



Rigshospitalet

Strategi og handleplan for kvalitet og patientsikkerhed i HovedOrtoCentret 2009 - 2012



1.0 Forord

Hensigten med at udarbejde en strategi og handleplan for kvalitet og patientsikkerhed i HovedOrtoCentret er at støtte medarbejdere og ledere i at kunne honorere patienters, de professionelle (sundhedsfaglige), de organisatoriske og samfundsmæssige krav til kvalitet og patientsikkerhed.

Strategi- og handleplanen vedrører hermed alle aspekter af de sundhedsfaglige ydelser, vi tilbyder og udfører i HovedOrtoCentret. Fra vores patienter henvises til centret og til de afsluttes.

Derfor er det væsentligt på alle niveauer at arbejde strategisk og fokuseret med at integrere kvalitet og patientsikkerhed i alle dele af praksis både i de enkelte patientforløb og i organiseringen af den daglige drift i klinikkerne.

Ovenstående fordrer, at alle ledere og medarbejdere i HovedOrtoCentret til enhver tid reflekterer over den eksisterende praksis, samt efterfølgende ændrer, justerer og optimerer denne til at blive mere rationel, strømlinet, evidensbaseret og effektiv til bedst mulig gavn for patienten. Herved vil alle unødvendige og uhensigtsmæssige praksiser kunne reduceres, og de sundhedsfaglige kerneydelser fra diagnostik over forskning, behandling og pleje vil blive optimeret.

Med baggrund i ovenstående fokuserer og specificerer HovedOrtoCentrets strategi og handleplan for kvalitet og patientsikkerhed 2009 - 2012 derfor både organiseringen af kvalitetsarbejdet i centret samt de særligt udvalgte indsatsområder, der strategisk og fokuseret skal videreudvikles og arbejdes med frem mod 2012.

Alle HovedOrtoCentrets indsatsområder er nøje udvalgt og prioriteret på baggrund af data fra tidligere fokuserede og regionale journalaudits (datadrevet ledelse). Dette er sket dels under hensyntagen til på bedst mulig vis at optimere forberedelserne til mock-survey i 2010, og dels med henblik på at kunne opnå akkreditering ved hhv. Joint Commission International (JCI) og Den Danske KvalitetsModel (DDKM) i 2011.

HovedOrtoCentrets strategi og handleplan for kvalitet og patientsikkerhed 2009 - 2012 understøtter og supplerer derudover Rigshospitalets Kvalitetsplan 2009 - 2011; ligesom det er hensigten, at HOC strategi og handleplan skal understøttes og suppleres af specifikke handleplaner og indsatsområder for hver enkelt klinik i HOC.

1.0 Forord	0
2.0 HOC´s kvalitetsorganisation	1
2.1 Kommissorium for HOC Råd for kvalitet og patientsikkerhed.....	2
2.1.1 Reference	2
2.1.2 Sammensætning og deltagere	2
2.1.4 Mødeaktivitet	3
2.1.5 Underudvalg og ad hoc-grupper.....	3
2.2 Medlemmer af HOC Råd for kvalitet og patientsikkerhed primo 2009	5
2.3 Møderække 2009.....	5
2.4 Patientsikkerhed.....	5
2.4.1 Patientsikkerhedsansvarlige (PSA) i HOC primo 2009.....	6
3.0 Relation mellem HOC strategi og handleplan for kvalitet og patientsikkerhed og Rigshospitalets kvalitetsplan	7
3.1 Datadrevet ledelse.....	7
3.2 Implementering	7
3.3 Dokumentstyring.....	7
4.0 HOC Indsatsområder for Kvalitetsudvikling og patientsikkerhed ...	8
4.1 Udarbejdelse af kliniks specifikke handleplaner for kvalitet og patientsikkerhed	9
4.1.1 Monitoreringsplan samt ansvar og opfølgning på kliniks specifikke handleplaner	10
4.2 Opfølgning på implementering af kontaktpersonordning for indlagte og ambulante patienter	13
4.2.1 Implementering.....	14
4.2.2 Dokumentstyring	14
4.3 Smertevurdering og dokumentation	15
4.3.1 Implementering.....	15
4.3.2 HOC netværk for smertenøglepersoner	16
4.3.3 Dokumentstyring	17
4.4 Ernæring, ernærings screening samt revurdering	18

4.4.1 Implementering.....	19
4.4.2 Dokumentstyring.....	19
5.0 HOC Indsatsområder indenfor patientsikkerhed	20
5.1 Medicinhåndtering	20
5.1.1 Implementering.....	22
5.1.2 Dokumentstyring	22
5.2 Safe Surgery – udbygning af de 5 trin	24
5.2.1 Implementering.....	25
5.2.2 Dokumentstyring	25
5.3 Patientsikkerhedsrunder i alle klinikker.....	26
5.3.1 Implementering og opfølgning:	26
6.0 HOC Plan for monitorering af kvalitetsdata	28
6.1 Planlagte audits samt fokuserede HOC-tracers 2009-2010.....	29
6.2 Oversigt og tidsplan for kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet 2009 - 2011	30
7.0 HOC Informationsplan.....	32
7.1 Skitse over skriftlig information	32
8.0 Referencer og links	34

2.0 HOC 's kvalitetsorganisation

HovedOrtoCentrets (HOC's) kvalitetsorganisation blev etableret i efteråret 2006, hvor der blev oprettet 2 udvalg under kvalitetsrådet:

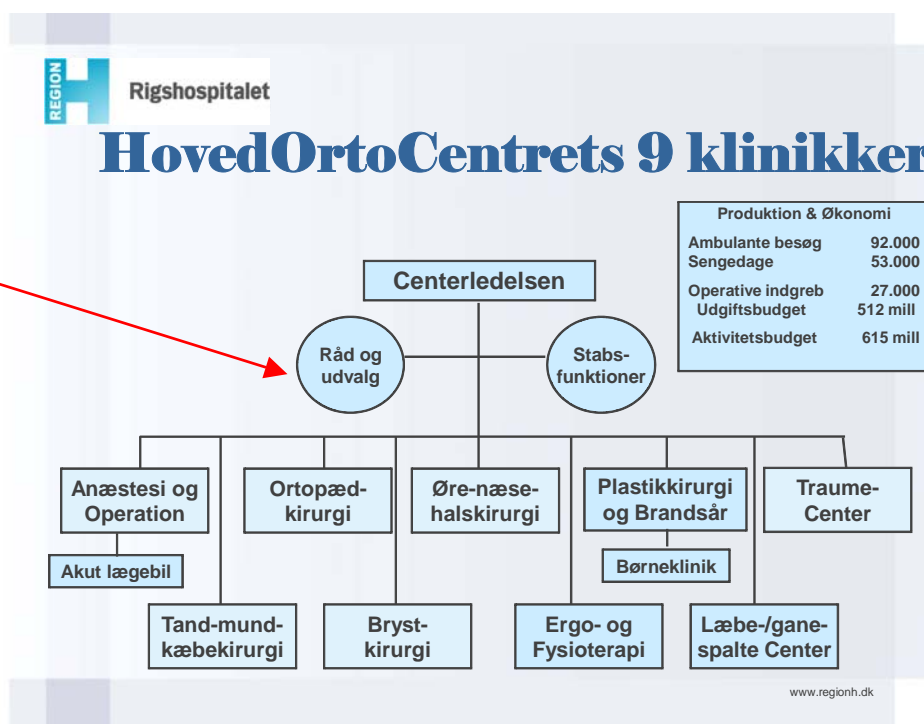
- HOC kvalitetsudvalg
- HOC patientsikkerhedsudvalg

Organisation og kommissorium er efterfølgende revideret i ultimo 2007 i overensstemmelse med Joint Commission Internationals anbefalinger om en tættere sammenhæng mellem kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet, og med det formål at samle HOC 's udvalg i ét samlet råd:

- HOC Råd for kvalitet og patientsikkerhed.

HOC Råd for kvalitet og patientsikkerhed er nu organisatorisk placeret under centerledelsen i Råd og udvalg jf. nedenstående organisationsdiagram.

HOC Råd for kvalitet og patientsikkerhed



2.1 Kommissorium for HOC Råd for kvalitet og patientsikkerhed

I 2007 blev der udarbejdet kommissorium for HOC Råd for kvalitet og patientsikkerhed. Dette revideres hvert 3. år i forbindelse med revision af HOC strategi og handleplan for kvalitet og patientsikkerhed.

2.1.1 Reference

HOC Råd for kvalitet og patientsikkerhed refererer til Centerledelsen og HOC Centerråd. Rådet har relation til Rigshospitalets kvalitets- og patientsikkerhedsorganisation ved, at HOC's centerkvalitetskoordinator er medlem af Rigshospitalets rådgivende kvalitetsudvalg, og centerledelsen er repræsenteret i Rigshospitalets besluttende kvalitetsråd.

