

Strategiplan kvalitet og pasientsikkerhet

2016 – 2017 – 2018 – 2019 - 2020





Forord

Kvalitet - trygghet – respekt er verdiene til Sykehuset Østfold. De skal ligge til grunn i alle våre aktiviteter for å ivareta pasienter og pårørende.

Den viktigste bidragsyteren for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet er deg som medarbeider i Sykehuset Østfold, uavhengig av profesjon eller rolle.

I strategien for kvalitet og pasientsikkerhet for 2016 – 2020 er det definert fem innsatsområder med prioriterte tiltak innen:

- Kvalitet
- Kultur og pasientservice
- Åpenhet
- Samhandling
- I trygge hender

Innsatsområder og tiltak er nærmere beskrevet i dokumentet som skal være retningsgivende for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i 2016.

Å bli pasient er for mange preget av engstelse og usikkerhet. Kvalitet og pasientsikkerhet starter med det grunnleggende, å bli møtt med høy kompetanse, vennlighet og service på alle nivåer i sykehuset.

Sykehuset Østfold skal oppleves som et vennlig sykehus. Det er summen av hver enkelt medarbeiders bidrag som er avgjørende for hvordan vi oppleves. Pasientsikkerhet og kvalitet er ikke bare noe vi har, men noe vi må bidra til, hver dag.

Takk for din innsats for å fremme et vennlig sykehus med høy kvalitet og pasientsikkerhet.

Just Ebbesen
administrerende direktør

Innhold

FORORD	1
MÅL	3
Mål i Oppdrag- og bestiller-dokument (OBD) for 2016:	3
Overordnende mål for Sykehuset Østfold	3
Levereregler	3
1.0 KULTUR OG PASIENTSERVICE	5
1.1 «Et vennlig sykehus»	5
1.2 Pasienttilfredshet - lokale undersøkelser	6
2.0 ÅPENHET	6
2.1 Pasientsikkerhetsvisitter	6
2.2 I pasientens fotspor	7
2.2 Gjennomgang av dødsfall	8
2.3 Tema – pasientsikkerhet 4 ganger i året	9
3.0 I TRYGGE HENDER 24/7	9
3.1.1 Trygg kirurgi	10
3.1.2 Behandling av hjerneslag	11
3.1.3 Samstemming av legemiddellister	12
3.1.4 Forebygging av infeksjon ved SVK	12
3.1.5 Forebygging av trykksår	13
3.1.6 Forebygging av fall	14
3.1.7 Forebygging av urinveisinfeksjoner	15
3.1.8 Forebygging av selvmord	15
3.1.9 Forebygging av overdosedødsfall	16
3.2.1. Sepsis – tidlig oppdagelse og behandling	16
3.2.2 Ernæring	17
4.0 KVALITET	18
4.1 Nåtidanalyse av medisinsk kvalitet (Dr Foster, GCP)	18
4.1.2 Økt bruk av innsatsteam prosessforbedring	19
4.1.3 Opplæring av klinikere i bruk av analyseverktøyet Dr Foster, GCP	19
4.1.4 Samarbeid mellom sykehus og kommunehelsetjenesten	19
4.1.5 Rasjonell antibiotikabruk – Antibiotikastyringsprogram (ASP)	20
4.1.5 Innføring av lukket legemiddelsøyfe	21
4.2 Oversikt - kvalitetsindikatorer tilgjengelighet og KBF	22
5.0 SAMHANDLING	23
5.1 Arbeidsgruppe/utvalg for kvalitetssamarbeid mellom SØ og kommunehelsetjenesten	23
6.0 ANNET	24

MÅL

Strategiplan for kvalitet og pasientsikkerhet har som mål å gi føringer på tiltak som skal bidra til understøtte sykehusets overordnede mål, de regionale målene i oppdragsdokumentet (Oppdrag og bestilling til Sykehuset Østfold) om tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet og øvrige målområder i strategidokumenter for Sykehuset Østfold (SØ).

Mål i Oppdrag- og bestiller-dokument for 2016:

- Ventetiden er under 65 dager
- Pasienten opplever ikke fristbrudd.
- Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.
- Planleggingshorisont er på minimum 6 mnd.
- Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %.
- Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet.

Overordnede mål for Sykehuset Østfold

1. Pasientene skal oppleve tilgjengelige, forutsigbare og helhetlige tjenester.
2. Kvalitet, pasientsikkerhet og service skal gjenspeiles i alt vi gjør.
3. Pasientene skal i møte med sykehusets medarbeidere oppleve empati, profesjonalitet, god kommunikasjon og rett kompetanse.
4. Pasientene skal oppleve at SØ har god samhandling med alle deler av helsetjenesten.
5. SØ skal utnytte moderne teknologi og nytt sykehus for å bli ledende innenfor definerte områder innen forskning og tjenesteinnovasjon.
6. SØ skal skape et økonomisk handlingsrom som sikrer utvikling og investeringer.

Leveregler

1. **Vi omgås pasienter og hverandre med høflighet og respekt**
2. Vi deltar i prosesser og er lojale til beslutninger
3. Vi skaper resultater gjennom samhandling
4. Vi ser muligheter, ikke begrensninger
5. Vi representerer arbeidsplassen vår på en god måte



Strategiplan for perioden 2016 – 2020.

Tiltakene som er beskrevet under det enkelte innsatsområde revideres årlig og gis nytt innhold etter behov inn i det påfølgende år i strategiperioden.

Dette dokumentet beskriver prioriterte områder og tiltak i 2016.

1. Kultur og pasientservice
2. Åpenhet
3. Samhandling
4. I trygge hender
5. Kvalitetsindikatorer

Strategidokumentet er utarbeidet på bakgrunn av føringer fra nasjonale og regionale strategier for kvalitet og pasientsikkerhet, samt rådende lover og forskrifter med særlig vekt på helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven, lov om psykisk helsevern og pasientrettighetsloven.

Strategier for Sykehuset Østfold

Det henvises også til øvrige strategier som omfatter kvalitet og pasientsikkerhet:

1. HMS strategi SØ
2. Forskningsstrategi SØ
3. Strategi for fag og kompetanse SØ
4. Strategi for ernæring (under utarbeidelse)
5. Strategi for innovasjon SØ
6. Strategi for pasientforløp og prosessforbedring SØ
7. [Regional smittevernplan HSØ \(2015-20\)](#)
8. [Nasjonal strategi mot Antibiotikaresistens 2015-2020](#)
9. [Nasjonal handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten](#)

1. mars 2016

Innsatsområder:



1.0 KULTUR OG PASIENTSERVICE

Kvalitet og pasientsikkerhet er tuftet på den enkelte medarbeider. Summen av alle medarbeideres holdninger og handlinger overfor pasienter, pårørende og kolleger utgjør vår kultur, etterlatteintrykk og omdømme.

