



Internrevisjonen

Korridorpasientar i Helse Stavanger

Helse Vest RHF, desember 2015

INNHALD

Målgruppene for denne rapporten er styret og revisjonsutvalet på regionalt nivå, styret i helseføretaket, formelt ansvarlege i administrasjonen på alle nivå og utførande fagfolk. Rapporten er eit offentleg dokument og skal vere tilgjengeleg også for media og andre interesserte. Behova varierer, men her er ei lesarretteiing med to nivå for kor djupt rapporten kan lesast:

1. Innhaldsliste og samandrag
2. Hovudrapporten med fakta, vurderingar og dessutan vedlegg

Samandrag	3
1 Innleiing	4
1.1 Formål og problemstillingar	4
1.2 Revisjonskriterier og metode	4
2 Fakta	6
3 Vurderingar	9
4 Vedlegg	11

SAMANDRAG

Internrevisjonen i Helse Vest har hatt ein gjennomgang av korleis Helse Stavanger har arbeidd med å få bukt med korridorpatientproblematikken, meir spesifikt om det sett utanfrå ligg moglegheiter som ein ikkje har vurdert, og om der er tiltak som tidlegare er vedtekne som ikkje er gjennomført.

Vi har innhenta skriftleg dokumentasjon og hatt møter på fleire nivå og med tilsette ulike roller.

Internrevisjonen sin hovudkonklusjon er at Helse Stavanger har arbeidd systematisk med oppfølging av det vedtak som Helse Vest gjorde i 2014 om å få slutt på korridorpatientar i helseføretaka. Føretaket har oppnådd svært gode resultat gjennom 2015 og synest å vere i posisjon til endeleg å lukkast. Vi har ingen særlege tilrådingar til helseføretaket.

1 INNLEIING

1.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGAR

Tema for denne rapporten er forankra i Plan for internrevisjon 2015-2016, vedteken av styret i Helse Vest RHF.

Det har gjennom svært mange år vore ei utfordring for Helse Stavanger å unngå at pasientar blir liggjande i sjukehuset sine korridorar før, under eller etter behandling. Revisjonsprosjektet har hatt som formål å sjå korleis Helse Stavanger arbeidar med å få bukt med korridorpatientproblematikken.

Prosjektet kom i stand etter initiativ frå helseføretaket sjølv. Leiinga ønska eit eksternt blikk inn i det arbeidet som føretaket sjølv driv med, for å sjå om alle moglegheiter er nytta. Internrevisjonen la i sitt prosjektmandat, førelagt for revisjonsutvalet i mars 2015, opp til også å sjå etter om føretaket har gjennomført dei tiltaka som er vedtatt tidlegare.

1.2 REVISJONSKRITERIER OG METODE

Revisjonskriterier er krav eller forventningar som brukast for å vurdere funna i undersøkingane. Revisjonskriterier skal vere grunna i, eller utleda av, autoritative kjelder innanfor det reviderte området, f.eks. lovverk og politiske vedtak. I dette prosjektet har vi lagt ei styresak i RHF-styret til grunn.

I sak 071/14 «Tiltak for å avvikle korridor plassar» fikk RHF-styret seg førelagt ein rapport frå eit prosjekt som lanserte til saman 12 tiltakspunkt for betring av denne problematikken i Helse Vest.

Styret vedtok:

1. Helse Vest ønskjer med dette arbeidet å avvikle bruken av korridorsenger.
2. Oppfølging av punkta vil vere eit leiaransvar i kvart helseføretak.

Implisitt i vedtaket ligg at styret slutta seg til dei anbefalte tiltak. Desse var av to typar. Nivå ein bestod av fire anbefalte tiltak for lik registrering:

1. Kvart HF skal sikre sanntidsregistrering i DIPS.
2. Elektronisk rapportering av korridorpatientar skal nyttast, manuelle teljerutinar må avviklast.
3. Innføring av ein forenkla og felles praksis for namngjeving og bruk av senger – ein skal ha like namnstandarar og felles definisjonar og omgrep i Helse Vest.

4. Helseføretaka bør innføre verktøyet/webløysinga «ledige senger» som vert brukt i Helse Bergen.

Det var tilkjennegitt at punkta 3 og 4 krevde eit samarbeid mellom helseføretaka og Helse Vest IKT, samt RHF-et. Vidare blei følgjande ni punkt lagt fram som eit ansvar for det enkelte helseføretak, og hadde som mål å avvikle bruken av korridorsenger:

5. Helse Vest RHF innfører nulltoleranse for korridorpasientar.
6. Helseføretaka må sørge for ei haldningsendring i forhold til tidligare praksis og aksept.
7. Helseføretaka må sørge for eit overordna leiaransvar for korridorproblemet.
8. Bruk av standardiserte, kunnskapsbaserte pasientforløp for og optimalisera utgreiing og behandlingsforløp, vil kunne gje ein reduksjon i liggetid og dermed også bidra til å avvikle korridorpasientar.
9. Betre samhandling med primærhelsetenesta med god kommunikasjon og kompetansedeling.
10. Endra omsorgsnivå om mulig, frå døgn til dag, bruk av hotell m.m.
11. Om nødvendig vurderer ei omfordeling av senger internt i sjukehusa.
12. Kvart helseføretak må sørge for enkel tilgjengelig og oppdatert oversikt over ledige senger i sjukehuset og at denne vert nytta aktivt.

Sjølv om styrevedtaket gjeld heile føretaksgruppa, har internrevisjonen i dette prosjektet avgrensa omfanget til Helse Stavanger, jf. revisjonsplanen. I dialog med føretaksleinga har vi primært sett på Medisinsk divisjon.

Internrevisjonen har bedt helseføretaket om ei skriftleg tilbakemelding på punkta i styresaka. Dette har vi gjennomgått og sett i samanheng med annan skriftleg informasjon og intervju med tilsette på ulike nivå, i fleire avdelingar og med ulike funksjonar. Informasjonsinnsamlinga har primært gått føre seg hausten 2015, etter at helseføretaket sitt korridorprosjekt har fått virke eit drygt halvår.

Vår samla vurdering er at metodebruk og kjeldetilfang har gitt eit tilstrekkelig grunnlag til å svare på formålet med prosjektet og problemstillingar.

2 FAKTA

Det var ei relativt omfattande liste med punkt etter eit regionalt prosjektarbeid i 2014, og som låg til grunn for styrevedtaket i Helse Vest.

Internrevisjonen har bedt Helse Stavanger om ei skriftleg tilbakemelding med status på føretaket si oppfølging av desse tiltaka. Vi har valt å inkludere heile denne tilbakemeldinga i vedlegg til rapporten og vil derfor i denne delen berre knytte nokre overordna kommentarar til denne og våre øvrige funn. Vi sorterar oppsummeringa etter punkta i Helse Vest sitt vedtak.

Punkta 1 til 4 og 12 i Helse Vest si tiltaksliste:

Her er det utvikla ei felles elektronisk løysing for føretaka som òg er tatt i bruk av Helse Stavanger. Rapporten ligg lett tilgjengeleg på føretaket sitt intranett. Innhaldet har utvikla seg gjennom året og ser i november ut som i figuren under.

Figur 1 – Augneblinkbilete av nettrapporten «Ledige senger somatisk sektor – Helse Stavanger». Kun øvste del er her tatt med.

Sted	Senger til bruk	Belegg på rom	Korridor	Ledige	Hotell	Permisjon	Uten seng	Intensiv	Tlf.nr post
Helse Stavanger samlet	601	501	26	95	6	14	51	8	
Akuttmottak									
▣ Akuttmottak MO				0			25		
Avdeling Barne- og ungdomsklinikken									
▣ Akutt og onk. barnepost 3E	11	7		4					51 51 84 79
▣ Generell barnepost 4D	14	14		0		3	1		
▣ Nyfødt intensiv 3D	21	10		11					51 51 84 64
Avdeling for blod- og kreftsykdommer									
▣ Hematologisk post 2K	20	19	5	0					51 51 90 50
▣ Onkologisk post 1K	20	19	4	0		1			90 04 45 41

Tilbakemeldinga internrevisjonen får er i hovudsak at rapporten er god. Den blir oppdatert kvart 10. minutt, den er påliteleg, og den synleggjer belegget på kvar enkelt avdeling og post. Som vi ser var det på akkurat dette tidspunktet 26 pasientar som låg på korridor, medan det var 95 ledige sengeplassar totalt.

Internrevisjonen får høyre at rapporten blir nytta svært aktivt i medisinsk divisjon, mens ein i kirurgisk divisjon legg mest vekt på anna informasjonsgrunnlag.

Punkta 5 – 7 i Helse Vest si tiltaksliste:

Dette var punkt som gjekk på leiings- og haldningsdimensjonane knytt til korridorproblematikken.

Her kjem det i internrevisjonen sitt materiale tydeleg fram at det er arbeidd godt med å forankre arbeidet på føretaksnivå. Styret er involvert og blir orientert, administrativ leiing har etablert eit fellesprosjekt og fleire delprosjekt for å løyse opp i problematikken på kort og lang sikt.

Lenger ned i organisasjonen møter vi ei forsterka orientering der fagfolk vert utfordra til å analysere kvifor andre sjukehus har kortare liggetider for dei ulike pasientkategoriane, korleis dei kan handtere pasientsikkerheit i lys av korridorpasientproblematikken, og korleis dei kan justere etablerte pasient- og behandlingsforløp slik at dei unngår overbelegg og dermed risiko for korridorpasientar. Tillit til at ein sjølv og andre gjer jobben, har vært eit viktig stikkord blant dei vi har møtt.

Punkta 8-11 i Helse Vest si tiltaksliste:

Desse gjekk på pasient- og behandlingsforløp, samarbeid med primærhelsetenesta og revurdering av sengefordelinga på sjukehuset.

Det prosjekt føretaket har utvikla gjennom 2015 har hatt ei rekke tiltak på dette feltet. Det vil føre for langt å gå inn på alt. Her er nokre stikkord:

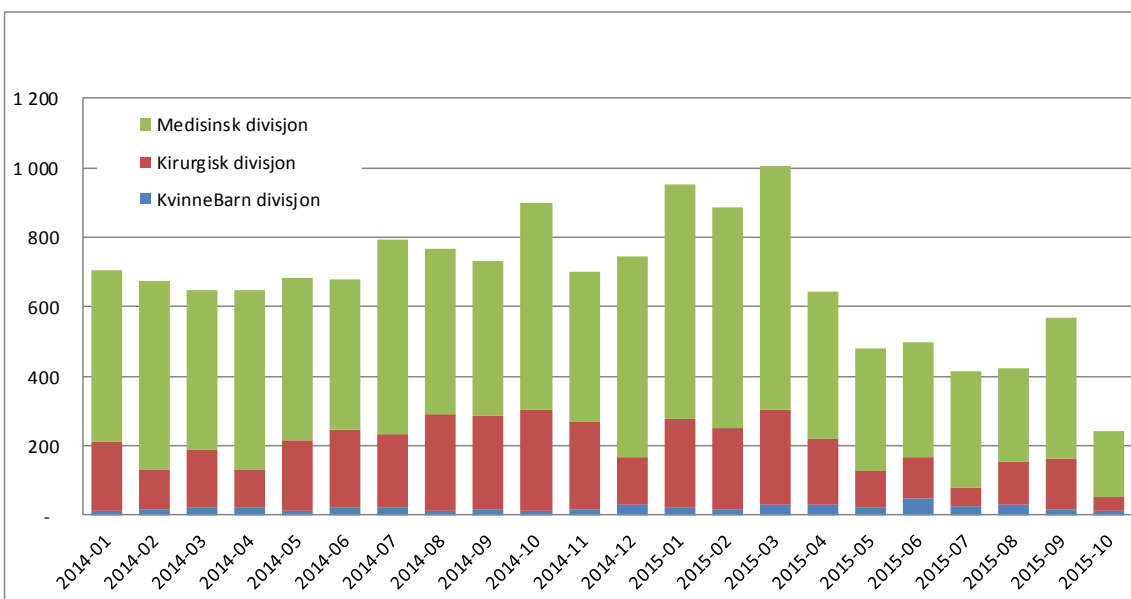
- Plan for høg aktivitet skal sikre trygge og føreseielege handlingar gitt høgt belegg. Intranettrapporten gir oversikt, beslutningsmøter (tavlemøter) blir brukt aktivt i den pasientnære planlegginga, pasientkoordinator følger opp alle einingane med sikte på å unngå korridor, og det blir gitt kurs i klinisk leiing i team.
- Sengene i akuttmottaket blir brukt som buffer for sengepostane på avdelingane, ein søker i mottaket å avklare betre om pasientar faktisk treng innlegging eller om dei kan komme att neste dag, ein styrker kompetansen i fyrstelinetenesta, og etablerer triage-lege vaktlag.
- Av strukturelle forhold siktar ein mot betre samarbeid med kommunane om KØH-plassar og utskrivingsklare pasientar, ein arbeidar for auka bruk av pasienthotellet, og frå januar 2016 opnar det nye Diagnostisk senter.

Resultatet som er oppnådd i føretaket:

Her skal vi ta inn to figurer som viser korleis utviklinga i talet på korridorpasientar har vært ved somatiske divisjonar i Helse Stavanger sidan januar 2014.

