

KVALITETSUDVALGET
Tirsdag den 22. januar 2012

Kl. 15.00 til 17.00 på Regionsgården lokale H5

Møde nr. 9

Medlemmer:

Kirsten Lee (formand)

Thor Grønlykke

Karin Dubin

Maja Holt Højgaard

Jannie Hjerpe

Karsten Skawbo-Jensen

Michael Lange

Bent Larsen

Kenneth Kristensen Berth

Indholdsfortegnelse

	Side:
1. Forretningsorden for Kvalitetsudvalget	3
2. Temarapport fra Patientombuddet om perforation af tarm ved kirurgi	5
3. Indsats mod tryksår	7
4. Kontaktpersonordning	10
5. Aktuelle kvalitetsdata	13
6. Generel orientering	15
7. Eventuelt	16

SAG NR. 1

**DE FORMELLE RAMMER FOR KVALITETSUDVALGETS ARBEJDE -
FORRETNINGSORDEN FOR KVALITETSUDVALGET**

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

1. at kvalitetsudvalget godkender den foreslåede forretningsorden

RESUME

Efter anmodning fra Psykiatriudvalget er der udarbejdet et forslag til forretningsorden for hvert af de tre driftsudvalg. Forretningsordenerne er indholdsmæssigt enslydende og er bygget over den forretningsorden, som gælder for forretningsudvalget.

.

SAGSFREMSTILLING

Det fremgår af § 15 i styrelsesvedtægtens midlertidige kapitel 6, at ”lov om kommunernes styrelse finder for så vidt angår de deri indeholdte regler om stående udvalg tilsvarende anvendelse for de regionale stående udvalg, herunder § 23 om standsningsret”. Styrelsesvedtægten vedlægges.

Det indebærer, at Kvalitetsudvalget, Psykiatriudvalget og Miljø- og grøn vækststudvalget, i deres arbejde følger de regler for kommunale stående udvalg, som fremgår af den kommunale styrelseslov.

Da Psykiatriudvalget har ønsket en forretningsorden er der på baggrund af forretningsudvalgets forretningsorden udarbejdet et forslag til forretningsorden, som indholdsmæssigt er ens for de tre driftsudvalg.

Forslag til forretningsorden vedlægges, og det indstilles, at Kvalitetsudvalget godkender den foreslåede forretningsorden.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser

SAGEN AFGØRES AF

Kvalitetsudvalget

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats er planlagt

KVALITETSUDVALGETS BESLUTNING

Bilagsfortegnelse:

1. Styrelsesvedtægt
2. Forslag til forretningsorden for Kvalitetsudvalget

Sagsnr:

SAG NR. 2

TEMARAPPORT FRA PATIENTOMBUDDET OM PERFORATION AF TARM VED KIRURGI

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

- 1. at** kvalitetsudvalget tager orienteringen til efterretning
-

RESUME

Patientombuddet har udarbejdet en temarapport om læsioner af tarmen under operation på andre organer, og anastomoselækage ved tarmkirurgi. Temarapporten sætter fokus på, hvad tarmperforation er, og hvad der kan læres af utilsigtede hændelser, patientklager og erstatningssager ved tarmperforationer i relation til kirurgi.

Efter aftale med formanden vil overlæge Bo Hempel Sparsø gennemgå rapporten og orientere om tiltag på området i Region Hovedstaden.

SAGSFREMSTILLING

Patientombuddet udgiver løbende temarapporter om patientsikkerhedsmæssige problemstillinger på baggrund af rapporteringer af utilsigtede hændelser, patientklager og patienterstatningssager. I december 2012 udgav Patientombuddet en temarapport om læsioner af tarmen under operation på andre organer, og anastomoselækage ved tarmkirurgi. Temarapporten sætter fokus på, hvad tarmperforation er, og hvad der kan læres af utilsigtede hændelser, patientklager og erstatningssager ved tarmperforationer.

I rapporten gennemgås en række konkrete tilfælde, hvor patienter har oplevet læsion af tarmen og der anføres en liste af opmærksomhedspunkter i forhold til at reducere risiko for tarmperforation eller alvorlige følger heraf.

