

Handlingsplan:

SSHFs Visjon

Trygghet når du trenger det mest

Strategisk satsningsområde strategiplan 2015-2017

Kvalitet og pasientsikkerhet

Mål for 2016/2017

Faglige og administrative mål	Evne til å utføre	Være i stand til å kontrollere	Vurdere og korrigere
1. Fagmiljøene i SSHF skal enes om felles kunnskapsbaserte fagprosedyrer, nasjonale og internasjonale veiledere. 2. SSHF skal ha system for å kartlegge og følge opp risikopasienter. 3. SSHF skal ha systemer som sørger for kjennskap til kvaliteten på pasientbehandling og andre tjenester som ytes. 4. SSHF skal arbeide for å redusere ventetid og fjerne fristbrudd. 5. SSHF skal ha en bedring i de nasjonale indikatorer knyttet til 30-dagers overlevelse.	1. Etterleve beste praksis i henhold til vedtatte prosedyrer. 2. Kartlegge og følge opp risikopasienter. 3. Involvere pasienter og pårørende i større grad i pasientbehandlingen. 4. Bedre logistikk og ressursbruk – øyeblikkelig hjelp og planlagt (elektiv) kirurgi	1. Aktiv bruk av lokale kliniske kvalitetsregistre/komplikasjonsregistre, samt regionale, nasjonale og internasjonale kvalitetsregistre. 2. Identifisere og analysere forbedringsområder ved hjelp av risikovurderinger, revisjoner, analyse av uønskede hendelser, brukerundersøkelser og egne prosjekter. 3. Ledere skal prioritere å ha kunnskap om risikoområder i egen virksomhet, og egne resultater.	1. Ha etablerte fora der kvalitet og pasientsikkerhet settes på agendaen

Suksesskriterier

Lederforankring på toppnivå i SSHF.	Implementeringsarbeid krever tett oppfølging og pådrivere ute i fagmiljøene.	Egnede dataverktøy og kunnskap i forbedringsarbeid.	Hva skal til for at målene oppnås?
-------------------------------------	--	---	------------------------------------

Drivere

Fagavdelingen	Veiledere	Fagavdelingen/kvalitetssjef har "Controller-oppgave"	Fagavdeling/klinikkdirektører
---------------	-----------	--	-------------------------------

Aktivitet/tiltak

	Tid	Ansvarlig	Ressurser		Tid	Ansvarlig	Ressurser		Tid	Ansvarlig	Ressurser		Tid	Ansvarlig	Ressurser
1. Etablere fagråd der det er aktuelt.	Høst-16	Fagdirektør	Hva kreves av ressurser? Eks. kroner, arbeidskraft etc.	1. Implementere kunnskapsbaserte fagprosedyrer gjeldende for SSHF. Publiseres på foretaksnivå i EK.	Kontinuerlig	Klinikkdirektører		1. Data fra registrene hentes ut og publiseres i hensiktsmessig verktøy.	2016/2017	Fagavd		1a. Overordnet kvalitetsvalg (OKU) foretar strategiske og prinsipielle beslutninger relatert til kvalitets-/forbedringsarbeid.	Etablert	Fagavd	
2. Etablere rutiner og systemer som sikrer risikovurdering som del av pasientbehandlingen.		Kvalitetssjef	Veileder ute i det kliniske miljøe.	2a. Pasientsikkerhetsprogrammet beskriver anbefalte tiltak som implementeres.	31.12.2016	Klinikkdirektører		2a. Opplæring i bruk av forbedringssystemer/hjelpeverktøy.	Kontinuerlig	Fagavd		1b. Klinikkvise kvalitetsråd følger opp uønskede hendelser og bidrar til læring av feil. Kvalitetsrådene har en proaktiv holdning til arbeid med kvalitetsforbedring.	Etablert	Klinikkdirektører	
3. Etablere rutiner og tekniske løsninger som sørger for å tilgjengeliggjøre relevante "kvalitetsdata".	Høst-16	Fagavd/EVD	ClickView? Datavarehus?	2b. Full implementering av TILT .	31.12.2016	Klinikkdirektører		2b. Veilede forbedringsteam i bruk av SPC.	Kontinuerlig	Fagavd		1c. Fagrådene sørger for beslutningsstøtte til lederne i faglige spørsmål.	Høst 2016	Fagdirektør	
4. Etablere pasientadministrative rutiner som sikrer optimal pasient-/arbeidsflyt .		E-helse	Utvikle Dips? Opplæring?	3. Etablere praksis for samvalg på definerte enheter.	01.06.2017	Fagdirektør/Klinikkdirektører		2c. Gjennomføre interne revisjon i henhold til plan.	Kontinuerlig	Fagavd					
5. Klinisk bruk av data fra komplikasjons- og kvalitetsregistre i forbedringsarbeidet.	Høst-16	Fagavd/EVD		4a. Videreføre prosjekt operasjonspasienten.	01.06.2017	Klinikkdirektører		2d. Gjennomføre PasOpp-undersøkelser på postnivå.	Vår 2017	Fagavd/Klinikkdirektører					
				4b. Beskrive pasientløp inn/ut av sykehus. Sømløse overganger.	31.12.2017	SSHf/kommuner		3. Data fra ulike kilder presenteres og drøftes i kvalitetsråd.	Kontinuerlig	Fagavd/Klinikkdirektører					

Kvalitetsindikatorer

	Mål	I dag	Status		Mål	I dag	Status		Mål	I dag	Status		Mål	I dag	Status
1. Andel fungerende fagråd	90	XX	I prosess	1. Andel kunnskapsbaserte prosedyrer i SSHF	25	XX	I prosess	1. Andel indikatorer som publiseres.	XXX	XX	I prosess	1.			I prosess
2. Rutine etablert?	Ja	Nei	I prosess	2a. Andel relevante enheter som har implementert tiltakspakkene.	90	60	I prosess	2a. Andel enhetsledere som har gjennomført kurs.	XXX	XX	I prosess	2.			Utført
3. Andel relevante registre som data hentes fra.	90	XX	I prosess	2b. Andel relevante enheter som har implementert TILT	90	XX	Utført	2b.	XX	XX		3.			I prosess
4. Rutiner etablert?	Ja	Nei	I prosess	3. Andel enheter der praksis er etablert.	Ja	Nei		2c. Andel gjennomførte revisjoner.	Ja	Nei	Ikke utført				
5. 30-dagers overlevelse bedre enn landsgjennomsnitt,			Utført	4a. Andel avdelinger som har analysert pasientflyt.	XXX	XX	I prosess	2d.	XX	XX	Ikke utført				
				4b. Utvikling i antall feil ved innkomst/utskrivning	Ja	Nei		3. Data fra ulike kilder presenteres og drøftes i kvalitetsråd.			I prosess				