



Styresak 109-2015 Utvikling av kvalitetstavlene i NLSH HF 2015

Saksbehandler:

Hilde Normann, Seksjon for pasientsikkerhet

Saksnr.:

2010/1702

Dato:

30.10.2015

Dokumenter i saken:

Trykt vedlegg: Kvalitetstavler i Nordlandssykehuset - Lokale kvalitetsparametre - Høst 2015
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](#)
[Styresak 34/2014](#) Utvikling av kvalitetstavlene i NLSH HF
Vedlegg:
[Oversikt over målinger i bruk pr vår 2014](#)
[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 primært et verktøy for publisering av slike målinger lokalt. I NLSH er det pasienter og pårørende som er den primære målgruppen for kvalitetstavlene.

Målet med kvalitetstavlene er tredelt:

- Et synlig tegn på 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.

Seksjon for pasientsikkerhet kjenner ved utgangen av september 2015 til 116 tavler, spredt rundt i foretaket. På grunn av omorganiseringer, flytting av lokaler og utskifting av ansatte begynner har det vært en utfordring å holde oversikt. I august 2015 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. Klinikken har også fått muligheten til å korrigere/komplettere data fra sine enheter. Tilbakemeldingene framstilles i vedlagte rapport.

Vurdering

Rapporten viser stor spredning i hvor langt enhetene har kommet i arbeidet med å framstille sitt kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid på kvalitetstavlene. Noen jobber godt, og har gode rutiner på både hva de måler og for at målingene blir oppdatert. Men mange enheter sliter ennå med å finne gode målinger og å presentere dem på en god og forståelig måte. Skillelinjene går på tvers av klinikkene.

Det kan synes som om det går et skille mellom enheter som driver systematisk forbedringsarbeid, og enheter som ikke helt er kommet i gang med dette. Det store antallet tavler i diagnostisk klinikk (mange enheter har tavle til tross for at de egentlig ikke er omfattet av vedtaket) kan tyde på dette. Også enheter som omfattes av tiltakspakkene, har få problemer med å finne noe å henge på tavla. For noen av enhetene er det en utfordring å velge ut noen få målinger som man tenker pasientene kan ha særlig interesse av.

Få enheter melder om særlige tilbakemeldinger på tavla. Det kan ha flere årsaker. For det første er det ikke sikkert pasientene oppfatter at tilbakemelding er ønskelig. For det andre er det ikke sikkert at målinger og data som presenteres, faktisk kan forstås av lekfolk. Noen få enheter opplever også å ha fått negative tilbakemeldinger på innholdet på tavlene. Foretaket har ennå en jobb å gjøre dersom kvalitetstavlene skal fungere som utgangspunkt for dialog mellom pasienter og helsepersonell.

Direktørens vurdering

Direktøren er fornøyd med at kvalitetstavlene som verktøy er under stadig utvikling i foretaket. Det er særlig gledelig å se at mange enheter nå melder at tavla brukes aktivt som kommunikasjonsverktøy både mot pasienter og mot egne ansatte.

Direktøren synes rapporten over hva som måles i foretaket gir et interessant bilde både av bredden av enhetens virksomhet, og av engasjement hos ansatte og ledere på enhetsnivå. Foretaket har en forpliktelse til å bistå enheter i utviklingen av enkle og fornuftige måleverktøy, og å bistå enhetene i å presentere resultater fra kvalitetsarbeid på en god måte.

Innstilling til vedtak

1. Styret tar saken om kvalitetstavlene til orientering.
2. Styret ber direktøren om en ny orientering innen utgangen av 2016



Kvalitetstavler i Nordlandssykehuset -lokale kvalitetsparametre



Ansatte ved Ortopedisk enhet i Bodø feiret ett år uten fallskader i august 2015.

Fra venstre: Dina Hodding, Ragnhild Lorentsen, Nina Jensen, Trond Haave, Ann Sissel Olaussen, Camilla Bredesen, Qasim Hussaini, Lisa Jeremiassen, Nina Wetting og Lillian Skogmo.

Kvalitetstavler i Nordlandssykehuset HF

Bakgrunn

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 lokale målinger av kvalitet på pasientnære enheter. Kvalitetstavler er et verktøy for publisering av slike lokale målinger. 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 skal være et verktøy for åpenhet og kommunikasjon rundt lokale kvalitets- og pasientsikkerhetsutfordringer i spesialisthelsetjenesten, og hvordan vi jobber systematisk med disse. Bruk av tavlene er en øvelse for helsepersonell i å vise fram risikoen ved utøvelse av helsetjenester på en saklig og informativ måte, og invitere til dialog med pasientene om dette. Informerte pasienter og pårørende kan selv ta ansvar, og kan utgjøre en ekstra barriere mot pasientskader.

Status for kvalitetstavlene ble sist lagt fram for styret i styresak [34/2014](#). Da ble det først og fremst lagt vekt på antall tavler i den enkelte klinikk. I skrivende stund er antallet registrerte tavler kommet opp i 100. Antall og bruk varierer mellom klinikker og enheter.

Status høsten 2015

I Akuttmedisinsk klinikk (AKUM) er det stor variasjon i hvordan og hvorvidt tavlene brukes. Mange enheter har funnet egne kvalitetsmålinger på områder de ønsker å forbedre, og som også presenteres på tavlene.

Diagnostisk klinikk (DIAGN) har mange tavler som inneholder målinger, og som blir oppdatert jevnlig. Denne klinikken rommer mange av de medisinsktekniske fagene, som fra før er vant til å forholde seg til kvalitetskrav og -målinger på en daglig basis. Enhetene bruker i stor grad kvalitetsmål de allerede er pålagt å følge opp fra eksterne organer.

Hode og bevegelsesklinikken (HBEV) er en klinikk med mange ulike virksomhetsområder. Flere enheter sliter med å finne fornuftige måleparametre, men noen enheter også godt i gang.

Fødeenheterne i Kvinne/barn klinikken (KBARN) har valgt å bruke nasjonale kvalitetsparametre. Det arbeides ennå med å finne en form som er både opplysende og skånsom.

Kirurgisk- og Ortopedisk klinikk (KIRORT) har valgt å standardisere tavlene i sine sengeposter i Bodø, og bruker tavlene til å presentere arbeid og resultater knyttet til pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender». I KIRORT inngår også tavlene i aktivt forbedringsarbeid, der ledere ukentlig diskuterer resultater på tavlene i et eget møte.

Medisinsk klinikk (MED) har mange tavler som av ulike årsaker ikke er i bruk. Flere sengeposter bruker målinger fra pasientsikkerhetsprogrammet, samt gjennomføring av ernæringscreening.

