

## **Kvalitetssikring af det kliniske arbejde på Hospitalsenhed Midt**

December 2017

Hospitalsenhed Midts drift er afhængig af, at de ansatte har de rette kompetencer og udviser ansvarlighed. En udredning af, hvad de forskellige afdelinger og centre allerede har af indsatser til at kvalitetssikre arbejdsgange, giver grundlag for at have stor tillid til, at ansatte gør et stort og godt arbejde.

Side 1

Den seneste tid har imidlertid understreget betydningen af, at kvalitetssikring og opfølgning på kvalitetsbrist sker systematisk, målrettet og planlagt. Formålet med det er, at hospitalsenheden altid lever op til borgernes og samfundets berettigede forventninger om indholdet af det kliniske arbejde.

For at understøtte de allerede eksisterende indsatser i forhold til at forebygge og styrke hospitalsenhedens robusthed overfor kvalitetsbrist har en arbejdsgruppe haft til opgave at lave et overblik over supplerende indsatser.

Udkast hertil er drøftet og kvalificeret på en temaeftersmiddag mandag 30. oktober med deltagelse af interne ledere og nøglepersoner samt samarbejdspartnere fra Region Midtjylland og de øvrige hospitaler.

Indsatserne er grupperet i følgende temaer:

- Administrativ parathed ved kvalitetsbrist
- Anvendelse af kliniske retningslinjer
- Kliniske arbejdsgange
- Kompetencer
- En åben kultur

Hospitalsenhed Midt arbejder derfor videre med følgende 17 indsatser:

## Administrativ parathed

- Der er udarbejdet en checkliste til sager, som kræver en ekstraordinær beslutnings- og handlekraftig organisering med en såkaldt 'task force' som omdrejningspunkt (bilag 1).
- Der er udarbejdet et notat om overvågning og opfølgning på klager, erstatnings- og disciplinærsager (bilag 2).
- Der udarbejdes principper for at generere relevante data i forbindelse med en task force sag (udarbejdelse pågår).

## Anvendelse af kliniske retningslinjer

- Alle skal generelt dokumentere, hvis de afviger fra givne retningslinjer. På Hospitalsenheden Midt skal Den sygeplejefaglige dokumentationsgruppe og Rådet for patientregistrering og dokumentation primo 2018 relancere reglerne for brug af kliniske retningslinjer og dokumentation af afvigelser.
- Alle ansatte skal kende relevante retningslinjer, forløbsprogrammer m.v. og følge disse. Dette indebærer, at alle anvender e-Dok som dagligt arbejdsredskab, og at alle er forpligtigede til at holde sig opdaterede i forhold til ændringer i dokumenterne.
- Alle nyansatte og personer under uddannelse skal introduceres til afdelingsspecifikke kliniske retningslinjer på væsentlige dele af patientforløb. Afdelingsledelsen er ansvarlig for at definere disse og sikre, at dette sker systematisk. Brug af e-Dok skal være en fast del af introduktionsprogrammet for nye medarbejdere på hospitalet og i afdelingen.

## Kliniske arbejdsgange

- Ingen må arbejde alene i længere tid, hvorfor team organisering omfattende alle relevante faggrupper skal fremmes. Såfremt en person arbejder alene, skal faglig sparring sikres på anden vis. Det er afdelingsledelsens ansvar, at der er en plan for teamorganisering og systematisk faglig sparring. Der er flere måder at sikre dette på, og det er hensigtsmæssigt, at den konkrete fremgangsmåde beslutes på afdelingsniveau. Eksempler på metoder kan være:
  - At den ansatte bliver fulgt i klinikken minimum to gange årligt af en senior kollega.
  - At to kollegaer minimum to gange årligt følger hinanden ved skyggemetoden.
  - At der to gange årligt af en jævnbyrdig kollega ('peer') laves audit på minimum ti patienter, som den ansatte har behandlet.
  - At der så vidt muligt altid er dublering på alle specialområder, så organiseringen bliver mere robust.
  - At der etableres samarbejde og sparring med en "søsterafdeling".
- Der skal laves systematiske arbejdsgange og aktiviteter, som styrker tværfaglig sparring, sparring på tværs af specialer og sparring på tværs af matrikler. Afdelingsledelsen skal skabe rum for dette i det i daglige arbejde og udarbejde en plan

for, hvordan dette kan foregå i samarbejde med relevante faggrupper og specialer. Eksempelvis kan bilaterale møder mellem specialer minimum en gang årligt og løbende drøftelse i de organisatoriske fællesskaber være med til at understøtte tværgående sparring.

- Når der bliver monitoreret på det kliniske arbejde, skal der generelt være klare og konkrete planer for, hvordan der bliver fulgt op på kritiske fund.

## **Kompetencer**

- Afdelingsledelsen definerer, om der er specifikke, vitale procedurer, der kræver særlige kompetencer og løbende genopfriskning. Afdelingsledelsen er ansvarlig for, at relevante personer udvikler de nødvendige kompetencer, og at genopfriskningen systematisk finder sted.
- Alle skal kontinuerligt kompetenceudvikles jf. hospitalsenhedens kompetencekoncept. En del af planlægningen heraf kan foregå ved MUS samtaler med nærmeste leder. Hvis en medarbejder ikke udtrykker specifikke ønsker til kompetenceudvikling, er det lederens ansvar at identificere og aftale relevante udviklingsområder med vedkommende.
- Alle ansatte er ansvarlige for at sige fra overfor en opgave, hvis man ikke mener sig kompetent til at udføre denne, og ingen må presses til dette af nogen kollega eller overordnet. Nærmeste leder må efterfølgende aftale en plan for, hvorledes de nødvendige kompetencer kan opnås. Det er vigtigt, at medarbejdere selv samt kollegaer og ledere er opmærksomme på en ansats "blinde pletter" i forhold til egne kompetencer.
- Afdelingslederne forventes at sparre med hinanden om kvalitetsbrist og håndteringen af disse f.eks. i de organisatoriske fællesskaber.

## **En åben kultur**

- Hospitalsenheden ser åbenhed som et centralt element i ansvarlighed for det generelle kvalitetsniveau. Lederne på alle niveauer er rollemodeller og garanter for at en åben kultur praktiseres i daglig dagen. Det kan eksempelvis være ved:
  - At hospitalsledelsen synligt står i spidsen for forbedring.
  - At afdelingsledelsen viser, at drøftelse af udfordrende patientforløb er accepteret og forventet f.eks. ved at stille spørgsmål til konferencer.
  - At funktionsledere skaber rammer for "check out" hvor dagens forløb og udfordringer kan drøftes i personalegruppen/teamet.
- Lederne skal introduceres til/trænes i hvordan en åben kultur udfoldes f.eks. på temadage eller gennem sparring med kollegerne i det organisatoriske fællesskab.
- Alle medarbejdere ser sig selv som kvalitetsmedarbejdere og "siger til", hvis de oplever kvalitetsbrist eller forhold, der giver anledning til undring. Det anbefales først at adressere opmærksomheden til den relevante kollega, inden nærmeste ledelse evt.

indblandes jf. regionen kodeks for åbenhed om fejl. Ved introduktion – også hospitalets fællesintroduktion – gøres disse forventninger klart.

- Det forventes, at alle er klar til at blive gjort opmærksom på, at noget har skabt undring. Eksempelvis skal lederen undlade at tage den medarbejder, hvis arbejde anfægtes, i forsvar eller irrettesætte, den der henvender sig. Efterfølgende skal lederen altid høre den omtalte medarbejders version og foretage evt. relevante, opfølgende handlinger på baggrund af alle oplysninger.