

Styresak 74/2017: Handlingsplan for arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet 2017

Møtedato: 22.06.2017

Møtested: Brønnøysund

Formål:

Konkretisere helseforetakets arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og sikre at dette er i tråd med helseforetakets egne prioriterte innsatsområder og prioriterte krav i oppdragsdokumentet.

Bakgrunn:

I sak 23/2016 (styremøte 29.03.2016) behandlet styret helseforetakets strategi og handlingsplan for arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i 2016.

I saken ble arbeid med 11 punkter konkretisert:

- 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

Det legges nå fram en tilsvarende sak med handlingsplan for 2017, der punktene i handlingsplanen er relatert til de mål-områdene som Helse Nord mener er kritiske for måloppnåelse i 2017, samt helseforetakets egne prioriterte områder. Risikovurdering av disse målene fra Helse Nord ble beskrevet i styresak 50/2017, og helseforetakets egne områder er målsatt og behandlet i egen styresak i dette møtet. Handlingsplanen vil være i samsvar med risikoreduserende tiltak angitt i ROS-analysene, men på et noe mer overordnet nivå.

Handlingsplanen vil omfatte følgende av Helse Nord og Helgelandssykehusets egne mål:

1. Smittevern - sykehuspåførte infeksjoner skal være < 4,5 % (prevalensdata).
2. Ventetid - gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skal være under 60 dager.
3. Fristbrudd - det skal ikke være fristbrudd.
4. Pakkeforløp kreft - pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid.
5. Legemiddelsamstemming - mer enn 80 % av pasientene skal ha fått gjennomført legemiddelsamstemming. Måling fra og med andre halvår 2017.
6. Antibiotikabruk - bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10 % sammenliknet med 2012.
7. Variasjon i behandling – utvikle felles prosjekt i helseforetaket
8. PASOPP undersøkelsen (fokus inn/utskrivning av pasienter – samhandling med kommuner)
9. Akutt-medisinske pasientforløp (hjerteinfarkt, hjerneslag, sepsis)
10. Behandling av avvik – gjennomføring og oppfølging

I tillegg vil handlingsplanen også omfatte oppfølging av helseforetakets deltakelse i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet, og gjennomføringen tiltak i forbindelse med kvalitetsindikatorer fra elektronisk pasientjournal (EPJ).

Ansvar for gjennomføring av tiltakene i handlingsplanene vil dels ligge i linjeorganisasjonen med støtte fra stab, men for noen av tiltakene vil stabspersonell ha ansvar for at prosedyrer og implementeringsplan blir etablert.

I styremøte 23.05.17, styresak 52/2017, ble kvalitet akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og legevaktsentral (LV) presentert. Det skal utarbeides en konkret handlingsplan som ivaretar ønsket utvikling av kvalitet, økonomi og ressursbruk. Styret orienteres om dette arbeidet i 3. tertial 2017.

Smittevern

Det viktigste kravet er at sykehuspåførte infeksjoner skal være < 4,5 % ved prevalensundersøkelser 2 ganger pr år. Helseforetaket vil tilstrebe at egne sykehuspåførte infeksjoner skal være 0 %. Tiltak for å nå dette målet:

- Oppdatering av smittevernhåndboken, som også inneholder infeksjonskontrollprogram. Gjennomføres i løpet av 2017. Arbeidet innebærer også at prosedyrene er kjent, opplæring er tilgjengelig (inkludert e-læringskurs) og at det gjennomføres kontroll på at opplæring er gjennomført.
- Øke antall prevalensundersøkelser til 4 ganger pr år. Etableres i løpet av 2017.
- Følge opp resultatene fra NOIS-POSI, som er overvåkningssystem for postoperative infeksjoner for definerte kirurgiske inngrep.
- Håndhygiene og arbeidsantrekk: Gjennomføring av opplæring og e-læring, samt kontroll at dette er gjennomført.
- Redusere antall korridorpasienter. Korridorpasienter er som oftest uttrykk for overbelegg, og dette gir en økt risiko for infeksjoner. Dette følges månedlig. Et av de viktigste tiltakene er samhandling med kommunene for å unngå at utskrivningsklare pasienter blir liggende i sykehusavdelingene.
- Styrking av smittevernressursene. I innspill til Helse Nords plan for 2018 - 2021 har Helgelandssykehuset bedt om økt ramme på 1,0 millioner kroner i 2018 og 1,5 millioner kroner i 2019, for å styrke bemanningen innen smittevern. Ressursene økes med 0,5 stilling fra sommeren 2017, og planlagt økning i 2018. Fra 01.02 2017 ble stillingen som smittevernoverlege økt fra 50 % til 100 %.

Ventetider.

Det er krav om at gjennomsnittlig ventetid skal være < 60 dager for avviklede pasienter. Helgelandssykehuset innfrir dette kravet, men det er varierende utfordringer i enkelte fagområder. Dette krever kontinuerlig overvåkning og etterlevelse av prosedyrer for behandling av henvisninger og ventelister. Tiltak:

- Sørge for at prosedyrer er kjent og etterleves.
- Tiltak med tanke på kapasitet i fagområder der ventetiden er < 60 dager.
- Utnytte kapasitet på tvers i helseforetaket.
- Reduksjon av antall langtidsventende > 6 måneder.

Fristbrudd

Helseforetaket har i 2016 og i 2017 hatt økende utfordringer med fristbrudd. Dette skyldes fortsatt dels manglende kapasitet og dels at prosedyrer ikke etterleves med korrekt avslutning av ventetidsperioder.

Tiltak:

- Sikre tilstrekkelig kapasitet
 - Rekruttering
 - Avvikle kontroller som kan overføres til primærhelsetjenesten
 - Utnytte kapasitet på tvers i helseforetaket
- Benytte HELFO's portal for fristbrudd, når fristbrudd ikke kan unngås.
- Sørge for at prosedyrer er kjent og etterleves
- Sørge for opplæring, og at denne gjennomføres. Opplæringsrunde nummer 2 for leger i prosedyrer knyttet til registrering av ventetid (HOS-prosedyrer) foregår nå i regi av EPJ-medarbeiderne. Utfordringene er å få alle til å gjennomføre denne opplæringen og de nødvendige e-læringskursene. Kontroll skal intensiveres.
- Økt bruk av ledelsesinformasjonssystemet VA-LIS, der fristbrudd og truende fristbrudd identifiseres, slik at tiltak kan iverksettes.

Pakkeforløp kreftsykdommer

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

For å sikre dette har Helgelandssykehuset tre 100% stillinger som forløpskoordinatorer, fordelt på to 50 %-stillinger ved hver sykehusenhet i helseforetaket.

Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp har vært stabilt over 70 %, slik at det i 2017 er mer fokus på andel pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp.

Resultatene skal rapporteres til Helse Nord og til styret hvert måned. For Helgelandssykehuset er det flest pasientforløp innen tykk- og endetarmskreft, lungekreft og prostatakreft.

Pakkeforløp for brystkreft administreres fra Brystdiagnostisk senter ved Nordlandssykehuset.

I 2017 er andelen over 70 %, men dette følges nøye opp, fordi flaskehalsen med for lang ventetid på undersøkelser ved andre helseforetak, har vært en utfordring. Dette gjelder kapasitet for MR prostata ved Nordlandssykehuset og PET-scan ved UNN for pasienter med lungekreft. Etter at dette er tatt opp i dialog med de respektive HF-ene har situasjonen bedret seg noe.

I helseforetaket registreres nå systematisk avvik for alle pakkeforløp som ikke gjennomføres innen fastsatt tid, slik at årsak registreres og tiltak settes inn i hvert enkelt forløp.