I Prehospital klinikk (PREH) måler man på ledsagertjenester til ulike transportoppdrag, samt bruk av innførte verktøy for tidlig diagnostisering og kommunikasjon

Psykisk helse og rus klinikken (PRH) er den klinikken med suverent flest tavler, og i følge tilbakemeldingene er over halvparten av dem i aktiv bruk. Denne klinikken driver mange lokalt initierte kvalitetsforbedringsprosjekter, og noen av disse har funnet veien til kvalitetstavlene. Mange tavler i PRH henger på vaktrom, og brukes til å skape fokus blant ansatte.

Flyttingen av sykehusenheter i Bodø og Vesterålen har vært en utfordring. Dette har krevd både tid og fokus fra ledelse og ansatte, og løpende målinger har i denne perioden vært lavere prioritert hos mange. Flere sliter med å komme i gang igjen. Det har også vært kommunisert strenge restriksjoner mot å henge ting på veggene i nye sykehusbygg, og det har vært uklart om hvorvidt dette også gjaldt kvalitetstavlene. Dette skal nå være ryddet opp i.

Vurdering

Volum er i seg selv ikke et suksesskriterium for kvalitetstavlene. Mange enheter melder ennå om at det er vanskelig å finne områder å måle på som både har relevans for egen kvalitet, vekker interesse hos pasienter og pårørende, og som ikke genererer for mye arbeid «i en travel hverdag».

Rapporten indikerer et skille mellom enheter som må finne opp egne målinger, og enheter som allerede er engasjert i systematisk monitorering av egen virksomhet. Eksempler på slikt systematisk forbedringsarbeid er innsatsområdene i pasientsikkerhetskampanjen, og diverse registreringer som kreves av ulike nasjonale tilsyns- og kvalitetsorganer. Derfor er det særlig imponerende å lese om enheter som har klart å finne lokal vri på bruken av tavlene, og integrert dem i eget kvalitets og opplysningsarbeid. Flere enheter har også tavle til tross for at de strengt tatt ikke er innenfor målgruppen for vedtaket.

Få enheter melder at de får tilbakemelding fra pasientene. Dette tyder på at tavlene i stort ennå ikke fungerer som et utgangspunkt for dialog. Noen enheter melder også om bekymring for at informasjon om skader og risiko skal være en ekstra belastning for pasienter og pårørende. Det er sykehusets oppgave også å gi informasjon om risiko forbundet med medisinsk behandling og pleie, men informasjon om risiko bør også følges av informasjon om hvordan risiko reduseres. Enhetene kan enda gjøre mer for å tilpasse informasjonen på tavlene til målgruppen. Tavlene er ennå i for stor grad både av og for helsepersonell.

Fremdeles er det mange som presenterer driftsdata på tavlene. Vi har i denne rapporten ikke samlet inn data om i hvilken grad målingene følges opp med konkrete forbedringstiltak.

Om rapporten

Tavlene er spredt i foretaket ved at de fleste enhetene har bestilt whiteboardtavler via Seksjon for pasientsikkerhet. Dette gjør at foretaket har oversikt over de fleste enheter som har tavle. Enhetene har også blitt bedt om å oppgi en kontaktperson for tavla. Noen enheter kan ha tavler som de selv har anskaffet, og som foretaket derfor ikke har oversikt over.

I august 2015 sendte seksjonen ut en mail til alle oppgitte kontaktpersoner om å fylle ut et skjema med opplysninger om sin tavle. Det er sendt ut én purring. Foreløpige tall har vært presentert for kliniksjeffene, som så har hatt en måned på å skaffe/revidere tall for egen klinikk. Rapporten presenterer en oversikt over tavler og målinger foretaket har oversikt over pr oktober 2015.

Om tabellen

Tabellen gir en oversikt over tavler pr organisasjonsenhet, hva som måles og evt kommentarer. «Status ukjent» betyr at enheten har bestilt tavle, men at seksjon for pasientsikkerhet ikke har fått tilbakemelding om hvordan den brukes. Piler i kommentarfeltet (→) viser til kommentarer til spesifikke målinger.

Målinger pr klinikk/ enhet

Akuttmedisinsk klinikk, 5 /11 tavler oppdateres jevnlig

Klinikk	Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
AKUM	Anestesi BODØ	Tavlene er ikke hengt opp etter innflytting i K8		Før flytting til K: Anestesienheten hadde oversikt: dobbeltkontroll av opiater. Ny oversikt hver måned. Samt prosentvis signatur for gjennomgått MTU, halvårs oversikt. Operasjonssykepleierne: Antall usignerte instrumentbrikkelister og antall usignerte operasjonssykepleiedokumenter i DIPS. Ukentlig og månedlig telling.
AKUM	Dagkirurgi og kirurgisk mottak, K2			Tavla var i drift inntil flytting i nye K. Ikke kommet i gang igjen.
AKUM	Felles intensiv og akuttmottak VESTERÅLEN	I felles venterom, men planlegger å flytte den til indre korridor	1. Ventekoder for årsaker til at pasienten venter i vår enhet 2. Har også forsøkt oss på å sette opp månedens fokus	Ny enhet i 2015. Vi har hatt en flott tavle, som i år ikke har vært oppdatert på grunn av fravær hos nøkkelpersonell og innflytting i nytt bygg. Håper å få dette på plass over nyttår.
AKUM	Intensiv Bodø	Korridor	1 Indikasjon for SVK 2 Dobbeltkontroll av infusjonspumpeinnstillinger. 3 Skriver de ansatte sykepleierrapport- resyme ukentlig på lengeliggende pasienter (4 Pårørendeundersøkelse. Resultater visualisert på monitor i korridor	→ sjekker kurven for å se om det er signert for daglig vurdering om videre behov for SVK →sjekker om signert dobbeltkontroll på intensivkurver → kontrollerer ukentlig i DIPS på langliggere →Undersøkelse midlertidig stoppet. Igangsettes igjen som en nasjonal kvalitetsindikator for intensivenheter først i oktober. Fravær og sommerferie har ført til at arbeidet med tavla har vært nedpriortert. Ny ass. enhetsleder (vikariat) på plass nå og målingen settes i gang uke 39
AKUM	Mottak kirpol VESTERÅLEN			Status ukjent