2.1.2 Sammensætning og deltagere

HOC Råd for kvalitet og patientsikkerhed er sammensat tværfagligt af medarbejdere med særlig interesse for kvalitet, akkreditering og patientsikkerhed.

Rådet består af centerledelsen, HOC kvalitetskoordinator samt en - to repræsentanter fra hver klinik. Repræsentanterne udpeges af centerrådet efter indstilling fra klinikledelserne.

HOC kvalitetskoordinator er formand for Rådet.

Sekretariatsbetjening varetages primært af kvalitetskoordinator suppleret af centerledelsens sekretariat.

Opdateret oversigt over medlemmer af HOC Råd for kvalitet og patientsikkerhed findes på intranettet under HovedOrtoCentret / Råd og udvalg / Kvalitet og patientsikkerhed.

2.1.3 Opgaver

HOC Råd for kvalitet og patientsikkerhed varetager opgaver inden for kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet med særligt fokus på:

- At udveksle erfaringer, viden og læring ift. kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet mellem klinikkerne.
- At udarbejde forslag til tværgående indsatsområder inden for kvalitetsudvikling, akkreditering og patientsikkerhed.
- At udarbejde kvalitetsplan for HOC – herunder prioritere og udarbejde strategier, handle- og implementeringsplaner samt målsætninger for særlige centerspecifikke indsatsområder.
- At udarbejde / revidere tværgående HOC PVI¹ jf. HOC instruks for dokumentstyring.
- At følge op resultater fra audits.

¹ P = Politik, V = Vejledning, I = Instruks

- At fremme patientsikkerhedskulturen i HOC.
- At udarbejde plan for patientsikkerhed i HOC, herunder for samarbejdet med klinikkernes lokale patientsikkerhedsansvarlige (PSA).
- At fremme læring gennem erfaringsudveksling i relation til UTH² og afsluttede kerneårsagsanalyser i HOC.

2.1.4 Mødeaktivitet

HOC Råd for kvalitet og patientsikkerhed mødes ca. 1 gang om måneden undtaget i sommerferieperioden, jf. mødeplan som lægges på intranettet.

Dagsorden til møderne udsendes via mail ca. 1 uge før. Dagsorden sendes til alle medlemmer samt cc. til HOC klinikledelser og centerledelsessekretariat.

Rigshospitalets kvalitetssekretariat samt risk-manager, HOC PSA og øvrige eksperter / nøglepersoner kan inviteres til møderne ved behov.

Hvis der er behov herfor kan der arrangeres temadage for medlemmerne 1 – 2 gange årligt.

2.1.5 Underudvalg og ad hoc-grupper

Underudvalg:

HOC Ernæringsgruppe (etableret oktober 2008)

HovedOrtoCentrets ernæringsgruppe er sammensat af repræsentanter fra Ortopædkirurgisk Klinik, Øre-næse-halskirurgisk Klinik, Øjenklinikken, Klinik for plastikkirurgi og Brandsårsbehandling, Børneklinikken, Tand-, mund- og kæbekirurgisk Klinik samt 2 diætister.

Formålet med ernæringsgruppen er bl.a. :

- At sikre, at alle klinikker i HOC lever op til Kost- og Ernæringspolitikken for Region Hovedstaden.
- At sikre, HOC en opdateret viden / indsigt indenfor ernæring.
- At ensarte principperne for ernæringsindsatsen i hele HOC.
- At skabe et forum, hvor klinikkerne kan give hinanden gensidig inspiration, diskutere konkrete problemstillinger fra praksis samt skabe mulighed for etablering af kvalitetsarbejde på tværs i HOC.

Gruppen mødes 3-4 gange årligt samt ved arrangeret undervisning.

Der er udarbejdet kommissorium for HOC ernæringsgruppe, dette findes på RH intranet under HovedOrtoCentret / Råd og udvalg / Ernæringsgruppe.

² Utilsigtet Hændelse

Ad hoc-grupper:

- Patientsikkerhed (Etableret 2005)³
- Smertegruppe (Etableret 2005)⁴
- Medicingruppe (Etableret 2006)⁵
- Kontaktpersongruppe (Etableret 2007)⁶
- Faldgruppe (Etableret 2007)⁷
- Pjecegruppe ift. Rygning og alkohol i relation til kirurgi⁸

Ad HOC-grupperne er etableret med henblik på:

- At medvirke til at fokusere på samt udvikle kvaliteten ift. specifikke tværgående indsatsområder i HOC
- At udarbejde redskaber og værktøjer - herunder tværgående centerspecifikke PVI'er - samt handlingsplaner for implementering af og opfølgning på specifikke indsatsområder i HOC.

³ Mere herom under punkt 2.4 samt 2.4.1.

⁴ Består primo 2009 af: Kvalitetskoordinator Pernille Langkilde, Smertelæge xx, Smertespl. xx, afdelingslæge Susanne Jørgensen, afdelingssygeplejerske Karin Storm

⁵ Består primo 2009 af: Kvalitetskoordinator Pernille Langkilde og Overlæge Anne Quirinia

⁶ Består primo 2009 af: Kvalitetskoordinator Pernille Langkilde, Kommunikationsmedarbejder Anne Roelsgaard og Afdelingslæge Lisa Toft

⁷ Består primo 2009 af: Kvalitetskoordinator Pernille Langkilde, Klinisk udviklingssygeplejerske Alice Slot, Sygeplejerske Merete Lundsgaard Larsen, Sygeplejerske Anja Petersen, Sygeplejerske Lene Damgaard Olesen

⁸ Består primo 2009 af: Læge Nicolai Grünh, Klinisk udviklingssygeplejerske Annelise Mortensen og Klinisk udviklingssygeplejerske Alexandra Luel

2.2 Medlemmer af HOC Råd for kvalitet og patientsikkerhed primo 2009

- Anne Quirinia, Overlæge, Klinik for Plastikkirurgi og Brandsårsbehandling
- Annelise Mortensen, Klinisk udviklingssygeplejerske, Øre-næse-halskirurgisk Klinik
- Birgitta Nordenhof, Klinisk udviklingsygeplejerske, Øjenklinikken
- Bjarne Alsbjörn, Overlæge, Klinik for Plastikkirurgi og Brandsårsbehandling
- Esbern Friis, Overlæge, Brystkirurgisk Klinik
- Ester Lind, Centerchefsygeplejerske, HOC Centerledelsen
- Henriette Karbo, Sektionsleder, Klinik for ergo- og fysioterapi
- Henrik Grønborg, Overlæge, Traumecentret
- Henrik Schrøder, Overlæge, Ortopædkirurgisk Klinik
- Jesper Øland Petersen, Specialtandlæge, Tand-, mund- og kæbekirurgisk Klinik
- Karin Storm, Afdelingssygeplejerske, Børneklinikken
- Lars Lund, Portørleder, Anæstesi- og operationsklinikken
- Nicolai Grün, læge, Øjenklinikken
- Ole Schwartz, RH klinikchef, Tand-, mund- og kæbekirurgisk Klinik
- Pernille Langkilde, Kvalitetskoordinator, HOC Centerledelsen
- Susanne Holm-Hansen, sekretær, Ortopædkirurgisk Klinik
- Susanne Jørgensen, afdelingslæge, Anæstesi- og Operationsklinikken
- Tom Pedersen, Centerdirektør, HOC Centerledelsen

2.3 Møderække 2009

- 22. januar 2009
- 26. februar 2009
- 19. marts 2009
- 23. april 2009
- 28. maj 2009
- 17. juni 2009 (Heldagsmøde / temadag)
- 27. august 2009
- 24. september 2009
- 22. oktober 2009
- 19. november 2009
- 17. december 2009

2.4 Patientsikkerhed

Alle klinikker i HOC har udpeget en patientsikkerhedsansvarlig (PSA), som man kan henvende sig til, ifald man har spørgsmål relateret til patientsikkerhed eller til utilsigtede hændelser i klinikken.

2.4.1 Patientsikkerhedsansvarlige (PSA) i HOC primo 2009

- Anne Kaae Ullstad, Afdelingslæge, Øre-næse-halskirurgisk Klinik og Øjenklinikens senge-afsnit
- Bjarne Alsbjörn, Overlæge, Klinik for Plastikkirurgi og Brandsårsbehandling
- Henriette Karbo, Sektionsleder, Klinik for ergo- og fysioterapi
- Henrik Grønborg, Overlæge, Traumecentret
- Henrik Schrøder, Overlæge, Ortopædkirurgisk Klinik
- Karin Storm, Afdelingssygeplejerske, Børneklinikken
- Lars Lund, Portørleder, Anæstesi- og operationsklinikken
- Niels Kromann, Klinikchef, Brystkirurgisk Klinik
- Ole Schwartz, RH klinikchef, Tand-, mund- og kæbekirurgisk Klinik
- Pernille Langkilde, Kvalitetskoordinator, HOC Centerledelsen
- Susanne Jørgensen, afdelingslæge, Anæstesi- og Operationsklinikken samt øjenklinikken (AN/OP)

Der findes opdateret link til patientsikkerhed i HOC på RH intranettet under HovedOrtoCentret / Råd og udvalg / Kvalitet og patientsikkerhed

3.0 Relation mellem HOC strategi og handleplan for kvalitet og patient-sikkerhed og Rigshospitalets kvalitetsplan

HovedOrtoCentrets strategi og handleplan er tæt forbundet til Rigshospitalets kvalitetsplan 2009 – 2011 (Rigshospitalet 2009).

I praksis vil de 3 fokusområder fra Rigshospitalets kvalitetsplan:

- Datadrevet ledelse
- Implementering
- Dokumentstyring

være at genfinde som en integreret del i de specifikke, tværgående indsatsområder for HOC, der er beskrevet nedenfor (se punkt 4 og 5).

3.1 Datadrevet ledelse

I relation til fokusområdet datadrevet ledelse har HOC anvendt data fra journalaudits, LUP-undersøgelse 2008, lokale afsnitsaudits samt data fra fokuserede tracere til strategisk at prioritere og fokusere indsatsen på udvalgte områder frem mod de 2 akkrediteringer i 2011 ved henholdsvis Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) og Joint Commission International (JCI).

3.2 Implementering

I relation til fokusområdet implementering udarbejder HOC specifikke handlings- og implementeringsplaner for de strategisk udvalgte indsatsområder.

3.3 Dokumentstyring

I relation til fokusområdet dokumentstyring er der for alle HOC'ers indsatsområder integreret eksisterende tværgående regionale og hospitalsspecifikke PVI'er.

Samtidig er det beskrevet, at hvor der findes centerspecifikke og lokale PVI'er inden for de udvalgte indsatsområder, skal disse enten arkiveres eller revideres og opdateres, således at der er fuld overensstemmelse mellem alle dokumenter og den praksis, der søges optimeret.

4.0 HOC Indsatsområder for Kvalitetsudvikling og patientsikkerhed

Som led i at understøtte de klinikrelaterede og lokale indsatser samt forankre det lokale ejerskab i forhold til kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet, er det overordnede primære indsatsområde i HOC:

- Udarbejdelse af kliniks specifikke handleplaner for kvalitet og patientsikkerhed

Derudover har HOC udvalgt yderligere seks fokuserede indsatsområder henholdsvis 3 relateret til kvalitetsudvikling og 3 relateret til patientsikkerhed, som er særligt vigtige for de kirurgiske patientforløb på tværs af centret:

Kvalitetsudvikling:

- Opfølgning på implementering af kontaktpersonordning for indlagte og ambulante patienter
- Fortsat fokus på smertevurdering og dokumentation – herunder smerteanalyse, smertescorening, vurdering af effekt af behandling
- Fortsat fokus på ernæring, herunder indledende ernæringscreening samt revurdering af patienten

Patientsikkerhed:

- Medicinhåndtering – herunder patienters selvadministration af medicin, retningslinier for delegeret ordinationsret samt medicinafstemning ved udskrivelse
- Safe Surgery - Udbygning af de 5 trin ved hjælp af WHO-projekt
- Patientsikkerhedsrunder i alle klinikker

4.1 Udarbejdelse af kliniksifikke handleplaner for kvalitet og patientsikkerhed

De kliniksifikke handleplaner skal udarbejdes med udgangspunkt i og på baggrund af eksisterende data fra journalaudits (regionale og lokale) samt HOC fokuserede audits / tracers (datadrevet ledelse).

Formålet med indsatsområdet er:

- At sikre en forankring af de allerede eksisterende gode resultater
- At sikre udvikling og implementering på lokalt prioriterede områder, hvor kvaliteten ønskes styrket og forbedret
- At tilrette og understøtte udvikling og implementering af indsatser i forhold til de fokuserede HOC indsatsområder, hvor klinikken ligger under den definerede målsætning

4.1.1 Monitoreringsplan samt ansvar og opfølgning på kliniksifikke handleplaner

Klinik	Kick-off	Deltagere i kick-off møde	Deadline for handleplan	Ansvarlige for udarbejdelse	Ansvarlige for opfølgning
AN/OP	Medio Maj 2009	Klinikledelsen Centerledelsen Lokal kvalitetsnøgleperson HOC kvalitetskoordinator	Juni 2009	Kvalitetsnøgleperson Susanne Jørgensen Kvalitetskoordinator Pernille Langkilde	Klinikledelsen
TMK-kirurgisk Klinik	Medio Maj 2009	Klinikledelsen Centerledelsen Lokal kvalitetsnøgleperson HOC kvalitetskoordinator	Juni 2009	Kvalitetsnøgleperson Jesper Øland Kvalitetskoordinator Pernille Langkilde	Klinikledelsen
Klinik for plastik-kirurgi og brandsårsbehandling	Ultimo Juni 2009	Klinikledelsen Centerledelsen Lokal kvalitetsnøgleperson HOC kvalitetskoordinator	September 2009	Kvalitetsnøgleperson Anne Qurinia Kvalitetsnøgleperson Karin Storm (børn) Kvalitetskoordinator Pernille Langkilde	Klinikledelsen
Ortopædkirurgisk Klinik	Ultimo April 2009	Klinikledelsen Centerledelsen Lokal kvalitetsnøgleperson HOC kvalitetskoordinator	Maj 2009	Kvalitetsnøgleperson Henrik Schrøder Kvalitetskoordinator Pernille Langkilde	Klinikledelsen
Brystkirurgisk Klinik	Ultimo April 2009	Klinikledelsen Centerledelsen Lokal kvalitetsnøgleperson HOC kvalitetskoordinator	Maj 2009	Kvalitetsnøgleperson Esbern Friis Kvalitetskoordinator Pernille Langkilde	Klinikledelsen

Pernille Langkilde.

H:\Akkreditering 2009\HOC kvalitetsstrategi og handleplan 2009 – 2012.doc

Klinik	Kick-off	Deltagere i kick-off møde	Deadline for handleplan	Ansvarlige for udarbejdelse	Ansvarlige for opfølgning
ØNH-kirurgisk Klinik	Ultimo April 2009	Klinikledelsen Centerledelsen Lokal kvalitetsnøgleperson HOC kvalitetskoordinator	Maj 2009	Kvalitetsnøgleperson Annelise Mortensen Kvalitetskoordinator Pernille Langkilde	Klinikledelsen
Øjenklinikken (kun sengeafsnit)		Klinikledelsen Centerledelsen Lokal kvalitetsnøgleperson HOC kvalitetskoordinator	September 2009	Kvalitetsnøgleperson Birgitta Nordenhof ? Kvalitetskoordinator Pernille Langkilde	Klinikledelsen
Traumecenter	September	Klinikledelsen Centerledelsen Lokal kvalitetsnøgleperson HOC kvalitetskoordinator	September 2009	Kvalitetsnøgleperson Henrik Grønberg Kvalitetskoordinator Pernille Langkilde	Klinikledelsen
Klinik for Ergo- og fysioterapi	Ultimo Juni 2009	Klinikledelsen Centerledelsen Lokal kvalitetsnøgleperson HOC kvalitetskoordinator	Juli 2009	Kvalitetsnøgleperson Henriette Karbo Kvalitetskoordinator Pernille Langkilde	Klinikledelsen
Læbeganespaltecenter		Klinikledelsen Centerledelsen Lokal kvalitetsnøgleperson HOC kvalitetskoordinator	Oktober 2009	Klinikchef Kirsten Mølsted Kvalitetskoordinator Pernille Langkilde	Klinikledelsen

Ansvar og opfølgning med klinikledelse og centerledelse:

Den kliniks specifikke handleplan skal efter udarbejdelse godkendes af klinikledelsen.

Herefter vil aftaler for lokal opfølgning aftales individuelt og afhængigt af indsatsområder. Dog ca. 1 gang om måneden med deltagelse af klinikledelsen, den lokale kvalitetsnøgleperson og HOC kvalitetskoordinator.

Derudover vil kvalitetskoordinator og den lokale kvalitetsnøgleperson mødes ca. hver 14. dag for at følge op på samt sikre fremdrift af planen - f.eks. i forbindelse med journalaudits, afrapportering af data fra HOC tracers / HOC tværgående indsatsområder, på klinikkens lokale kvalitetsmøder – og ellers ved behov.

Endelig skal alle klinikker ved dialogmøderne i november / december fremlægge status og fremdrift i forhold til klinikkens specifikke handleplan til centerledelsen. På dette dialogmøde vil klinikkens lokale kvalitetsnøgleperson og HOC kvalitetskoordinator deltage. Klinikledelsen er ansvarlig for, at dette sker.

Information til personalet:

Indholdet i den kliniks specifikke handleplan skal efter godkendelse informeres og videreformidles til personalet i klinikken.

Herefter vil status, fremdrift og resultater som minimum skulle fremlægges for personalet, når der foreligger nye data fra journalaudits og derudover ved behov. Det er klinikledelsen, der er ansvarlig for at dette sker - f.eks. ved kliniksamarbejds møder, på klinikrådsmøder, morgenmøder, personale møder mv..

4.2 Opfølgning på implementering af kontaktpersonordning for indlagte og ambulante patienter

Implementering af kontaktpersonordning har på baggrund af data fra patienttilfredshedsundersøgelser samt undersøgelser af indlagte patienters oplevelser i regionen⁹ og det politiske oplæg fra RegionH indgået i alle klinikkers kontrakter siden 2007.

Implementering af kontaktpersonordning har ligeledes været et ønske fra personalets side for at optimere patientforløbene i klinikkerne.

Formål:					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ At sikre at alle patienter, som er indlagt over et døgn, senest 24 timer efter indlæggelsen har fået tildelt to sundhedsfaglige kontaktpersoner (hhv en kontaktlæge og en sygeplejefaglig kontaktperson¹⁰) jf. den regionale vejledning for Region Hovedstaden¹¹ ▪ At sikre at alle ambulante patienter, som forventes at skulle have mere end to ambulante besøg, senest ved andet besøg har fået tildelt en sundhedsfaglig kontaktperson (hhv læge eller sygeplejerske) jf. den regionale vejledning for Region Hovedstaden ▪ At sikre at navne på patientens kontaktperson(er) er dokumenteret i journalen jf HOC vejledning¹² ▪ At sikre at patienten har fået udleveret visitkort / skriftlig information med navn(e) på kontaktperson(er) samt beskrivelse af kontaktpersonordningen. 					
Monitorering:					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ved planlagte journalaudits på 20 indlagte og 15 ambulante patienter hhv. 4 og 3 gange årligt 					
Indikator/spørgsmål i audit	Resultat dec. 2007*	Resultat nov. 2008	Milepæl ultimo 2009	Milepæl ultimo 2010	Milepæl ultimo 2011
Kontaktlæge / behandlingsansvarlig læge (indlagte)	70 %*	33 %	70 %	85 %	90 %
Kontaktsygeplejerske / plejeansvarlig sygeplejerske (indlagte)	84 %*	50 %	75 %	85 %	90 %
Kontaktperson (ambulante)	Ikke målt	48 %	70 %	75 %	80 %

⁹ TUP: Den tværregionale undersøgelse af patientoplevelser. Indlagte patienters oplevelser i Danmark øst for Storebælt. Enheden for brugerundersøgelser 2007 på vegne af Region H og Region Sjælland.

¹⁰ I Regionens journalaudit anvendes begreberne behandlingsansvarlig læge og plejeansvarlig sygeplejerske som synonymer for hhv. kontaktlæge og sygeplejefaglig kontaktperson

¹¹ Kontaktpersoner (version 1), Regional vejledning af 20.12.2008, Region Hovedstaden

¹² Kontaktpersonordning i HOC, Centerspecifik PVI af 29.06.2007 Rigshospitalet, HovedOrtoCentret

Visitkort/skriftlig information udleveret (Specifikt HOC-spørgsmål)	48 %*	Ikke målt	75 %	85 %	90 %
--	-------	-----------	------	------	------

* Måling fra fokuseret HOC-tracer på kontaktpersonordning. Der er i alt gennemført 4 fokuserede HOC-tracers på kontaktpersonordning i perioden november 2007 – februar 2008.

4.2.1 Implementering

Ovenstående suppleres med overordnet handlings- og implementeringsplan for HOC, hvori eventuelle kliniks-specifikke forhold og problemstillinger nævnes. Denne vil blive udarbejdet i 2009. Dels på temadag for HOC Råd for kvalitet og patientsikkerhed. Dels efter diskussion på HOC kvalitetsmøder og i evt. undergrupper under kvalitetsrådet.

For de klinikker, hvor der identificeres specifikke forhold og problemer af betydning for indsatsen, vil disse sammen med de kliniks-specifikke tiltag blive uddybet og beskrevet i de lokale handleplaner.

Opfølgning på handlings- og implementeringsplanen vil ske dels på kvalitetsmøder, dels på centerråd og dels lokalt i klinikkerne.

4.2.2 Dokumentstyring

Følgende **centerspecifikke PVI** skal *enten* arkiveres *eller* revideres og opdateres:

- Kontaktpersonordning i HOC, Centerspecifik PVI af 29.06.2007

Kontaktpersongruppen under HOC Råd for kvalitet og patientsikkerhed er ansvarlig for ovenstående.

Følgende **kliniks-specifikke PVI** skal *enten* arkiveres *eller* revideres og opdateres:

- Kontaktpersonordning på Klinik for plastikkirurgi og Brandsår, Kliniks-specifik PVI af 05.02.2008
- Sygeplejefaglig kontaktperson i plastikkirurgisk ambulatorium afsnit 3004, Kliniks-specifik PVI af 29.01.2008
- Sygeplejefaglig kontaktperson i ortopædkirurgisk ambulatorium afsnit 3004, Kliniks-specifik PVI af 27.11.2007
- Sygeplejefaglig kontaktperson i ortopædkirurgisk sengeafsnit 2163, 2164 og afsnit 3161, 3162, Kliniks-specifik PVI af 27.11.2007
- Sygeplejefaglig kontaktperson i 2061, Kliniks-specifik PVI af 04.02.2008
- Sygeplejefaglig kontaktperson i 3061, Kliniks-specifik PVI af 29.01.2008

Klinikkernes lokale kvalitetsnøglepersoner er i samarbejde med klinikkernes lokale PVI-redaktør ansvarlige for at dette sker.

4.3 Smertevurdering og dokumentation

HOC har siden udarbejdelse af instruks vedr. smertevurdering i 2005 arbejdet med implementering af denne. Resultaterne i journalaudit er således forbedret men stadig svingende. For HOC, som er et kirurgisk center, kræver post-operativ smertebehandling særlig bevågenhed, hvorfor smerter til stadighed er et indsatsområde.

Formål:					
<ul style="list-style-type: none">▪ At sikre kontinuerlig opfølgning på HOC instruks vedr. smertevurdering¹³, herunder:▪ At patienterne initialt vurderes for smerter▪ At patienternes behov for smertebehandling samt effekten heraf vurderes og dokumenteres gennem hele patientforløbet▪ At optimere ovenstående indsats ved etablering af HOC netværk for smertenøglepersoner (Se punkt 4.3.2)					
Monitorering:					
<ul style="list-style-type: none">▪ Ved planlagte journalaudits på 20 indlagte patienter 4 gange årligt					
Indikator/spørgsmål i audit	Resultat maj 2007	Resultat nov. 2008	Milepæl ultimo 2009	Milepæl ultimo 2010	Milepæl ultimo 2011
Dokumentation af smerter ved den indledende vurdering af patienten	Ikke målt	78 %	80 %	90 %	95 %
Hvis patienten har smerter, er smerteintensiteten da vurderet vha. VAS eller andre relevante metoder	66 %	57 %	75 %	85 %	95 %
Er effekten af smertelindrende medicin dokumenteret	64 %	58 %	75 %	85 %	90 %

4.3.1 Implementering

Ovenstående suppleres med overordnet handlings- og implementeringsplan for HOC, hvori eventuelle kliniksifikke forhold og problemstillinger nævnes. Denne vil blive udarbejdet i 2009. Dels på temadag for HOC Råd for kvalitet og patientsikkerhed. Dels efter diskussion på HOC kvalitetsmøder og i evt. undergrupper under kvalitetsrådet.

¹³ Smerter, Smertescore og Vurdering af smerter i HOC, Dokumentation af, Centerspecifik PVI af 27.07.2007

For de klinikker, hvor der identificeres specifikke forhold og problemer af betydning for indsatsen, vil disse sammen med de kliniks specifikke tiltag blive uddybet og beskrevet i de lokale handleplaner*. Som en del af handleplanen for HOC vil der blive etableret et netværk for smertenøglepersoner jf. punkt 4.3.3.

Opfølgning på handlings- og implementeringsplanen vil ske dels på kvalitetsmøder, dels på centerråd og dels lokalt i klinikkerne.

*** Specielt for Klinik for plastikkirurgi og brandsårsbehandling og Traumecenteret:**

I ovennævnte klinikker har man på baggrund af JCI-påbud fra akkrediteringsforløbet i 2008 allerede for nuværende kliniks specifikke smertehandleplaner. Disse handleplaner er godkendt af JCI primo 2009. Dog kun under forudsætning af, at der fortsat ydes en intensiv indsats med kontinuerlige audits ift. smerteområdet suppleret med evaluering og justering af planerne på baggrund af auditdata (datadrevet ledelse) frem mod næste akkreditering.

