



Direktøren

Styresak 42/10

Pasientsikkerhet og kvalitet

Saksbehandler:
Barthold Vonen

Saksnr.: Dato:
2010/1702 09.09.2010

Dokumenter i saken :

Trykt vedlegg:
Utrykt vedlegg: Styresak 35/2010, 36/2010 og 39/2010

Saksbehandlers kommentar :

Bakgrunn

Styret ble i møtet 25. august orientert om oppfølgingen av styrevedtak i sakene 35/2010 og 36/2010 knyttet til oppfølgingen av den såkalte kreftkirurgisaken og fattet i sak 39/2010 følgende vedtak:

- 1. Styret viser til redegjørelsen om etablering av et gjennomgående økt fokus på, og tiltak for å styrke pasientsikkerheten og kvalitetsarbeidet i Nordlandssykehuset HF. Styret gir sin tilslutning til dette arbeidet, og ber direktøren komme tilbake med tiltak for å kunne etablere det framlagte ambisjonsnivået internt, herunder indikatorer for resultatoppnåelse og rapportering til styret. Skal dette arbeidet bli vellykket fordrer det, etter styrets mening, medisinsk kompetanse som har dette som hovedoppgave i toppledelsen. Denne premissen tas med i det videre arbeidet med rekruttering av ny direktør og sammensetning av toppledelsen.*

I denne saken orienteres styret om oppfølgingen av denne saken og inviteres til å slutte seg til innholdet i dette arbeidet.

Arbeidet er innrettet mot:

- Ta i bruk Docmap helt og fullt som kvalitetssystem i NLSH
- Pasientsikkerhet og kvalitet
- Elektronisk pasientjournal

DocMap

Helse Nord har valgt Docmap som elektronisk kvalitetsverktøy til bruk både for helseforetakene, HFene, og regionalt helseforetak, RHF. Verktøyet består forenklet sagt av to hovedmoduler; en modul for styrende dokumenter/prosedyreverk m.m., og en observasjonsmodul; modul for å melde og behandle forbedringer og avvik.

HFene og RHF har tatt Docmap i bruk gradvis både hva gjelder systemets funksjonalitet og mht omfang av bruk i hele eller deler av organisasjonen. Det gjenstår fortsatt en del arbeid før systemet er tatt i bruk fullt ut. Ledergruppen behandlet saken i sitt møte 24.08.2010 og sluttet seg til følgende:

"For å styrke pasientsikkerheten og kvalitetsarbeidet i Nordlandssykehuset skal Docmap tas fullt ut i bruk i alle klinikker til dokumentasjon av rutiner, prosedyrer og avviksoppfølging.

Målet ansees realisert når det ikke foreligger papirutgaver av rutiner, prosedyrer og avviksmeldinger og at Docmap brukes aktivt i avdelingens daglige drift.

Fag/kvalitet skal kartlegge hva som skal til innenfor den enkelte klinikk samt Fag/Kvam for å nå dette målet. Dette skal presenteres for ledergruppen på møte 7.9.2010. Fag/kvalitet skal lage sak til ledergruppen innen fredag 3.9.2010.”

Med dette som utgangspunkt har det vært gjennomført dialogmøter med klinikkjefene hvor blant annet følgende ble fokusert:

- Plan for opplæring av henholdsvis Docmapadministratorer, superbrukere og alminnelige brukere av Docmap
- Plan for å komplettere samlingen/biblioteket av prosedyrer/styrende dokumentasjon; herunder plan for å inkludere de enheter som mangler dette fullt og helt
- Plan for å oppdatere utdaterte dokumenter i Docmap
- Plan for å forbedre struktur/oppbygging av systemet; forsider/dokumentsamlinger mv.
- Plan for å ta i bruk observasjonsmodulen/avviksmodulen; herunder plan for opplæring av ledere/superbrukere og alminnelige brukere

Alle klinikkene har gitt innspill til det videre arbeidet. Følgende forhold må ryddes i som en del av det videre arbeid:

