

**KVALITETSUDVALGET**

**Torsdag den 22. september 2011**

**Kl. 16.30 til 20.00 i H4 på regionsgården**

**Møde nr. 15**

**Mødet slut kl. 19.35**

Medlemmer:

Kirsten Lee (formand)

Thor Grønlykke

Karin Dubin

Jannie Hjerpe

Peer Wille-Jørgensen

Karsten Skawbo-Jensen

Michael Lange

Andreas Røpke

Ikke til stede:

Thor Grønlykke

Jannie Hjerpe

Karin Dubin

Peer Wille-Jørgensen

## Indholdsfortegnelse

---

|   | <b>Side:</b> |
|---|--------------|
| 1. Infektionsregistrering og infektionsbekæmpelse | 3            |
| 2. Implementering af vejledninger                 | 5            |
| 3. Tillægskommissorium om akutmodtagelser         | 6            |
| 4. Afrapportering om kvalitetsmål                 | 7            |
| 5. Afrapportering af kvalitetshandlingsplan       | 8            |
| 6. Meddelelser og gensidig orientering            | 9            |

**SAG NR. 1****INFEKTIONSREGISTRERING OG INFEKTIONSBEKÆMPELSE**

---

**SAGSFREMSTILLING**

Kvalitetsudvalget skal ifølge kommissoriet drøfte arbejdet med patientsikkerhed på hospitalerne samt løbende følge op på vedtagne kvalitetsmål og relevante kvalitetsdata.

Hospitalserhvervede infektioner forårsager øget morbiditet, mortalitet og deraf afledte store sundhedsudgifter. Mange undersøgelser har vist, at 8-10% af patienter der indlægges på et hospital erhverver sig en infektion under deres indlæggelse og at de i gennemsnit forlænger deres hospitalsophold med 11 dage. Det anslås, at hospitalserhvervede infektioner medfører en ekstra udgift på 2. mia. kr. årligt på landets hospitaler. Dette svarer til ca. 600-700 mill. kr på Region Hovedstadens Hospitaler.

I Region Hovedstadens kvalitetspolitik er sikkerhed en af de grundlæggende værdier. I kvalitetshandlingsplanen er opstillet den konkrete målsætning, at forekomsten af hospitals-erhvervede infektioner skal reduceres til det halve inden udgangen af 2013.

Der er ikke noget samlet overblik over forekomsten af hospitalserhvervede infektioner, og et vigtigt skridt i realiseringen af målsætningen i kvalitetshandlingsplanen har derfor været at etablere et samlet overblik, herunder at få fastlagt, hvilke infektioner der måles på, hvilke afdelinger der indgår, hvilke opgørelsesmetoder der anvendes samt definere en baseline for de enkelte områder.

Administrationen har indsamlet oplysninger om hvilke infektionsregistreringer som aktuelt indsamles på de enkelte hospitaler. Endvidere er afholdt en seminardag primo 2011, som bl.a. havde til formål at opnå en faglig konsensus om hvordan man mest hensigtsmæssigt registrerer, følger og nedsætter antallet af infektioner i fremtiden mhp. fælles løsninger på tværs af Region Hovedstadens hospitaler.

Arbejdet har ført til forslag til ni indsatsområder

1. Bakteriæmi/sepsis
2. Respirator associerede pneumonier (VAP)
3. Infektioner relateret til centralt venekatater (CVK)
4. Postoperative sårintektioner
5. Methicillin-resistente Staphylococcus Aureus (MRSA)
6. Clostridium difficile
7. Resistensovervågning, herunder ESBL
8. Antibiotika forbrug
9. Urinvejsinfektioner

I forslag til budget for 2012, som forelægges regionsrådet 20. september 2011, er der afsat 2 mio. kr. i to år til en task force, der tæt følger udviklingen med reduktion og registrering af infektioner.

Efter aftale med formanden vil overlæge Bettina Lundgreen gøre rede for baggrunden for indsatsområderne og planer for implementering.

Det indstilles, at udvalget drøfter Region Hovedstadens planer for infektionsbekæmpelse på baggrund af oplægget.

