

Styresak 23/2016: Strategi og handlingsplan for arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i 2016

Møtedato: 29.03.2016

Møtested: Mosjøen

Innledning:

Helgelandssykehuset ønsker økt kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene. Denne saken viser hvilke områder i Helse Nords kvalitetsstrategi vi mener det er viktigst å jobbe med i 2016.

Bakgrunn:

Arbeidet med kvalitetsforbedring skal fortsatt prioriteres høyt. Det fremgår av Helseministerens sykehustale i januar 2016, Oppdragsdokument fra Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) til de regionale helseforetakene, og videre i oppdragsdokumentet fra Helse Nord til helseforetakene i regionen.

Helgelandssykehuset legger til rette for at linjeledelsen skal få støtte arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. I 2015 ble det opprettet fire årsverk for kvalitetsrådgivere, og det er satt av midler til kvalitetsprosjekter. De nasjonale kvalitetsindikatorne viser at Helgelandssykehuset leverte god kvalitet i pasientbehandlingen i 2015. Kravet er at vi fortsatt skal levere behandling av høy kvalitet, og at vi samtidig har en mer systematisk tilnærming til forbedringsarbeidet: Det må bli en større del av ledelsens daglige arbeid. I denne saken presenterer vi prioriterte tiltak innenfor områdene:

- Ledelse (Lederutviklingsprogram– forbedringsarbeid og pasientsikkerhet)
- Ventetider og fristbrudd
- Pakkeforløp for kreft
- Smittevern og reduksjon av infeksjoner
- Systematisk arbeid for å forebygge uheldige hendelser - Pasientsikkerhetsprogrammet
- Dokumentasjon av kvalitet
- Organisering av kvalitetsarbeidet
- Behandling og oppfølging av avvik
- Legemiddelhåndtering
- Kvalitetsprosjekter
- EPJ-indikatorer

Styret i Helse Nord vedtok 16.12.2015 ny kvalitetsstrategi for 2016 -2020, og et av punktene i vedtaket var:

Styret ber adm. direktør om å sørge for at underliggende helseforetak innen 2. tertial 2016 styrebehandler foretaksspesifikke tiltaksplaner som konkretiserer oppfølgingen av Helse Nords overordnede strategi.

Helse Nord vil starte et arbeid sammen med helseforetakene for å operasjonalisere kvalitetsstrategien, i tråd med styrevedtaket, og tiltaksarbeidet 2016 vil gå parallelt med dette.

Ledelse (Ledelsesutviklingsprogram – forbedring og pasientsikkerhet)

Det må stilles høyere og nye krav til ledelse i fremtidens helsetjeneste. Ledere på alle nivå, inklusive styret, må ha større oppmerksomhet på kvalitet og pasientsikkerhet. Å sikre helhetlige og gode pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i helsetjenesten er også en ledelsesoppgave. Foretaket vil starte systematisk opplæring av ledere på alle nivå i organisasjonen. Opplæringen skal gjøre ledere i stand til å drive kontinuerlig forbedringsarbeid, som en viktig del av den ordinære driften.

Ledelsen i Helgelandssykehuset skal sette av mer tid til forbedringsarbeid. Samtidig skal vi legge enda mer vekt på pasientsikkerhetskultur og større åpenhet rundt melding og håndtering av avvik.

Ventetider og fristbrudd

Krav i 2016: Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skal være under 65 dager
Ingen fristbrudd for avviklede pasienter

I styresak 66-2015: *Oppfølging av tilleggsdokument til Oppdragsdokumentet 2015* fikk styret presentert en handlingsplan for oppfølging av ventetider og fristbrudd (vedlegg 1). Tiltakene som er anført i denne handlingsplanen videreføres. Utfordringene har økt etter 01.11.2015 ved innføring av ny lov om pasient- og brukerrettigheter. Loven sier at alle pasienter som mottas til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten skal ha en konkret frist for start av utredning/behandling. Helgelandssykehuset hadde i 2015 en gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter på 60 dager. Det er imidlertid forskjell på fagområdene, og målet i 2016 er alle fagområder skal ha gjennomsnittlig ventetid som er kortere enn 65 dager

Ett tiltak for å holde ventetidene under kontroll er at antall langtidsventende er så få som mulig. Helgelandssykehuset har fortsatt pasienter som har ventet over et år på behandling, og vi arbeider målbevisst med å redusere antall langtidsventende. De største utfordringene er innen hudsykdommer og fordøyelsessykdommer, men siden nyttår er antallet pasienter som har ventet mer enn 180 dager redusert med 13 %. Pasienter som har ventet mer enn et år redusert med 28 %, men det er pr 29.02 fortsatt 636 pasienter som har ventet lengre enn 6 måneder.

Ventetider:

Ventetider, inkludert ventetider for de enkelte fagområdene, samt langtidsventende, rapporteres i Helse Nords virksomhetsportal og til ansvarlige for oppfølging og tiltak: Enhetsdirektører og områdesjefer.

Fristbrudd:

Helgelandssykehuset har satt i verk tiltak i handlingsplanen. Det har medført en reduksjon i antall fristbrudd og andel avviklede fristbrudd. Det registreres imidlertid fortsatt fristbrudd som ikke er reelle fordi ventetidsperiodene ikke er korrekt avsluttet. For at tiltakene i handlingsplanen skal virke må ledere og ansatte ha kunnskap om de prosedyrene som finnes og håndtere ventelistene korrekt. Dette krever daglig oppfølging, og data er tilgjengelig i Helse Nords virksomhetsportal.

Ventetider og andel fristbrudd rapporteres månedlig til Helse Nord og HF-styret i virksomhetsrapporten

Ansvarlig for oppfølging og tiltak: Enhetsdirektører og områdesjefer.

Gjennomføringsstøtte: Merkantilt personell

Pakkeforløp for kreftpasienter

28 pakkeforløp for kreft og 31 diagnoseveiledere for fastlegene er nå etablert. Pakkeforløp for kreft skal gi forutsigbarhet og trygghet for pasientene gjennom bedre pasientforløp ved mistanke om kreft.

For å sikre dette er det opprettet tre hele stillinger som koordinatører, fordelt på to halve stillinger ved hver sykehusenhet i helseforetaket.

Krav i 2016:

- Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 % eller mer.
- Andel pakkeforløp som er gjennomført innen standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, er over 70 %.

Resultatene skal rapporteres til Helse Nord og til styret hvert tertial, og for Helgelandssykehuset blir dette målt etter oppnåelse for pasientforløp for tykk- og endetarmskreft, lungekreft og prostatakreft.

Pakkeforløp for brystkreft administreres fra Brystdiagnostisk senter ved Nordlandssykehuset. Data kan hentes ut i virksomhetsportalen, og vil bli fulgt opp internt hver måned.

Ansvar for at pakkeforløpene gjennomføres i tråd med kravene: Enhetsdirektører og områdesjefer.

Gjennomføringsstøtte: Forløpskoordinatører

Smittevern og reduksjon av infeksjoner

Smittevern er basiskunnskap for alle som arbeider i helsesektoren, og Helgelandssykehuset skal ikke påføre pasienter risiko eller skade i form av infeksjoner. Det er behov for å intensivere smittevernarbeidet og det vedlegges en handlingsplan for dette arbeidet.

Krav i 2016:

- Krav fra HOD er at andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7 prosent ved prevalensundersøkelsene. Helse Nord RHF opprettholder kravet til helseforetakene om at sykehuspåførte infeksjoner som kan forebygges, skal være null innen utgangen av 2016.
- Ingen korridorpasienter

Prevalensundersøkelsene skal gjennomføres to ganger pr år i henhold til forskrift, men det er også krav om implementering av antibiotikastyringsprogram, og at det skal være minst 95 % oppfølging av registrering for alle inngrep som omfattes av NOIS-forskriften (Norsk overvåkningssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner).

Flere av de nasjonale kvalitetsindikatorne er også knyttet til smittevern. Det er krav om at hvert helseforetak skal rapportere og kommentere sine infeksjonstall hvert tertial til Helse Nord RHF. Resultatene fra de nasjonale kvalitetsindikatorne - og tiltak på bakgrunn av disse - vil også være en del av rapporteringen.

Ansvar for rapportering: Senter for fag, forskning og utdanning og smittevernpersonell

Ansvar for gjennomføring av tiltak: Enhetsdirektører og områdesjefer.

Gjennomføringsstøtte: Smittevernpersonell.

Handlingsplan for smittevern, pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder, farmasøytisk rådgiving og revisjoner er satt inn i en samlet plan i excelformat slik at aktiviteten kan følges måned for måned. Vedlegg 2 er en forenklet oversikt, men den samlede planen vil gi detaljerte oversikter for hver enkelt uke.

Det er i dag deltidstillinger for hygienesykepleier innen smittevern ved alle sykehusenhetene. I tillegg er det 50 % stilling som hygienesykepleier og 50 % stilling som smittevernoverlege på foretaksnivå. På bakgrunn av Helse Nord's internrevisjon av fagplaner, inkludert smittevernplanen, vil vi se på organisering og ressursbruk innen smittevern i helseforetaket. Vi vil også vurdere hvordan enkelte oppgaver med smittevern eventuelt kan utvides. Internrevisjonsrapporten fra Helse Nord ble behandlet av styret i Helse Nord RHF i sak 21-2016 i styremøte 24.02 2016, og skal følges opp med en tilbakemelding høsten 2016. Der skal det konkretiseres hvordan rapportens anbefalinger følges opp. Internrevisjonsrapporten blir presentert som egen styresak i styremøtet i april.

Ingen korridorpasienter

Dette er et uttrykt mål i oppdragsdokumentet fra HOD og helseministerens sykehusstale. Korridorpasienter utgjør en risiko for sykehusinfeksjoner. Denne indikatoren har vært fulgt med månedlig rapportering, men det har hittil vært korridorpasienter ved sykehusenhetene i Mo i Rana og Sandnessjøen hver måned. Det var ingen korridorpasienter i Mosjøen i hele 2015.

Arbeidet med å få antall korridorpasienter til null blir nå intensivert, og infeksjonsforebyggende arbeid er en del av dette. Andre tiltak:

- Gjennomgå intern effektivitet i pasientforløp
- Se på årsaker til forskjeller i liggetid og kapasitetsutnyttelse
- Se på forskjeller i andel dagkirurgi

Resultatene blir fortsatt fulgt opp med månedlige resultater og vil være en del av virksomhetsrapporteringen til Helse Nord og styret.

