinikk

Vedlegg 2 Brev til kontaktpersonene, sendt 4 des 2013



Til alle kontaktpersoner for kvalitetstavlene

Styret vedtok i april at alle enheter i NLSH skulle ha en kvalitetstavle, for å kommunisere resultater av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid til pasienter og pårørende.

Vi håper de fleste har kommet i gang med denne jobben, og at det ikke har bydd på for store utfordringer. PSG har i alle fall hatt færre tilbakemeldinger, eller spørsmål om assistanse, enn det vi hadde trodd på forhånd. Så langt har vi i all fall registrert over 90 tavler totalt i foretaket. Det synes vi er et utrolig høyt tall!

Det har gått ca. ett halvt år siden vedtaket, nærmer det seg tid for å orientere styret om hvor langt vi har kommet. Det vil vi gjøre gjennom en orienteringssak til styret i februar. Denne saken skal først og fremst handle om **hvor mange** enheter som har kommet i gang med målinger, og **hva enhetene måler** / hvilke målinger de har valgt seg.

Hva ber vi deg om?

Jeg ber deg derfor sørge for at vedlagte skjema blir **utfylt og returnert** til oss innen **20. Desember**. Det burde ikke ta mer enn et par minutter. For dem som har flere tavler, ber om å få ett skjema for hver tavle. *(Heng dere ikke opp i antall linjer i diagrammet. Noen enheter har mange målinger, andre har færre. Det viktigste er at de målingene dere har, er gjennomtenkte og passer for dere.)*

Skriv gjerne rett inn i skjemaet, lagre på eget område og send som vedlegg tilbake til oss. Informasjonen vil danne utgangspunktet for styresaken, men **vi vil også gjøre den tilgjengelig for dere, i oppsummert form**. De enhetene vi har vært i kontakt med, har vært utrolig kreative, og løst oppdraget på mange ulike måter. Vi vil gjerne bidra til at vi kan dele det gode vi gjør og være en inspirasjon for hverandre.

HAR DU IKKE KOMMET I GANG? Gi oss beskjed også om dette (NEI i skjema). Be gjerne om assistanse om det er vanskelig å finne noe fornuftig å måle på

Vi arbeider fremdeles med en retningslinje i Docmap som forhåpentligvis vil kunne klargjøre «hvorfor og hvordan» i forhold til tavlene. Vi registrerer at [KIRORT](#) allerede har utformet en egen - godt jobbet!



Med vennlig hilsen

Hilde Normann

Pasientsikkerhetsgruppen

Tlf 8059



Navn på enheten:

Klinikk:

Har dere fått opp målinger på tavla?

Ja/Nei

HVIS JA:

Hvor henger tavla:

Hva måles hos oss?	Evt utfordringer/kommentarer til dette målet
1	
2	
3	
4	
5	
6	

Evt tilbakemeldinger fra ansatte, pasienter eller andre:

--

Ferdig utfylt skjema sendes til pasientsikkerhet@nlsh.no. Papirskjema kan sendes i internpost til PSG, Administrasjonen.