Vennlige medarbeidere = vennlig sykehus = pasientsikkerhet og kvalitet.

Mål:

Sykehuset Østfold skal ha en kultur som er preget av vennlighet, imøtekommenhet, profesjonalitet og service overfor pasienter, pårørende, samarbeidspartnere og kolleger.

Sykehuset Østfold skal ha vesentlig forbedring innen brukeropplevd kvalitet som inkluderer brukernes vurdering av prosesser og strukturer knyttet til ikke-medisinske faktorer (pasientrapporterte erfaringer), effekt av behandling (pasientrapporterte resultater) og pasientsikkerhet. (PasOpp undersøkelsen).

Tiltak:

1.1 «Et vennlig sykehus»

Opplæringsprogram

Opplæringen skal gi medarbeidere grunnleggende prinsipper for kommunikasjon, imøtekommenhet og service i møte med pasienter, pårørende, kolleger og samarbeidspartnere.

Hensikt:

Hensikten er å fremme en pasientsikkerhets-/kultur preget av vennlighet, service, profesjonalitet og imøtekommenhet overfor pasienter, pårørende, samarbeidspartnere og kollegaer.

Målgruppe:

Alle medarbeidere



Ansvar for gjennomføring:

- Kommunikasjonsavdelingen
- Fag og kompetanseavdelingen

1.2 Pasienttilfredshet - lokale undersøkelser

Tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende er verdifull informasjon for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Å få raske tilbakemeldinger fra pasienter og pårørendes erfaringer fra oppholdet gir oss muligheten til fortløpende å rette opp forhold som ikke fungerer tilfredsstillende.

Sykehuset Østfold skal i økende grad utnytte bruken av verktøy som innhenter pasienterfaringer etter sykehusopphold (pasient enquete). Verktøy i denne sammenheng kan være SMS undersøkelser, Questback (elektroniske spørreskjema), tilbakemeldingsautomater, evalueringsskjemaer, intervjuer med mer.

Mål:

Alle pasienter som har vært til behandling skal motta en forespørsel om å gi tilbakemelding fra oppholdet ved Sykehuset Østfold.

Ansvar for gjennomføring:

Kommunikasjonsavdelingen i samarbeid med relevante avdelinger

2.0 ÅPENHET

Sykehuset Østfold er, og skal være et foregangssykehus innen åpenhet. Åpenhet er en forutsetning for å kunne vurdere oss selv og bli vurdert av andre. Åpenhet sier noe om verdien av helsetilbudet vi gir og samtidig gir pasientene en realistisk forventning til hva helsetjenesten kan løse. At medarbeidere tør å melde om egne feil eller risikoforhold bidrar til trygge medarbeidere og læring på tvers. Åpenhet skal være et ledelsesprinsipp på alle nivåer.

Åpenhet er trygghet til å si fra.



2.1 Pasientsikkerhetsvisitter

Pasientsikkerhetsvisitter er et dialogmøte mellom toppledere og ledere/frontlinjepersonale. Visitten er uformell i formen der deltagerne inviteres til stor grad av åpen dialog. Visitter skal gjennomføres årlig under hele strategiperioden.

Formål:

- Fremme pasientsikkerhetskultur i sykehuset.
- Skape konstruktive møteplasser mellom medarbeidere for å fremme åpen dialog omkring forbedringsarbeid og pasientsikkerhet.
- Innhente informasjon som identifiserer områder som kan forbedres.
- Skape læring på tvers av enheter/avdelinger

Hensikt:

Hensikten er å få ærlig informasjon fra klinikere/helsepersonell omkring forhold som omhandler kvalitet og pasientsikkerhet der topplederens rolle er først og fremst å lytte til medarbeidere og deres refleksjoner omkring egen arbeidshverdag. Pasientsikkerhetsvisittene skal være med på å bidra til å fremme tillit og åpenhet. Pasientsikkerhetsvisitter fungerer som en slags pulsmåler på organisasjonen som bidrar til nyttig dialog om risiko- og arbeidsforhold, bekymringer, forbedringsområder og andre forhold som ikke fanges opp gjennom vanlig rapportering.

Gjennomføring:

Innholdet i pasientsikkerhetsvisittene kan variere fra år til år. Kvalitet og pasientsikkerhetsavdelingen og Kvalitet og pasientsikkerhetsutvalget (KPU) fremmer forslag til innhold, tema og gjennomføring til administrerende direktør.

Målgruppe: alle avdelinger/enheter

Ansvar for gjennomføring:

- Administrerende direktør og/eller toppledere.
- Kvalitet og pasientsikkerhetsavdelingen (koordinering)

2.2 I pasientens fotspor

Toppleder(e) / avdelingsleder(e) følger en pasients møte med organisasjonen. Sammen med pasienten får lederen mulighet til å se sykehuset fra pasientens ståsted. Samtidig får ledelsen innsikt i hvordan pasienter og pårørendes kunnskap og egne erfaringer etterspørres og anvendes i behandlingen.

Formål:

Representant fra sykehusets øverste ledelse følger en pasient og observerer pasientens møte med helsepersonellet og øvrige tjenester i organisasjonen, eksempelvis skriftlig kommunikasjon, ventetid, skilting, fysiske rammer, logistikk med mer.

Samtidig har lederen mulighet til å se hvordan pasientsikkerhet inngår i de kliniske prosedyrene, eksempelvis pasientidentifisering, medisiner, håndhygiene mm.

Lederen skal sørge for å se forløpet gjennom pasientens øyne og legge spesielt merke til:

- Om pasienter og pårørende opplever å bli møtt med interesse, respekt og høflighet
- Om pasienter og pårørendes kunnskap og erfaringer blir etterspurt
- Om pårørende, der det er relevant, blir betraktet som en ressurs
- Om kommunikasjonen mellom pasienter, pårørende og helsepersonell
- Om trygghet, helhet og sammenheng i forløpet

Gjennomføring:

Kvalitet og pasientsikkerhetsavdelingen koordinerer og evaluerer to årlige gjennomføringer.

Ansvar:

- Toppledere / avdelingsledere

2.2 Gjennomgang av dødsfall

Sykehuset skal gjennomføre en retrospektiv gjennomgang av dødsfall for å identifisere og forebygge skader i behandlingsskjeden.

[Gjennomgang av dødsfall](#) innebærer en strukturert journalgjennomgang ved sykehuset for å avdekke uønskede hendelser i forbindelse med dødsfall.