- Docmap må ha **fullverdig 1. linje support**. Det må være mulig å få brukerstøtte til denne applikasjonen på linje med andre applikasjoner som e-postlesere, DIPS, etc.
 - Fagavdelingen må lage et forslag til hvordan dette skal etableres og avgrenses mot klinikkene og ressursbehovet knyttet til dette,
 - notat innen 14 dager,
 - ny ressurs på plass
- **Vedlikehold av tilgangsdatabase** i Docmap må organiseres. De må være like selvfølgelig at en medarbeider defineres i Docmap som at vedkommende får utlevert nøkkel.
 - Fagavdelingen følger opp med notat med hvordan dette skal løses og organiseres innen 14 dager
 - Sett i gang innlegging ved kjøp av eksterne ressurser.
 - Fagavdelingen gir råd om indekseringsproblematikk
- Egnede **undervisningslokaler** må gjøres tilgjengelig; etter at seksjon for kunnskapsbygging tok i bruk lokalene for datalaben i Rønvik til kontorer har vi ikke egnede lokaler for undervisning i bruk av dataverktøy.
 - Fagavdelingen følger opp kursrom innenfor psykiatri
 - Drift- og eiendom følger opp kursrom innenfor somatikken
- Det iverksettes **felles og klinikkovergripende** opplæringstiltak overfor foretakets virksomheter i Lofoten og Vesterålen.
 - Fagavdelingen har ansvar for utforming av opplæringsopplegg for DocMap, bruk av Lars Strauman
 - Medisin kjører et opplegg i Vesterålen som andre klinikker kan henge seg på
- Det må være en måte å **melde avvik** på i organisasjonen og **stabsavdelinger** må også ta denne i bruk. Det må være tydelig hvordan saksbehandling av avvik/observasjoner ut over egen linje skal skje.
 - Fagavdelingen har ansvar for at avviksmelding er på plass
 - Fagavdelingen har ansvar for innlegging av brukere og strukturen for melding
 - Opplæring i avvikshåndtering

- Det må sikres at **utstyrsparcken** (datamaskiner, nettverkstilkobling, etc) er tilpasset den enkeltes bruk av Docmap. Spesielt gjelder dette ressurspersoners problemer knyttet til **ny plattform** (citrix).
 - Fagavdelingen følger opp med et notat på ½ side som adresserer problemstillinger knyttet til CITRIX og som kan videresendes til HN IKT, 14 dager. Dette følges opp av direktøren i forhold til Helse Nor IKT
- **Utstyrsparck og linjeproblemer** i forhold til Lofoten og Vesterålen
 - Fagavdelingen har ansvar

Notater leveres fra fagavdelingen i løpet av 14 dager.

Som en del av arbeidet med å utvikle bruken av Docmap må følgende grunnleggende forhold utredes og avklares:

- Den etablerte godkjenningspraksis for prosedyrer i DocMap er i utgangspunktet oversiktlige hvor nærmeste enhetsleder kan være godkjenner. Det oppstår imidlertid en utfordring når prosedyrer er klinikkovergripende. I slike tilfeller bør det avklares om direktøren skal være godkjenner.
- Standardiserte maler: Slike eksisterer men det må vurderes om disse er hensiktsmessige for hele organisasjonen eller om enkelte områder trenger tilpassede maler. Videre bør det avklares om hvilken detaljeringsgrad malene skal ha og i forlengelsen av om det skal utvikles mer formelle hovedavsnitt innen enkelte fagområder eller emner. I denne forbindelse er det hensiktsmessig å avklare om pleiefaglige og medisinske prosedyrer skal slås sammen eller være separate der det faglige egentlig er felles.
- Søketermer og bruk av latinske eller norske begreper i overskriftene må avklares. Det kan argumenteres for at både latinske og norske termer bør inkluderes i overskrifter slik at sensitiviteten for treff ved søk øker.
- Enkelte faglige prosedyrer som omhandler like problemstillinger forekommer i forskjellige avdelinger. I slike tilfeller bør prosedyrene harmoniseres. Arbeidet med å identifisere disse områdene må koordineres. Det fagmiljø som forstås å "eie" problemstillingen må ta ansvaret med å koordinere arbeidet med disse prosedyrene. Et eksempel på dette kan være prosedyrer for å håndtere hyper- eller hypoglykemi. Et felles prosedyregrunnlag for disse problemstillingene bør koordineres av avd. for generell indremedisin i Bodø evt. endokrinolog.
- Visse områder innen kommunikasjon, overlevering og samarbeid mellom avdelinger eller enheter bør reguleres av prosedyrer. Aktuelle eksempler kan være prosedyrer for informasjon til bestiller om resultater av øyeblikkelig-hjelp undersøkelser fra diagnostisk klinikk, operatørene/brukerne sin samhandling med intensivheten rundt intensivpatienten, og ansvarsforhold og rutiner for tilsyn og omhendetaking av pasienter i akuttinntak. For denne typen prosedyrer kan det være nyttig å undersøke hva Helsetilsynet etterspør i sitt revisjonsarbeid.