Gjennomføringsstøtte for iverksettelse av tiltak er forløpskoordinatorer.

Legemiddelssamstemming

Dette er et av innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet, og er en metode der helsepersonell i samarbeid med pasienten sikrer fullstendig informasjon om pasientens legemiddelbruk. I praksis lages en fullstendig liste over alle legemidlene pasienten faktisk bruker. Avdelinger ved alle tre enhetene i Helgelandssykehuset deltar i dette innsatsområdet, og graden av samstemming ved innleggelse er høy.

For tiden registreres dette i rapporteringssystemet til Pasientsikkerhetsprogrammet - Extranet.

Det er krav om rapportering av målinger til Helse Nord fra høsten 2017. Det er også foreslått et regionalt prosjekt på dette området. Gjennomføringsstøtte for tiltakene er sykehusfarmasøytene.

Ved innføring av elektronisk resept (e-resept) og kjernejournal er det etablert elektronisk verktøy som bidrar til effektivisering og kvalitetssikring ved samstemming av legemiddellister under forutsetning av at man tar i bruk og rydder i medikamentmodul i DIPS og reseptformidleren.

Ytterligere tiltak:

- Øke bruken av elektronisk resept og legemiddelmodul i DIPS.
- Øke bruk av kjernejournal, der medikamentoversikten gir god historikk.

Reduksjon av bredspektret antibiotika

Antibiotika-styringsprogram i tråd med regionale retningslinjer er vedtatt gjennom ledermøtevedtak, og antibiotika-team (A-team) er etablert.

A-team består av leger, sykepleier, farmasøyter, smittevernsykepleier, smittevernoverlege.

Tiltak er opplæring, inkludert e-læring i riktig bruk av antibiotika i tråd med nasjonale og regionale retningslinjer, dokumentasjon gjennom tertialvis rapportering internt og til Helse Nord på bruk av bredspektret antibiotika, og oppfølging og korreksjon av avvikende behandling.

Variasjon i behandling

Det er et mål at det skal utvikles felles tilbud og felles prosedyrer i helseforetaket.

- Prosjektet «Styrking onkologi og palliasjon» med utgangspunkt i sykehusenheten i Sandnessjøen skal være et felles HF-prosjekt.
- Oppdragsdokumentet 2017 sier at variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse skal reduseres, men det mangler foreløpig enhetlige definisjoner, og indikatorer er foreløpig ikke utviklet for VA-LIS. Dette gjør at kravet fra Helse Nord kan ikke innfris enda.
- Variasjon i liggetid, innleggelsesfrekvens og dagkirurgi/heldøgnskirurgi vil bli fulgt opp ved egne analyser.
- Det vurderes å etablere en HF-beslutningsgruppe for like prosedyrer og bruk av nasjonale prosedyrer

Oppfølging av resultater fra PasOpp-undersøkelser

På bakgrunn av resultatene i PasOpp-undersøkelsen 2015 ble det etablert eget prosjekt i sykehusenheten i Sandnessjøen, med deltakelse fra kommunen, der det er utarbeidet nye prosedyrer for utskrivingsamtaler og epikrise ved utskrivning av pasienter.

Reviderte prosedyrer vil bli gjort gjeldende for hele helseforetaket. Tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende skal brukes aktivt gjennom etablering av handlingsplaner for bruk av pasienttilfredshetsundersøkelser.

Akuttmedisinske pasientforløp

- Behandlingen av 3 akuttmedisinske problemstillinger skal vies prioritert oppmerksomhet i 2017:
 - Akutt hjerteinfarkt
 - Hjerneslag
 - Sepsis (blodforgiftning)

Behandlingen av disse vil bli styrket gjennom systematisk forbedring av de akuttmedisinske systemene. Dette innebærer at det skal være et system for å tilkalle akutt-team ved alvorlige tilstander som traumer, alvorlige syke barn, inkludert nyfødte, og andre alvorlig syke pasienter, og systemer for ivaretagelse av disse pasientene. BEST-konseptet tas i bruk for systematisk trening. I dette inngår:

Aktivitet	Beskrivelse
Prosedyrer	Prosedyrer må utvikles på alle lokalsykehus
Simuleringstrening	Fascilitatorer for simuleringstrening må utdannes for alle lokalsykehus Det innføres faste treningsdager for mottaksteam ved alle lokalsykehus; med minimum 3 dager hvert halvår.
Kravspesifikasjon for utstyr	Liste over utstyr som må være tilstede i alle akuttmottak utvikles, herunder også dokumentasjon på at utstyret er kjent for brukerne.
Definere kompetansenivå ved intern og ekstern kursing	Innen traumesystemet finnes krav om spesifikke kurs både for enkeltutøvere (ATLS/KITS) i teamet og selve teamet (kurs i hemostatisk nødkirurgi). Slike kurs må defineres og gjennomføres for alle de akuttmedisinske systemene
Kvalitetsregister	Det etableres i kvalitetsregister for de ulike mottaksteam med registrering av både hvorvidt team ble brukt, hvilke kriterier som utløste det, tid til igangsatt behandling etc. Registerdata brukes til videreutvikling også regionalt.

Forbedringen av Akuttmedisinske systemer er behandlet som egen ledermøtesak, og styrking av ressurser knyttet til oppfølging og dokumentasjon vil inngå i tiltakene.

Akutt hjerteinfarkt

Bakgrunnen er data fra Kunnskapsenteret som angir redusert 30-dagers overlevelse etter akutt hjerteinfarkt ved sykehusenheten i Mo i Rana, og data fra hjerteinfarktregisteret som angir lav andel av pasienter med NSTEMI hjerteinfarkt som kommer til PCI-behandling innen fastsatt tid. Tiltak:

- Justerte rutiner for pasientforløp i dialog med UNN, med fokus på raskere behandling med trombolyse og raskere overføring til PCI-behandling
- Monitorering av tid til trombolysebehandling og publisering av månedlige resultater
- Aktiv bruk av data fra hjerteinfarktregisteret (hente ut egne data)

Hjerneslag

Inngår som innsatsområde i Pasientsikkerhetsprogrammet, og det er utarbeidet en felles

prosedyre for behandling av akutt hjerneslag inkludert protokoll for røntgen-undersøkelse (CT), i tråd med regionale og nasjonale retningslinjer. Andel pasienter som har fått trombolyse monitoreres som en av de nasjonale kvalitetsindikatorene. Lokalt monitoreres tiden fra innkomst til trombolyse for de aktuelle pasientene.

Sepsis

Høsten 2016 ble det gjennomført et landsomfattende tilsyn ved Statens helsetilsyn ved ett akuttmottak i hvert helseforetak med behandling av pasienter med sepsis. Tilsynet ved Helgelandssykehuset var ved akuttmottaket i Mo i Rana. Tilsynet avdekket 3 avvik:

1. For lang tid til antibiotika blir gitt.
2. Ikke tilstrekkelig legekompentanse i akuttmottaket for å sikre rask nok behandling.
3. Ledelsen hadde ikke tatt konsekvensene av kjennskap til forsinkelsene i akuttmottaket.

Tilsvarende avvik ble funnet i andre helseforetak. På bakgrunn av disse funnene er det iverksatt tiltak som bl.a. innebærer reviderte prosedyrer med fokus på rask og kompetent undersøkelse av lege, og rask start av behandling. Foreløpige resultater fra Mo i Rana viser at 8 av 11 pasienter fikk antibiotika innen 1 time, hvorav 6 innen 20 min.

Resultatene fra disse 3 områdene blir fulgt opp månedlig og skal rapporteres i virksomhetsrapporten.

Avviksbehandling og forbedringsarbeid

Det skal være et økt fokus på at avvik skal meldes når kvalitetsmål ikke nås eller prosedyrer ikke følges.

Det er satt som mål at antall meldte avvik skal økes med 10 % fra 2016. Det skal også gjennomføres at alle avdelinger skal ha minst tre fokusområder for kvalitetsforbedring og melding av avvik.

Avviksregistrering og behandling gjøres som tidligere i kvalitetssystemet DocMap. Det vil også bli gjennomført avviksgranskninger som vil følge metodikken med hendelsesanalyser inkludert granskning av de «5 hvorfor». Oversikt over avvik på prioriterte områder, for eksempel sykehuspåførte infeksjoner og pakkeforløp vil bli presentert i virksomhetsrapporten.

Pasientsikkerhetsprogrammet

Helseforetaket deltar i åtte av innsatsområdene i det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet, og gjennomførte i 2016 et pilotprosjekt for et nytt innsatsområde, «tidlig oppdagelse av forverret tilstand».

Det skjer nå en gjennomgang i helseforetaket over hvilke avdelinger som aktuelle for hvilke innsatsområder. Alle avdelinger som deltar i innsatsområdene skal innføre risikotavler og tavlemøter som en del av sine rutiner. Det er også ledermøtevedtak på at pasientsikkerhetsvisitter skal gjennomføres ved deltakende avdelinger. I 2017 blir automatisk elektronisk journal-granskning implementert som grunnlag for GTT, og det blir foretatt en reorganisering av GTT-teamene i forbindelse med dette.

Pasientsikkerhetsprogrammet

Implementerte tiltakspakker

Helgelands-sykehuset	Førebygging av selvmord	Førebygging av overdose	Trygg kir.	Samstem	Hjerneslag	uvi	svk	trykksår	fall	Ledelse av pas. sikkerhet	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Sepsis
Mo i Rana		1/1	1/1	6/9	1/1	2/2	0/0	2/3	2/3		2/2	5/5
Mosjøen			1/1	5/5	1/1	1/1	0/0	1/1	2/2		1/1*	1/1
Sandessjøen			1/1	4/4	1/1	2/2	0/0	1/3	1/3		2/2*	5/5

*høst 2017

Sykehusenheten i Sandnessjøen og Mosjøen har hatt gjennomgang av hva om er relevante avdelinger for innsatsområdene i egen enhet. Venter på denne tilbakemeldingen fra enheten i Mo i Rana slik at oppdateringen kan gjennomføres.]

GRÅ	Tiltakspakken er ikke ferdig en nå eller innsatsområdet er ikke relevant for denne enheten
RØDT	Denne enheten har ingen aktivitet på dette tiltaket, verken målinger eller tiltak fra tiltakspakken
GUL	Tiltakspakken er iverksatt på en eller flere enheter. Her inkluderes også de som deltar i læringsnettverk på innsatsområdet. Her inkluderes også enhetersom har iverksatt målinger men ikke tiltak fra tiltakspakken.
GRØNN	Tiltakspakken er iverksatt på samtlige relevante enheter og målinger registreres.

13

Indikatorer i elektronisk pasientjournal (EPJ)

Fortsatt har helseforetaket betydelige utfordringer knyttet til antall åpne dokumenter eldre enn 14 dager, og åpne henvisningsperioder uten planlagt ny kontakt. Det er i 2016 utarbeidet egen handlingsplan med tiltak, og gjennomføringen av disse må fortsatt være en del av de prioriterte områdene, og intensiveres. Det er gjennomgang av tilhørende prosedyrer i forbindelse med runde 2 i opplæring i HOS-prosedyrene.

Vedtaksforslag:

1. Strategi og handlingsplan for kvalitetsforbedringsarbeid 2017 tas til etterretning
2. Status for forbedringsarbeidet rapporteres til styret månedlig gjennom virksomhetsrapportene

Fred A. Mürer
 Kst. administrerende direktør

Saksbehandler: Kst. administrerende direktør Fred A. Mürer