Mortalitetsanalysen er en metode som bidrar til å avgjøre om det er over 50 % sannsynlighet for at pasienten kunne overlevd, ut fra opplysninger i journalgjennomgangen.

En undersøkelse ved syv amerikanske sykehus i 2001, viste at 22,7 % av dødsfallene kunne muligens vært unngått med optimal behandling, og 6 % av dødsfallene kunne mest sannsynlig eller definitivt forebygges (1).

Hensikt:

Hensikten er å avdekke forhold eller mangel på kommunikasjon mellom instanser, uønskede hendelser, forsinkelser i diagnostikk og behandling etc. som er med på å avklare om dødsfallet kunne vært mulig å forebygge eller ikke. Ved å avdekke uønskede hendelser under journalgjennomgangen kan dette bidra til å utvikle nye tiltak som styrker pasientsikkerheten ved sykehuset.

Ansvar for gjennomføring:

Kvalitet og pasientsikkerhetsavdelingen

2.3 Tema – pasientsikkerhet 4 ganger i året

Et aktuelt tema innen pasientsikkerhet skal prioriteres 4 ganger i året, eksempelvis smittevern, smykkeforbud, håndvask, legemiddelhåndtering eller annet.

Temaet skal følges spesielt opp av alle ledere i en 3 måneders periode samt bruk av andre virkemidler som intranett, postere, infomateriell etc. Forslag til temaer fremmes av kvalitet og pasientsikkerhetsavdelingen og besluttes i ledermøte.

Hensikt

Hensikten er å få økt fokus på et risiko- eller forbedringsområde som bidrar til kvalitet og pasientsikkerhet.

Ansvar for gjennomføring:

- Kvalitet og pasientsikkerhetsavdelingen
- Kommunikasjonsavdelingen
- Ledere på alle nivåer

Målgruppe:

Alle medarbeidere



3.0 I TRYGGE HENDER 24/7

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet skal bidra til å redusere pasientskader og øke pasientsikkerheten.



Programmet har tre, overordnede målsettinger:

- Redusere pasientskader.
- Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

Ett av målene er å forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Begrepet kultur sier noe om "måten vi gjør ting på hos oss" og indikerer i hvilken grad rutiner, holdninger og handlinger bidrar til å forebygge uønskede hendelser og pasientskader.

Alle kliniske avdelinger skal implementere innsatsområder i [Pasientsikkerhetsprogrammet 24/7](#) som vurderes hensiktsmessig.

Tiltak:

Sykehuset innfører begrepet "Pasientsikkert sykehus 24/7" gjennom den kommende planperioden og vil satse enda sterkere på det nasjonale programmet fremover. Nasjonale "tiltaks pakker" skal implementeres ved aktuelle avdelinger.

Et suksesskriterium for å lykkes med kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet er at alle ledere arbeider målrettet for aksept og forankring i de kliniske avdelingene og berørte sykehusenheter/sengeposter. Videre må tiltakene tilpasses prioriteringer i de samme enhetene basert bl.a. på pasientgrunnlag, antatt forbedringspotensial og riktig bruk av ressurser.

Hensikt:

Pasienter skal føle seg trygge på at personalet yter optimal behandling og pleie, og at man systematisk lærer av feil for å forebygge at de oppstår igjen. Dette oppnås ved kontinuerlig identifisering av områder for forbedring og bruk av risiko-nytte vurderinger for prioriteringer og valg av maksimalt effektive forbedringstiltak.

Målgruppe:

Avdelinger/enheter/personellgrupper innen somatikk, psykisk helsevern og rusomsorg.

Ansvar for gjennomføring:

Pasientsikkerhetsarbeidet er et ordinært linjeansvar. Ledere på alle nivåer har ansvar for at relevante tiltaks pakker blir implementert, og ansvar for at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse i forbedringsarbeid. Ledere har også ansvar for å følge opp resultatene. Den enkelte helsearbeider har ansvar for å gjennomføre forbedringstiltak og for å tilegne seg den kunnskap som kreves for å ta del i forbedringsarbeidet.

Ansvar for oppfølging:

Kvalitet og pasientsikkerhetsavdelingen for oppfølging på organisasjonsnivå

3.1.1 [Trygg kirurgi](#)

Det er et mål at sjekklisten for trygg kirurgi skal benyttes ved 100 % av alle relevante operasjoner. Målet er at effekten av tiltakene skal kunne leses som redusert infeksjonsforekomst i sykehusets infeksjonsregistreringssystem og i NOIS etter noe tid.

Mål:

Sjekklisten for trygg kirurgi skal benyttes ved 100% av alle relevante operasjoner. Målet er å forebygge komplikasjoner ved elektive og akutte kirurgiske inngrep innen alle spesialiteter. En reduksjon skal over tid kunne leses ut fra sykehusets registreringssystem for komplikasjoner etter operative inngrep.

Tiltak:

1. Bruk av sjekklisten for trygg kirurgi og postoperative sårinfeksjoner.
2. Sikre at hårfjerning blir gjort korrekt før operasjon.
3. Sikre at pasient ikke blir nedkjølt.
4. Sikre forsvarlig valg av og administrering av antibiotika som profylakse.

Hensikt:

Tiltakene i "Trygg kirurgi" er primært rettet mot forebygging av postoperative sårinfeksjoner. Disse utgjør 15-20% av alle sykehusoppståtte infeksjoner og forårsaker lidelser, funksjonsnedsettelse og (sjelden) død. Infeksjonene gir forlenget sykehusopphold og har betydelige økonomiske konsekvenser. Sjekklister er også egnet til å forebygge postoperative komplikasjoner som blødninger, tromboser, pneumoni, kardiovaskulære og anestesirelaterte uønskede hendelser.

Målgruppe:

Operasjonsavdelinger / kirurgiske spesialiteter.

Ansvar for gjennomføring:

Personell i alle enheter hvor det foretas kirurgiske operative inngrep.

3.1.2 Behandling av hjerneslag

Årlig rammes omkring 15 000 personer i Norge av hjerneslag. Henholdsvis 50 og 60 per 100 000 kvinner og menn dør som følge av hjerneslag. Siden 1990-tallet har dødsfall grunnet hjerneslag blitt halvert på landsbasis. På grunn av en økning av antall eldre i befolkningen forventes det at slagbehandling vil bli en utfordring for helsevesenet i årene som kommer med hensyn til akuttbehandling, rehabilitering, pleie og omsorg.