Klinikk	Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
AKUM	Operasjon/ anestesi VESTERÅLEN		1. Gjennomføring av «TRYGG KIRURGI» Antall elektive og akutte kirurgiske inngrep som får elektronisk avkryssing for gjennomføring.	→ Rapport D-9205 kan ikke hentes ut av DIPS etter HOS 1. Sak sendt til DIPS. Tavla oppdateres månedlig. Månedlig resultater til tavle og kontinuerlig diskusjon i enheten. Rapport til klinikkledelsen.
AKUM	Operasjon, anestesi og sterilsentral LOFOTEN	Inne på operasjonsstuen i korridor	1 Strykninger av operasjonsprogrammet 2 Antall operasjoner utført siste mnd. 3 Trygg kirurgi – resultater / statistikk 4 Nyheter fra Pasientsikkerhetskampanjen 5 Målinger fra pasientsikkerhetsprogrammet	→ Antall per mnd. → elektive, heldøgn + øyeblikkelig hjelp → der det er relevant
AKUM	Operasjonsenheten BODØ			Status ukjent
AKUM	Overvåkning, mottakelse og dagkirurgi LOFOTEN	Korridor inn til operasjon / DK – har ikke plass i selve avdelingen	1 Strykninger av operasjonsprogrammet 2 Antall pasienter innlagt siste mnd. 3 Registrering av venefloner 4 Registrering (statistikk) fra eget forbedringsarbeid 5. Informasjon fra pasientsikkerhetsprogrammet	→ aktivitetsdata → merking / tromboflebitt (overflattisk årebetennelse)
AKUM	Smerte- enheten		1. Deltakere på smertemestringskurs skal oppleve 75 % fornøydhhet 2. Vi skal bruke pasienterfaring i forbedringsarbeid. (Evalueringsskjema deles ut til pasienter som har vært på kontroll)	Tavla henger i korridoren og oppdateres årlig. → Det gjennomføres ca. 4 kurs i året med 5-8 deltagere så datagrunnlaget for evaluering og endring av rutiner tar lang tid. Negative funn brukes i forbedringsarbeid av kursene. Langsiktig arbeid. → Startet med spørreskjema i år. Tar tid å samle data som kan brukes i forbedringsarbeid. Personalet er opptatt av å bruke resultatene til forbedring
AKUM	Sterilsentralen			Status ukjent



Diagnostisk klinikk 10 /13 tavler oppdateres jevnlig

Klinikk	Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
DIAGN	Bakteriologisk enhet	Korridor	<ol style="list-style-type: none">1. Resultater på SLP (Eksterne kvalitetskontroller)2. Riktig analysevalg/prøvebehandling av alle innkomne prøver	<p>Vi har to kvalitetsindikatorer, den ene oppdateres hver måned, den andre hvert kvartal.</p> <p>→Målet for SLP er at minst 95 % av de eksterne kvalitetskontrollene skal være 100 % riktig. Dette er et konkret mål som er lett å måle.</p> <p>→Når det gjelder riktig analysevalg er målet er at ingen prøvesvar skal forsinkes på grunn av feilbehandling av prøven første dag. Å måle dette kan være en utfordring fordi denne type feil må fanges via avvikssystemet. Dersom avvik ikke blir skrevet vil dette ikke bli oppdaget. Enheten har fokus på at avvik alltid skal skrives når det er brudd på prosedyrer/retningslinjer, men det kan selvfølgelig være noe underrapportering.</p>
DIAGN	Blodbank-enheten	Venterom for blodgivere	<ol style="list-style-type: none">1. Utdatering av erythrocyttkonsentrater2. Antall nye, godkjente blodgivere	<p>→Utdatering vil si at konsentratene er eldre enn 35 dager, og må kastes. Målet er at den årlige utdateringen skal være under 1,5 %. Oppdateres kvartalsvis.</p> <p>→Målet er 500 nye blodgivere årlig for å erstatte de som av ulike årsaker faller fra. Oppdateres månedlig. Blodgiverne synes det er greit å se at nye blodgivere melder seg og at det er behov for at de verver.</p>
DIAGN/ KIRORT	BDS/ KBDS (brystdiagnostisk senter)	På venterommet, godt synlig. Deles mellom BDS og KBDS	<ol style="list-style-type: none">1 Oppmøte i mammografiprogrammet2 PGMI som er enhetens mål for kvalitet for bildene tatt i mammografiprogrammet.	<p>→Oppdateres hver mnd.</p> <p>→Kvalitetsmål satt i mammografiprogrammet – måles 3-4 gg. pr år.</p>
DIAGN	Laboratoriet LOFOTEN			Status ukjent
DIAGN	Laboratorium VESTERÅLEN			Status ukjent
DIAGN	Molekylær-biologisk enhet	Sosialsone 2 etg., O-fløy	<ol style="list-style-type: none">1. Gjennomsnittlig svartid på influensa A2. Gjennomsnittlig ALA/PBG/Total porfyrin3. Svartid for s-kappa og s-lambda	Oppdateres hver 1-2 mnd.



Klinikk	Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
DIAGN	Nukleær- medisinsk enhet	Korridor/ venteområde	1. Brukertilfredshet 2. Kvalitetsindikator – skjelettscintigrafi 3. Forventet ventetid på time 4. Forventet ventetid på svar til rekvirent	Tavla oppdateres 1-2 ganger i halvåret
DIAGN	Patologi- enheten	I gangen mellom sosialsone og møterom Vi har ingen direkte pasientkontakt.	1 Antall feilmerkede kasus 2 Antall kontaminerte prøver 3 Antall uegnede væskebaserte cervixcytologiprøver (VBC)	Tavla oppdateres kvartalsvis →Gjelder kun feilmerkinger gjort internt, ikke fra rekvirent. Målet er 0 feilmerkede kasus. →Gjelder histologiske prøver hvor krysskontaminering kan skje ved flere ledd, men som oftest er enkle å oppdage for patolog ved mikroskopering. Målet er < 10 kontaminerte prøver. →Målet er å få ned antallet uegnede VBC-prøver til < 9 % ved å preparere ("vaske") blodtilblandede prøver, øke forståelsen av kravene til uegnethet blant de ansatte samt bidra til å informere rekvirenter om prøvetakingsmetoden. Målene tilsvarer RP0355 , som viser enhetens kvalitetsindikatorer.
DIAGN	Preanalyttisk enhet	Korridor i 3 etg vis a vis dør inn til kundesenteret. Vi har også en i poliklinikken A3	1. Ventetid i poliklinikken 2. Graf over Happy-or-not	I tillegg har vi bilder av alle ansatte →Happy-or-not er et fornøydhetspanel som pasienter i poliklinikken bruker
DIAGN	Radiologisk enhet BODØ	Utenfor CT, der det sitter pasienter som skal til CT Oppdateres hver 3 mnd	1. Svartid fra en undersøkelse er utført hos radiograf til svar er signert av spesialist og sendt ut. 2. Bildekvalitet (PGMI) på den mest vanlige røntgenundersøkelsen (Røntgen av lungene). Hvor mange bilder tilfredsstill bildekriteriene.	→Kvalitetsindikator for radiologer. De tre mest vanlige CT – undersøkelsene er valgt ut. Et av spørsmålene som går igjen fra pasienter, er når resultatet fra undersøkelsen foreligger. Særlig gjelder dette ved CT undersøkelser da det ofte dreier seg og utredning/kontroll av kreft. Ulempen er at rapporteringsverktøyet i Sectra ikke er nyansert nok. Man får ut en medianverdi og resultatet blir deretter. →Disse resultatene henger ikke på tavle enda selv om vi planlegger å ta i bruk en til kvalitetstavle. Den vil i så fall henge på venterommet.



Klinikk	Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
DIAGN	Radiologisk enhet LOFOTEN		1. Ventetider 2. Kvalitetsindikator PGMI 3 Forsinkelser 4 Svartid	Tavla oppdateres ca hver tredje måned.
DIAGN	Radiologisk enhet VESTERÅLEN	Vi hadde tavle på gammelt sykehus, på venterommet. Etter oppstart nytt sykehus er tavlen av ulike grunner ikke kommet opp igjen		På gammel tavle synliggjorde vi ventetider, undersøkelse informasjon, info om ansatte og svartid. Kvalitetsindikator på TH front. Vi oppdaterte ca en gang pr måned. Det er vanskelig å finne gode kvalitetsmål å presentere. Fikk tilbakemelding på at info ang undersøkelser og forberedelser var interessante. Hadde også inntrykk av at pasientene likte å se navnene på oss ansatte, og hvilken funksjon vi har. Kvalitetsmålene var ikke like interessante.
DIAGN	Sentral-laboratoriet	Ingen pasienter. Henger i korridor der ansatte ser	Kvalitetsindikatorer	Utfordringen er å få tid til å følge dette opp ofte. Ingen tilbakemeldinger.



Hode- og bevegelsesklinikken, 5 /8 tavler oppdateres jevnlig

Klinikk	Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
HBEV	Dagenhet HBEV	Ikke hengt opp		HBEV dagenhet har dessverre ikke en operativ tavle. Det har vært problemer med å finne noe å måle uten at en må bruke store ressurser på å telle/registrere. Har vært tema på kursdag og personalmøter uten at en har kommet frem til noe konkret. Det er utpekt en tavleansvarlig. Etter flytting til K er enheten i tillegg delt i to etasjer. Enheten vil gjerne ha hjelp til å finne gode måleparametre.
HBEV	FMR Lofoten	Korridor og kontorområder. Har ikke pasienter i lokalene	1. Tid før første kontakt med pasient 2. Fristbrudd	Mål er satt ift DIPS, da vi er en enhet med mange fagområder. Vanskelig å finne noe felles som ikke er for generelt. Resultater tas opp på personalmøter jevnlig.
HBEV	Habilitering og rehabilitering Vesterålen	Korridor/kontorlandskap. Få/ingen pasienter der da vi primært jobber ambulant	Tilfredshet på skala fra 1 (dårlig) til 5 (helt konge) på egen innsats knyttet til tydelighet / sikre ansvarsfordeling / ta ansvar i ansvarsgruppemøter med samarbeidende instanser.	Målet er at vi skal bli tydeligere i vår rolle overfor dem vi samarbeider med og våre pasienter. Målet er videre å desimere antall møter uten klare mål og resultater for pasienten. Ofte avhengige av at andre aktører tar ansvar, vi må bidra til å synliggjøre det. Det er subjektive mål, vi måler oss selv og opplevelsen av egen atferd i møter. Målet er satt for å få økt fokus, ved å ha målet med oss når vi går i møter blir vi mer bevisste på egen rolle. Avkrysning på tavla gir bakgrunn for interne drøftinger i teamene som øker fokus ytterligere. Nye mål fra januar i år, vi måler i ett år av gangen. Nye påføringer ukentlig på tavla.
HBEV	Habiliterings- teamet for voksne	Møterom, blir oppdatert månedlig og halvårlig	1. Pasienter med ferdig IP innen 6 mnd. etter oppstart 2. Pasienter med behandlingsplan innen 14 dager etter oppstart 3. Pasienter tverrfaglig drøftet og vurdert innen 14 dager etter oppstart 4. Gjennomført samarbeidsmøte med pasienter, pårørende og hjelpeapparat innen 2 uker etter oppstart 5. Vurdert innen frist 6. Tjenester oppstartet innen frist 7. Navngitt kontaktperson ved innkalling 8. Epikrise/sluttrapport innen frist	→Mål 100 % →Mål 100 % →Mål 80 % - resterende innen 1 mnd. →Mål 80 % - resterende innen 1 mnd. →Mål 100 % →Mål 100 % →Mål 80 % - resterende ved oppmøte →Mål 100 %



Klinikk	Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
HBEV	FMR Bodø (KSF)	I pasientrom utenfor ekspedisjon SU1	1. Dokumentasjonstid 2. Fornøydhet etter FRAM tilbud	→Oppdateres månedlig →Mestringskurs for smertepasienter. Basert på pasienters evalueringer på egendefinert skjema. Opptelling skjer manuelt, oppdateres årlig
HBEV	Sengeenhet HBEV (AB4)	Pasientkorridor	1 Antall dager mellom urinveisinfeksjoner 2 Nye UVI pr 100 kateterdøgn 3 legemiddelsamstemning inn / ut 4 Behandlingstid ved trombolyse 5 Hjerneslag	Hver gang det registreres i extranett/ annen database tas det ut nye oversikter. Det registreres ikke samtidig for de ulike punktene. For alle målene (unntatt behandlingstid for trombolyse) gjelder de samme utfordringene, og disse er: travle arbeidsdager, høyt sykefravær, nytt og ukjent personell (både plant sengepostansatte og legene), ferieavvikling og mange ulike målinger/screeninger som bør/skal gjennomføres. Tilbakemeldingene er tilsvarende: Mange «pakker» samtidig. Tidkrevende. Blir lett nedprioritert i en travel arbeidshverdag.
HBEV	ØNH pol	Elektronisk tavle settes i bestilling.	Skal sette mål sammen med.kir./ort.klinikk	Har fått avklart finansiering av elektronisk tavle – felles for kir./ort.og HBEV ved ØNH
HBEV	Øyeenheten			Vi jobber med en elektronisk tavle. Arbeidet er godt i gang, men sliter med å få det fullført pga høy produksjon. Tenkte å bruke Imatis-tavlen til dette. Vi har planlagt å få med bla ventetid, andre utfordringer, samt generell informasjon som kan være interessant for pasientene.



Kvinne/Barn klinikken, 4 /8 tavler oppdateres jevnlig

Klinikk	Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
KBARN	Barnehabiliteringen, pedpol/ gynpol, dagenhet, kontor			Barnehabiliteringen, dagbehandlingen til barn og poliklinikken til barn er nå i samme avdeling. Det er også det som er igjen av medisinsk kontortjeneste og poliklinikk KK. Kvalitetsundersøkelse gjennomført i 2014. Tavla har ikke vært i bruk etter innflytting i K5. Tas i bruk fra Januar 2016.
KBARN	Barnemedisin	Pasientkorridoren Tavla oppdateres 1-2 ganger i måneden	1. PEVS 2. ID-merking 3. Samstemning av legemidler	→PEVS er et verktøy for å raskt identifisere barn i fare for klinisk forverring, basert på alder og vitale parametre (PedSAFE) Det går ganske greit med PEVS og Samstemming av legemidler, men det krever jevn oppfølging for å vedlikeholde etterlevelsen. PEVS scoringa tok seg opp da dette ble satt på pasient-oversiktsarket. Her står det hvor ofte hver enkelt pasient skal ta PEVS. Denne oppdateres jevnlig. Leger og sykepleiere får jevnlig tilbakemeldinger på hvordan det går med samstemning av legemidler. Legene har fått veiledning og opplæring i medikamentmodulen i DIPS. Medikamenter og kilde for samstemning er blitt et punkt i journalen. Vi har fortsatt en vei å gå når det gjelder ID merking. Her varierer det en del.
KBARN	Føde/ barsel Bodø	Pasientkorridor	1. Blødninger 2. Store rifter 3. Sectio	Oppdateres ca. hvert halvår. Denne tavlen oppleves for enkelte av fødekvinnene med ledsager som stressende, da den viser komplikasjoner. Prøver å tenke nytt . →Sectio=keisersnitt
KBARN	Føde/ barsel LOFOTEN	Pasientkorridor	1. Rifter 2. Sectio 3. Aktivitetstall	Oppdateres 3-4 ganger pr år. Har fått positiv tilbakemelding på at det er ok å vise aktivitet.
KBARN	Føde/ barsel VESTERÅLEN	Ikke hengt opp etter flytting	1. Blødninger 2. Rifter grad 3 og 4 3. Keisersnittfrekvens	Det jobbes med å få tavle plassert et egnet sted i ny avdeling.



Klinikk	Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
KBARN	Nyfødt intensiv	I gangen utenfor vaktrommet S1	1. ID-merking	Vi registrerer hver dag hvor mange av våre pasienter som har id.merket på seg, eller på sin kuvøse dersom de er så små at de ligger i det. Vi ser at dette har hatt effekt. Vår koordinatorsykepleier sjekker dette under legevisitten hver dag.
KBARN	Stab - Barn			Legene er involvert i PEVS og samstemming av legemidler på barnemedisin
KBARN	Stab- Gyn/ Obstetrikk	Møterommet til legene på gyn/føde i K7		Nettopp fått ny tavle. Her kan vi ha resultater fra prosjekter, GTT, samstemming, epikrisetid osv. Generell info/ prosjekter og nasjonale indikatorer



Kirurgisk Ortopedisk klinikk, 6/8 tavler oppdateres jevnlig

Klinikk	Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
KIRORT	Brystdiagnostisk senter	I venteområdet på Bryst- og endokrinkirurgisk poliklinikk/ Mammografien	1. Hvordan vi ligger an ifht nasjonale krav til tid fra mistanke om brystkreft til utredning/diagnose/behandling – s.k. Pakkeforløp for brystkreft: a) Antall dager fra henvisning mottatt ved mistanke om brystkreft til første oppmøte (oppstart utredning) b) Antall dager fra første oppmøte til avsluttet utredning (påvist/avkreftet brystkreft) Antall dager fra påvist brystkreft til operasjon 2. Spørreundersøkelse blant våre pasienter som har fått påvist brystkreft og blir operert om deres opplevelse av: a) Informasjonen rundt diagnosen b) Oppfølging etter operasjon	Oppdateres ukentlig
KIRORT	Kirurgisk sengeenhet A6	Pasientkorridor, oppdateres hver tirsdag	1 Fallscreening 2 Registrering av hvor mange som har fått velkomstmøte 3. Urinveisinfeksjon 4. Trykksår 5. Samstemning av legemidler	Det holdes fortløpende oversikt og tavla oppdateres ukentlig. Vi ser at dette har en effekt. De ansatte prioriterer dette høyt og de har vært lett å få med på laget for å gjennomføre målingene
KIRORT	Kirurgisk sengeenhet B6	Pasientkorridor, oppdateres daglig	1. Antall dager siden siste fall 2. Antall dager siden siste trykksår 3. Antall trykksår hittil i år 4. UVI, antall hittil i år 5. Samstemning av legemiddellister 6. Oppmerksom vennlig kommunikasjon	Tavla oppdateres daglig. De ansatte blir mer oppmerksom på å forebygge fall og trykksår. De vil ikke ha et dårlig resultat på tavlen. Pasienter og pårørende stopper ofte opp ved tavlen og samtaler rundt det som står der



Klinikk	Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
KIRORT	KirOrt sengepost LOFOTEN	Korridor	1. Samstemming av medikamentlister 2. Forebygging av trykksår 3. Forebygging av kateterassosierte urinveisinfectionsjoner	Det som måles er de ulike tiltakspakkene som er aktuelle for enheten. Vi tar sikte på å oppdatere tavla ukentlig. Det henger også generell info om pasientsikkerhet og hva som måles hos oss. Vi starter med pakken «Forebygging av fall» i oktober 2015.
KIRORT	KirOrt sengepost VESTERÅLEN	Korridor mellom tun 1 og 2	1. Samstemming av legemiddellister	Oppdateres hver 14 dag. Videre inneholder tavla generell info om fall og forebygging av kateterassosierte urinveisinfectionsjoner.
KIRORT	Ortopedisk enhet A5	Pasientkorridor	1. Fall; antall dager siden siste fall, antall dager siden siste fall med skade 2. Trykksår; antall dager siden siste trykksår	Oppdateres daglig i ukedagene av enhetsleder. Har også med oppslag/informasjon om de ulike tiltakspakkene mot fall, urinveisinfectionsjoner og trykksår, samt informasjon om pågående prosjekter på A5 pr nå (Estetikk og matkultur og Oppmerksom vennlig kommunikasjon) Positivt med åpen og god informasjon på tavlene.
KIRORT	Poliklinikk BODØ		1. Aktivitetstall 2. Avvik 3. Ventetid 4. Ikke møtt	Poliklinikkene i Hode/bevegelse og KirOrt samarbeider om kvalitetstavle i K1. Det er innhentet tilbud på skjerm. Klinikken er enige om parametre og har laget utkast til presentasjon. Nå avventes levering og montering av skjerm
KIRORT	Poliklinikk LOFOTEN	Korridor		Det henger generell info om hvordan vi jobber med pasientsikkerhet. Tavlen skal tas i bruk med målinger og oppdatert informasjon høsten 2015. Aktuelle tall for målinger er: <ul style="list-style-type: none">• Aktivitetstall• Avvik• Ventetid• Ikke-møtt Den nye tavlen er et samarbeid med poliklinikkene i Bodø



Medisinsk klinikk, 6 /14 tavler oppdateres jevnlig

Klinikk	Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
MED	Dialysen			Dialysen har vært på flyttefot nettopp, og skal flytte snart på nytt igjen. Kvalitetstavla blir nok ikke prioritert høyt før endelig base i H3
MED	Enhet for blodsykdommer og kreft	I korridoren på poliklinikken	Antall ekstravasale infusjoner av vevstoksiske cytostatika	Oppdateres månedlig. Liten respons fra pasienter.
MED	Enhet for strålebehandling	I pasientkorridoren ved venterommet i OU1	1. Antall pasienter i behandling 2. Antall avvik de siste tre måneder 3. Opplysninger rundt eventuelle pågående/avsluttede spørreundersøkelser 4. I fokus: ny CT-maskin, nye behandlingsmaskin, oppstart med kurativ brystbehandling, barn som pårørende osv... 5. Mål for vår avdeling	Tavla blir oppdatert fortløpende → Hva skal man svare når pasientene spør hvilke avvik det er snakk om? Får vel stort sett positive tilbakemeldinger på tavla vår 😊 Greit for pasientene å vite hva som rører seg i avdelingen. I tillegg hjelper det ansatte å holde fokus på pasientsikkerhet.
MED	Medisinsk sengepost B3 Kardiologisk enhet			Status ukjent
MED	Kontortjenesten Bodø			Kvalitetstavla var hengt opp i korridor X-fløya der vi holdt til fram til november 2014. Vi oppdaterte tavla hver dag med antall dokumenter til skriving. Så har tavla har dessverre blitt borte i flytteprosessen vår, men vi skal fortsette registreringen etter hvert.
MED	Kontortjenesten LOFOTEN			Status ukjent
MED	Medisinsk Poliklinikk			De som jobbet i H3 og A3 hadde kvalitetstavle som tok for seg div brukerundersøkelser. Disse ansatte ble splittet og delt i K3 og K4. Kvalitetstavlene ble borte i flyttelasset. Skal bestille inn nye tavler, men det er ennå usikkert når vi får disse « i drift » på vegg i K3 og K4



MED	Med sengepost B2 LOFOTEN		<ol style="list-style-type: none">1. Trykksår2. Ernæringscreening3. Stikkprøver ID merking4. Stikkprøver datomerking på venefloner	<p>Oppdateres avhengig av målingene(ukentlig, hver14 dag, hver mnd) →Da vi startet denne målingen like før ferien, er vi ikke kommet ordentlig i gang her enda. Superbrukerne her skal møtes torsdag 3/9 for registrering i Extranet →Alle pasienter blir screenet →Forsøker å få til dette annenhver uke →Forsøker å få til dette annenhver uke</p> <p>Vi kommer i gang med tavlene nå etter sommeren. Vi har formulert mål og hva vi skal registrere, slik at vi får komme tilbake til hvordan det går.</p> <p>Tilbakemeldingene fra de ansatte er at det er en svært stor mengde med skjema som skal fylles ut. Dette fører til at man i mange tilfeller ikke registrerer at en pasient for eksempel er i risiko for underernæring, følger opp dersom en pasient er i risikozonen for fall osv. Fokuset blir å få fullført bunken med screeninger, uten at man nødvendigvis ser resultatet.</p>
MED	Med sengepost C2 LOFOTEN		<ol style="list-style-type: none">1 Hjerneslag2 Ernæringscreening3 Trykksår4 Fall5. Stikkprøver datomerking på venefloner6. Stikkprøver ID merking av pasient	<p>→Oppdateres avhengig av målingene (ukentlig) →Utføres på alle pasienter →Nylig startet opp med denne før ferien, så ikke kommet skikkelig i gang med registreringen her →Startet opp november 2014. vært noe nedprioritert i sommeravviklingen, men er nå i gang igjen →Legger dette inn som rutine annenhver uke</p> <p>→Legger dette inn som rutine annenhver uke</p>
MED	Medisinsk dagenhet Med pol (dagpost)			Status ukjent
MED	MED R3 Lunge, blod og stråleenhet	Pasientkorridor	<ol style="list-style-type: none">1. Antall korridorsenger kl 0700	<p>Mål: Unngå korridorsenger. Tavla viser en oversikt (graf) over utviklingen fra mnd til mnd, samt en oversikt over 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 må ligge på korridor. Kan til tider være et vanskelig arbeid.</p>



MED	Med R4 Nyre, fordøyelse, geriatri og infeksjon			Status ukjent
MED	Medisinsk sengepost VESTERÅLEN	I pasientkorridoren	1. Samstemming inn 2. Ernæringscreening 3. Fallregistreing 4. Trykksårregistrering	Tavla blir oppdatert ukentlig. Enhetsledelsen må passe på at leger og pleiere tar tak i dette. Vi har laget en intern konkurranse mellom tunene. Den som har 100 % over en uke får kake. Første kake kommer denne uka
MED	Palliativt team, enhet for kreft og lindrende behandling			Status ukjent

Prehospital klinikk, 3 /3 tavler oppdateres jevnlig

Klinikk	Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
PREH/ AKUM	Ambulansefly	Oppholdsrom/vaktrom/ kontor	1. Psykiatritransport 2. Feilfri transportjournal 3. Casegjennomgang	For 2016 vil flyet måle på hvor mange oppdrag det brukes interne ledsagere ved psykiatritransport. Alle transportjournaler registrert feilfritt i løpet av flyperioden (4 uker) Bruk av casegjennomgang som fagutvikling på basemøter.
PREH	Akuttmottak, observasjonsenhet og AMK Bodø	Henger i korridor Det er bestilt ny større tavle før sommeren	1. RETTs tall	Prosentvis andel triagerte pasienter
PREH	Observasjonsenhet	Henger i observasjonsenheten	1. News-tall 2. Fallskader	Score for å kontakte lege, avdekke symptomer før de får utviklet seg. Early warning score. Tall tas ut to ganger månedlig Pasientsikkerhetsprogrammet
PREH	AMK	<i>Ikke tavle – ennå</i>		<i>Det er startet et arbeid med å utarbeide kvalitetsindikatorer på AMK. Et eksempel er måleoperatørene på bruk av startkort. Skal også måles på bruk av egne ledsagere i transport av psykiatri</i>



Psykisk helse og rus klinikken, 26/36 tavler oppdateres jevnlig

Klinikk	Enhet	Hvor	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
PHR	Akutt Nord		1. Oppdatere F5 bildet hos alle pasienter 2. Om pårørende er involvert i utskrivningsprosessen	→ Legge inn pårørende osv.
PHR	Akutt Salten	På vaktrom	1 Om F5 bildet blir fylt ut 2. Involvering av pårørende ved utskrivelse	→Særlig med tanke på pårørende, og barn som pårørende →Som en del av forebygging av selvmord Skal ha ny måling fra 1.sept. Ikke gjennomført i sommer. Informasjon om oppdatering blir gitt på felles internundervisning.
PHR	Akutt Sør	På personalrommet	1 Pasienter har mottatt avtale om oppfølging «time i hånden», hos behandler før utskrivning 2 Kriseplan for pasient, pårørende og samarbeidspartnere er utarbeidet før utskrivelse 3 Pårørende er involvert i utskrivningsprosessen	Pr nå ingen aktive målinger, men i høst vil vi starte med nye registreringer på «forebygging av selvmord». Vi vil ha fokus på nevnte tiltak som skal være på plass før utskrivelse. Måles ved å gjennomgå epikriser og journaler i ettertid. Personalet liker å se progresjon i arbeidet. Når barn som pårørende var i fokus, ble det nesten en konkurranse personalet seg i mellom om hvem som hadde flest registreringer. Vi ser at når fokuset ble fjernet fra tavlen, gikk det fort i glemmeboka igjen. Men dette er folk beviste på, og har jo den hatt sin misjon! I og med at vi har tavla inne på rapportrommet brukes den daglig på behandlingsmøtene. Alle ser den og kan følge med utviklingen på tiltakene vi iverksetter, samt at vi ser målingene når de kommer.
PHR	Akuttpsykiatrisk avdeling, behandlerstab		1. Forebygging av selvmord 2. Forebygging av overdosedødsfall	→ Vi er pilotavdeling, og arbeider med kontinuerlig forbedring og oppmerksomhet på områder med utfordringer. → Første fase av implementering, starter målinger nå. Tavla oppdateres etter målinger ca hver 3 måned, og ellers hvis det er relevant og viktig informasjon. Vi bruker tavlen til å synliggjøre den utviklingen vi har i forhold til forbedringsarbeidet. Det er mange elementer i disse pakkene, som hver for seg krever oppmerksomhet, slik at vi kan ha delområder, for eksempel fokus mot pårørende, som vi arbeider ekstra med i perioder. Da vil dette kunne komme opp som fokus på tavlen. Disse målområdene vil henge sammen med de som er aktuelle på enhetene.



Klinikk	Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
PHR	Akutenhet for ungdom	Personalrom	1. Medikamentbruk 2. Signering på effekt av behovsmedisin	Enheten har nylig opprettet et pasientsikkerhetsteam som skal på opplæring i Extranet. Målinger og tiltak fra pakken «Forebygging av selvmord» er nok det som vil dominere tavla videre fremover.
PHR	Alderspsykiatrisk enhet	Personalrommet		For tiden har vi fokus på behandlingsteamene og antall teammøter.
PHR	Allmennpsykiatrisk enhet B			Status ukjent
PHR	Allmennpsykiatrisk enhet D			Status ukjent
PHR	Ambulant akutt-team			Status ukjent
PHR	BUP Bodø	Korridor, god synlig for pasientene	1. Fristbrudd 2. Ventetid	Tavla oppdateres månedlig
PHR	BUP Bodø, avd Ørnes	I «yttergangen», godt synlig for pasienter	1. Fristbrudd 2. Ventetid	Tavla oppdateres månedlig (kopi av tavleinnhold for BUP Bodø)
PHR	BUP Indre Salten	Tavla er hengt opp på venterommet		Vi har ikke kommet opp med ideer om hvordan bruke den
PHR	BUP Lofoten	Pasientventerommet	1. Ventetid 2. Antall mottatte henvisninger	→Vi har over tid hatt store kapasitetsproblemer på enheten →Vanskelig å se at dette har noe med kvalitet i enheten å gjøre Tavla er for tiden ikke oppdatert, men planlegges innføring av nye kvalitetsmål og rutine for oppdatering innen årsskiftet. Ingen tilbakemelding fra noen, og heller ingen som har etterspurt oppdatert informasjon. Anser dette som et tegn på at de aktuelle kvalitetsmålene er nokså uinteressante for pasientene – utfordring for oss å finne mål som er av interesse og sier noe om faktisk kvalitet på det tilbudet vi gir.
PHR	BUP Vesterålen			Vi planlegger å måle antall pasienter som ikke møter til timer. Vi jobber med å finne ut hvordan rapporter vi skal benytte og regner med å være i gang med dette ganske snart.
PHR	BUPA Ambulant enhet	Korridor	1. Antall tiltak 2. Epikrisetid	Tavla blir oppdatert en gang i måneden



Klinikk	Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
PHR	BUPA Fagenhet for autisme	Ekspedisjonen	1. Ventetid 2. Epikrise 3. Uoppgjorte tiltak 4. Glemte saker	
PHR	BUPA Fagenhet nevropsykologi,	Korridor ved venterom, ovenfor «kaffe bord» for pasienter	1. Ventetid 2. Brannøvelser/ brannkurs for ansatte 3. Aktivitetstall	Tavla oppdateres månedlig
PHR	BUPA Fagteam for spiseforstyrrelser	Korridor	1. Epikrisetid innen 7 dager 2. Mål om tre avtaler i første brev til pasienten	→ Viktig mål fordi det var en endring vi innførte som kvalitetssikring av vår utredning. Det er tidsbesparende for oss som behandlere som skal koordinere avtaler med henviser, og det gir en oversikt for familiene som henvises til oss med målrettet fokus. Oppstart og evaluering planlagt sikrer kontinuitet og pasientrettigheter i journal.
PHR	BUPA Korttid ungdom	I adm. ved venterommet til pasienter og pårørende	1. Behandlingsplan Miljø (2014) 2. Innkomstjournal (2015)	→ Hver pasient skal ha behandlingsplan dokumentert i DIPS innen 24 timer etter innleggelse. Dette måles ved hver pasientinnleggelse. → Hver pasient skal ha innkomstjournal dokumentert i DIPS innen 24 timer etter innleggelse. Dette måles ved hver pasientinnleggelse. Målingene publiseres på kvalitetstavla dagen etter 24 timers fristen. Enhetsleder/ass. enhetsleder har ansvar for måling og publisering på tavla. Ingen tilbakemelding fra pasienter/pårørende. Enkelte ansatte synes ikke det har noe for seg denne tavla. Andre ansatte ser nytten i å måle ting, som vi kan bli enda bedre på.
PHR	DPS Lofoten, dagenhet Leknes	Pasientkorridor ved inngangspartiet	1. Antall pasienter 2. Behandlingsplaner 3. Tilbudet i sin helhet 4. Rutiner 5. Åpent punkt for endringsforslag 6. Avvik	Oppdateres en gang i pr mnd. Ansatte synes det er greit med en slik tavle. Ingen tilbakemelding fra andre.



Klinikk	Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
PHR	DPS Lofoten, Dagenhet Svolvær		1. Antall pasienter i de ulike tiltakene 2. Info om ansatte og deres kompetanse 3. Oversikt over planlagte og gjennomførte miljøterapeutiske aktiviteter.	Oppdateres ca 3 ganger årlig.
PHR	DPS Lofoten, VOP	Venterom/ korridor, oppdateres månedlig	1. Antall henvisninger pr mnd. 2. Gjennomsnittlig ventetid for behandling hver måned.	→Utfordringen er tilstrekkelig kapasitet hos behandlere. Ansatte setter spørsmålstegn ved om måla er informative for brukere. Andre setter spørsmålstegn ved formålet med tavlene
PHR	DPS Vesterålen, Allmenpsykiatrisk enhet	Vaktrommet, oppdateres månedlig	1. Epikrisetid 2. Behandlingsplan innen 24 timer 3. MADRS 4. Suicidalvurdering ved innkommst 5. Samstemming av legemidler	Vi vet at gode måletall ikke nødvendigvis sier noe om kvaliteten på innholdet. Vi jobber også kontinuerlig med å øke kvaliteten på det arbeidet vi gjør → verktøy for å vurdere omfang og intensitet av vanlige depresjonssymptomer
PHR	DPS Vesterålen, VOP og ambulant akutt-team	Møterom/pauserom, oppdateres månedlig	1. Epikrise ferdigstilt innen 7 virkedager etter avslutning 2. Behandlingsplan ferdigstilt innen tredje konsultasjon 3. Suicidalvurdering gjort på innkommstamtale	
PHR	Enhet for psykosser	Vaktrom C226A	1. Ukentlig revidering av behandlingsplanene, og om dette er gjort med eller uten pasient 2. Avholdte teammøter	Deler av tavlen er åpen for forbedringstiltak.



Klinikk	Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
PHR	Fagenhet for familiebehandling	Korridor	1. Forvern med hjemmebesøk 2. Ettervern med hjemmebesøk 3. Behandlingsplan innen uke 1 i samråd med foreldrene	→100 % →100 % →100 % Positive tilbakemeldinger. Tavla har foreløpig ikke vært oppdatert
PHR	Korttidsenhet rus, Salten DPS	Korridor ved utgangsdør, hvor det også er venteområde Tavla oppdateres ukentlig.	1. Antall pasienter med behandlingsplan innen 24 timer 2. Antall aktuelle pasienter som har gjennomført kampanjen «forebygging av overdosedødsfall»	→Telles av enhetsleder →Telles av prosjektansvarlig ca. x1 pr mnd.
PHR	Psykiatrisk kontortjeneste Vesterålen	I ekspedisjonen	1. Antall diktater innkommet, skrevet, feile, ligger igjen 2. Antall henvisninger innkommet, skrevet, feile, ligger igjen 3. Antall konsultasjonsark innkommet, skrevet, feile, ligger igjen	Ansatte synes det er en grei og inspirerende oversikt
PHR	Psykoseteamet	Venterommet	1. IPS 2. Mestringsgrupper – deltakelse 3. Kroppsbevissthetsgruppe – deltakelse 4. Friluftsgruppe/ ungdomsgruppe - deltakelse og destinasjon 5. Ventetid, mottatte henvisninger, avviste henvisninger, epikriser innen frist	→Individual Placement Support. Antall aktive jobbsøkere, aktive i jobb, totalt antall jobbsøkere i prosjektet, avsluttet til jobb eller skole Tavlen brukes til å presentere Psykoseteamets tilbud og til å informere om ukentlige aktiviteter. Oppdateres månedlig/ukentlig med unntak av på sommeren.



Klinikk	Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
PHR	Psykiatrisk innsatsteam, Vensmoen	Ekspedisjonen	1. Nye henvisninger 2. Antall konsultasjoner 3 Ikke oppgjorte konsultasjoner 4. Antall aktive saker 5. Antall avsluttede saker 6. D1 7. D2 8. D3 9. Fristbrudd 10 Antall avvik 11. Sykefravær	→Drøfting med spesialist/leder før utredning →Drøfting med spesialist/leder etter utredning →Drøfting med spesialist/leder ved avslutning av en sak, før epikrise skrives
PHR	Rus og Psykiatri	Personalrommet, der rapportene blir holdt.	1. Pasient/inn 2. Behandlingsplan innen 2 uker 3. Opphold 6 uker 4. Opphold 3 mnd. 5. Lengre opphold0 6. Fase MI	Vi har satt ned ei gruppe som skal se på og evt redigere innholdet på tavla ut fra den erfaringen har gjort oss til nå →Kartleggingsverktøy der man sammen med pasienten forsøker å finne ut hvor han befinner seg i forhold til diagnose. Fem faser: føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling og vedlikehold
PHR	Rusteamet/LAR			Status ukjent
PHR	Salten DPS-avdeling			Status ukjent
PHR	Sikkerhetsenheten	Enhetsleders kontor	1. Antall skademeldinger 2. Andel oppdaterte behandlingsplaner 3. Sykemeldingsstatistikk	
PHR	VOP Allmennteam	Ventekroken for pasienter		Brukertilfredshetsundersøkelse, skal henges opp ila høsten
PHR	VOP indre Salten	Tavlen er hengt opp på venterommet		Vi har ennå ikke kommet i gang med målinger.



Andre

Enhet	Hvor henger tavla	Hva måles	Kommentarer/tilbakemeldinger:
Lærings og mestringssenteret, HR	Ikke hengt opp		Vi har ikke hengt tavla opp i våre nye, midlertidige lokaler. Før vi flyttet fra Parkveien hadde vi skrevet «Du er kommet rett» på tavla. Dette fordi vi har en filosofi om at alle som kommer innom oss skal få hjelp til det de forespør om.

Referanser

1. [Protokoll til styresak 33/2013](#) Resultater fra Global Trigger Tool (GTT) analysen for 2012
2. [Styresak 34/2014](#) Lokale kvalitetsparametre/ kvalitetstavler. Vedlegg: [Rapport kvalitetstavler 2014](#)
2. [RL3930 Kvalitetstavler NLSH \(under revisjon\)](#)



Vedlegg 1 – Skjema for datainnhenting

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.