Ansvar for tiltak: Enhetsdirektører og områdesjefer

Ansvar for rapportering og støtte: Kvalitetsrådgivere

Systematisk arbeid for å forebygge uheldige hendelser - Pasientsikkerhetsprogrammet

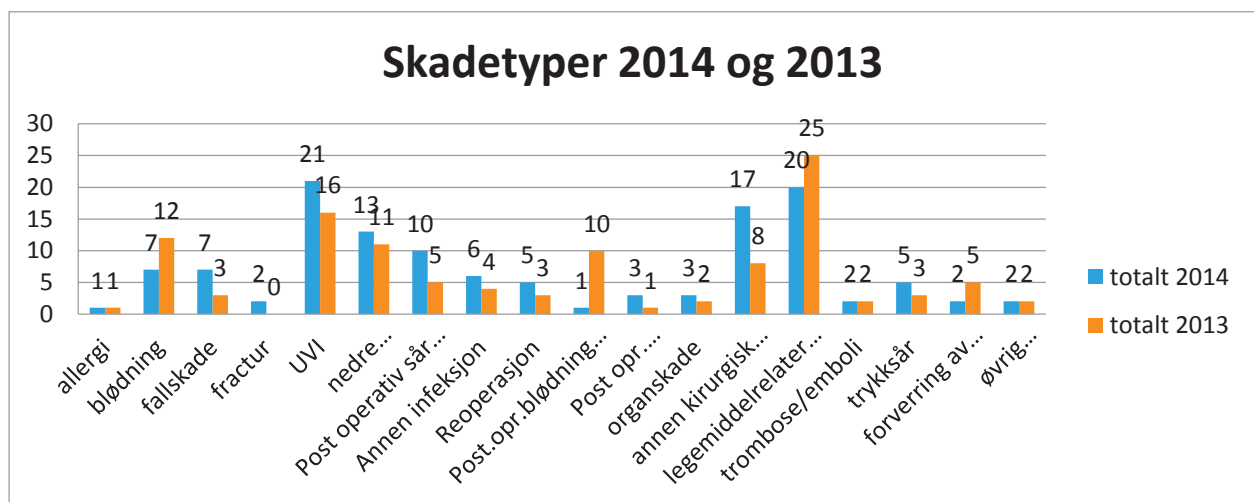
Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» er et nasjonalt program for pasientsikkerhet som skal redusere pasientskader og forbedre pasientsikkerheten i Norge. Programmet har tre hovedmål:

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

Målene skal nås gjennom å innføre konkrete forbedringstiltak på utvalgte innsatsområder (se nedenfor), og Helgelandssykehuset deltar i åtte av innsatsområdene.

Fordi pasientsikkerhet er et ledelsesansvar er det utviklet tiltak på ledelse som går på tvers av innsatsområdene i kampanjen.

For å måle grad av pasientsikkerhet brukes metodikken strukturert journalgjennomgang ved bruk av T Global Trigger Tool (GTT). Den kartlegger pasientskader ved funn som kan indikere skade på pasient ved systematisk journalgjennomgang.



Sykehusenhetene i Mo og Mosjøen har levert inn GTT data for 2014. Sandnessjøen leverte ikke data pga frafall i det lokale teamet som forestår journalgjennomgangene. Figuren viser funn av skadetyper i 2013 og 2014.

I 2016 skal data fra disse journalgjennomgangene leveres tre ganger i året, og i løpet av året vil gjennomgangen bli utført som automatisert strukturert journalgjennomgåelse (ASJ). Helgelandssykehuset skal delta i et regionalt prosjekt for utrulling av denne løsningen.

Resultatene fra journalgjennomgangene har i liten grad vært etterspurt i ledelseslinjen, og i 2016 vil følgende tiltak bli iverksatt:

I forbindelse med innlevering av data skal det lages en rapport til ledergruppen.

GTT- team, kvalitetsrådgivere og lokal programleder samhandler om rapporten. Ansvarlig lokal programleder.

- Det rapporteres på alvorlighetsgrad av skaden
- Det rapporteres om det er skrevet avvik/3.3 melding
- Det rapporteres på type skader
- Type skader ses i sammenheng med innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet og sammenliknes fra gang til gang

Helseforetaket deltar i åtte av innsatsområdene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen

Foretak/sykehus	Forebygge selvmord	Forebygge overdoser	Trygg kirurgi	Samst. legemiddellister	Hjerne slag	UVI	SVK	Trykksår	Fall	Levelse av pasientsikkerhet
Helgeland – Mo i Rana	0/0	1/1	1/1	2/2	1/1	3/3	0/0	2/3	2/3	
Helgeland – Mosjøen	0/0	0/0	1/1	2/2	1/1	1/1	0/0	1/2	1/2	
Helgeland – Sandnessjøen	0/0	0/0	1/1	1/1	1/1	2/3	0/0	2/3	2/3	

Betydning av fargekoder etter nasjonal revisjon:

Grå - tiltakspakken er ikke ferdig ennå eller innsatsområdet er ikke relevant for denne enheten

Rødt - denne enheten har ingen aktivitet på dette tiltaket

Gul - Tiltakspakken er iverksatt på en eller flere enheter. Her inkluderes også de som deltar i læringsnettverk på innsatsområdet. Her inkluderes også enheter som kun har iverksatt målinger

Grønn - tiltakspakken er iverksatt på samtlige relevante enheter og målinger registreres

Innsatsområdet forebygging av selvmord: Gjelder sykehusavdelinger innen psykisk helse og følgelig ikke DPS-avdelingene i Helgelandssykehuset. Innsatsområdet SVK (sentralt venekateter): Helgelandssykehuset har for få tilfeller for deltakelse, men avdelingene følger prosedyrene knyttet til innsatsområdet.

Status for innsatsområdene rapporteres månedlig, og eventuelle tiltak skal skisseres

Helgelandssykehuset Mo i Rana er tildelt et nasjonalt pilotprosjekt «Tidlig oppdagelse av forverret tilstand», og kvalitetsrådgiver ved sykehusenheten er prosjektleder.

Som en del av pasientsikkerhetsprogrammet skal det skal innføres kvalitetstavler og tavlemøter ved alle avdelinger i helseforetaket. Det skal også iverksettes pasientsikkerhetsvisitter ved alle sykehusenhetene. Begge disse tiltakene iverksettes i første halvår 2016.

Ansvar for gjennomføring: Enhetsdirektører og områdesjefer

Støtte: Programleder og kvalitetsrådgivere

Dokumentasjon av kvalitet

Kvalitetsindikatorer:

Kvalitet i spesialisthelsetjenesten dokumenteres bl.a. ved resultatene av nasjonale kvalitetsindikatorer. Det er 60 indikatorer innen somatikk, 19 innen psykisk helse og åtte innen rusomsorg. Resultatene publiseres hvert tertial for de fleste indikatorene, og for noen publiseres årlige resultater. Etter nasjonal publisering presenteres resultatene for styret og internt i helseforetaket med tanke på korrigerende tiltak der dette er nødvendig.

Ansvar for tiltak: Enhetsdirektører/områdesjefer

Støtte: Kvalitetsrådgivere

Kvalitetsregistre:

Det er 52 nasjonale kvalitetsregistre, og det er krav i oppdragsdokumentet om å sikre innregistrering av data i relevante kvalitetsregistre. Alle helseforetak fikk 30.10.2015 en bestilling fra Helse Nord om handlingsplan for etablering tiltak mot manglende registrering til nasjonale medisinske kvalitetsregistre innen 1. januar 2016. Tilbakemeldingen fra Helgelandssykehuset, med oversikt over tiltak for etablering av slike registreringer, vedlegges (vedlegg 3). Tiltakene blir fulgt opp i forbindelse med tertialvis oppfølging av Oppdragsdokumentet.

Ansvar: Områdesjefer

Støtte: Kvalitetsrådgivere

Ny struktur i kvalitetsråd og kvalitetsutvalg

Etter Spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 skal helseinstitusjoner ha kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg. Dette er et virkemiddel i institusjonens arbeid med å fremme pasientsikkerhet og kvalitet på helsetjenestene.

I Helgelandssykehuset er det opprettet kvalitetsutvalg på foretaksnivå og kvalitetsråd på sykehusenhetene. Kvalitetsrådene har møter en gang i måneden. Med utgangspunkt i kvalitetsstrategien har de en gjennomgang av uønskede pasienthendelser, pasientklagesaker og behandling av avvik – alt som et ledd i forbedringsarbeidet.

Kvalitetsrådene melder saker til kvalitetsutvalget, som skal ha minst fire møter pr år.

Kvalitetsutvalget har ikke hatt møter høsten 2015, men det er nå vedtatt ny sammensetning av kvalitetsutvalget og noen endringer i kvalitetsrådenes sammensetning og agenda. Dette er vedlagt (vedlegg 4).

Kvalitetsrådgivere

For å styrke arbeidet med kvalitetsforbedring ble det høsten 2015 ansatt til sammen 2,5 årsverk som kvalitetsrådgivere ved sykehusenhetene. I tillegg ble det ansatt 0,5 årsverk som kvalitetsrådgiver innen psykisk helse og rus, og ved intern oppgaveendring ett årsverk som kvalitetsrådgiver i Prehospital enhet. Alle er organisert gjennom Senter for fag, forskning og utdanning for å sikre samarbeid på tvers i helseforetaket.

Opgavene er å være pådrivere og støtte for linjeorganisasjonen i arbeid med kvalitetsforbedring innen pasientsikkerhetsprogrammet, dokumentasjon, avviksbehandling. Kvalitetsrådgiverne har også en sekretariatsfunksjonen i kvalitetsrådene i Mo i Rana og Sandnessjøen. De utfører også internrevisjoner etter oppsatt plan.

Det er laget egen handlingsplan for kvalitetsrådgivernes arbeid i 2016, og revisjonsplan for året er lagt inn i fellesdokumentet.

Avviksbehandling

Korrekt og rask behandling av meldte avvik er svært sentralt for forbedringsarbeid. Data fra Pasientsikkerhetskulturerundersøkelsen i 2014 viser at Helgelandssykehuset scorer best i Helse Nord og litt over landsgjennomsnitt når det kommer til sikkerhetsklime. For teamarbeidsklime scorer Helgelandssykehuset under landsgjennomsnitt, men likt med gjennomsnitt i Helse Nord., Alle helseforetakene må få en bedre kultur for å melde avvik. Like viktig er det at meldte avvik blir korrekt behandlet, at den som har meldt avviket får tilbakemelding og at avvik blir brukt som til kvalitetsforbedring og læring.

I 2015 ble det til sammen meldt 1623 avvik i Helgelandssykehuset gjennom avvikssystemet i DocMap. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid på lukkede avvik varierte mellom 49 og 84 dager ved sykehusenhetene. Ved utgangen av 2015 var det 444 av årets avvik som ikke var lukket.

Pr. 31.01.2016 var det 802 avvik som var mer enn fire uker gamle og ikke lukket, og det var 224 avvik som var mer enn ett år gamle og ikke lukket.

Oversiktene viser at Helgelandssykehuset må forbedre avviksbehandlingen betydelig. Saken tas nå opp i ledergruppene ved enhetene og på bakgrunn av innspill derfra vil det bli utarbeidet en egen handlingsplan for hvordan vi skal sikre korrekt behandling av avvik innen akseptabel tid, og hvordan vi skal bruke meldte avvik som grunnlag for kvalitetsforbedring. Status på avvikshåndtering skal følges opp med månedlig rapportering til ledergruppen og sykehusenhetene. Tertialvis status vil bli rapportert til styret i forbindelse med rapportering på Oppdragsdokumentet.
Ansvar for avvikshåndtering: Enhetsdirektører/Områdesjefer
Støtte: Kvalitetsleder og kvalitetsrådgivere

Legemiddelhåndtering

Minst 10 % av de meldte avvikene i 2015 gjaldt håndtering av legemidler. Korrekt legemiddelhåndtering er derfor et viktig tiltak for pasientsikkerhet og kvalitet.

Helgelandssykehuset har avtale med Sykehusapotek Nord om levering av farmasøytisk rådgiving, og det er fire farmasøyter fra Sykehusapoteket som arbeider i Helgelandssykehuset. Blant deres arbeidsoppgaver er:

- Medvirke til utarbeidelse og gjennomføring av retningslinjer/prosedyrer for sikker og rasjonell legemiddelhåndtering
- Utføre interne revisjoner på legemiddelhåndtering
- Følge opp avvik som avdekkes gjennom avviksregistrering og revisjoner

Det er utarbeidet egen handlingsplan for farmasøytenes virksomhet i 2016 (vedlagt vedlegg 8).

Kvalitetsprosjekter

Helseforetaket har iverksatt flere prosjekter for kvalitetsforbedring, flere av dem etter initiativ fra egne ansatte. Her nevnes 4 av dem:

- Forbedring av behandling ved hjerneslag
Prosjektet skal sikre at alle enhetene oppfyller Norske retningslinjer for behandling av hjerneslag og at korrekt diagnostikk og behandling iverksettes så snart som mulig. Effekt måles ved registrering i Norsk hjerneslagsregister.
Prosjekteier: Enhetsdirektør Rachel Berg
Prosjektleder: Konst. overlege Elisabeth Benum
- Kvalitetsprosjekt akuttmottaket Mo i Rana
Prosjektet skal sikre at mottak og behandling av pasienter i akuttmottaket i Mo i rana blir utført etter nasjonale kvalitetskrav med utarbeidning av prosedyrer for «hverdagskrise» i samarbeid med andre avdelinger, implementering av behandlingsalgoritmer, og oppdatering av eksisterende prosedyrer
Prosjekteier: Områdesjef Michael Strehle
Prosjektleder: Avdelingsleder Georg Andre Milne
- Evaluering av terapieffekt gjennom implementering av kartleggingssystemer og brukermedvirkning psykisk helse og rus, Psykiatrisk Senter Ytre Helgeland
Prosjektet skal synliggjøre behandlingseffekt under hele behandlingsforløpene for å forhindre lange behandlingsforløp uten effekt.
Prosjekteier: Enhetsdirektør Rachel berg
Prosjektleder: Områdesjef Grete Andreassen
- Felles vaktordning radiologi
Felles radiologiløsning i FIKS-prosjektet ved systemet SECTRA muliggjør bildeoverføring og kommunikasjon samt pasientadministrative opplysninger digitalt mellom helseforetakets røntgenavdelinger og mellom røntgenavdelinger i regionen. Helseforetaket har ikke tidligere hatt fast radiologivakt, men dette er nå innført fra 07.03. og innebærer et vaksamarbeid mellom egne radiologer og leger ved radiologisk avdeling Nordlandssykehuset Bodø. Dette er banebrytende for slikt samarbeid mellom alle helseforetakene i regionen.
Prosjekteier: Medisinsk direktør Fred A. Mürer
Prosjektleder: Fagsjef Randi Brendberg.

EPJ-indikatorer

I Oppdragsdokumentet 2015 var det krav om at helseforetakene skulle lage en plan for å få kontroll på åpne dokumenter eldre enn 14 dager og åpne henvisningsperioder uten planlagt ny kontakt. Denne handlingsplanen ble presentert for styret i styremøte 26.05.15 (vedlegg 9). I perioden 31.05.2015 – 29.02.2016 er antall åpne dokumenter redusert fra 7.070 til 1.436 og åpne henvisningsperioder redusert fra 10.800 til 4.982 som følge av arbeid i tråd med tiltaksplanen. Arbeidet er imidlertid noe forsinket og må fortsette i 2016.

Ansvar: Enhetsdirektører/Områdesjefer
Støtte: EPJ-konsulenter

VEDTAKSFORSLAG:

1. Strategi for kvalitetsforbedringsarbeid 2016 tas til etterretning
2. Status og tiltak for forbedringsarbeidet rapporteres til styret tertialvis i forbindelse med rapportering på Oppdragsdokumentet.

Per Martin Knutsen
Administrerende direktør

Saksbehandler: Medisinsk direktør Fred A. Mürer og ansatte ved Senter for fag, forskning og utdanning

Vedlegg:

1. Handlingsplan for oppfølging av tillegg til Oppdragsdokument 2015 – ventetider og fristbrudd
2. Samlet plan smittevern, pasientsikkerhetsprogrammet, farmasøytisk rådgiving, revisjoner
3. Brev til Helse Nord - oppfølging av nasjonale kvalitetsregistre
4. Ny struktur kvalitetsråd og kvalitetsutvalg

Handlingsplan tilleggsdokument OD 2015	Mål	Problemområde topp 5	Årsak	Tiltak som gjøres i dag
Ventetid	Gjennomsnittlig ventetid er under 65 dager Hsyk har gjennomsnittlig ventetid for avviklete pasienter < 65 dager.	Hudsykdommer Nevrologi Rus Revmatologi, FMR, Ortopedi	Total kapasitet, høy rettighetsfastsettelse (hud og revmatologi), overforbruk (hud)	Øke kapasitet (innleie), redusere andel kontroller, dialog med primærleger. Rydding av kontroll-lister.
Fristbrudd	Ingen fristbrudd pr 01.12.15	Hudsykdommer øvrige fagområder har en-sifret antall fristbrudd noe varierende fra mnd til mnd	Hud: Total kapasitet ift antall henvisninger. Høy rettighetsfastsettelse, for høyt antall kontroller. Andre: svikt i administrative rutiner. Uforutsett fravær.	<u>Hud</u> : Øke kapasitet ved innleie. Følge opp ventelister tettere. Styrket sykepleier/sekretærbemanning. Dialog med primærleger for å redusere overforbruk. <u>Alle</u> : Innskjerpe rutiner og prosedyrer knyttet til ventelister
Status innføring lengre planleggings- og timetildelingshorisont ved poliklinikker	6 mnd	Alle poliklinikker har planleggingshorisont på > 6 mnd.		Legenes arbeidsplaner er lagt > 6 mnd fremover.
Tildeling av time	I første svar på vurdering	Alle poliklinikker gir time 6 mnd i første svar på vurdering. Hvis > time 6 mnd gis pasienten angivelse i uke-nr.		Innført time i første innkallingsbrev

Tiltak kort sikt	Forutsetninger for måloppnåelse på kort sikt	Tiltak lang sikt som skal sikre varige forbedringer	Forutsetninger for måloppnåelse på lang sikt	Topp 5 områder som regionalt innsatsteam kunne bidra med i forbedrings/omstillingsprosessene	Ansvar for oppfølging
Se dagens tiltak. Redusere antall langtidsventende	Reduksjon av langtidsventende. Riktig bruk av prioriteringsveiledere. Utnyttelse av felles kapasitet på tvers.	Overføre kontroller til primærhelsetjenesten . Dialog med primærhelsetjenesten også knyttet til forbruk/overforbruk Bedre utnyttelsen av felles kapasitet	Korrekt bruk av prioriteringsveiledere. Kontroller i primærhelsetjenesten i større grad. Felles inntaksfunksjon og utnyttelse av felles kapasitet.	Bedre oversikt over regional kapasitet og bedre utnyttelse av regional prosedyre for bruk av Fritt sykehusvalg?	Enhetsdirektører / områdesjefer
Se tiltak som gjøres i dag	Økt kapasitet i hudsykdommer (innleie). Kontinuerlig oppfølging av ventelistesituasjonen. Jevnlig (minst ukentlig) oppfølging vha D-8192 evt. VA. Oppfølgingsoppgaver knyttet til rapporteringsansvarlig til HELFO?	Hudsykdommer: 2 -3 hudleger i Mosjøen + avtalespesialist i Mo i Rana. Dialog med primærhelsetjenesten for å overta kontroller og redusere overforbruk. Alle: Korrekt bruk av prioriteringsveiledere. Reduksjon av langtidsventende. Jevnlig opplæring i prosedyrer.	Korrekt føring av ventelister og bruk av prosedyrer knyttet til dette. Jevnlig oppfølging og definert ansvar for rapportering og oppfølging av resultater fra D-8192 eller VA.	Behov for regional tilnærming til korrekte rutiner for mottak/avvisning av henvisninger. Gjennomgang av erfaringer er gjort med leder for innsatsteamet.	Enhetsdirektører / områdesjefer
Arbeidsplaner må foreligge hos inntaksfunksjonene. Arbeidsplanene må følges strengt.	Etterlevelse ift fastlagte rutiner og prosedyrer.	Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging vil sikre forholdet mellom aktivitet og bemanning i større grad.	Avdelingene forholder seg til vedtatte bemanningsplaner og administrative rutiner. Ytterligere kvalitetssikring ved innføring av aktivitetsbasert bemanningsplanlegging som eget prosjekt.		Enhetsdirektører / områdesjefer
Sikre opplæring til alle som sender ut innkallingsbrev.	Jevnlig kontroll fra leder, og system for avviksmelding og oppfølging hvis ikke time blir gitt i 1. brev	Intern revisjon	Etterlevelse av prosedyrer for innkalling		Enhetsdirektører / områdesjefer



Styresak 22/2016 Vedlegg 2

Aktivitet	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember
- Smittevern:										
Prevalensundersøkelser x 2/år										
NOS										
Antibiotikabruk										
Undervisning/Kurskatalog										
Kampanjer										
Intervensjon										
Smittevernslytt										
Smittevernkontakt										
Smittevernkontakt til kommunene										
Kompetanseheving										
- Farmasi:										
Samarbeid med legemiddelforbruk										
Innrøp av legemidler										
Legemiddelcorrens										
Antibiotikabruk										
Generisk ordbeholdning										
Elektrisk farmasi										
Undervisning										
Kvalitetssikring										
Revisjon										
Informasjon om legemidler										
Prosjekt legemiddelkabinett										
Prosjekt levering til HSYK										
Kompetanseheving										
Samarbeid med										
- Kvalitet/pasientikkerhet:										
Intervensjoner										
Nasjonale PasOpp undersøkelser										
Brakerundersøkelser										
Kvalitetssikring/dager										
Nasjonale Kvalitetssikringstiltak										
Nasjonale kvalitetsindikatorer										
GTT										
Trygg kirurgi										
Forebygging av fall										
Forebygging av trykksår										
Forebygging av UVI										
Hjerneslag										
Telefoner										
Pasientikkerhetstilrettelegging										
Samarbeid med										
SVK										
Forebygging av overdosedødsfall										
Tidlig oppdagelse av forverret tilstand										

Helse Nord RHF
Postboks 6444
8038 BODØ

Deres ref.:

Vår ref.:
2009/475

Saksbehandler/dir.tlf.:
Leif Nordbotten, 75 06 53 88

Dato:
01.12.2015

Oppfølging av kvalitetsregister i Helgelandssykehuset HF

Det vises til bestillingen fra Helse Nord v/direktør Finn Henry Hansen i e-post av 30. oktober 2015 om etablering av manglende registrering til nasjonale medisinske kvalitetsregister innen 1. januar 2016. Vedlagt var rapport fra Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, SKDE, med oversikt over registre og status for levering.

I følge rapporten leverer ikke Helgelandssykehuset HF (HSYK) til flere registre:

KOLS: Mo i Rana (MiR), Mosjøen (Msj) og (Ssj)

Artrittsykdommer (NorArtritt): MiR

Organspesifikke autoimmune sykdommer (ROAS): MiR, Msj og Ssj

Gastronet: Msj og Ssj

Hidradenitis suppurativa (HISREG): Msj

Gynekologisk endoskopiregister: Ssj

KARTLEGGING

Status HSYK

Det er innhentet opplysninger fra hver sykehusenhet om opplysningene fra SKDE er korrekt. Ssj leverer til Norsk gynekologisk endoskopiregister, og det er levert data til registeret i nærmere ett år. Feilen her er at data blir registrert under HSYK selv om Ssj står som leverandør under «personalia» i registeret. Det er dialog mot Helse Nord IKT for å få korrigert dette. I øvrig stemmer opplysningene fra SKDE.

Om registrene og registrering

Kartlegging av registrene, hvordan registeret samler informasjon og hvordan registreringen gjennomføres til registeret er gjennomført. Register er kontaktet for å få informasjon, men vi har ikke kommet i kontakt med alle. Det er tekniske løsninger forbundet med samling av informasjon og forsendelse av informasjonen som skaper usikkerhet om registreringen er gjennomførbar med løsningene som er tenkt brukt, kostnader og om løsningene kan integreres i eksisterende IT-struktur.

NorArtritt og ROAS er nye registre. Elektronisk løsning for levering til registrene er ikke på plass.

Fra NorArtritt er det opplyst at MiR ikke har den til nå brukte innrapporteringsløsningen (GoTreatIT), som er en programvare for lagring av data, men som foreløpig ikke har integrasjon mot registeret. Dette er et kommersielt produkt som tidligere har vært vurdert for kostbart. Det er ikke innhentet pris nå. Den alternative løsningen (MRS-løsning) er fortsatt under utvikling i regi av HEMIT, med mulig ferdigstilling våren 2016.

Konklusjonen: Det bør forventes levering til NorArtritt inntil en funksjonell elektronisk løsning er å plass, og som har et akseptabelt kostnadsnivå.

Fra ROAS er det opplyst at data kan leveres elektronisk eller på papir. Det er etablert en løsning integrert mot DIPS – EndoJournal. EndoJournal er opplyst å være i bruk på UNN, men ved kontakt med UNN er de ukjent med systemet. Detaljer om hvilken løsning dette er, om den kan integreres i eksisterende datasystemer er ikke kjent. EndoJournal er et kommersielt produkt, men det er ikke innhentet pris.. Registeret er samtykkebasert.

Konklusjon: Løsning for elektronisk registrering virker ikke å være aktuell. Det bør være mulig å starte arbeidet med etablering av registrering til registeret i løpet av januar 2016.

Gastronet: Er et papirbasert register med rapportering fra gastrointestinale endoskopiundersøkelser. Tilsvarende rapporter fra hver undersøkelse sendes også inn fra pasienten. Rapportene scannes inn i registeret. Er ikke samtykkebasert, men pasienten har reservasjonsrett.

Ikke klarlagt om registeret sender ut skjemaene til sykehusene eller om sykehusene selv skriver ut skjemaene, og likeledes hvem som besørger konvolutter med registeradresse og ferdig frankering for innsending fra pasientene.

Konklusjon: Det bør være mulig å starte arbeidet med etablering av registrering til registeret i løpet av januar 2016.

KOLS: Kun elektronisk registrering. Papirskjema brukes ikke. Omfatter spirometriundersøkelse, blodgassanalyser og ernæringsscreening. Det måles CAT-score. Registeret er samtykkebasert. Uklart om innhenting av samtykke med eget skjema - er det sykehusene som skriver ut skjema eller mottas de fra registeret?

Konklusjon: Det bør være mulig å starte arbeidet med etablering av registrering til registeret i løpet av januar 2016.

HISREG: Består av 5 papirskjema, bl.a. skjema pasienten kan medbringe til første konsultasjon – må da sendes sammen med innkallingen. To skjema leveres inn ved første kontroll (etter 6 – 9 mnd.). Det anbefales rutiner for arkivering av skjema i inntil to år. Registeret er samtykkebasert. Det er ikke klart om registeret sender ut skjema til sykehusene eller om sykehusene selv skriver ut skjemaene? Istandgjøring av konvolutter med registeradresse og ferdig frankering - er det registeret som sender dette til sykehusene eller er det sykehusene som forbereder sette selv?

Konklusjon: Det bør være mulig å starte arbeidet med etablering av registrering til registeret i løpet av januar 2016.

TILBAKEMELDING FRA DE ENKELTE SYKEHUSENHETENE

Mo i Rana

KOLS: Overlege Brynjar Andreassen blir registeransvarlig. Registerarbeidet vil tas inn i arbeidsplanen.

ROAS og NorArtritt: Se omtale av registrene over.

Mosjøen

Gastronet, HISREG og KOLS: Det er møte på sykehuset om gjennomføring torsdag 3. desember. Tilbakemelding fra sykehuset på registeransvarlige og organisering ettersendes.

ROAS: Se omtale av registret over.

Sandnessjøen

Nøkkelpersoner har vært fraværende og møter om organisering er ikke gjennomført. Registeransvarlige er utpekt.

Gastronet: Registeransvarlig er overlege Jarek Skrzypek.

KOLS: Registeransvarlig er overlege Hans Henrik Strøm.

ROAS: Det vises til omtale av registret over.

Vurdering

Formalia må på plass med disponering av personell og oppgavefordeling, og det er nødvendig å motta nærmere informasjon om registrering til de enkelte registrene før det kan iverksettes. Det er hensiktsmessig at det kommer representant for de enkelte registrene til de enkelte sykehusenhetene som skal registrere for å informere om registeret og registreringen. Det gir mulighet for ansvarlig lege og sykepleier til å gjennomgå utføringen av registerarbeidet og motta informasjon om registeret. Arbeidet vil starte etter 1. januar 2016.

Konklusjon

Det er ulike tekniske, faglige og organisatoriske spørsmål som trenger nærmere avklaring. Avklaring er nødvendig for detaljert å vurdere hvor fort fremdrift i etablering av registreringene kan være. Ledelsen i HSYK vil følge opp fremdriften i etablering av registrering til registrene, kvalitetsrådgiverne ved sykehusenhetene involveres og arbeidet vil starte i januar 2016.

Forslag til forbedringer til hjelp i registerarbeidet

Nettsidene til Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, SKDE gir ikke tilstrekkelig informasjon. Nedenfor følger noen forslag til forbedringer på nettsidene til hvert register

- informasjon om de ulike løsningene for registrering til registrene
- informasjon om skjema og hvilke spørsmål som registeret innhenter
- informasjon om registeret er samtykkebasert
- informasjon om registeret gjør bruk av skjema som skal sendes ut til pasienten etter utskriving/sendes inn av pasienten etter utskriving

Registereierne kan gis mer ansvar for å legge denne informasjonen på SKDEs nettsider, f.eks. ved lenker til nettsider hvor det enkelte registeret legger ut denne informasjonen.

Med vennlig hilsen

Fred A. Mürer
Medisinsk direktør

Leif Nordbotten
Kvalitetsrådgiver

—
Kopi til:
Senter for Klinisk Dokumentasjon og Evaluering

Dette dokumentet er godkjent elektronisk i Helgelandssykehuset HF og har derfor ingen signatur.