Behandling av hjerneslag i slagenheter har vist seg å redusere dødelighet og invaliditet. Likevel får ikke alle pasienter med hjerneslag slik behandling. På bakgrunn av randomiserte kontrollerte undersøkelser slår retningslinjene fast at slagpasienter skal behandles i slagenheter som innfrir et sett av kriterier til rutiner og organisering.

En slagenhet defineres som "en organisert behandling av pasienter med hjerneslag i en geografisk avgrenset enhet med faste senger, bemannet med et tverrfaglig spesialopplært personale og med et standardisert program for diagnostikk, observasjon, akutt behandling og tidlig rehabilitering".

Tiltak:

1. Pasient med mistanke om akutt hjerneslag innlegges på sykehus innen 4 timer fra symptomdebut
2. Pasienten blir vurdert for trombolysebehandling
3. Bildediagnostikk (CT eller MR) utføres som øyeblikkelig hjelp (umiddelbart hvis trombolyse er aktuelt og ellers senest innen 6-12 timer)
4. Pasient med akutt hjerneslag behandles i slagenhet etter ankomst til akuttmottak i sykehus
5. Pasientens nevrologiske utfall følges systematisk med et nevrologisk skåringsskjema
6. Pasientens fysiologisk homeostase overvåkes, og puls, blodtrykk, oksygenmetning, temperatur, væskebalanse og blodsukker dokumenteres i henhold til sjekklister
7. Pasienten mobiliseres første døgn
8. Vurdering og testing av svelgefunksjon utføres før per oral føde
9. Lavdose heparin gis pasienter som er lite mobiliserte og / eller pasienter med økt risiko for venetrombose
10. Sekundærprofylakse blir vurdert og igangsatt før utskrivelse fra sykehuset i henhold til sjekklister i den nasjonale retningslinjen

Ansvar for gjennomføring:

Nevrologisk avdeling

3.1.3 Samstemming av legemiddellister

Legemiddelsamstemming (LMS) går ut på å lage en fullstendig oversikt over alle medisinene pasienten bruker ved innkost, under og etter opphold i sykehus. Manglende samstemming av legemiddellister er kjent som et betydelig pasientsikkerhetsproblem.

Mål:

Hindre at pasienter blir gitt eller forskrevet feil medikament, at medikamenter gis på feil indikasjon eller i feil kombinasjon med andre preparater, at medikamenter forbyttes, administreres galt eller blir gitt i feil doser. Utvalgte prosess- og resultatindikatorer måles og rapporteres i hht. "Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram". Det skal fastsettes konkrete mål for reduksjon av legemiddelfeil.

Tiltak:

Legemiddelsamstemming (LMS) går ut på å lage en fullstendig oversikt over alle medisinene pasienten bruker ved innkost, under og etter opphold i sykehus. Ved særlig legemiddelintensive enheter skal vurderes å engasjere kliniske farmasøyter for å bistå i dette arbeidet.

Akutfarmasøyt: En spesielt skolert farmasøyt i akuttmottak intervjuer risikopasienter (høy alder, multifarmasi) ved innleggelsen. Pasientens legemiddelliste gjennomgås og vurderes for feil og uhensiktsmessigheter, konklusjoner dokumenteres i journal og diskuteres event. med ansvarlig lege.

Nye verktøy som elektronisk kurve og E-resept vil kunne bedre legemiddelsikkerheten.

Hensikt:

Manglende samstemming av legemiddellister er et betydelig pasientsikkerhetsproblem. Mange innleggelser i sykehus skyldes helt eller delvis legemiddelfeil. Dette gjelder kanskje inntil 10-15% av alle pasientinnleggelser i indremedisinske avdelinger.

Målgruppe:

Alle enheter med pasientansvar hvor medikamenter administreres eller forskrives, med et spesielt fokus på indremedisinske enheter.

Ansvar for gjennomføringen:

Personell, særlig leger, ved enheter hvor pasienter gis eller forskrives medikamenter. Kliniske farmasøyter.

3.1.4 Forebygging av infeksjon ved SVK

Ved innleggelse av alle typer katetre i blodbanene som perifere og sentrale venekatetre brytes hudbarrieren, og det lages en inngangsport for mikroorganismer. Dette medfører alltid en viss risiko for infeksjoner. Blodbaneinfeksjoner er en alvorlig komplikasjon med store konsekvenser. Mellom 50-60 prosent av pasientene i intensivenheter har et SVK. Slike kateterrelaterte infeksjoner kan ha en dødelighet opp mot 18 % (4).

Studier viser at forekomsten av infeksjoner ved SVK kan reduseres betydelig (4-6). Infeksjoner kan forebygges ved å gjøre en daglig vurdering av om det foreligger indikasjon for alle katetre som er i bruk, samt å fjerne alle unødvendige katetre.

Mål:

Forebygge infeksjoner som skyldes innleggelse og bruk av sentralvenøse katetre. Prosess- og resultatindikatorer måles og rapporteres i hht. "Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram. Det skal fastsettes konkrete mål for reduksjon av SVK-relaterte infeksjoner.

Tiltak:

- Oppdaterte prosedyrer for innleggelse og stell skal være utarbeidet og implementert.
- Relevant helsepersonell skal få systematisk undervisning i innleggelse og stell av SVK.
- Behov for SVK skal vurderes daglig, og vurderingen skal dokumenteres.
- Det skal foretas overvåkning av SVK-relaterte infeksjoner ved utvalgte enheter i sykehuset.

Hensikt:

Ved innleggelse av alle typer katetre i blodbanen brytes hudbarrieren, det lages en inngangsport for mikroorganismer og det oppstår risiko for infeksjoner. Risikoen øker ved lengre tids bruk og når prosedyrer for stell av katetre ikke blir fulgt. Blodbaneinfeksjon som følge av kateterbruk er en alvorlig komplikasjon med store konsekvenser. Mellom 50-60 prosent av pasientene i intensivenheter har sentralvenøse katetre (SVK) eller arterielle katetre. SVK-relaterte infeksjoner er vist å medføre en dødelighet opp mot 18%.

Målgruppe:

Intensivavdelinger, hematologisk og infeksjonsmedisinsk seksjon, onkologisk avdeling og evt. andre enheter der mange pasienter har SVK.

Ansvar for gjennomføring:

Anestesileger og annet personell som legger inn blodbanekatetre.
Helsepersonell som foretar stell og skifte av blodbanekatetre.

3.1.5 Forebygging av trykksår

Trykksår (liggesår) forekommer hyppig blant pasienter innlagt i sykehus. Trykksår bidrar til redusert livskvalitet og kan forårsake smerter, forsinket rehabilitering, infeksjon og i verste fall tidlig død. Et trykksår er en avgrenset skade på huden og/eller det underliggende vev som er et resultat av trykk eller trykk i kombinasjon med skjærende krefter (1, 2).

Mål:

Antall trykksår skal reduseres i et omfang som fastsettes etter en kvalifisert vurdering.

Trykksår skal registreres fortløpende ved utvalgte enheter. Det skal angis grad av sårstadium og skår for risikopasienter etter mal fra tiltakspakken i "Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram". Det skal fastsettes overordnede mål for gjennomføring av registrering, og for reduksjon i forekomst av liggesår. Prosess- og resultatindikatorer måles og rapporteres i hht. "Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram".

Tiltak:

Det oppnevnes en arbeidsgruppe for oppdatering og samordning av prosedyrer og initiering av undervisning for trykksårforebygging og sårbehandling. Det tilstrebes at både spesialist- og primærhelsetjenesten er representert slik at konsensus og harmonisering oppnås når det gjelder håndtering av pasienter med risiko for, eller som har utviklet liggesår. Innad i SØK er behov for tverrfaglige behandlingsteam som tar seg av pasienter med liggesår. Det skal gis strukturert

undervisning til pleiepersonell. Et E-læringsprogram er utviklet som bør være obligatorisk for relevant helsepersonell.

Tiltakspakken beskrevet i "Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram" tilpasses SØK og følges ved alle relevante enheter, blant annet skal vurderes grad av sårstadium / angis skår etter en egnet trykksårklassifisering.

Hensikt:

Et trykksår er en avgrenset skade på huden og/eller det underliggende vev som er et resultat av trykk eller trykk i kombinasjon med skjærende krefter. Trykksår (liggesår/decubitus) forekommer for hyppig blant pasienter innlagt i helseinstitusjoner og skal forebygges systematisk. Trykksår bidrar til redusert livskvalitet og kan forårsake smerter, forsinket rehabilitering, infeksjon og i verste fall tidlig død.

Målgruppe:

Alle somatiske sengeposter, spesielt indremedisinske og nevrologiske. Kommunale helseinstitusjoner.

Ansvar for gjennomføring:

Helsepersonell ved alle enheter som behandler pasienter med risiko for å utvikle liggesår.

3.1.6 Forebygging av fall

Fall er en vanlig årsak til at eldre skader seg i sykehus og kan gi alvorlig skade. I tillegg til brudd og hodeskader kan problemer som varig uførhet, frykt for å falle igjen og tap av selvstendighet være følgetilstander. Tiltakene retter seg mot pasienter over 65 år og andre voksne med nevrologiske eller kognitive sykdomstilstander eller betydelige synshemninger ved sykehus.

Mål:

Antall fallskader skal reduseres gjennom identifikasjon av risikopasienter og målrettede forebyggende tiltak. Prosess- og resultatindikatorer måles og rapporteres i hht. "Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram". Det skal fastsettes konkrete mål for reduksjon av fall i forbindelse med sykehusoppholdet.

Tiltak:

Spesifikke forebyggende tiltak innføres i tråd med "Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram", men tilpasses vårt sykehus. Tiltak skal være kunnskaps- og erfaringsbaserte. Tiltakene retter seg mot pasienter over 65 år og andre voksne med nevrologiske eller kognitive sykdomstilstander eller betydelige synshemninger.

Hensikt:

Fall må forebygges fordi det er en vanlig årsak til at eldre skader seg i sykehus. I tillegg til brudd og hodeskader kan problemer som varig uførhet, frykt for å falle igjen og tap av selvstendighet være alvorlige følger av fall.

Målgruppe:

Alle somatiske sengeposter som gir tilbud til eldre pasienter med kognitiv og annen funksjonssvikt.

Ansvar for gjennomføringen:

Alle helsearbeidere som har ansvar for behandling av eldre med kognitiv og annen funksjonssvikt.

3.1.7 Forebygging av urinveisinfeksjoner

Helsetjenesteassosierte urinveisinfeksjoner (HAI-UVI) rammer to prosent av pasientene i sykehus.¹ Rundt 80 % av helsetjenesteassosierte urinveisinfeksjoner i sykehus er kateterrelatert, og redusert bruk av blærekatetre er det viktigste forebyggende tiltaket for å redusere forekomsten av HAI-UVI.²⁻⁵ Studier og erfaringer fra andre land viser at forekomsten av urinveisinfeksjoner kan reduseres betydelig.

Mål:

Å hindre unødvendig bruk av urinveiskatetre for å forebygge infeksjonskomplikasjoner.

Prosess- og resultatindikatorer måles og rapporteres i hht. "Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram". Det skal fastsettes konkrete mål for reduksjon av kateterassosierte urinveisinfeksjoner.

Tiltak:

Lokale prosedyrer for håndtering av urinveiskatetre og forebygging av KAD-assosierte urinveisinfeksjoner skal være oppdaterte og det skal foretas systematisk opplæring for relevant helsepersonell.

- Det skal sikres at urinveiskatetre legges inn på adekvat indikasjon.
- Lege skal ordinere innleggelse av kateter.
- Sykepleier skal dokumentere dato og indikasjon for innleggelse og seponering av kateter i Metavision.
- Behov for blærekatetre skal vurderes daglig, og vurderingen skal dokumenteres.

Hensikt:

Helsetjenesteassosierte urinveisinfeksjoner (HAI-UVI) rammer to prosent av pasientene i sykehus. Rundt 80 % av helsetjenesteassosierte urinveisinfeksjoner i sykehus er kateterrelatert, og redusert bruk av blærekatetre er det viktigste forebyggende tiltaket for å redusere forekomsten av HAI-UVI. Studier og erfaringer fra andre land viser at forekomsten av urinveisinfeksjoner kan reduseres betydelig.

Målgruppe:

Alle enheter som behandler pasienter med unrinveiskatetre.

Ansvar for gjennomføring:

Alt relevant helsepersonell

3.1.8 Forebygging av selvmord

Det er et viktig helsepolitisk mål å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk blant pasienter i psykisk helsevern og å sikre at pasienter med selvmordsproblematikk får forsvarlig behandling (Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern).

Tiltak for å forebygge selvmord:

En arbeidsgruppe har kommet frem til fem tiltak for å forebygge selvmord knyttet til opphold i akuttpsykiatriske døgnavdelinger.

- **Spesialistvurdering innen et døgn**
- **Iverksetting av beskyttelseiltak** (sikring av rom og omgivelser)
- **Vurdering av risikoen for selvmord** (ved innskrivning, utskrivning, overføring og før permisjon)
- **Planlegging av permisjon**
- **Tiltak ved utskrivelse** (kriseplan for pasient og pårørende, avtale for oppfølging «time i hånda»)

Les mer om [tiltaksplan for forebygging av selvmord her](#)

Ansvar for gjennomføring:

Psykisk helsevern

Ansvar:

Avdelingsledere

Ansvar for oppfølging:

Kvalitet og pasientsikkerhetsavdelingen for oppfølging på organisasjonsnivå

3.1.9 [Forebygging av overdosedødsfall](#)

Hvorfor forebygging av overdosedødsfall?

Ifølge EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) har Norge et høyt antall overdosedødsfall sammenlignet med andre europeiske land, og dette er et stort samfunnsproblem.

I 2012 ble stortingsmeldingen [«Se meg!»](#) godkjent, der sentrale mål blant annet er reduksjon av helseproblemer, overdoser og overdosedødsfall.

En stor andel av overdosedødsfallene skjer i forbindelse med utskrivelse fra institusjon, eller som følge av avbrudd i behandling. Forskning viser at risikoen for å dø av overdose de fire første ukene etter behandling er 16 ganger større enn ellers (Ravndal og Amundsen 2010). Effektive behandlingsinstanser svekkes dersom det kommunale helsetilbudet ikke er godt nok. For å få ned antall overdosedødsfall, er det derfor avgjørende med god oppfølging etter endt behandling.

Les mer om [tiltaksplanen for forebygging av overdosedødsfall her](#).

Ansvar for gjennomføring:

Psykisk helsevern

3.2.1. Sepsis – tidlig oppdagelse og behandling

Sepsis er en livstruende tilstand der bakterier har spredd seg til blodet og fører til blodforgiftning. Omtrent en prosent av alle innleggelse i Norge skyldes sepsis. Rask og målrettet behandling er

avgjørende for lavest mulig dødelighet. Ubehandlet sepsis øker dødeligheten med syv prosent for hver time som går.

Mål:

Hindre at pasienter med sepsis, og spesielt de med alvorlig sepsis / septisk sjokk, ikke blir erkjent og får adekvat og rask behandling etter innleggelse i sykehus. Prosess- og resultatindikatorer måles og rapporteres i hht. "Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram. Det skal fastsettes konkrete mål for kvalitetsindikatorer relatert til sepsisbehandling.

Tiltak:

Triagering av pasienter i akuttmottak skal være egnet for tidlig å gi mistenke om sepsis. Det skal foreligge prosedyrer og algoritmer for tidlig deteksjon og behandling av sepsis i akuttmottak. Det skal vurderes bruk av "app" for å øke tilgjengelighet av anbefalinger. NEWS-MIG team skal være innrettet for å intervensere tidlig ved sepsis som oppstår i sengeposter. Kommunikasjon vedr. sepsispasienten skal være kvalitetssikret for alle behandlere mellom akuttmottak – obspost – intensiv – sengeposter.

Hensikt:

Sepsis er en alvorlig tilstand men pasientene har et stort spenn i grad av alvorlighet. I tillegg presenterer eldre, gjerne multisyke pasienter og immunsvekkede individer seg ofte med atypiske symptomer. Dødeligheten ved alvorlig sepsis og septisk sjokk er høy. Det må sikres at sepsis oppdages raskt og at korrekte tiltak (organunderstøttende behandling, antibiotika) settes inn tidligst mulig.

Målgruppe:

Alle somatiske pasienter som innlegges akutt i sykehuset.

Ansvar for gjennomføring:

Leger og sykepleiere som tar imot og behandler pasienter med sepsis, i hovedsak alle leger i fremskutte vakter, samt leger og sykepleiere i akuttmottak og ved indremedisinske enheter og intensivenheter.

Ansvar:

Avdelingsledere ledere

Ansvar for oppfølging:

Kvalitet og pasientsikkerhetsavdelingen for oppfølging på organisasjonsnivå

3.2.2 Ernæring

Ernæring vil være et nytt innsatsområde i pasientsikkerhetskampanjen fra 2016. I skrivende stund foreligger ikke informasjon.

Merk: Sykehuset Østfold utarbeider en egen strategi for ernæring som forventes være ferdigstilt innen 1 juli 2016.

4.0 KVALITET

Nasjonale og lokale kvalitetsindikatorer gir informasjon om kvaliteten på våre helsetjenester.

Indikatorer brukes også til kvalitetsstyring og -forbedring.

Måle resultater og ha åpenhet rundt disse er avgjørende for kvalitet og pasientsikkerhet. Dette er en prosess som krever kontinuitet og engasjement fra klinikere, helsepersonell og ledelse.

For å få et mer presist bilde av kvalitet er det en forutsetning at kvalitetsindikatorer blir vurdert i forhold til trender, relevans, lokal kunnskap/erfaring og øvrige datakilder (Dr Foster, GCP).

Sykehuset Østfold skal styrke bruken av kvalitetsindikatorer i sitt forbedringsarbeid, særlig for de indikatorene som sier noe om:

1. **Tilgjengelighet**
2. **Kvalitetsbasert finansiering (KBF)**
3. **Samarbeid mellom sykehus og kommunehelsetjenesten**
4. **Rasjonell antibiotikabruk**

4.1 Nåtidanalyse av medisinsk kvalitet (Dr Foster, GCP)

Nåtidanalyse av sykehusets kvalitet er viktig for å avdekke risiko eller trender, og for å se effekten av tiltak.

For at klinikere og ledere skal ha bedre grunnlag for å evaluere kvalitet i sanntid har SØ inngått et samarbeid med [Dr Foster – Global Comparator Program](#) (GCP). GCP programmet er et analyseverktøy som gir muligheten til å analysere og overvåke interne kvalitetsdata* på sykehusnivå eller ned på 190 enkeltdiagnoser for å identifisere risikoområder, trender innen overlevelse, mortalitet, re-innleggelser, liggetid og komplikasjoner.

Dataene kan sammenlignes med øvrige sykehus fra Norge, Skandinavia, Europa, USA, Asia og Australia (samtlige HF i HSØ er med i GCP nettverket).

I tillegg gir Dr Foster klinikere mulighet for å delta i såkalte «Goal Groups» innen en flere fagområder. Hensikten er samarbeid, erfaringsoverføring, forstå forskjeller i variasjon og dele beste praksis.

*Dataene baserer seg på sykehusets NPR tall.

Hensikt:

Hensikten med systematisk bruk av analysedata og kvalitetsindikatorer er å overvåke kvaliteten på sykehuset for å avdekke forbedringsområder innen medisinsk behandling, pasientopplevd kvalitet og samhandling internt/eksternt. Videre er måling og synliggjøring av resultater et virkemiddel for å fremme faglig dialog og forbedring i det enkelte fagmiljø.

Erfaringsmessig viser det seg at kvalitetssvikt oppstår i overgangene mellom avdelinger/enheter og/eller ansvarsområder, eksempelvis fra sykehus til kommunen. For å fremme kvalitet og øke pasientsikkerhet benytter SØ pasientforløp og systematisk prosessforbedring som metode.

Målgrupper:

- Kliniske avdelinger
- Samhandlingsavdelingen
- Sengeposter
- Analyseavdelingen

Ansvar for gjennomføring:

- Analyseavdelingen har ansvar for tilgjengeliggjøring av resultater på organisasjons/avdelingsnivå.
- Kvalitet og pasientsikkerhetsavdelingen har ansvar for oppfølging av resultater
- Avdelingsledere har resultatansvar

Tiltak:**4.1.2 Økt bruk av innsatsteam prosessforbedring**

Et innsatsteam kan stilles til disposisjon for å bistå med kompetanse innen prosessforbedring for avdelinger/enheter ved behov.

Metoden baseres på følgende prinsipper:

1. Pasienten først
2. Medarbeiderdrevet
3. Lederforankret og –ledet
4. Systematisk prosessforbedring

Målgrupper:

Avdelingsledere
Seksjonsledere

4.1.3 Opplæring av klinikere i bruk av analyseverktøyet Dr Foster, GCP

For å fremme økt bruk av kvalitetsindikatorer i kvalitetsarbeidet er det nødvendig med opplæring av flere klinikere i bruk av Dr Foster's GCP verktøy.

Målgrupper:

Klinikere
Helsepersonell
Seksjonsoverleger
Avdelingsledere

Ansvar for gjennomføring:

Analyseavdelingen

4.1.4 Samarbeid mellom sykehus og kommunehelsetjenesten

Kvalitet i helsetjenesten er et resultat av godt samarbeid. SØ har gjennom ADMS (Administrativt samarbeidsutvalg) i samarbeid med kommunehelsetjenesten startet arbeidet med å utvikle kvalitetsindikatorer som skal bidra til å øke kvaliteten i overgangene mellom sykehus og kommunehelsetjeneste.

Foreløpige indikatorer som ligger til grunn for videre arbeid er:

1. **Kapasitetsutnyttelse, logistikk og dimensjonering** av tilbudene i kommuner og sykehus

- a. Utilstrekkelig dimensjonering og logistikk vil føre til lavere kvalitet på den samlede helsetjenesten i Østfold.
 - b. En samleoversikt over indikatorer for dette kan si noe om flaskehalsen og områder som bør forbedres
2. Kvalitet i overgangene mellom partene
- a. **Re-innleggelser og 30 dagers dødelighet** indikerer kvalitet internt i virksomhetene og i samhandlingen/overgangene
 - b. Korrekt og tilstrekkelig informasjon til rett tid sikrer at mottakende virksomhet kan gi forsvarlig behandling/ oppfølging av den enkelte pasient
 - c. Praksis ved henvisning til vurdering i akuttmottaket på sykehuset er interessant for å forstå tilstrømningen av pasienter til mottaket

Samarbeid om kvalitetsindikatorer er et langsiktig arbeid som skal utvikles videre i strategiperioden. Mål og tiltak er beskrevet i kap 5.0 Samhandling.

Målgrupper:

Avdelingsledere
Praksiskonsulenter (PKO)
Brukerutvalget

Ansvar for tilrettelegging og gjennomføring:

Avdeling for samhandling
Analyseavdelingen

4.1.5 Rasjonell antibiotikabruk – Antibiotikastyringsprogram (ASP)

Nasjonalt og regionalt er det et økt fokus på reduksjon av uhensiktsmessig antibiotikabruk i og utenfor sykehus på grunn av en økende antibiotika resistensutvikling. Sykehuset Østfold (og Østfold fylke) har i flere år hatt et antibiotikaforbruk som er på topp i Norge. Det er besluttet at alle helseforetak i Helse Sør-Øst skal innføre antibiotika styringsprogram for å oppnå en mest mulig rasjonell bruk. Nasjonalt er det utarbeidet en [strategi for å bekjempe antibiotikaresistens](#) og en tilhørende nasjonal handlingsplan ble lansert i januar 2016.

Hensikten er å:

- Sikre at antibiotika terapianbefalinger er lett tilgjengelige og gjøres kjent,
- Overvåke og rapportere antibiotikabruk og mikrobiologiske nøkkeldata
- Iverksette intervensjonstiltak med klare resultatmål.
- Styrke samarbeidet innen fylket med å redusere antibiotikabruk

Mål:

Det skal i 2016 initieres et arbeid for å etablere et antibiotikastyringsprogram (ASP) i SØ som er i tråd med nasjonale og regionale føringer. ASP skal gradvis utvikles med konkrete mål for struktur, prosess og resultat.

Arbeidet skal inkludere mulighetene for å utnytte klinisk informasjon og fremtidig funksjonalitet i de nye elektroniske datasystemene, særlig Metavision kurvesystemet, til å lette overvåkningsoppgaver og gjennomføre intervensjoner for bedret antibiotikabruk på en optimal måte.

Målgruppe:

Alle antibiotikaforskrivende leger, samt aktuelle sykepleiere og farmasøyter

Ansvar for gjennomføringen:

Avdeling for smittevern skal initiere arbeidet ved å etablere et antibiotikateam for å redusere antibiotikabruk.

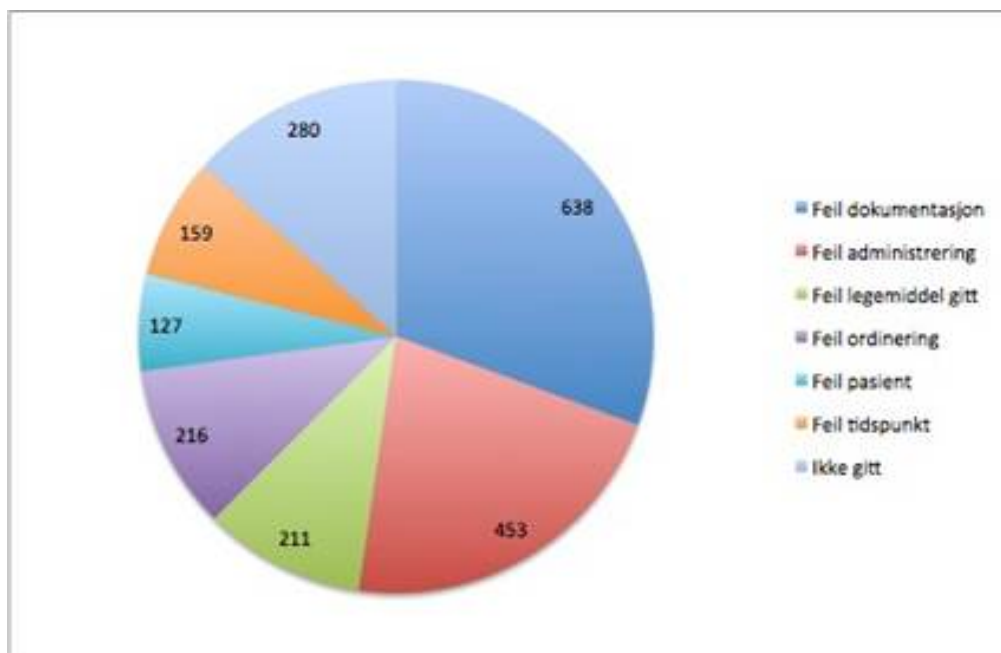
Avdeling for smittevern skal initiere arbeidet med å etablere et ASP i samarbeid med klinisk IKT, relevante avdelinger og/eller enheter/aktører.

Analyse- og kommunikasjonsavdelingen bistår antibiotikateamet med dataanalyser, rapportering av resultater og implementering av tiltak.

4.1.5 Innføring av lukket legemiddelsløyfe

Lukket legemiddelsløyfe skal etter planen innføres i SØ i 2016. Innføringen er et viktig tiltak for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

Det anslås at ca 20 % av alle legemidler blir brukt feil og/eller feilaktig og at 5–10 prosent av innleggelses i indremedisinske avdelinger i sykehus skyldes feilaktig legemiddelbruk.



Illustrasjonen viser antall avviksmeldinger ved SØ i perioden fra 2008 til 2014.

Innføring av lukket legemiddelsløyfe vil redusere risiko for de flere feilkilder som feil-dokumentasjon, -administrering, -legemiddel, -pasient og -tidspunkt samt ikke gitt legemiddel.

Mål:

- Sikre at rett pasient, får rett legemiddel, i rett dose, til rett tid, i rett administrasjonsform
- Redusere antall legemiddelrelaterte hendelser (feil legemiddelbruk, feil legemiddelhåndtering)
- Lære av feil og nesten - hendelser

- Bidra til oversikt over potensielle og faktiske risikoområder for å kunne iverksette nødvendige forebyggende tiltak (risikoreduksjon)

Ansvar for gjennomføring:

Avdelingsledere i samarbeid med klinisk IKT.

4.2 Oversikt - kvalitetsindikatorer tilgjengelighet og KBF

4.2.1 Tilgjengelighet

- Ventetider
- Andel fristbrudd
- Kontroller utgått på oppmøtetid
- Timeavtale i første brev for oppstart helsehjelp
- Planleggingshorisont minimum 6 mnd.

4.2.2 Kvalitetsbasert finansiering (KBF)

Resultatindikatorer

1 - N-017:	Perinealruptur (fødselsrifter) 3. og 4. grad
2 - N-029:	5 års overlevelsesrate tykktarmskreft pr. helseregion
3 - N-030:	5 års overlevelsesrate endetarmskreft pr. helseregion
4 - N-031:	5 års overlevelse lungekreft pr. helseregion
5 - N-032:	5 års overlevelsesrate brystkreft pr. helseregion
6 - N-033:	5 års overlevelse prostatakreft pr. helseregion
7 - N-043:	30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse ved hoftebrudd
8 - N-044:	30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse ved hjerteinfarkt
9 - N-045:	30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse ved hjerneslag
10 - N-046:	30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse uansett årsak

Prosesindikatorer

11 - N-001:	Korridorpasienter
12 - N-002:	Epikriser sendt innen 7 dager
13 - N-004:	Lårhalsbruddsoperasjoner innen 48 timer
14 - N-006:	Strykninger fra planlagt operasjonsprogram
15 - N-016:	Trombolysbehandling
16 - N-019:	Tid fra henvisning til første behandling for tykktarmskreft
17 - N-020:	Tid fra henvisning til første behandling for lungekreft
18 - N-021:	Tid fra henvisning

Pasientopplevelsesindikatorer

20	Informasjon
21	Pleiepersonalet
22	Legene
23	Organisering
24	Pårørende
25	Standard
26	Utskriving
27	Samhandling
28	Pasientsikkerhet
29	Ventetid

5.0 SAMHANDLING

5.1 Arbeidsgruppe/utvalg for kvalitetssamarbeid mellom SØ og kommunehelsetjenesten

Kvalitet i helsetjenesten er et resultat av åpenhet om resultater og systematisk kvalitetssamarbeid. SØ skal i samarbeid med kommunen iverksette tiltak som bedrer samhandlingen mellom sykehus og kommunehelsetjenesten basert på kvalitetsdata fra ulike kvalitetsindikatorer og kilder, jfr kap 4.0.

Foreløpige indikatorer som ligger til grunn for videre arbeid:

1. Kapasitetsutnyttelse, logistikk og dimensjonering av tilbudene i kommuner og sykehus
2. 30 dagers mortalitet
3. «In house data» fra Dr Foster, Global Comparator Program i forhold til overlevelse, mortalitet, re-innleggelser, liggetid, komplikasjoner og diagnosegrupper.
4. Øvrige nasjonale kvalitetsindikatorer
5. Eventuelt andre indikatorer som vurderes hensiktsmessig

Mål:

Økt kvalitet i samhandlingen mellom SØ og kommunehelsetjenesten

Tiltak:

Det skal opprettes en arbeidsgruppe/utvalg med representanter fra SØ, kommunehelsetjenesten og praksiskonsulentene. Arbeidsgruppen/utvalget skal være representert med klinikere fra partene men øvrige fagpersoner kan involveres i arbeidet.

Arbeidsgruppen/utvalget skal fremme tiltak basert på analyse og vurdering av kvalitetsdata, trender over tid, lokal kunnskap og andre informasjonskilder (eksempelvis synergi). Gruppen rapporterer til Administrativt samarbeidsutvalg og til SØ ledelsen.

Hensikt:

Kvalitetsindikatorene skal kunne monitoreres av arbeidsgruppen/utvalget over tid for å kunne vurdere om samhandling mellom sykehus og kommuner fungerer etter hensikten, og om samhandlingstiltak gir ønsket effekt.

Målgruppe:

Kliniske avdelinger

Kommunehelsetjenesten

Ansvar for gjennomføringen:

Fag- og forskningsavdelingen i samarbeid med samhandlingsavdelingen

Praksiskonsulentene

6.0 Annet