

Styresak

Dato dok.:	22.03.2019	Administrerende direktør
Møtedato:	29.03.2019	
Vår ref.:	19/02679-2	Postadresse: 1478 LØRENSKOG
		Telefon: +47 67 96 00 00
Vedlegg:	Handlingsplan for kvalitet og pasientsikkerhet 2019	

Sak 23/19 Administrerende direktørs orienteringer

Administrerende direktør ønsker å orientere om følgende saker:

1. Handlingsplan for kvalitet og pasientsikkerhet
2. Operasjonsmetode ved kolorektalkreft
3. Tilsyn og revisjoner

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Øystein Mæland
Administrerende direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent

1. Handlingsplan for kvalitet og pasientsikkerhet

De siste årene har foretakets arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet særlig vært konsentrert langs to akser; styrket struktur - med etablering av kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg på divisjonsnivå - og satsing for å utvikle en kultur for kontinuerlig forbedring.

Det er laget en handlingsplan for 2019 som gir en oversikt over de viktigste mål og tiltak i inneværende år (vedlegg). Handlingsplanen er et viktig virkemiddel for blant annet å oppfylle kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og Regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS 2018-2020 samt foretakets utviklingsplan.

Handlingsplanen for 2019 er en videreføring av tilsvarende plan for 2018 med enkelte presiseringer og tillegg, og mål og tiltak er gruppert under følgende overskrifter:

- Struktur for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet
- «I trygge hender 24-7», pasientskader og pasientsikkerhetskultur
- Kontinuerlig forbedring
- Infeksjonsovervåking og antibiotikastyring
- Styringsinformasjon - medisinske kvalitetsregistre og nasjonale kvalitetsindikatorer
- Brukermedvirkning

2. Operasjonsmetode ved kolorektalkreft

Muntlig orientering i møtet.

3. Tilsyn og revisjoner

Arbeidstilsynet

- Arbeidstilsynet gjennomfører tilsyn med etterlevelse av krav i arbeidsmiljøloven for å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade, med særlig fokus på forebygging av vold og trusler. Det første ble gjort ved DPS Øvre Romerike 19.02.2019, og i løpet av mars, april og mai vil ytterligere seks enheter i divisjon psykisk helsevern få tilsyn.
- Arbeidstilsynet varslet postalt tilsyn etter melding om arbeidsulykke den 19.12.18 hvor fem arbeidstakere ble eksponert for formalinlekkasje. Rapport mottatt den 14.02.19 viser at hendelsen skyldes en planlagt gassing av tette filtre i avtrekkssystemet til en av operasjonsstuene. Operasjonsstuen ble avstengt, men ikke tilgrensende arealer. Arbeidstilsynet vurderer at Ahus har kartlagt og risikovurdert hendelsen, og iverksatt tiltak for å forebygge at lignende hendelser skjer igjen.

Hafslund nett

Det ble gjennomført tilsyn med HMS i henhold til EL-tilsynsloven ved DPS Groruddalen 04.02.2019, samt Øvre Romerike poliklinikk (ARA) og DPS Øvre Romerike 04.03.2019. Det ble ikke funnet avvik ved førstnevnte tilsyn, mens det foreløpig ikke er mottatt rapport for de to øvrige.

Follo brannvesen IKS

Follo brannvesen IKS har varslet tilsyn med eier og brukere av Ski sykehus, herunder Akershus universitetssykehus HF. Planlagt tilsynsdato er 19.03.19.

Riksrevisjonen

Riksrevisjonen har varslet forvaltningsrevisjon om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer. Målet med revisjonen er å vurdere om helseforetakene sikrer sine IKT-systemer mot dataangrep, hvordan de regionale helseforetakene understøtter dette

arbeidet og hvordan Helse- og omsorgsdepartementet følger opp. Frist for å sende inn etterspurt dokumentasjon er satt til 22.03.19.

Konsernrevisjonen

Konsernrevisjonen har fulgt opp tiltaksarbeidet som Akershus universitetssykehus har gjennomført etter revisjonen «Legemidler» høsten 2016 og «Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen» våren 2017. I en oppsummering mottatt den 24.01.19 konkluderer Konsernrevisjonen at sykehuset har prioritert og gjennomført et godt forbedringsarbeid, og at tiltakene i all hovedsak er gjennomført og i tråd med anbefalingene som fremkom i revisjonsrapportene.

Statens helsetilsyn

- Det ble i perioden 24. september 2018 - 24. januar 2019 gjennomført tilsyn med blodbankvirksomheten og håndtering av celler og vev. Tilsynet ble gjennomført som en kombinasjon av informasjons- og dokumentinnhenting, tilsynsbesøk med stikkprøver, dokumentgjennomgang og intervju av involvert personell og deres ledere. Det er ikke avdekket avvik innen de reviderte områdene, og tilsynet betraktes som avsluttet.
- I 2016-2017 ble det foretatt en tilsynsmessig kartlegging innen fødselsomsorg. Hensikten var å undersøke hvordan helseforetakene håndterer, følger opp og forebygger alvorlige hendelser. Det ble tatt utgangspunkt i tre kategorier av alvorlige hendelser (asfyksi, vanskelig skulderforløsning og blødning) som skjedde i 2014. Det konkluderes med at Akershus universitetssykehus har etablerte rutiner for hvordan alvorlige hendelser skal håndteres, og det gjennomføres systematisk trening for fødselshjelpere. Imidlertid burde helseforetaket gjennomgått betydelig flere alvorlige hendelser som ledd i kvalitetsarbeidet. Fylkesmannen i Oslo og Akershus er orientert om funnene i kartleggingen.

Statens legemiddelverk

Tilsyn med helseforetakets blodbankvirksomhet og håndtering av celler og vev ble gjennomført 13-16.11.18. Hensikten med tilsynet var å påse at tilvirkningen er i overensstemmelse med gjeldende regelverk for tilvirkning av blodkomponenter. Tilsynet ble gjennomført i samarbeid med Statens Helsetilsyn. Det ble konkludert med at kvalitetsstyringssystemet etterleves generelt, men at implementeringen i enkelte tilfeller er mangelfull. Det ble påpekt tre avvik; kontroll av blodgivers egnethet er mangelfull, implementering av kvalitetssystemet er i enkelte tilfeller mangelfullt og dokumentstyringssystemet er mangelfullt. Frist for tiltaksarbeidet er satt til mai 2019.

AHUS

HANDLINGSPLAN 2019

KVALITET OG PASIENTSIKKERHET

Tema/område	Mål	Tiltak	Ansvar
Bruker-medvirkning	<p>Brukerundersøkelser er pilotert og videre arbeid på området er klarlagt</p> <p>Samvalgsmetode og bruk av samvalgsverktøy er økt.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Det gjennomføres pilot på innhenting av brukerinformasjon ved digitalisert brukerundersøkelse ved Gastro (etter metode utprøvd på Oslo universitetssykehus). 2. Resultatene benyttes i lokalt forbedringsarbeid 3. Resultatene fra pilot vurderes og det tas standpunkt til eventuell bredding og gjøres forberedelser til dette 4. Folkehelseinstituttets brukerundersøkelse gjennomføres og følges opp 5. Informere kliniske divisjoner om opplæringspakke i bruk av samvalgsverktøy. 6. Gjennomføre opplæring i klinikken i bruk av samvalgsverktøy 	<p>Enhet for medisin og helsefag/ avd. kvalitet og pasientsikkerhet/ avd. for samhandling og helsefremmende i samarbeid med divisjoner/ klinikker</p>
Struktur for arbeid med kvalitet og pasient-sikkerhet	<p>Struktur (KPU på nivå 1 og 2 og KAM) sikrer god behandling og oppfølging av uønskede pasientrelaterte hendelser og oppfølging av pasientsikkerhet- og forbedringsarbeidet.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utarbeide/revidere prosedyrer i samarbeid med klinikker/ divisjoner 2. Videreutvikle system for gjennomgående oppfølging av arbeidet med uønskede pasientrelaterte hendelser, herunder NPE saker og klager, samt forbedringsarbeid knyttet til dette området 3. Tydeliggjøre prosess for behandling av uønskede hendelser som er på tvers av klinikker og divisjoner 4. Det arbeides videre med KPU for å sikre oppfølging av forbedringsarbeidet etter uønskede hendelser, herunder å sikre mer strategisk tilnærming til læring og systematisk forbedring i KPU på nivå 1. 	<p>Divisjoner/ Klinikker i samarbeid med avd. kvalitet og pasientsikkerhet og (for punkt 6) Foretaksrevisjonen</p>

Tema/område	Mål	Tiltak	Ansvar
		<ol style="list-style-type: none"> 5. Det utarbeides læringsnotater for å sikre læring på tvers av divisjoner/ klinikker på utvalgte områder innen kvalitet og pasientsikkerhet 6. Det arbeides videre med helhetlig rapportering innen de ulike internkontrollområdene, herunder kvalitet- og pasientsikkerhet 7. Utvikle system for god og systematisk oppfølging av uønskede pasientrelaterte hendelser på bakgrunn av at meldeplikt etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 er planlagt opphevet. 8. Mandat til KPU på nivå 1 og 2 revideres slik at også pasientrelaterte avvik og aktuelle/definerte saker innen personvern og informasjonssikkerhet behandles i utvalget 	
<p>I trygge hender 24-7, Pasientskader og pasientsikkerhetskultur</p>	<p>Innsatsområdene i pasientsikkerhets-satsningen I trygge hender 24-7 er implementert</p> <p>Det er utviklet løsninger for automatisk datafangst for måling av innsatsområder for pasientsikkerhet</p> <p>Helse, miljø og sikkerhet (HMS) og pasientsikkerhet ses i sammenheng</p> <p>Pasientskadesituasjonen følges og omfanget av pasientskader reduseres.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pilotprosjekter for utvikling og utprøving av verktøy/ tiltak <ul style="list-style-type: none"> • Delta i læringsnettverk for nye områder 2. Erfaringsoverføring for spredning <ul style="list-style-type: none"> • Rapporter fra pilotprosjekter • Nettsider og nyhetsartikler • Fagkurs og presentasjoner 3. Kartlegging og rapportering av status <ul style="list-style-type: none"> • Divisjons- og klinikkvis kartlegging • Fremdriftsoversikt tertialvis til Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget • Rapportering til Helse Sør-Øst 4. Utvikle Qlick View – applikasjoner for måling av områder for pasientsikkerhet 5. Gjennomføre og følge opp felles kartleggingen av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskulturerundersøkelsen gjennom undersøkelsen ForBedring 6. Videreføre arbeidet med Global trigger tool (GTT) 	<p>Avd. kvalitet og pasientsikkerhet, kliniske divisjoner/ klinikker, analyseavd HR, forskningsavd.</p>

Tema/område	Mål	Tiltak	Ansvar
Kontinuerlig forbedring	<p>Opplæringsprogram i kontinuerlig forbedring er implementert, evaluert og videre opplæringsprogram er fastsatt</p> <p>Det er igangsatt forbedringsarbeid i alle divisjoner/klinikker og på tvers av divisjoner/klinikker</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grunnkurs i forbedringsarbeid x 4 pr år 2. Læringsnettverk x 1 pr år 3. Veiledernettsverk etableres 4. Intranettside oppdatert med metode og verktøy 5. Spesialkurs tilbydes innen følgende områder: <ul style="list-style-type: none"> • Statistisk prosesskontroll x 4 pr år • Samarbeid mellom lederutviklingsprogram og forbedringsarbeid • Spesialkurs på bestilling fra klinikk /divisjon 6. Bistand til oppfølging og målinger av igangsatt forbedringsarbeid. 7. System for å evaluere effekt av forbedringsprogrammet. 8. Forbedring av ID-sikring på sykehuset 	Avd. kvalitet og pasientsikkerhet, enhet for medisin og helsefag v/fagansvarlig, klinikker/divisjoner
Infeksjons- overvåkning og antibiotika- styring	<p>Data fra løpende infeksjonsovervåkning og antibiotikaforbruksstatistikk benyttes aktivt i forbedringsarbeid</p> <p>Resultatmål: Forekomst av sykehusinfeksjoner < 3 %</p> <p>Forbruket av bredspektret antibiotika er redusert med 30 % fra 2012 til 2020</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Statistikk og rapporter for forekomst av sykehusinfeksjoner (prevalens og insidensundersøkelser, samt overvåkningsrapport for C. difficile) følges opp av divisjonsledelse/klinikkledelse og forbedres 2. Utbrudd av infeksjoner i sykehus meldes til og behandles i KPU nivå 2. 3. Måloppnåelse for antibiotikastyringprogrammet meldes til og behandles i KPU nivå 2 	Kliniske divisjoner/klinikker i samarbeid med smittevernseksjonen og antibiotikautvalget

Tema/område	Mål	Tiltak	Ansvar
Styringsdata - Medisinske kvalitets- registre	Registrering og bruk av data i forbedring og forskning er økt	1. Etablere forum med registreringsansvarlige ved Ahus. Arrangere seminar, få oversikt over og øke registreringens dekningsgrad og motivere for forbedringsarbeid og forskning.	Enhet for medisin og helsefag/ klinikker/divisjoner i samarbeid med avd. for forskning
Nasjonale kvalitets- indikatorer	Det er etablert rutiner for rapportering og bruk av informasjon fra Nasjonale kvalitetsindikatorer	2. Krav i Oppdrag og bestiller-dokumentet fra Helse Sør-Øst (OBD) knyttet til dette området følges opp 3. Statistikk og rapporter til styret/divisjonene på kvalitetsområdet følges opp og forbedres	Enhet for medisin og helsefag/ avd. kvalitet og pasientsikkerhet/ analyseavd.i samarbeid med klinikker/divisjoner