---

## **KONKLUSION**

Udvalget drøftede regionens planer for infektionsbekæmpelse. Udvalget bemærkede, at Region Hovedstaden har et godt udgangspunkt for at opnå den ambitiøse målsætning om en halvering af hospitalsinfektioner. Erfaringer fra USA viser, at det kan lade sig gøre næsten at udrydde visse typer af hospitalsinfektioner, og der er grund til at tro at det samme kan lade sig gøre herhjemme.

Udvalget spurgte til baggrunden for den potentielle besparelse på 60 – 200 mio. kr. ved en halvering af antallet af hospitalsinfektioner. Svend Hartling svarede, at beløbet er et skøn over den totale samfundsmæssige besparelse, herunder eksempelvis reducerede udgifter til sygedagpenge.

Udvalget spurgte, om det er muligt at finde data for forekomsten af infektioner, som patienter og eventuelt pårørende bringer med sig ved indlæggelsen. Bettina Lundgreen svarede, at der findes data for de patienter, der indlægges på grund af en infektion. Der findes ikke data for de pårørendes betydning i forhold til infektioner på hospitalerne, men der er fokus på de pårørende som målgruppe for information om hygiejne og forebyggelse af infektioner, fx håndhygiejnekampagnen.

Udvalget spurgte, om de patientsikkerhedspakker, der retter sig imod infektionsforebyggelse er indført overalt på regionens hospitaler. Bettina Lundgreen oplyste, at sepsispakken, cvkpakken og respiratorpakken er implementeret i hele regionen. Indholdet i pakkerne er indarbejdet i krav i de regionale vejledninger på området.

Der er afsat midler i budgettet til etablering af en task force på infektionsområdet, og udvalget ønsker en status for arbejdet med de ni indsatsområder medio 2012, så oplysningerne kan indgå i budgetforhandlingerne.

---

Bilagsfortegnelse:

Sagsnr:

**SAG NR. 2**

**IMPLEMENTERING AF VEJLEDNINGER**

---

**SAGSFREMSTILLING**

Kvalitetsudvalget har på et tidligere møde besluttet at se nærmere på arbejdet med implementering af vejledninger.

Vejledninger, instrukser og politikker er centrale værktøjer i arbejdet med kvalitets-sikring og kvalitetsudvikling. Akkrediteringsstandarder fra Joint Commission Inter-national og Den danske Kvalitetsmodel implementeres gennem udarbejdelse af vej-ledninger, der sikrer at standarderne opfyldes.

Nationale krav fra eksempelvis Sundhedsstyrelsen udmeldes ligeledes ofte i form af vejledninger, som implementeres lokalt.

Efter aftale med formanden vil Inge Kristensen og vicedirektør Torben Laurén fra Gentofte Hospital holde oplæg om hvordan man udarbejder og udgiver regionale vejledninger og hvordan man lokalt på virksomhederne arbejder med implementering af vejledninger.

---

**KONKLUSION**

Udvalget drøftede proces for implementering af vejledninger, herunder antallet af regionale, hospitalsspecifikke og afdelingsspecifikke vejledninger. Udvalget spurgte om der er muligt at reducere antallet af vejledninger. Inge Kristensen svarede, at det er en løbende bestræbelse, at antallet af vejledninger bliver så lille som det er muligt. Eksempelvis er det lykkedes at reducere antallet af vejledninger på medicinområdet fra mere end 40 vejledninger til nu syv regionale vejledninger.

Udvalget spurgte til årsager til at vejledninger ikke altid følges i det daglige arbejde. Torben Laurén pegede på forskellige årsager. I nogle tilfælde kan indholdet i en vej-ledning være udformet uhensigtsmæssigt i forhold til den kliniske hverdag. Generelt er der behov for en ledelsesmæssig opfølgning ved implementering af vejledninger.