Disse handleplaner vil blive integreret som en del af de 2 klinikkers samlede handleplaner.

4.3.2 HOC netværk for smertenøglepersoner

Der skal inden sommer 2009 etableres et netværk for smertenøglepersoner i HOC. I første step vil netværket blive etableret for sygeplejersker, men det er hensigten, at netværket på sigt kan styrkes med tværfaglig tilgang.

Formål med netværket er:

- At initiere proceser (udvikling, uddannelse/undervisning) og tiltag inden for smerteområdet (smertevurdering og smertebehandling) mhp. at optimere patientforløb samt understøtte efterlevelse af kvalitetsstandarder fra JCI og DDKM i praksis

Milepæle for netværket 2009:

- Netværket for smertenøglepersoner (sygeplejersker) etableres inden sommer 2009. Alle klinikker melder navne på smertenøglepersoner til tovholderne i marts 2009
- Der skal udarbejdes kommissorium for netværket inden sommer 2009
- Der initieres undervisning to - tre gange årligt for netværket ift. aktuelle smerteproblematikker og / eller konkrete smerteindsatser.
- Første undervisning skal finde sted inden sommer 2009.
- Undervisning / vejledning forestås af interne eller eksterne undervisere med erfaring og ekspertise ift. smerter, smertefysiologi, smertebehandling og smerteproblematikker
- Et samarbejde med den kommende smerteenhed på Rigshospitalet forventes at kunne etableres

Ansvarlige / tovholdere for netværket:

Oversygeplejerske Jakob Vedtofte og Kvalitetskoordinator Pernille Langkilde starter i første fase af etableringen af netværket som tovholdere.

4.3.3 Dokumentstyring

Følgende **centerspecifikke PVI** skal *enten* arkiveres *eller* revideres og opdateres:

- Smerter, Smertescore og Vurdering af smerte i HOC, Dokumentation af, Centerspecifik PVI af 27.07.2007

Smertegruppen under HOC Råd for kvalitet og patientsikkerhed er ansvarlig for ovenstående.

Følgende **kliniks specifikke PVI'er** skal *enten* arkiveres *eller* revideres og opdateres:

- Smertescoring i 3061, Klinikspecifik PVI af 26.07.2007

Klinikkens lokale kvalitetsnøgleperson er i samarbejde med klinikkens lokale PVI-redaktør ansvarlige for at dette sker.

4.4 Ernæring, ernæringscreening samt revurdering

HOC har igennem flere år haft særligt fokus på ernæring herunder ernæringscreening og revurdering.

Ernæring, ernæringscreening og revurdering fordrer i HOC særlig bevågenhed i relation til at optimere patienternes forløb (ernæringsstatus, sårheling, restitution og og velbefindende) bedst muligt.

De seneste års resultater af indsatserne viser generelt fremgang lokalt i klinikkerne. Men dokumentationen i journalerne og på ernæringscreeningsskemaet af de udførte handlinger er stadig ikke på det ønskede kvalitetsniveau.

Formål:					
<ul style="list-style-type: none">▪ At sikre at alle voksne patienter, (indlagte og ambulante, undtaget terminale / døende patienter) får deres ernæringstilstand vurderet jf H:S instruks¹⁴▪ At sikre at alle børn får deres ernæringstilstand vurderet jf. RH instruks¹⁵▪ At sikre at ernæringscreening af indlagte patienter dokumenteres på ernæringsscreeningsskemaet inden for 24 timer▪ At sikre at alle indlagte patienter får ordineret den korrekte kostform i overensstemmelse med retningslinierne▪ At sikre at der til patienter, der ved ernæringscreeningen vurderes til at være i risiko for underernæring, er udarbejdet en kostplan på baggrund af patientens ernæringsbehov▪ At sikre, at alle patienter, der er indlagt over 7 dage rescreenses på ernæringsscreeningsskemaet.					
Monitorering:					
<ul style="list-style-type: none">▪ Ved planlagte journalaudits på 20 indlagte patienter 4 gange årligt					
Indikator/spørgsmål i audit	Resultat dec. 2007*	Resultat nov. 2008	Milepæl ultimo 2009	Milepæl ultimo 2010	Milepæl ultimo 2011
Ernæringscreening udført (indlagte)	46 %*	73 %	80 %	85 %	90 %
Ernæringscreening/vurdering udført (ambulante) (Specifikt HOC-spørgsmål)	Ikke målt	Ikke målt	75 %	80 %	90 %
Kostform ordineret jf. retningslinier	Ikke målt	78 %	80 %	85 %	95 %

¹⁴ Ernæringscreening af voksne og brug af ernæringskema, H:S instruks (instruks 1-1. k) af 24.04.2003

¹⁵ Ernæring – ernæringscreening af børn, Rigshospitals instruks af 21.02.2008

Kostplan udarbejdet til patienter i risiko for underernæring	Ikke målt	29 %	75 %	80 %	90 %
Ernæringscreening gentaget efter 7 dage (Specifikt HOC-spørgsmål)	63 %*	Ikke målt	75 %	85 %	90 %

* Måling fra fokuseret HOC-tracer på ernæringscreening og revurdering. Der er i alt gennemført 4 fokuserede HOC-tracers på ernæringscreening og revurdering i perioden november 2007 – februar 2008.

4.4.1 Implementering

Ovenstående HOC-plan skal suppleres med en lokal plan for specifikke implementeringstiltag i de sengebærende klinikker i HOC. Opfølgning på handlings- og implementeringsplanen vil ske dels i HOC Ernæringsgruppe i tæt samarbejde med HOC Råd for kvalitet og patientsikkerhed, dels på kvalitetsmøder, dels på centerråd og dels lokalt i klinikkerne.

4.4.2 Dokumentstyring

Følgende **kliniks specifikke PVI'er** skal *enten* arkiveres *eller* revideres og opdateres:

- Dokumentation af ernærings-screening 3061, Kliniks specifik PVI af 29.01.2008
- Ernæringscreening i Øre-næse-halskirurgisk klinik, Kliniks specifik PVI af 29.01.2008

Klinikkernes lokale kvalitetsnøglepersoner er i samarbejde med klinikkernes lokale PVI-redaktør ansvarlige for at dette sker.

5.0 HOC Indsatsområder indenfor patientsikkerhed

Patientsikkerhed er essentiel i alle aspekter af patientforløbene i HOC. Det vil sige lige fra patienterne henvises til / modtages i klinikkerne, over det kirurgiske indgreb og til patienterne udskrives, overflyttes eller afsluttes.

I alle klinikker i HOC er der derfor udpeget og uddannet særlige patientsikkerhedsansvarlige medarbejdere, som i samarbejde med klinikledelserne og HOC kvalitetskoordinator følger op på patientsikkerhedsarbejdet herunder de lokalt rapporterede utilsigtede hændelser.

For at sikre læring i tværfagligt regi samt på tværs af klinikkerne i HOC, er det desuden besluttet, at alle hændelser der har generel interesse, samt alle hændelser der resulterer i en kerneårsagsanalyse, gennemgås både i HOC Råd for kvalitet og patientsikkerhed og på HOC Centerråd.

I de senere år har der været særligt fokus på de 6 internationale patientsikkerhedsmål¹⁶. Særligt i forhold til at undgå faldulykker har HOC gjort en stor indsats og vist forbedring af gennemført screening af patienternes faldrisiko fra 45 % til 86 %.

På baggrund af ovenstående samt at HOC er et kirurgisk center, er det prioriteret at sætte fokus på nedenstående 3 særlige indsatsområder indenfor patientsikkerhedsområdet, idet disse er relevante for og kan gavne praksis i alle de kirurgiske patientforløb i HOC. De 3 områder er:

- Medicinhåndtering
- Safe surgery – udbygning af de 5 trin
- Patientsikkerhedsrunder i alle klinikker

5.1 Medicinhåndtering

Alle patienter i HOC får medicin under indlæggelse og af og til også i relation til visse ambulante undersøgelser og indgreb.

Medicinen ordineres, dispenseres og administreres enten som opfølgning på allerede igangsat behandling fra primærsektor. Eller den ordineres, dispenseres og administreres jævnt fordelt over hele døgnet (vanlig medicin) samt efter behov (p.n.-medicin) og i relation til det kirurgiske indgreb eller den undersøgelse, der skal foretages (f.x. smertelindrende medicin, præmedicin, bedøvelse mv.).

Der findes omfattende dokumentation for, at der skal udvises ekstra omhu, ansvar og samvittighedsfuldhed i forbindelse med håndtering af medicin, idet det er inden for dette område, at der hyppigst sker fejl og utilsigtede hændelser. Således oplyser Enhed for Patientsikkerhed, at ca. 34 % af alle utilsigtede hændelser i Danmark vedrører fejl eller næsten fejl i medicineringsprocessen. For HOC viser det sig, at vi i 2. halvår af 2008 rapporterede 176 utilsigtede hændel-

¹⁶ Korrekt identifikation af patienter, Sikker kommunikation – skriv ned og læs op, Højrisikopræparater, Forebyg forvekslingskirurgi, Begræns risikoen for hospitalsinfektioner, Undgå faldulykker

ser. Heraf var de 71 hændelser, svarende til 40 %, relateret til fejl eller næsten fejl i medicineringsprocessen.

