



01

**Slik jobber vi med
pasientsikkerhet og kvalitet**



01.

Satsingsområde pasientsikkerhet og kvalitet

Sykehusets visjon er en trygg og sikker helse- og omsorgstjeneste. Hver pasient og bruker skal alltid og overalt få god behandling uten å utsettes for skade.

For å oppnå best mulig helsegevinst, god pasientopplevelse og unngå skade skal pasientene få god behandling fra første møte. Sykehuset skal kontinuerlig videreutvikle kvaliteten på våre tjenester, på system-, gruppe- og individnivå. Kvalitetsmålinger, pasientsikkerhetsmålinger og pasienterfaringer skal brukes aktivt i forbedringsarbeid. Særlig brukerstemmen skal bli tydeligere.

Kunnskapsgrunnlag og føringer

Dokumentet er en kortversjon av «Plan for pasientsikkerhet og kvalitet» ved SiV.

Kvalitet defineres i denne kortversjonen som at tjenestene er trygge og sikre, er virkningsfulle, har god utnyttelse av ressursene, er samordnet og preget av kontinuitet, er tilgjengelige og rettferdig fordelt, samt at de involverer brukere og gir dem innflytelse.

Ledelse, medarbeider og brukere

Pasientsikkerhet og kvalitet er et lederansvar. Dette krever at ledere systematisk henter inn relevant informasjon om egne kvalitetsutfordringer, iverksetter endringer og undersøker om tiltak gir ønsket effekt.

Ledere skal koble rett personell til rett pasient, til rett tid, og bygge en kultur og et system der det er lagt til rette for å gjennomføre pasientbehandling riktig fra første møte.

Medarbeidere skal utføre sine oppgaver og til enhver tid holde seg oppdatert. I tillegg skal medarbeidere bidra til å heve kvaliteten gjennom kontinuerlig forbedring og kompetanseheving.

Ved utarbeidelse av tiltak innen pasientsikkerhet og kvalitet skal brukere involveres på et så tidlig tidspunkt som mulig i prosessene.



Forbedringsarbeid

Forbedringsarbeid krever fagkompetanse og forbedringskunnskap. Sykehuset har utviklet en metode for forbedringsarbeid, SiV-metoden, som er satt sammen av ulike verktøy som kan benyttes. Sykehusets stabsfunksjoner kan veilede og understøtte ledere i dette arbeidet.

Felles prioriterte forbedringsområder for alle enheter i perioden 2019 – 2023:

1. Trygg utskrivning, 2019-2020 (forarbeid i 2019)
2. Trygg innskrivning, 2020-2021
3. Innsatsområde, 2022-2023, besluttet på bakgrunn av risikoområder og fremkomne data.

Basert på erfaringer med pasient- og pakkeforløp og tilbakemeldinger fra pasienter, vil første felles prioriterte satsingsområde for alle deler av SiV være trygg utskrivning. Måleindikator for denne satsingen er dokumenterte, gjennomførte utskrivningssamtaler. Måleindikator for utskrivningsprosessens kvalitet er antall reinnleggelser.

Virksomhetskrav og rammebetingelser kan virke motstridende på kort sikt. For eksempel kan det være vanskelig å oppnå god måloppnåelse for færre reinnleggelser samtidig som det er krav til kortere liggetid. På lengre sikt vil satsningsområdene likevel bidra til å heve kvaliteten i helsetjenesten. Derfor skal sykehuset levere ønsket måloppnåelse, til tross for at det kan være utfordrende.

Trygg innskrivning: Dette tiltaket har mange måleindikatorer, som for eksempel gjennomsnittlig ventetid, uønsket variasjon til Helseatlas, oppholdstid i akutt-mottak for øyeblikkelig hjelp-pasienter, avvisningsrater osv. Utfordringsbildet for trygg innskriving vil være forskjellig for de ulike seksjonene.

Raske endringer i virksomheten vil føre til at felles innsatsområder må tilpasses. Ledelsen vil derfor i løpet av 2021 identifisere felles prioriterte innsatsområder for perioden 2022 – 2023.

Lokale forbedringsområder

I SiV pågår det mange gode, lokale tiltak for pasientsikkerhet og kvalitet. Det forventes at hver kliniske enhet årlig identifiserer minst ett forbedringsområde som er av stor betydning for pasientsikkerhet og kvalitet. Lokal ledelse er ansvarlig for gjennomføring og implementering.