---

Bilagsfortegnelse:

Sagsnr:

**SAG NR. 3**

**TILLÆGSKOMMISSORIUM OM AKUTMODTAGELSER**

---

Regionsrådet besluttede følgende på mødet den 16. August 2011:  
at Kvalitetsudvalget anmodes om at udarbejde en liste med analysefelter og problemstillinger, der bør afdækkes nærmere i forbindelse med ventetid og service i fælles akutmodtagelser og akutmodtagelser med henblik på at der kan opstilles servicemål på området

På mødet den 18. august drøftede udvalget opgaven fra regionsrådet, og fremsatte en række forslag til analysefelter og problemstillinger.

På baggrund af drøftelsen har administrationen udarbejdet vedlagte udkast til afrapportering til regionsrådet.

Det indstilles, at udvalget drøfter udkastet. Efter aftale med formanden vil overlæge Peter Berlac fra Hillerød Hospital deltage i mødet.

---

**KONKLUSION**

Udvalget godkendte det forelagte udkast med følgende tilføjelse:

Der bør gennemføres en analyse af årsagerne til, at patienter med ikke akutte problemstillinger henvender sig i akutmodtagelsen frem for at gå til egen læge. Analysen kan gennemføres som et pilotprojekt på en fælles akutmodtagelse.

Det overordnede økonomiske rationale ved at ikke akutte tilfælde og småskader henvises til behandling hos praktiserende læge frem for at blive behandlet af en behandlersygeplejerske på hospitalet bør undersøges.

Arbejdstilrettelæggelsen på akutmodtagelser og fælles akutmodtagelser bør analyseres med henblik på at reducere spildtid, fx ventetid på undersøgelser, prøvesvar eller tilsyn, herunder skal metoder og erfaringer fra LEAN indgå.

---

Bilagsfortegnelse: Notat akutmodtagelse analysefelter og problemstillinger

Sagsnr:

**SAG NR. 4**

**AFRAPPORTERING OM KVALITETSMÅL**

---

I budgetaftalen for 2011 fremgår det, at kvalitetsudvalget skal vurdere erfaringerne med kvalitetsmål som styringsredskab med henblik på evt at stille forslag til et pilot-projekt.

På mødet den 18. august 2011 drøftede udvalget emnet på baggrund af oplæg fra PhD Anne Hvenegaard.

På baggrund af udvalgets drøftelser har administrationen udarbejdet vedlagte forslag til afrapportering. Det indstilles, at udvalget drøfter forslaget.

---

**KONKLUSION**

Udvalget besluttede, at der ikke afrapporteres til regionsrådet på dette emne.

---

Bilagsfortegnelse: Afrapportering kvalitetsmål som styringsredskab

Sagsnr:

**SAG NR. 5**

**AFRAPPORTERING AF KVALITETSHANDLINGSPLAN**

---

Arbejdet med Region Hovedstadens kvalitetshandlingsplan afrapporteres en gang årligt til regionsrådet. Ifølge regionsrådets årshjul skal afrapporteringen ske ved regionsrådsmødet 15. november 2011.

Det er den første afrapportering siden kvalitetshandlingsplanen blev vedtaget. I afrapporteringen gives en status for arbejdet med opfyldelsen af handlingsplanens målsætninger samt en orientering om planlagte og iværksatte initiativer. En række af handlingsplanens målsætninger opgøres på virksomhedsniveau.

Administrationen har udarbejdet vedlagte første udkast til afrapportering til drøftelse på mødet. På baggrund af drøftelsen vil et revideret udkast blive forelagt udvalget på mødet i oktober.

---

**KONKLUSION**

Udvalget gennemgik det forelagte udkast. Udvalget ønsker at der fremhæves positive eksempler fra kvalitetsarbejdet i afrapporteringen, fx blodmanagement og HSMR.

Udvalget havde forskellige bemærkninger, der indarbejdes i det reviderede udkast til drøftelse på næste møde.

---

Bilagsfortegnelse: Afrapportering kvalitetshandlingsplan version 0.1

Sagsnr:

**SAG NR. 6**

**MEDDELELSER OG GENSIDIG ORIENTERING**

---

Orientering om rapportering af utilsigtede hændelser fra patienter og pårørende

Orientering om nye HSMR tal

---

Bilagsfortegnelse:

Sagsnr: