



Mette Jo Røsbjørgen

# Utviklingsprosjekt: Implementering av sykepleiefaglige kvalitetsindikatorer

Nasjonalt topplederprogram

1.april 2012

## **Bakgrunn og organisatorisk forankring**

Siden 2006 har St.Olavs Hospital vært i kontinuerlig omstilling, omorganisering og nedbemanning for å oppnå krav til budsjettbalanse. Det er nå behov for å rette fokuset mot fagutvikling og kvalitet på tjenesten. Det finnes mange nasjonale kvalitetsindikatorer i dag som det rapporteres på i ulike nasjonale registre, men ingen av disse er knyttet til sykepleiefaget og direkte utøvelse av pleie og omsorg til pasienten gjennom hele døgnet. Dette prosjektet skal bidra til å rette opp dette og muligheter for å dokumentere kvalitetsutviklingen i sykepleietjenesten.

I samråd med klinikkjef og sykepleieledelsen i Ortopedisk avdeling er det enighet om at innføring av kvalitetsindikatorer i sykepleiefaget skal være et satningsområde i 2012-2014. I tillegg har det i møter med fagansvarlige og tunansvarlige i avdelingen blitt satt fokus på problemstillingen og de har vært med og valgt indikator knyttet til dette OU-prosjektet. Fagsykepleiere, tunansvarlige og tillitsvalgt i avdelingen skal være prosjektgruppe. Seksjonsledere og undertegnede skal være styringsgruppe.

### **Problemstilling og målsetting:**

Sykepleietjenesten i vår avdeling består av 4 sengeområdeenheter. Utøvelsen av tjenesten er i stor grad relatert til prosedyrer og retningslinjer. Imidlertid har vi ikke målbare kvalitetsindikatorer som sier noe om kvalitet på tjenesten vi utøver og om prosedyrer og retningslinjer blir fulgt. På bakgrunn av dette har vi ingen mulighet til å se utviklingstrekk i kvaliteten på tjenesten.

I samråd med fagmiljøet valgte vi å sette fokus på perifer venekanyler (PVK) Alle pasienter har opptil flere PVK under et opphold i avdelingen og bruken av PVK innebærer risiko for lokale infeksjoner i huden ved innstikksstedet og generaliserende infeksjoner i form av bakteremi og septikemi. Komplikasjoner medfører økt sykkelighet, lengre liggetid og utgifter til behandling av disse infeksjonene. Nasjonale og internasjonale prosedyrer sier at en PVK ikke skal være innlagt mer enn 72 timer. Målsetting er at ingen pasienter skal ha innlagt PVK mer enn 72 timer. Dette skal oppnås ved hjelp av en systematisk måling daglig og oppsummering av tallmateriale ukentlig ved hver seksjon.

## **Resultatmål:**

- Ingen pasienter skal ha PVK mer enn 72 timer
- Ingen komplikasjoner på PVK som følge av brudd på prosedyre
- Tallmateriale og statistikk viser etterfølgelse av prosedyre

## **Effektmål:**

- Økt fokus på målbarhet i tall og kvalitet i sykepleiefaget
- Økt bevissthet på kvalitet ( Best practice ) og pasientsikkerhet i sykepleietjenesten

## **Analyse og argumentasjon rundt problemstilling:**

Selv om vi i de siste 5 årene har gjennomgått stor omstilling og nedbemanning, ser vi at dette vil bare fortsette i årene som kommer. Dette fremgår blant annet Helse Midt`s Strategi 2020.

I våre naboland Danmark og Sverige har de i en årrekke hatt fokus på sykepleiefaglige indikatorer, kvalitet og pasientsikkerhet. Flere sykehus i Danmark er sertifisert som pasientsikkert sykehus og har utarbeidet strategier, indikatorpakker. Disse er implementert i alle ledd som en naturlig del av driften og hverdagen.

I et ledelsesperspektiv, hvor vi nå står overfor ytterligere og store nedbemanningsprosesser, er det av avgjørende betydning at vi er i stand til å overvåke kvaliteten på tjenestene vi skal levere. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen rulles nå ut og det er av stor betydning at vi får implementert de nasjonale indikatorene på en tydelig og god måte i vår organisasjon.

## Fremdriftsplan med milepæler:

Uke 16: Møte med sykepleieledelsen, fagsykepleiere og tunansvarlige.  
*Gjennomgang av prosjektplan og vedlegg ( verktøy for måling )- innspill*

Uke 16: Ferdigstille prosjektplan

Uke 17: Sende ut ferdig prosjektplan til prosjekt og styringsgruppe

Uke 18: Innkalle til første prosjektgruppemøte. Gruppen skal konstitueres med 1 leder og 1 sekretær

Uke 19: Prøve ut verktøyet/måling på en seksjon i en uke (pilot)

Uke 21: Informasjon til alle ansatte i avdelingen om prosjektet og den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen i sin helhet

Uke 23: Iverksettelse av verktøy/måling på alle seksjoner

## Budsjett/nøkkeltall

I utgangspunktet koster verken verktøyet eller målingen penger. Å få dette gjennomført handler om disponering av de ressursene man har og jeg har regnet ut at denne målingen ikke tar mer enn 5-10 minutter hver dag pr 16 pasienter.

## Risikoanalyse:

Prioritet	Hendelse	Tiltak
1	Manglende forståelse/forankring hos ansatte	God informasjon til alle ansatte jfr nasjonale og internasjonale trender/krav i forhold til pasientsikkerhet
2	Manglende ressurser og kompetanse i form av resultatbearbeiding/statistikk	Vurdere våren 2012 omdisponering av ressurser
3	Mange aktører utenfor vår avdeling legger inn PVK uten merking av kl.slett og dato	Informere bredt til alle våre samarbeidspartnere i sykehuset
4	Manglende gjennomføring av systematiske målinger i vår avdeling	Mye "fotarbeid" må gjøres der pasienten er. Sette av/disponere ressurser til dette arbeidet
5	Manglende oppfølging av resultat	Sykepleieledelsen og fagsykepleierne må holde "trykket" oppe og vise resultat månedlig for hver seksjon på hvilken vei utviklingen går

## Konklusjon og videre anbefalinger:

Dette OU-prosjektet er bevisst valgt smalt og spisset med 1 indikator, men selve metoden og implementeringen er starten på et langsiktig perspektiv med kvalitetsarbeid som skal gå over år i tråd med nasjonale retningslinjer i vår avdeling.

Irene Sørås beskriver blant annet i sin bok at endringsprosesser bør starte med små skritt og en bør velge noe som en har stor sannsynlighet for å lykkes med.

Utdyping av valg av egnet endringsteori og ledelsesperspektivet i langsiktig kvalitetsarbeid er med som eget vedlegg.