Pasientsikkerhet og kvalitet

Styret ble i møte 25.08.2010 orientert om planlagt arbeid med pasientsikkerhet og kvalitet. Nedenfor redegjøres for en del av elementene i dette arbeidet. Nedenfor redegjøres for konkrete elementer både innen "Lederskap for sikkerhet" programmet, bruk av Trygg Kirurgi sjekklisten og i den planlagte satsningen på registrering og rapportering av kvalitet i kjernevirksomheten.

Innføring av Trygg Kirurgi sjekklisten

AKUM og Kir-Ort klinikk har hatt kick-off samling 6.september og starter utprøving ved 3 enheter. Prosessen med innføring følger de grunnleggende råd som gis fra WHO hvor man anbefaler å bruke noe tid for å unngå unødvendig motstand og uvilje mot ordningen. Det er et mål at sjekklisten skal være i bruk ved 70 % av foretakets operative virksomhet innen årsskiftet. Erfaringer undervegs vil imidlertid kunne føre til at man må akseptere et noe lavere måltall i januar. Det er utviklet et registrering- og rapporteringsverktøy tilpasset DIPS i Helse Vest. Dette verktøyet vil være tilgjengelig for NLSH, og planlegges installert uten vesentlig kostnad innen medio oktober.

Verktøyet benyttes til å monitorere bruken av sjekklisten for den enkelte kirurg, på seksjon og avdelingsnivå i tillegg til å skille mellom øhj og elektiv bruk samt bruk på innlagte og dagkirurgiske pasienter.

Slik oppfølging er nødvendig for å sikre vedvarende bruk etter en innføringsfase og for å kunne stimulere til å nå ønskede måltall.

Innledende undersøkelse av ansattes holdninger til pasientsikkerhet

For å få generell kunnskap om forståelsen av pasientsikkerhet i foretaket og hvor det spesielt vil være viktig å sette inn tiltak bør det gjøres en undersøkelse av personalets holdninger til pasientsikkerhet. Et norsk tilpasset og validert spørreskjema (SAQ, kort form) er nå tilgjengelig. Undersøkelsen skal gjennomføres i samarbeid med Kunnskapssenteret i regi av fagavdelingen innen november 2010.

For å følge utviklingen og resultat av tiltak vil denne undersøkelsen vil bli gjentatt med regelmessige intervaller i mindre utvalg av personalet

Vi er kjent med at det er gjennomført en undersøkelse om pasientsikkerhet i regi av sykepleierforbundet. Det vil bli vurdert hvorvidt resultatene fra denne undersøkelsen kan brukes i det videre arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet i Nordlandssykehuset.

Innledende undersøkelse av standardisert sykehusdødelighet

En systematisk gjennomgang av de siste 50 dødsfall i sykehuset vil gi bred kunnskap om systemrelaterte forhold som berører sentral klinisk praksis. Slik gjennomgang gjøres ved hjelp av 3 standardiserte registreringsskjema. Det etableres en faggruppe for å gjennomføre dette arbeidet med støtte fra fagavdelingen og i samarbeid med Kunnskapssenteret. Rapporten forventes ferdig primo november 2010.

Monitorering av standardisert sykehus dødelighetsrate og skadefrekvens per 1000 liggedøgn

Standardisert sykehus dødelighetsrate skal rapporteres regelmessig til styret. Slik rapportering kan mest hensiktsmessig starte etter at resultatene fra den sykehusdødelighetsanalysen er ferdig.

Monitorering av skadefrekvens i sykehus kan være en møysommelig og ressurskrevende prosess. Bruk av strukturerte verktøy kan forenkle dette arbeidet. Kombinasjonen av søkeverktøyet Global Trigger Tool (GTT) og statistisk prosesskontroll brukes for å kartlegge skadefrekvens per 1000 liggedøgn. Dette arbeidet vil innledningsvis gjennomføres på sykehusnivå med bruk av beskjedne ressurser. Det er naturlig å samordne dette arbeidet med kartlegging av standardisert sykehusdødelighet.

Det vurderes om IT støttet GTT kan være nyttig for NLSH

Bruk av resultater fra kliniske kvalitetsregistre

Fagavdelingen skal undersøke hvilke kvalitetsregistre vi leverer data til lokalt, regionalt, nasjonalt og eventuelt internasjonalt. Videre skal det avklares hvilke resultater som leveres fra disse registrene, hvor ofte nye resultater er tilgjengelige og hvem som får tilgang til disse opplysningene. Det er videre viktig at berørte fagfolk gir tilrådninger om hvordan slike kvalitetsdata kan og bør brukes. Etter denne gjennomgangen skal det lages en sak for foretaksledelsen hvor en ny og mer aktiv bruk av kliniske kvalitetsdata vedtas. Denne saken forventes ferdig i løpet av januar 2011. Det er nødvendig at våre fagfolk med bakgrunn innen forskning og eventuelt kvalitetsregisterarbeid deltar i dette arbeidet.

Avdelings/seksjonsspesifikke kvalitetsparametre

Det utarbeides en bestilling/invitasjon om å foreslå hensiktsmessige og målbare kvalitetsparametre for den enkelte enhet. Oppdraget gis til klinikksjefene. Det er et mål at hver enhet skal kunne registrere en eller to slike variable slik at intern kvalitet kan følges over tid. Det er viktig at disse variablene har høy intern legitimitet hos berørt personale. Aggregering og seleksjon av hensiktsmessige variabler skal så brukes i avdelings- og klinikk matriser for kvalitetsdokumentasjon. Dette skal igjen gi grunnlag for en forenklet med relevant foretaksmatrise som regelmessig rapporteres til styret. Dette arbeidet planlegges startet før årsskiftet

Pasientsikkerhets score for NLSH

Med bakgrunn i de erfaringer som gjøres med de forskjellige variablene knyttet til pasientsikkerhet og kvalitet planlegges utvikling av en omforent pasientsikkerhetscore. Dette skal tilpasset forskjellige ledd i organisasjonen slik at relevant informasjon brukes på riktig sted. Dette arbeidet forventes igangsatt etter nyttår.

Pasientsikkerhetsvisitter

Pasientsikkerhetsvisitter innføres høsten 2010 som en systematisk verktøy for å synliggjøre og løfte fokuset på pasientsikkerhet i organisasjonen. Det vil bli etablert sekretærtjenester som lager referater fra visittmøtene og som påser at registrerte saker følges opp. Direktør og/eller stabsledere deltar i disse strukturerte visittene. Fagavdelingen og Medisinsk direktør samarbeider om utvikling av standardiserte skjema og overordnede prosedyrer for visittmøtene. Pasientsikkerhetsvisitter er så vidt vites ikke brukt i Norge hittil og dette tiltaket vil bli utformet i nært samarbeid med Kunnskapssenteret

Tverrfaglige møter/arenaer og komplikasjonsmøter

- Klinikkerne vil få i oppdrag å påse at det brukes formelle tverrfaglige team/arenaer for all kreftdiagnostikk og behandling. Videre skal komplikasjonsmøter inngå som en integrert del av den kliniske virksomheten. Klinikkerne vil få i oppdrag å påse at det foreligger tilgjengelig dokumentasjon av møtefrekvens og oversikt over komplikasjoner som er diskutert. Det skal også dokumenteres i den berørte pasientjournal når komplikasjoner er drøftet.

Clinical Audit – Klinisk revisjon

Enkelte avdelinger i foretaket gjennomfører i dag en form for klinisk revisjon. Det planlegges en utredning våren 2011 for å avklare om det er mulig og hensiktsmessig å innføre dette bredt i foretaket.

Elektronisk pasientjournal

Som en del av kvalitetsarbeidet må kompetansen i forhold til bruken av det pasientadministrative systemet styrkes gjennom:

- 1- Oppnevning av ressursbrukere (tidl superbrukere) med forankring i klinikken. Rene it-folk hører til på It-avdelinga
- 2- Arbeidet som ressursbruker formaliseres, dvs. forankres i ledelsen med for eks arbeidskontrakt, stillingsandel og lønnstillegg. Per i dag er superbrukere en frivillig ordning uten forpliktelser
- 3- Ressursbrukerne må følges opp/administreres. Et nivå over dem har ansvar for at de får lagt til rette for å jobbe som ressursbrukere. Ingen tar for eks i dag ansvar for kursing utover egen klinikk/avdeling. Unødige forskjeller i rutiner/prosedyrer opprettholdes
- 4- Det må etableres en opplærings- og kompetanseplan for alle ansatte.
- 5- Elæring som en viktig del av opplærings- og kompetanseplanen. Det er da samtidig mulig å ta i bruk metoder for sertifisering av brukere. En elæringspakke vil samtidig kunne fungere som en klinikkovergripende rutine/arbeidsprosedyre.
- 6- Det må prioriteres ressurser til vedlikehold og videreutvikling av opplæringsplan og elæringspakker. Opplæringsplaner og elæringspakker må oppdateres i takt med systemene og de endres ofte.