Det er således veldokumenteret, at der ved ethvert patientforløb er en væsentlig risiko for at begå fejl i relation til forskellige delelementer af medicinbehandlingsprocesserne.

I HOC er der udvalgt 3 primære fokusområder i relation til medicinbehandling, hvor kvaliteten af den eksisterende praksis ønskes optimeret. Det er:

- Patienters selvmedicinering under indlæggelse
- Delegeret ordinationsret (retningslinier for)
- Medicinafstemning ved udskrivelse

Ovennævnte fokuserede indsatsområder er udvalgt dels for at øge sikkerheden omkring medicineringsprocesser og medicinbehandling i alle faser af patientforløbet. Dels for at optimere patienternes forløb.

Formål:					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ At sikre kontinuerlig opfølgning på Regional medicinvejledning vedr. patienters selvmedicinering¹⁷ herunder opfyldelse af retningslinier fra JCI¹⁸: ▪ At retningslinier og kriterier for delegeret ordinationsret specificeres mhp. implementering og lokal anvendelse i HOC's klinikker ▪ At patienternes medicin afstemmes ved udskrivelse, således at der er overensstemmelse mellem medicin angivet i epikrise og EPM fanebladet "Medicin ved udskrivelsen" 					
Monitorering:					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ved interview/spørgsmål til personalet ift. kendskab til retningslinier og kriterier for patienters selvmedicinering samt delegeret ordinationsret ▪ Ved planlagte journalaudits på 20 indlagte patienter 4 gange årligt 					
Indikator/spørgsmål i audit	Resultat maj 2007	Resultat nov. 2008	Milepæl ultimo 2009	Milepæl ultimo 2010	Milepæl ultimo 2011
Er det dokumenteret i EPM, at patienter på selvadministration har indtaget medicinen (Specifikt HOC-spørgsmål)	Ikke målt	Ikke målt	70 %	80 %	90 %
Er fanebladet "medicin ved udskrivelsen" udfyldt med den medicin, patienten udskrives med?	Ikke målt	13 %	70 %	85 %	95 %

¹⁷ Dispensering, administration, selvmedicinering og udlevering af lægemidler. Regional vejledning af 25.11.2008

¹⁸ JCI Standard LM 4.3 og LM 6.2 i Internationale standarder for hospitaler, Region H. 3. udgave januar 2008.

Er der fuld overensstemmelse mellem epikrisens angivelse af udskrivningsmedicin og det i EPM 'S faneblad: "Medicin ved udskrivelsen" anførte	82 %	12 %	75 %	85 %	95 %
--	------	------	------	------	------

5.1.1 Implementering

Ovenstående suppleres med overordnet handlings- og implementeringsplan for HOC, hvori eventuelle kliniks specifikke forhold og problemstillinger nævnes. Denne vil blive udarbejdet i 2009. Dels på temadag for HOC Råd for kvalitet og patientsikkerhed. Dels efter diskussion på HOC kvalitetsmøder og i evt. undergrupper under kvalitetsrådet.

For de klinikker, hvor der identificeres specifikke forhold og problemer af betydning for indsatsen, vil disse sammen med de kliniks specifikke tiltag blive uddybet og beskrevet i de lokale handleplaner.

Opfølgning på handlings- og implementeringsplanen vil ske dels på kvalitetsmøder, dels på centerråd og dels lokalt i klinikkerne.

5.1.2 Dokumentstyring

Følgende **centerspecifikke PVI** skal *enten* arkiveres *eller* revideres og opdateres:

- Medicininstruks 01 HOC: Medicinanamnese og ordination af medicin, Centerspecifik PVI af 12.12.2008
- Medicininstruks 02 HOC: Alternative præparater, Centerspecifik PVI af 12.12.2008
- Medicininstruks 03 HOC: Bestilling, modtagelse og opbevaring af medicin, Centerspecifik PVI af 19.12.2008
- Medicininstruks 04 HOC: Administration af medicin, Centerspecifik PVI af 19.12.2008
- Medicininstruks 05 HOC: Selvmedicinering og vurdering af administrationsform, Centerspecifik PVI af 19.12.2008
- Medicininstruks 06 HOC: Virkning, bivirkning og interaktioner af medicin – Dokumentation og indberetning, Centerspecifik PVI af 19.12.2008
- Medicininstruks 07 HOC: Patientinformation vedrørende medicin, Centerspecifik PVI af 19.12.2008
- Medicininstruks 08 HOC: Medicinudlevering ved udskrivelse af patient, information og vejledning i forbindelse hermed, Centerspecifik PVI af 19.12.2008
- Medicininstruks 09 HOC: Uddannelse og ansvarsfordeling ved medicinhåndtering, Centerspecifik PVI af 19.12.2008
- Medicininstruks 10 HOC: Medicineringsfejl og næstenfejl og kvalitetsovervågning, Centerspecifik PVI af 19.12.2008

- Medicinstruks 11 HOC: Anvendelse af EPM i HOC, Centerspecifik PVI af 19.12.2008
Medicineringsgruppen under HOC Råd for kvalitet og patientsikkerhed er ansvarlig for ovenstående.

Følgende **kliniks specifikke PVI'er** skal *enten* arkiveres *eller* revideres og opdateres:

- Smertescoring i 3061, Kliniks specifik PVI af 26.07.2007

Klinikkernes lokale kvalitetsnøglepersoner er i samarbejde med klinikkernes lokale PVI-redaktør ansvarlige for at dette sker.

Følgende **kliniks specifikke PVI'er** skal *udarbejdes*:

- Retningslinier for patienters selvadministration og håndteringen heraf
- Delegering af ordinationsret herunder retningslinier for (hvilke patienter, hvilke situationer, dosis, hyppighed, kriterier for uddannelse) samt angivelse af de præparater hvor klinikkerne (klinikchefen) lokalt vurderer, at uddelegering af ordinationsret kan finde sted.

Klinikkernes lokale kvalitetsnøglepersoner er i samarbejde klinikkernes lokale medicinudvalg og HOC kvalitetskoordinatoer ansvarlige for at ovenstående sker.

5.2 Safe Surgery – udbygning af de 5 trin

Siden 2007 har HOC arbejdet intensivt med det internationale patientsikkerhedsmål nr. 4: Forbyg forvekslingskirurgi.

Specielt var fokus rettet mod implementeringen af de 5 trin, hvor der blev udarbejdet en ny forside til "det orange skema", der blev opsat fotoplancher om de 5 trin i alle operationsafsnit og personalet blev undervist. Siden da har vi i 2008 fået et nyt elektronisk operationsplanlægningssystem, hvor alle dele af operationsforløbene monitoreres og udvalgte dele dokumenteres. Herunder blandt andet de 5 trin (time-out).

Ovenstående har resulteret i en forbedring af sikkerheden omkring operationsforløbene. Det kan ses ud som om, at dette til dels kan understøttes af en tendens til et fald i rapporteringer af forvekslingskirurgi i perioden fra 2006 til 2008¹⁹.

Det er til stadighed et ønske, at have stort fokus på at optimere og udvikle sikkerheden for patienterne med henblik på til enhver tid at udføre kirurgi i HOC med så stor sikkerhed som muligt. Derfor er det interessant på baggrund af et pilotprojekt at vurdere, hvorvidt en udvikling og implementering af delelementer fra WHO's projekt: "Safe Surgery saves lives" kan optimere patientsikkerheden for HOC's patienter og dermed reducere risikoen for forvekslingskirurgi.

Formål:

- At sikre, at patienter, der skal have foretaget kirurgiske / invasive indgreb, er identificeret jf. Rigshospitalets instruks²⁰
- At sikre, at de 5 trin for at forebygge forvekslingskirurgi er anvendt og evt. suppleret med udvalgte elementer af WHO's Safe Surgery program.

Monitorering:

- Ved planlagte journalaudits på 20 indlagte patienter 2 gange årligt

Indikator/spørgsmål i audit	Resultat maj 2007	Resultat nov. 2008	Milepæl ultimo 2009	Milepæl ultimo 2010	Milepæl ultimo 2011
Har patienten afgivet informeret samtykke til kirurgisk indgreb	50 %	84 %	85 %	90 %	95 %
Time-out dokumenteret (ORBIT)	8 %	89 %	95 %	100 %	100 %

¹⁹ I 2006 var der 13 rapporteringer af forvekslingskirurgi i HOC, I 2008 var der 5 rapporteringer.

²⁰ Identifikation af patienter før anæstesi og kirurgi/undersøgelse – de 5 trin.

Sign-in udført (Specifikt HOC-spørgsmål til pilotafsnit)	Ikke målt	Ikke målt	70 %	80 %	90 %
Sign-out udført (Specifikt HOC-spørgsmål til pilotafsnit)	Ikke målt	Ikke målt	70 %	80 %	90 %

5.2.1 Implementering

AN/OP gennemgår WHO's projekt, og udvælger de elementer fra sign-in og sign-out delene der:

1. ikke allerede bliver dokumenteret eller er indeholdt i Orbit
2. vurderes til fordel for patientsikkerheden at kunne udvikles og implementeres i en pilotklinik

Herefter udarbejdes en projektbeskrivelse og der udpeges et pilotafsnit (kirurgisk speciale), hvor resultaterne af implementeringen af indsatserne efterfølgende vurderes mhp. deres effekt i forhold til patientsikkerheden og eventuel yderligere implementering til resten af operationsafsnittene i HOC.

Opfølgning på handlings- og implementeringsplanen vil ske dels lokalt i pilotafsnittet, dels på kvalitetsmøder og på centerrådet.

5.2.2 Dokumentstyring

De tværgående regionale og hospitalsspecifikke vejledninger overholdes. Det drejer sig om:

- De 5 trin – forvekslingskirurgi – og indgreb – forebyggelse, Regional vejledning af 06.11.2008
- Identifikation af patienter før anæstesi og kirurgi undersøgelse – de 5 trin, Rigshospitals instruks af 16.02.2009

Derudover kan der blive tale om udarbejdelse af eventuel HOC/pilotafsnits instruks ift. retningslinierne for sign-in og sign-out.

AN/OP er i samarbejde med pilotafsnit og HOC kvalitetskoordinator ansvarlig for dette.

5.3 Patientsikkerhedsrunder i alle klinikker

I efteråret 2006 blev der i HOC taget initiativ til forsøgsvis at gennemføre patientsikkerhedsrunder i 3 udvalgte klinikker (Ortopædkirurgisk klinik, Anæstesi og operationsklinikken, Klinik for plastikkirurgi og brandsårsbehandling).

Erfaringerne herfra var meget positive, og det er nu besluttet, at patientsikkerhedsrunder skal gennemføres i alle klinikker minimum hvert 2. år med opstart 3. kvartal 2009.

Patientsikkerhedsrunder er også et prioriteret indsatsområde på Rigshospitalet, hvorfor nedenstående plan eventuelt vil blive suppleret med yderligere initiativer, der på dette område iværksættes på tværs af hospitalet.

5.3.1 Implementering og opfølgning:

Implementeringsplan for patientsikkerhedsrunder i HOC			
Klinik	Tidsplan		
	2009	2010	2011
AN/OP	September		Januar
Traumecenter	September		Januar
Øre-Næse-Halskirurgisk Klinik	November		Marts
Ortopædkirurgisk Klinik	November		Marts
Klinik for plastikkirurgi og brandsårsbehandling	December		April
Klinik for ergo- og fysioterapi		Januar	September
Brystkirurgisk Klinik		Januar	September
Tand-, Mund- og Kæbekirurgisk Klinik	Oktober		Februar
Øjenklinikken (sengeafsnit)		Marts	Oktober
Udefunktioner*		Læbeganespaltecenter	TMK-Glostrup TMK-Hillerød

* Gennemføres kun såfremt disse ikke er rykket ind på RH inden 2011

Deltagere i patientsikkerhedsrunder:

Patientsikkerhedsrunder gennemføres med deltagelse af

- HOC kvalitetskoordinator
- Centerledelsen
- RH riskmanager
- Om muligt deltager både den lokale kvalitetsnøgleperson og klinikledelsen

Rapportering af / opfølgning på fund:

Fundene fra patientsikkerhedsrunden rapporteres til den specifikke klinikledelse og den lokale kvalitetsnøgleperson, som efterfølgende er ansvarlige for den lokale opfølgning. Opfølgningen kan efter behov ske i samarbejde med HOC kvalitetskoordinator.

Generelle fund diskuteres i kvalitets- og patientsikkerhedsudvalget.

6.0 HOC Plan for monitorering af kvalitetsdata

På Rigshospitalet gennemføres en række systematiske audits hvorfra data anvendes til monitorering af kvalitet. Ud over at disse data anvendes som led i at strategisk prioritere og målrette fremtidige indsatser for kvalitets- og patientsikkerhedsområdet (datadrevet ledelse), er disse data desuden velegnet til præsentation af klinikkernes præstation i forbindelse med akkrediteringssurvey. Endelig er resultaterne fra audits velegnede som information til personalet, således at fremdriften på specifikke områder af den daglige praksis bliver synlig og nærværende.

6.1 Planlagte audits samt fokuserede HOC-tracers 2009-2010

Audittype	Deltagende klinikker	Udsendelse af auditskema	Ansvarlig for udførelse	Rapporteringsfrist
Kontaktperson-ordning <ul style="list-style-type: none"> ▪ 20 indlagte ▪ 15 ambulante 	TMK ØNH Øjenklinikken (kun indlagte) Brystkirurgisk Ortopædkirurgisk Plast/brand	1-2. februar 2009 2-3. august 2009 Februar 2010 August 2010	Klinikledelse samt lokal kvalitets- nøgleperson	28. februar 2009 27. august 2009 Februar 2010 August 2010
Kontaktperson-ordning <ul style="list-style-type: none"> ▪ 15 ambulante 	TMK ØNH Brystkirurgisk Ortopædkirurgisk Plast/brand Ergo/fys	1-2. maj 2009 Maj 2010	Klinikledelse samt lokal kvalitets- nøgleperson	28. maj 2009 Maj 2010
Den store regionale audit <ul style="list-style-type: none"> ▪ 20 lukkede journaler sengeafsnit 	TMK ØNH Øjenklinikken Brystkirurgisk Ortopædkirurgisk Plast/brand	1-2. maj 2009 4-5. november 2009 Maj 2010 November 2010	Klinikledelse samt lokal kvalitets- nøgleperson	28. maj 2009 28. november 2009 Maj 2010 November 2010
HOC fokuserede audits / tracers	Alle klinikker afhængigt af tracer	September/oktober 2009 Februar / marts 2010 Oktober / november 2010	Klinikledelse samt lokal kvalitets- nøgleperson	Oktober 2009 Marts 2010 November 2010

6.2 Oversigt og tidsplan for kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet 2009 - 2011

		2009										
		April	Maj	Juni - Juli	August	September	Oktober	November	December			
HOC strategi- og handleplan godkendes		[Green bar]										
Standarder DDKM frigives					[Brown bar]							
Regional audit 20 lukkede journaler			[Yellow bar: Sengeafsnit]					[Yellow bar: Sengeafsnit]				
Regional audit Kontaktpersonordning					[Pink bar: Indlagte]							
Regional audit Kontaktpersonordning			[Pink bar: Ambulant]		[Pink bar: Ambulant]							
HOC fokuserede tracere / audit					[Green bar: Alle klinikker]							
Klinikspecifikke handleplaner udarbejdes		[Red bar: Klinikledelse, Lokal kval.nøgleperson, HOC kval.koordinator]										
Opfølgning på fremdrift								[Orange bar: Dialogmøder]				
Patientsikkerhedsrunde					[Purple bar: AN/OP]			[Purple bar: ØNH]				
Patientsikkerhedsrunde					[Purple bar: TC]	[Purple bar: TMK]	[Purple bar: ORT.KIR]	[Purple bar: Plast/brand]				
		2010										
		Januar	Februar	Marts	April	Maj	Juni - Juli	August	September	Oktober	November	December
HOC strategi- og handleplan godkendes												
Standarder DDKM frigives												
Regional audit 20 lukkede journaler							[Yellow bar: Sengeafsnit]				[Yellow bar: Sengeafsnit]	
Regional audit Kontaktpersonordning			[Pink bar: Indlagte]					[Pink bar: Indlagte]				
Regional audit Kontaktpersonordning			[Pink bar: Ambulant]			[Pink bar: Ambulant]		[Pink bar: Ambulant]				
HOC fokuserede tracere / audit			[Green bar: Alle klinikker]							[Green bar: Alle klinikker]		
Klinikspecifikke handleplaner udarbejdes												
Opfølgning på fremdrift											[Orange bar: Dialogmøder]	
Patientsikkerhedsrunde		[Purple bar: Ergo/Fys]			[Purple bar: Øjen]							
Patientsikkerhedsrunde		[Purple bar: Brystkir]										

Pernille Langkilde.

H:\Akkreditering 2009\HOC kvalitetsstrategi og handleplan 2009 – 2012.doc

2011											
	Januar	Februar	Marts	April	Maj	Juni - Juli	August	September	Oktober	November	December
HOC strategi- og handleplan godkendes											
Standarder DDKM frigives											
Regional audit 20 lukkede journaler						Sengeafsnit				Sengeafsnit	
Regional audit Kontaktpersonordning		Indlagte					Indlagte				
Regional audit Kontaktpersonordning		Ambulant			Ambulant						
HOC fokuserede tracers / audit		Alle klinikker							Alle klinikker		
Kliniksifikke handleplaner udarbejdes											
Opfølgning på fremdrift										Dialogmøder	
Patientsikkerhedsrunde	AN/OP	TMK	ØNH	Plast/brand				Ergo/Fys	Øjen		
Patientsikkerhedsrunde	TC		ORT.KIR					Brystkir			
Mocksurvey			Forventet								
Akkreditering JCI / DDKM									Forventet		

7.0 HOC Informationsplan

Information til alle medarbejdere i centret er en vedvarende udfordring i forhold til kvalitet og patientsikkerhed. Der informeres dels mundtligt gennem ledelsessystemet via information på centerrådsmøder, kvalitetsrådsmøder og der informeres skriftligt via intranet, nyhedsbrev, informationsbreve samt mødereferater.

Der kommer månedlige informationsbreve fra RH kvalitetssekretariat. Disse udsendes via mail til klinikledelser og kvalitetsnøglepersoner af HOC kvalitetskoordinator.

Derudover udarbejder HOC's kvalitetskoordinator fokuserede informationer til HOC nyhedsbrev ved behov. HOC nyhedsbrev sendes via ledelsessystemet til videreformidling blandt medarbejderne og til ophængning på klinikkernes lokale informationstavler.

På baggrund af erfaringer og tilbagemeldinger fra personalet efter de sidste mock- og akkrediteringssurveys anbefales det, (hvis ikke dette sker på RH-niveau), at der udarbejdes en informationsfolder til personalet i HOC "Værd at vide om akkreditering". I pjecen informeres om:

- Hvordan akkreditering vil foregå (tracermetode samt integrering af DDKM og JCI-standarder)
- Basal viden, som alle medarbejdere skal være bekendt med med henvisning til relevante PVI'er

Pjecen udarbejdes af kvalitetskoordinator i tæt dialog med HOC Råd for kvalitet og patientsikkerhed og med hjælp fra kommunikationsmedarbejderen i HOC. Pjecen udsendes via klinikledelserne / afdelingssygeplejerskerne, som opfordres til at udlevere den til alt personale f.eks. i hvert enkelts dueslag.

Det anbefales, at der forsat anvendes en papirpjece frem for elektronisk format, fordi mange foretrækker at have pjecen i uniformslommen.

7.1 Skitse over skriftlig information

Hvad	Sendes til	Hvornår	Hvordan / Hvem
HOC nyhedsbrev	Ledelsessystemet	Ca. 1 gang / måned	Elektronisk af centerledelsessekretariatet
Informationsbrev (fra Rigshospitalets kvalitetssekretariat)	<ul style="list-style-type: none">▪ HOC Råd for kvalitet og patientsikkerhed▪ Klinikledelser	1 gang / måned når det modtages fra kvalitetssekretariatet	Elektronisk af kvalitetskoordinator
PAS-på (fra Enhed for Patient-	<ul style="list-style-type: none">▪ HOC Råd for kvalitet og patientsik-	Løbende når det modtages fra	Elektronisk af kvalitetskoordi-

sikkerhed)	ker-hed <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klinikledelser ▪ Ledende sekretærer ▪ Afdelings- sygeplejersker 	kvalitetssekretariatet	nator
Vær at vide om akkreditering	<ul style="list-style-type: none"> ▪ HOC Råd for kvalitet og patientsikkerhed ▪ Klinikledelser ▪ Ledende sekretærer ▪ Afdelings- sygeplejersker 	1-2 mdr. før hhv. mock survey og akkreditering.	Elektronisk + Papir

8.0 Referencer og links

Enheden for Brugerundersøgelser 2007: **Indlagte patienters oplevelser i Danmark øst for Storebælt**. Spørgeskemaundersøgelse blandt 43.567 indlagte patienter i Region Hovedstaden og Region Sjælland.

HovedOrtoCentret 2007: **Kontaktpersonordning i HOC**, Centerspecifik PVI af 29.06.2007
<http://130.226.4.138/cms/pvi/publishing.nsf/Content/Kontaktpersonordning+i+HOC>

HovedOrtoCentret 2007: **Smerter, smertescore og Vurdering af smerter i HOC, Dokumentation af**, Centerspecifik PVI af 27.07.2007
<http://130.226.4.138/cms/pvi/publishing.nsf/Content/Smerter%2C+Smertescore+og+Vurdering+af+smerter+i+HOC%2C+Dokumentation+af>

HovedOrtoCentret 2008: **Medicininstruks 01 HOC: Medicinanamnese og ordination af medicin**, Centerspecifik PVI af 12.12.2008
<http://130.226.4.138/cms/pvi/publishing.nsf/Content/Medicininstruks+01+HOC+-+Medicinanamnese+og+ordination+af+medicin+>

HovedOrtoCentret 2008: **Medicininstruks 04 HOC: Administration af medicin**, Centerspecifik PVI af 19.12.2008
<http://130.226.4.138/cms/pvi/publishing.nsf/Content/Medicininstruks+04+HOC+-+Administration+af+medicin>

HovedOrtoCentret 2008: **Medicininstruks 05 HOC: Selvmedicinering og vurdering af administrationsform**, Centerspecifik PVI af 19.12.2008
<http://130.226.4.138/cms/pvi/publishing.nsf/Content/Medicininstruks+05+HOC+-+Selvmedicinering+og+vurdering+af+administrationsform>

HovedOrtoCentret 2008: **Medicininstruks 08 HOC: Medicinudlevering ved udskrivelse af patient, information og vejledning i forbindelse hermed**, Centerspecifik PVI af 19.12.2008
<http://130.226.4.138/cms/pvi/publishing.nsf/Content/Medicininstruks+08+HOC+-+Medicinudlevering+ved+udskrivelse+af+patienter%2C+vejledning+og+information+i+forbindelse+hermed>

HovedOrtoCentret 2008: **Medicininstruks 09 HOC: Uddannelse og ansvarsfordeling ved medicinhåndtering**, Centerspecifik PVI af 19.12.2008
<http://130.226.4.138/cms/pvi/publishing.nsf/Content/Medicininstruks+09+HOC+-+Uddannelse+og+ansvarsfordeling+ved+medicinh%C3%A5ndtering>

H: S 2003: **Ernæringscreening af voksne og brug af ernæringskema**, H: S instruks 1-1, k af 24.04.2003
<http://172.17.1.58/intranet/hs-retning.nsf/0/CA0A7D88DC512DA1C1256E63003FDF1E?OpenDocument>

H: S 2007: **Smertevurdering og smertedokumentation**. (Vejl. 2-2,k), H: S vejledning af 01.10.2007
<http://172.17.1.58/intranet/hs-retning.nsf/0/F6C34C5F312C8495C1256D55004BDD3A>

Region Hovedstaden 2008: **De 5 trin – forvekslingskirurgi – og indgreb – forebyggelse**, Regional vejledning af 06.11.2008
<http://172.17.1.58/intranet/hs-retning.nsf/0/E3D1F9AD8E341739C12574F7004B25F8?OpenDocument&Highlight=2,trin>

Pernille Langkilde.

H:\Akkreditering 2009\HOC kvalitetsstrategi og handleplan 2009 – 2012.doc

Region Hovedstaden 2008: **Dispensering, administration, selvmedicinering og udlevering af lægemidler**. Regional vejledning af 25.11.2008 (Vejledning i høring)

Region Hovedstaden 2008: **Internationale standarder for hospitaler**, 3. udgave januar 2008

Region Hovedstaden 2008: **Kontaktpersoner** (version 1), Regional vejledning af 20.12.2008
<http://172.17.1.58/Intranet/HS-Retning.nsf/0/57C59A7189CEEABEC125752400334E89?OpenDocument>

Rigshospitalet 2008: **Ernæring – Ernæringscreening af børn**, Rigshospitals instruks af 21.02.2008

<http://130.226.4.138/cms/pvi/publishing.nsf/Content/Ern%C3%A6ring+-+Ern%C3%A6ringsscreening+af+b%C3%B8rn>

Rigshospitalet 2009: **Identifikation af patienter før anæstesi og kirurgi undersøgelse – de 5 trin**, Rigshospitals instruks af 16.02.2009

<http://130.226.4.138/cms/pvi/publishing.nsf/Content/Identifikation+af+patienter+f%C3%B8r+an%C3%A6stesi+og+kirurgi+unders%C3%B8gelse+-+de+5+trin>

Rigshospitalet 2009: **Kvalitetsplan 2009 – 2011**

WHO 2008: **Safe Surgery Saves Lives**.

<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>