I Region Hovedstaden er der iværksat en række tiltag i forhold til kritisk syge patienter, herunder patienter der har gennemgået tarmkirurgi. Det drejer sig blandt andet om opfølgning på kliniske kvalitetsdatabaser, Early Warning Score, Mobilt Akutteam, Sikker Kirurgi tjekliste, uddannelse af personalet.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Beslutningen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser,

SAGEN AFGØRES AF

Kvalitetsudvalget.

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats er planlagt.

KVALITETSUDVALGETS BESLUTNING

Bilagsfortegnelse: Temarapport tarmperforation ved akut kirurgi

Sagsnr:

SAG NR. 3

REGIONAL INDSATS IMOD TRYKSÅR

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

1. at kvalitetsudvalget tager orienteringen til efterretning

RESUME

Regionerne har vedtaget tryksår som et fælles indsatsområde, med en målsætning om at ingen patienter udvikler tryksår under indlæggelse i 2014.

I december 2012 er der gennemført en kortlægning af problemets omfang på hospitalerne i Region Hovedstaden i form af en prævalensundersøgelse. Undersøgelsens resultat danner udgangspunkt for vurdering af resultaterne af indsatsen frem mod 2014. Resultatet af prævalensundersøgelsen fremgår af vedlagte notat.

SAGSFREMSTILLING

Tryksår er en alvorlig komplikation, som har store konsekvenser for patienterne og for sundhedsvæsenets økonomi. Undersøgelser har vist, at patienter med alvorlige tryksår gennemsnitligt er indlagt 37 % længere end patienter, der ikke udvikler liggesår. Det er beregnet, at der kan spares to mia. kr. årligt gennem forebyggelse af tryksår på hospitalerne.

Det er på flere hospitaler i udlandet, blandt andet i Wales, lykkedes helt at eliminere forekomsten af tryksår. På Aarhus Universitetshospital er det i et forskningsprojekt lykkedes at forebygge 100 pct. af de alvorlige tryksår, mens antallet af milde tryksår blev reduceret med 75 procent. Indsats mod tryksår indgår også som et initiativ i forbindelse med kampagnen Patientsikkert Sygehus.

På denne baggrund har regionerne i fællesskab udpeget tryksår som et fælles indsatsområde, med en målsætning om at ingen patienter udvikler tryksår under indlæggelse på hospital i 2014.

Indsatsen omfatter tidlig screening/opsporing af patienter, der har øget risiko for at udvikle tryksår under indlæggelsen mhp. at relevante forebyggende aktiviteter initieres rettidigt. For patienter, der allerede har tryksår ved indlæggelsen eller udvikler disse under indlæggelse, skal en hurtig indsats medføre heling af sår eller forebygge forværring heraf. Forebyggelse af tryksår indgår i Patientsikkert Sygehus konceptet. Tryksår er ofte forbundet med forlænget indlæggelse, infektioner og smerter.

Risikopatienter er især

- Ældre over 65
- Kritisk syge/bevidstløse
- Svært over- eller underernærede
- Kredsløbspåvirkede og immobile patienter
- Inkontinente patienter.

Flere internationale studier har vist at andelen af patienter der udvikler tryksår under indlæggelse ligger på mellem 13 – 40%. Variationen i forekomsten hænger bl.a. sammen med institutionstype, herunder typer af behandlingsydelser og patientgrupper, som hospitalet modtager og behandler.

Der findes ingen registre, hvor data for forekomst eller udvikling af tryksår systematisk registreres og kan udsøges. Der findes diagnosekoder for tryksår, men disse anvendes kun sporadisk, da det primært er indlæggelses-, udrednings- og behandlingsdiagnoser, der registreres. Der findes således ikke data for i hvor stort omfang liggesår forekommer i den enkelte afdeling, hospital og region.

For at understøtte en regional handlingsplan for området er der i Region Hovedstaden etableret et regionalt Tryksårudvalg i foråret 2012.

Udvalget har i perioden frem til årsskiftet arbejdet med

- en fælles regional vejledning
- fælles redskab til vurdering af patienters risiko for at udvikle tryksår
- fælles redskab til klassificering af tryksår
- fælles journalregistreringsskema på papir og i elektronisk version
- et koncept for en regional prævalensundersøgelse for tryksår

For at tilvejebringe et baseline datagrundlag er der i november – december 2012 udført en prævalensundersøgelse på de somatiske hospitaler for forekomst af tryksår.

Iht. Kvalitetsrådets beslutning blev undersøgelsen udført af 19 tryksårsspecialister, som forud for undersøgelsen blev samlet til undervisning i vurdering og klassifikation af tryksår samt træning i brug af den til formålet oprettede database. Valget af en model med få dataindsamlere hænger sammen med ønsket om at tilvejebringe så valide data som muligt.

På Hillerød, Helsingør og Frederikssund hospitaler blev undersøgelsen imidlertid udført af afdelingernes eget plejepersonale, efter hospitalsdirektionens beslutning.

Prævalensundersøgelsen varede fra 2 – 5 dage pr. hospital med deltagelse af 2 – 5 tryksårsspecialister. Undersøgelsens varighed pr. patient var 12- 20 min. Der er indsamlet mange data, og resultaterne udtrækkes af Analyseportalen.

Undersøgelsen forløb overordnet godt med stor interesse og deltagelse fra hospitaler, patienter og afdelinger.

Målgrupper for undersøgelsen: Alle indlagte patienter over 16 år med en forventet indlæggelse på mere end 24 timer. Prævalensundersøgelsen omfattede ikke patienter i skadesforløb, dagkirurgiske afsnit, obstetrisk afdeling, børneafdeling og ambulatorier

Undersøgelsen fokuserede bl.a. på:

1. Undersøgelse af patientens hud for evt. tryksår, og ved forekomst af tryksår endvidere placering heraf på kroppen, antal samt tryksårsklassifikation (alvorlighed og dybde) samt anslåede udløsende faktorer
2. Gennemgang af journaldokumentation, herunder for gennemført risikovurdering af patienten, revurdering, registrering af tryksår, klassifikation af tryksår, plan for behandling af tryksår mv.

Der arbejdes videre med at få kvalificeret, udtrukket og analyseret alle relevante data fra Analyseportalen, idet ikke alle data endnu er tilgængelige for bearbejdning. En ny version af Analyseportalen blev lanceret samtidigt med prævalensundersøgelsen og har givet forskellige problemer med at få adgang til og bearbejde de registrerede data. Resultatet af prævalensundersøgelsen vil blive forelagt kvalitetsudvalget.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

SAGEN AFGØRES AF

Kvalitetsudvalget

KOMMUNIKATION

Ingen særlig kommunikationsindsats er planlagt.

KVALITETSUDVALGETS BESLUTNING

Bilagsfortegnelse:

Sagsnr:

SAG NR. 4

KONTAKTPERSONORDNING

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

1. at Kvalitetsudvalget tager orienteringen til efterretning
-

RESUME

I henhold til sundhedsloven skal patienter, der er indlagt længere end 48 timer, have tildelt en kontaktperson, og ved særligt behov skal der tildeles en kontaktperson efter 24 timer. Patienter i et ambulant forløb skal have tildelt en kontaktperson ved det tredje ambulante besøg.

På hospitalerne arbejdes der med at sikre sammenhængende patientforløb og herunder at udforme kontaktpersonordningen, så patienterne oplever, at der er en sundhedsfaglig person med et særligt ansvar for deres behandlingsforløb. På mødet vil vicedirektør Birgitte Rav Degenkolv orientere om hvordan der arbejdes med kontaktpersonordningen på Gentofte Hospital.

SAGSFREMSTILLING

I henhold til sundhedsloven skal patienter, der er indlagt længere end 48 timer, have tildelt en kontaktperson, og ved særligt behov skal der tildeles en kontaktperson efter 24 timer. Patienter i et ambulant forløb skal have tildelt en kontaktperson ved det tredje ambulante besøg.

Kontaktpersonen skal ifølge loven være en sundhedsperson, der medvirker ved behandlingen af patienten. Intentionen med ordningen er, at patienterne skal opleve et sammenhængende forløb med vægt på tryghed, information og kontinuitet.

På hospitalerne arbejdes der med at sikre sammenhængende patientforløb og herunder at udforme kontaktpersonordningen, så patienterne oplever, at der er en sundhedsfaglig person med et særligt ansvar for deres behandlingsforløb.

Kontaktpersonordningen monitoreres ved to gange årligt ved audit af en stikprøve af journaler. Her noteres antallet af journaler hvor der er anført navn på den sundhedsfaglige kontaktperson inden for den fastsatte tidsfrist.

Ved opgørelsen i november 2012 var der i Region Hovedstaden korrekt anført navn på kontaktpersonen i 91 % af journalerne for indlagte patienter. For patienter med særligt behov var der anført navn på kontaktperson i 87 % af journalerne. For ambulante patienter var der korrekt anført navn på kontaktperson i 79 % af journalerne.

I forbindelse med den årlige landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser (LUP) spørges der til om patienterne under deres indlæggelse oplevede, at der var en person med særligt ansvar for deres forløb. Ved undersøgelsen i 2011 havde 72 % af de adspurgte oplevet, at der under indlæggelsen var en kontaktperson med særligt ansvar for deres forløb. Af disse havde 96 % oplevet, at kontaktpersonen havde taget godt eller virkelig godt ansvar for forløbet.

75 % af de ambulante patienter havde oplevet af have en kontaktperson, og af disse oplevede 98 %, at kontaktpersonen havde taget godt eller virkelig godt ansvar for forløbet.

Der er således forskel på den kvantitative opgørelse af kontaktpersonordningen og patienternes oplevelser af ordningen. Enheden for Brugerundersøgelser udarbejdede i 2010 en kvalitativ analyse af patienternes oplevelse af kontaktpersonordningen. Rapporten er vedlagt i bilag.

På hospitalerne arbejdes der med at sikre at patienterne oplever tryghed og sammenhæng i behandlingen. Opgørelsen af kontaktpersonordningen indgår som et ledelsesværktøj i dette arbejde sammen med resultater fra LUP. På baggrund af seneste opgørelse af kontaktpersonordningen vil koncerndirektionen modtage handlingsplaner fra de enkelte hospitaler.

Mange steder suppleres med lokale tiltag i form fx af interviews og feedback møder, telefonisk opfølgning og andre metoder. Birgitte Rav Degenkov, vicedirektør på Gentofte Hospital, vil give en orientering om hvordan der arbejdes med at sikre tryghed og sammenhæng for patienterne blandt andet via kontaktpersonordningen på Gentofte Hospital.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Beslutningen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser,

SAGEN AFGØRES AF

Kvalitetsudvalget

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats er planlagt

KVALITETSUDVALGETS BESLUTNING

Bilagsfortegnelse: Kontaktperson rapport

Sagsnr:

SAG NR. 5

AKTUELLE KVALITETSDATA

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

2. at kvalitetsudvalget tager orienteringen til efterretning

RESUME

I vedlagte notat præsenteres aktuelle data på kvalitetsområdet og beslægtede områder.

SAGSFREMSTILLING

I vedlagte notat præsenteres data på kvalitetsområdet og beslægtede områder. Notatet tager udgangspunkt i målsætningerne i kvalitetshandlingsplanen suppleret med data for andre relevante indsatser og udvalgte data fra monitoreringen af sundhedsaftalerne.

Der præsenteres data for

- Mortalitet (HSMR)
 - Kontaktperson
 - Infektioner
-

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser

SAGEN AFGØRES AF

Kvalitetsudvalget

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats er planlagt

KVALITETSUDVALGETS BESLUTNING

Bilagsfortegnelse:

1. Kvalitetstal januar 2013

Sagsnr:

SAG NR. 6

GENEREL ORIENTERING

ADMINISTRATIONENS INDSTILLING

1. at kvalitetsudvalget tager orienteringen til efterretning

SAGSFREMSTILLING

Administrationen vil på mødet orientere om aktuelle emner

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse medfører ikke økonomiske konsekvenser

SAGEN AFGØRES AF

Kvalitetsudvalget

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats er planlagt

KVALITETSUDVALGETS BESLUTNING

Bilagsfortegnelse:

Sagsnr:

SAG NR. 7

EVENTUELT
