

## KORT OMTALE AV PROSJEKT SOM HAR FÅTT TILDELTE KVALITETSUTVIKLINGSMIDLAR i 2012

Skjemaet skal brukast som informasjon til nettstaden om kvalitetssatsinga i Helse Vest

### Prosjektnamn

Redusere antall pasientskader ved KK ved å ha fokus på pasientsikkerhet

### Prosjekteigar (helseforetak/avdeling/eining som er ansvarleg for prosjektet)

Klinikkdirektør Ingrid Johanne Garnes, Kvinneklubben, Helse Bergen

### Prosjektleder (kontaktperson)

Ingrid Johanne Garnes

### Bakgrunn for prosjektet/hovudpunkt

Kvifor blei prosjektet starta?

Inspirasjon for å igangsette prosjektet er pågående Nasjonal pasientsikkerhetskampanje hvor Kvinneklubben har deltatt som pilot i ett av innsatsområdene – "trygg kirurgi". I tillegg har vi på ulike konferanser, (kvalitetskonferansen i Stavanger –januar 2012 og NSH sin konferanse i Oslo februar 2012 ) fått beskrevet iverksettelse av kvalitetsforbedringstiltak ved sjukehus i Danmark og Skottland som har medvirket til stor grad av reduksjon på pasientskader.

### Mål for prosjektet

Kva for forbetring håper de at prosjektet skal føre til?

Hovedmålet for dette prosjektet er å redusere pasientskader.

Nytteverdien av prosjektet vil først og fremt være for pasientene, men og bidra til at personalet vil få økt kunnskap og forståelse for kvalitetsforbedringstiltak som gir pasientene betre sikkerhet.

### Metodisk tilnærming / evaluering av effekt

Kva skal gjerast og korleis skal effekten av tiltaket målast?

- Få oversikt over antall pasientskader KK har pr mnd/år. Benytte GTT (global trigger tool) for å få en oversikt over type pasientskader klubben har.
- Utarbeide klare mål for reduksjon av skader.
- Lage egen undervisning om kvalitetsutvikling og nytteverdien for å iverksette prosjektet for lederne ved klubben. Lederne må forstå og bruke utviklingsmodellen PDSA (plan, do, check, act) før de kan iverksette forbedringstiltak i avdelingen.
- Frikjøpe en ansatt ved klubben i deler av sin stilling for å kunne følge opp og inspirere de ulike avdelingane.
- Utarbeide kliniske team på de ulike avdelingane. Teamene skal ha regelmessige møter, hvor de skal bli enige om hvilke forbedringsbehov avdelinga har, måle forbedringene og ha fokus på vidare forbedring og hvordan formidle disse til de ansatte ved avdelinga.

### Planlagt bruk av resultat i eiga eining (implementering i drift m. v.)

Prosjektet skal utarbeide og iverksette "forbedringspakker". (eks: SVK, PVK, trykksår, medisiner, sårinfeksjoner).

Registreringsverktøy for å kunne måle effekt vil bli utarbeidet. Registrering er tenkt å fylles ut daglig, legges inn i excellprogram som derved kan visualiseres tydelig i avdelinga. Dette er utarbeidet på bl.a. Hillerød Hospital i Danmark og har bidratt til reduksjon av pasientskader og har vært et verktøy som tydelig viser effekt på tiltak ved de ulike

avdelingane. ( På Hillerød brukte de egne opppslagstavler på personalrommene som viste kva de målte og effekt av målingene)

Eksempel på veneflonpakke;

- Brukt standardisert prosedyre for innleggelse av veneflon? - *Ja/nei*
- Dokumentere dato og klokkeslett for når veneflon er lagt inn. - *Ja/nei*
- Dokumentere antall venefloner på sengepost - daglig. - *telle antall*
- Antall med relevant og aktuell indikasjon – daglig. - *telle antall*

### **Overføringsverdi / overføring av kunnskap til andre einingar i regionen**

Fagtidsskrift, vitenskapleg artikkel, presentasjon på fagdagar, konferansar osv

Vi mener prosjektet har stor overføringsverdi til andre avdelingar.

Den kompetansen som blir utviklet på vår klinikk gjennom dette prosjektet, ønskjer vi å dele med andre dersom det er interesse for det.

**Oppstarttidspunkt** (planlagt)

Haust 2012

**Sluttidspunkt** (planlagt)

**Desember 2013**