Ressursbehov

Ressursbehovet knyttet til engangskostnader i 2010 for å heve nivået. I tillegg må det prioriteres permanente ressurser til vedlikehold og videreutvikling av kvalitetssystemet.

Når det gjelder engangskostnader vil disse variere mellom klinikkene avhengig av hvor langt en er kommet i kvalitetsarbeidet og i hvilken grad en har egne ressurser tilgjengelig til slikt arbeid. Kirurgisk klinikk har beregnet engangskostnadene til å utgjøre 1,3 mill kr mens Klinikken for rus og psykiatri vil kunne håndtere dette gjennom omprioritering av ressurser innenfor klinikken. Det anslås at engangskostnadene i form av økte kostnader og inntektsbortfall vil utgjøre minimum 5 – 10 mill kr. Det er betydelig usikkerhet til dette anslaget.

Det legges til grunn at direkte pasientrettet arbeid må skjermes når ressursbruken omprioriteres. Denne ressursbruken vil gi en tilsvarende forverring av resultatprognosen til Nordlandssykehuset i 2010 mens ansees for å være en viktig ressursdisponering for å kunne heve kvaliteten, for å styrke pasientsikkerheten samt for å frigjøre nødvendige ressurser til å løse våre økonomiske utfordringer.

Når det gjelder de langsiktige kostnadene til vedlikehold og videreutvikling av kvalitetssystemet legges til grunn at disse økte kostnadene for klinikkene finansieres gjennom ressurser som frigjøres gjennom økt kvalitet.

I tillegg til økte ressursbehov på klinikknivå vil det være behov for å styrke fagavdelingens kapasitet og kompetanse innenfor kvalitet og IKT med 4-6 årsverk til en kostnad på rundt 3 mill kr.

Informasjonsstrategi

Internt

Klinikkjefene er de sentrale formidlerne og har hovedansvar for informasjon og kommunikasjon om arbeidet i sine klinikker. Det skal etableres et eget område på Pulsen (med ikon) der all felles informasjon fra arbeidet legges ut. Ansvar for dette er hos informasjonsavdelingen.

Eksternt

Nordlandssykehuset skal aktivt kommunisere overfor media/befolkning Nordlandssykehusets satsing på kvalitet og pasientsikkerhet. Vi skal aktivt få frem det arbeidet vi har igangsatt og målene for arbeidet.

Tilrådning

Styret tilrås å fatte følgende

vedtak

1. Styret slutter seg til innholdet i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet slik det er presentert i saksutredningen.
2. Følgende tiltak skal gjennomføres:
 - a. Docmap skal tas i bruk fullt ut som kvalitetssystem i NLSH
 - b. Trygg Kirurgi sjekklister skal innføres
 - c. Det gjennomføres innledende undersøkelse av ansattes holdninger til pasientsikkerhet
 - d. Det gjennomføres innledende undersøkelse av sykehusdødelighet
 - e. Standardisert sykehus dødelighetsrate og skadefrekvens per 1000 liggedøgn monitoreres
 - f. Det innføres pasientsikkerhetsvisitter
 - g. Det innføres avdelingsvise/seksjonsvise kvalitetsparametre
 - h. Det skal utvikles en pasientsikkerhets score for NLSH
 - i. Det skal brukes tverrfaglige team for gjennomgang av diagnostikk og behandling av kreftpasienter
 - j. Det skal etableres systematisk bruk av komplikasjonsmøter i kjernevirksomheten ved NLSH
3. Styret godkjenner at det iverksettes arbeid med kvalitetsheving høsten 2010 som gir merkostnader/inntektsbortfall på inntil 10 mill kr. Dette vil gi en forverring av resultatprognosen for Nordlandssykehuset for 2010.
4. Styret forutsetter at arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet skal frigjøre ressurser som bidrag til å løse Nordlandssykehusets økonomiske utfordring. Det legges til grunn at permanent økt ressursbehov til vedlikehold og videreutvikling av kvalitetssystemet fra 2011 løses gjennom omprioritering av ressurser.

Avstemming:

Vedtak: