

Retningslinje for kvalitetssikring av pasientforløpsavtalen

Korttittel: Kvalitetsretningslinjen

Behandlet og godkjent av	Dato	Merknad
Helsefelleskapet Ahus og kommunene		
Helse- og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg	03.06.2021	
Helsefelleskapet for Ahus og bydelene		
Somatikkforum Ahus og bydeler	08.09.2021	

Dokumentinformasjon	
Versjon:	2.0
Eier/revisjonsansvarlig:	Helsefelleskapet Ahus og kommunene ved SU og Helsefelleskapet for Ahus og bydelene
Gyldig fra dato:	3.6.21 (kommunene) og 8.9.21 (bydelene)
Evaluering/revisjon:	Juni 2023

Endringslogg		
Behandlet og godkjent av	Dato	Endringer

Innhold

1	Parter, rettslig grunnlag og formål	3
2	Omfang og forpliktelser	3
3	Områder for kvalitetssikring	3
4	Datainnhenting	4
4.1	Datauttrekk – tall, statistikk mv.....	4
4.2	Alvorlige hendelser	5
5	Bruk av data	5
6	Evaluering og revisjon.....	6
7	Ikrafttredelse og varighet	6

1 Parter, rettslig grunnlag og formål

Retningslinjens parter er Akershus universitetssykehus HF (Ahus) og kommunene og bydelene i opptaksområdet, som Ahus har samarbeidsavtaler med.

Retningslinjen skal ivareta kravet om at det etableres et system for overvåking og etterlevelse av samarbeidsavtaler om helhetlige pasientforløp.

I teksten brukes pasientforløpsavtalen synonymt med de to avtalene og kommuner og bydeler er benevnt som kommune(r).

Formålet med retningslinjen er å bidra til at partene sikrer trygge og helhetlige pasientforløp ved inn-/utskrivning av pasientene med hovedfokus på å ta lærdom av de gode forløpene. Erfaringsdeling og refleksjon skal stå sentralt i det praktiske arbeidet med å etterleve pasientforløpsavtalen.

Retningslinjen skal også bidra til å fremme gode relasjoner og samarbeidsklime mellom partene på alle nivåer, og gjensidig forståelse for hverandres ulike roller og ansvar. I stor grad handler dette om å tilrettelegge kulturen slik at den underbygger forbedringsarbeid. Det vi mestrer godt og har god kontroll på, må vi både sikre at fastholdes samt formidles til inspirasjon og læring for andre. Parallelt må uønskede hendelser avdekkes og håndteres.

2 Omfang og forpliktelser

Retningslinjen omfatter ikke styring og kontroll av partenes egne systemer og arbeid knyttet til den lovpålagt internkontrollen, som er et myndighetsanliggende å følge opp.

Partene forplikter seg til gjennom sine egne rutiner og internkontrollsystemer, å sikre at alle aktuelle ansatte har tilgang til og tilstrekkelig kunnskap om bestemmelsene i pasientforløpsavtalen.

Partene har et selvstendig ansvar for å gjøre arbeidet med forbedring kjent i egen organisasjon og med det bidra til et konstruktivt samarbeid.

3 Områder for kvalitetssikring

Den systematiske overvåkingen skal skje relatert til følgende hovedområder i pasientforløpsavtalen:

- Henvisning og mottak

- Under utredning og behandling (forberedelse til utskriving)
- Utskrivning

Overvåkingen skal også favne de forhold ved poliklinisk behandling og dagbehandling av pasienter, som omfattes av pasientforløpsavtalen.

4 Datainnhenting

All datainnhenting gjøres med formål om å gi partene et grunnlag for forbedring av pasientoppfølgingen og samhandlingen, både internt i egen virksomhet og i det administrative og faglige samarbeidet rundt pasientene.

Ved innsamling og bruk av pasientrelaterte data må lovbestemte krav til personvern og taushetsplikt overholdes.

Det legges opp til to hovedfremgangsmåter for datainnhenting, jfr. kap. 4.1 og 4.2.

Det er opp til Administrativt samarbeidsutvalg (ASU)/Samarbeidsutvalg (SU) og Helsefelleskapet for Ahus og bydelene om det i tillegg skal benytte andre metoder. Dette kan være intervjuer individuelt eller i grupper, brukerundersøkelser, spørreundersøkelser eller historiefortelling.

I tillegg kan det benyttes data ledelsen i kommune/sykehus samler og oppsummerer fra eget melde- og avvikssystem, dersom det vurderes relevant.

4.1 Datauttrekk – tall, statistikk mv.

Det foretas uttrekk fra partenes journal-/datasystemer med fokus på elektronisk kommunikasjon og meldingsutveksling. Dataene skal relateres til ansvar og forpliktelser som følger av pasientforløpsavtalen. I tillegg vil det være aktuelt å benytte relevante offentlig data, for eksempel knyttet til nasjonale kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenesten, pakkeforløp og brukererfaringer i helse- og omsorgstjenesten.

SU/Helsefelleskapet for Ahus og bydelene beslutter hvilke indikatorer som skal måles, og hvilket nivå i virksomhetene det skal måles på. Eksempler på indikatorer er bruk av elektronisk epikrise, meldingsutveksling og bruk av PLO-meldinger, utskrivningsklare pasienter, gjennomført legemiddelsamstemming og gjennomførte samhandlingsmøter i psykisk helsevern.

4.2 Alvorlige hendelser

Uønskede hendelser/avvik knyttet til ansvarsoverføringen mellom Ahus og kommuner, som kunne eller har ført til alvorlig skade på pasient (pasientavvik ved inn-/utskrivning), skal umiddelbart meldes etter at den akutte situasjonen er håndtert, med mindre pasienten motsetter seg at taushetsbelagte opplysninger gis.

- Melding fra kommune sendes per post til: Akershus universitetssykehus HF ved Avdeling kvalitet og pasientsikkerhet, postboks 1000, 1478 Lørenskog.
- Benytt avviksskjema på [Kompetansebroen](#)
- Melding fra Ahus til kommune sendes per post til: Aktuell kommune ved postmottak.
- Benytt avviksskjemaet i P360, jf. EQS prosedyre 34288
- Meldingene skal mottas og håndteres gjennom virksomhetenes egne saksbehandlings- og kvalitetsforbedringssystem
- For å sikre at nødvendige strakstiltak blir iverksatt må det vurderes muntlig dialog på tlf. om hendelsen
- Nærmeste leder skal kontrollere at nødvendig informasjon er påført meldingen
- Den enkelte virksomhet er selv ansvarlig for å ha oversikt over antall mottatte meldinger og kategori/hendelsesforløp

5 Bruk av data

Uttrekk fra datasystemene – tall/statistikk og oversikt over avvik knyttet til ansvarsoverføringen, slik det er beskrevet i pkt. 4.1 og 4.2, skal presenteres for ASU/SU, Helsefelleskapet for Ahus og bydelene og andre etablerte samhandlingsfora/kliniske samarbeidsutvalg.

Arbeidsutvalg for ASU/SU og Helsefelleskapet for Ahus og bydelene skal sørge for at uttrekk som beskrevet i pkt. 4.1 gjennomføres etter hvert tertial, og oversikt over avvik som beskrevet i pkt. 4.2 sammenstilles hvert halvår. Arbeidsutvalgene skal lage opplegg for presentasjon av relevante data i aktuelle samhandlingsfora, samt legge til rette for dialog og refleksjon rundt resultatene.

Ulike måter kommuner og helseforetak kan arbeide sammen for å utvikle gode, helhetlige og funksjonsbaserte pasientforløp:

- I trygge hender 24/7 (tidl. Pasientsikkerhetsprogrammet) – tiltakspakke trygg utskrivning
- Nasjonalt læringsnettverk for gode pasientforløp
- Samhandlingsprosjekter

- Fagråd/Ledersamarbeidsforum (LSF)/dialogmøter/kliniske samarbeidsutvalg
- Spesifikke arbeidsgrupper
- Kompetansebroen
- Strategier/handlingsplaner

[Kunnskapsressurser om trygge pasientforløp på Helsebiblioteket • Kompetansebroen](#)

6 Evaluering og revisjon

Retningslinjen evalueres etter behov. SU/Helsefelleskapet for Ahus og bydelene har ansvar for å gjennomføre evalueringene og eventuelt revidere retningslinjen.

Partene forplikter seg til å gi hverandre fortløpende tilbakemelding dersom det foreligger eller oppstår forhold som bør forbedres underveis.

7 Ikrafttredelse og varighet

Retningslinjen trer i kraft fra den datoen den er godkjent av SU/Helsefelleskapet for Ahus og bydelene, og løper inntil den på ny blir revidert.