Valg av forbedringsområder skal forankres i lederlinjen før oppstart. Analyseseksjonen vil bidra med å finne data fra egen drift. Kvalitetsseksjonen vil bidra med kunnskap om og bruk av forbedrings- og revisjonsmetodikk (SiV-metoden).

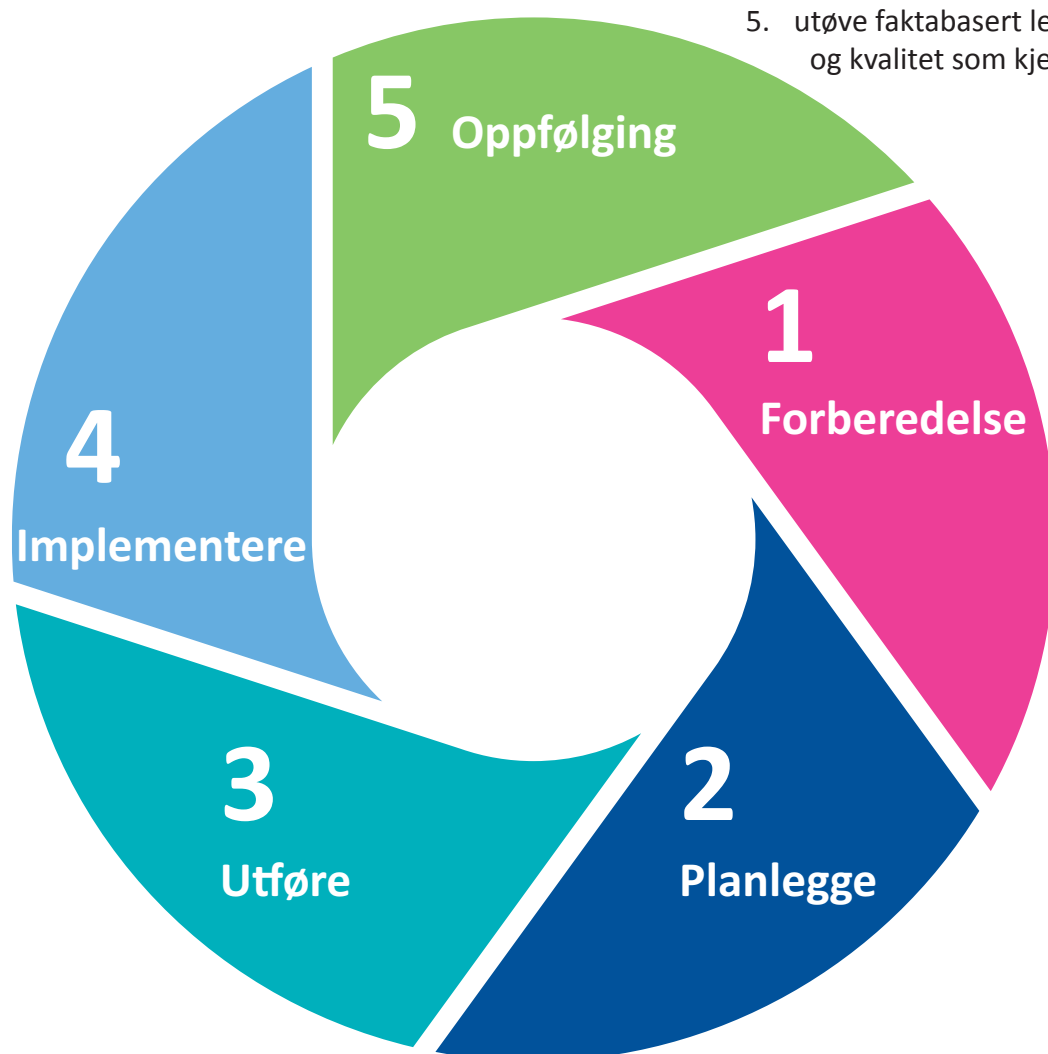
Klinikkene skal etablere årshjul for pasientsikkerhet og kvalitet som inneholder konkrete tiltak innen hvert av de fem områdene. Ledelsen ved de respektive klinikkene/avdelingene i SiV er ansvarlig for etablering av årshjul.

Forbedringsarbeid skal måles. Resultater fra lokalt forbedringsarbeid rapporteres i lederlinjen. Arbeidets resultater skal være et tema i klinikkens kvalitetsutvalg (KKU). Det skal årlig rapporteres resultater fra forbedringsområdet i hovedkvalitetsutvalget (HKU) fra hver klinikk.

Fokusområder

Sykehuset i Vestfold skal:

1. gi virksom behandling og redusere uønsket variasjon
2. lytte til pasienter og pårørende, og endre tjenestene etter deres behov
3. synliggjøre arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet og resultater av dette
4. sikre at pasientens overganger og forflyttinger er trygge
5. utøve faktabasert ledelse, med pasientsikkerhet og kvalitet som kjerneverdi



Tiltak

1. Gi virksom behandling og redusere uønsket variasjon:

- Trygg og effektiv innskrivning og riktig prioritering av pasienter
- Trygg utskrivning

2. Lytte til pasienter og pårørende, og endre tjenestene etter deres behov:

Enheten skal følge opp:

- Pass-opp
- Si Din Mening
- Hva er viktig for deg?-dagen
- «Brukerbankens rolle» i forbedringsarbeid og kliniske team
- Systemer for tilbakemelding på organisasjons- overganger
- Brukermedvirkning i forskning og utvikling
- Brukerutvalget

Sørge for at pasienter ved behov får oppnevnt kontaktlege.

Klinikkene/avdelingene har ansvar for å utvikle alternative tilbakemeldinger på resultat, prosess og opplevelse.

3. Synliggjøre arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet og resultater av dette:

Publisere relevante kvalitetsindikatorer regelmessig på seksjons-, avdelings-, klinikk- og sykehusnivå. Blant annet:

- Egne kvalitetsregistre
- Eksterne kvalitetsregistre
- Norsk helseatlas
- Resultater fra tilsyn og revisjoner
- Mål fra OBD

Utvikle en åpenhetspolicy for resultater og avvik på ulike nivå, gjennom en kultur som tilrettelegger for åpenhet og læring.

Skape en arena for temaer, erfaringer og suksesshistorier på intranett innen pasientsikkerhet og kvalitet på alle organisatoriske nivå.

«Det forventes at hver kliniske enhet hvert år identifiserer minst ett forbedringsområde som er av stor betydning for pasientsikkerhet og kvalitet»

4. Sikre at pasientens overganger og forflyttinger er trygge:

Organisatoriske overflyttinger og andre overganger både internt i egen organisasjon og mellom SiV og samarbeidspartnere skal forbedres gjennom å:

- Ta i bruk mulighetene som ligger i Meta Vision
- Ta i bruk mulighetene som ligger i «lukket lege- middelsløyfe»
- Videreutvikle egen rapportering på indikatorer for samhandling med kommuner og fastleger
- Benytte samarbeidsutvalget til å fremme pasientsikkerhet og kvalitet, særlig i overganger mellom omsorgsnivåene
- Benytte og utvikle innholdet i «Kompetansebroen» i samarbeid med kommunene gjennom opplæring i metoder og verktøy for å styrke felles forståelse av pasientsikkerhet og kvalitet

Operasjonalisere innsatsområder og måleindikatorer innen allerede vedtatte pasientgrupper i utviklingsplanen og samarbeidsutvalget:

- De som trenger oss mest
- Unge som står i fare for å utvikle psykisk sykdom og rusproblemer

5. Utøve ledelse, med pasientsikkerhet og kvalitet som kjerneverdi:

Bidra til å utvikle en kultur for pasientsikkerhet og kvalitet, og legge disse til grunn i alt forbedringsarbeid.

Systematisk innhente og formidle nasjonal og internasjonal kunnskap, erfaringer og trender.

Sikre at SiV etablerer og tar i bruk et styringssystem som er i samsvar med forskrift for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Sørge for at pasientsikkerhet og kvalitet inngår som tema i grunn-, videre- og etterutdanning og i relevante lederutdanninger.

Notater:





© SiV grafisk AT november 2019 Illustrasjonsfoto: Morten Rakke Photography