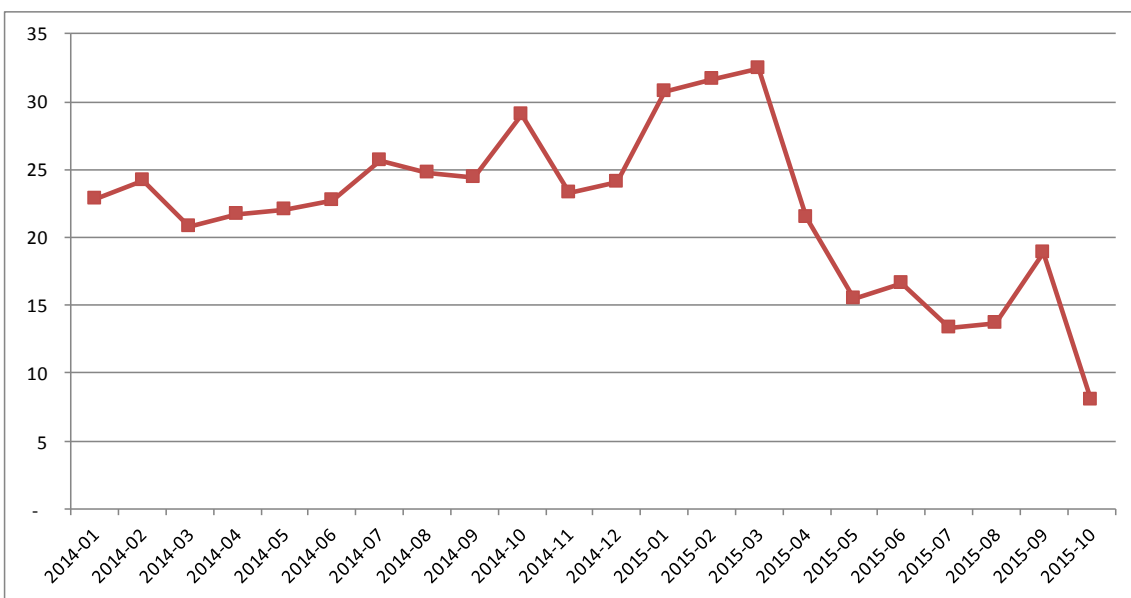
Den første figuren viser dei tre divisjonane Kvinne-Barn, Kirurgisk og Medisinsk i stabla søyler per månad. Vi tek visse forbehold om at nokre små einingar ikkje er inkludert.

Figur 2 – Talet på korridorpasientar ved somatiske divisjoner på SUS 2014-2015 (Kjelde: Helse Stavanger)



Vi ser her klare og over tid konsistente skilnader mellom divisjonane. Den neste figuren viser gjennomsnittet per dag for dei same divisjonane.

Figur 3 - Korridorpasientar i snitt per dag (Kjelde: Helse Stavanger)



Begge figurane viser at det var ei svak auke gjennom 2014 og ut på vinteren 2015, med ein topp i mars 2015. Utviklinga sidan visar ein markert reduksjon og foreløpige tal for november underbygger dette.

Alle vi har møtt i helseføretaket tolkar utviklinga i 2015 som eit resultat av dei tiltaka som er sett i verk.

3 VURDERINGAR

Helse Stavanger har lukkast i å bringe ned talet på korridorpatientar vesentleg sidan toppen i mars 2015. Føretaksleiinga og våre informantar elles i organisasjonen opplever det slik at den tilnærminga som ein valde i prosjektarbeidet våren 2015 og som er blitt følgt opp og styrka gjennom året, er årsaka til denne utviklinga.

Internrevisjonen har ikkje funne indikasjonar på at det ikkje er tilfelle.

Problematikken knytt til korridorpatientar er likevel ikkje løyst. Dei siste tala vi har motteke viser at ein er nede på en tredjedel av nivået i 2014, og enda meir sidan mars 2015. Det var framleis 240 korridorsenger i somatiske divisjonar i oktober 2015, eller i snitt 8 kvar dag.

Det er grunn til å tro at arbeidet særleg i Medisinsk divisjon har positive effektar for både effektivitet og pasientsikkerheit – i tillegg til å gi betre trivsel for medarbeidarane. Det er vidare grunn til å tro at dersom føretaket held fram med det positive arbeidet, i kombinasjon med ønska effekt av dei planlagde nye tiltaka (mellom anna Diagnostisk senter), så vil føretaket lukkast i å ta ned talet på korridorpatientar ytterlegare.

Derimot er det uvisst om ein vil lukkast fullt ut, og det kan vere grunn til å vere aktsam på at ikkje suksessen med å nesten bli kvitt problemet blir ei kvilepute – før målet blir nådd. Internrevisjonen vil i det perspektiv kort drøfte to tema: Pasienthotellet og IGP, og omfordeling av senger.

Ein har tidlegare hatt eit opplegg knytt til «interne gjestepasientar» (IGP) der ledig sengekapasitet i ein divisjon, skal kunne bli nytta av annan divisjon med så stort midlertidig overbelegg at det kan medføre korridorpatientar. I praksis har det vært einingar i Medisinsk divisjon som har brukt ordninga. IGP-ordninga har møtt stor motstand på sjukehuset og vi får opplyst at den heller ikkje har fungert godt nok. Følgjeleg har bruken blitt sterkt redusert i løpet av 2015.

Redusert bruk kjem òg som følgje av eit bevisst val om å først utvikle metodar som sterkt reduserer eller fjernar behovet for å flytte pasientar til andre divisjonar. Internrevisjonen får opplyst at det går rimeleg greitt å flytte pasientar mellom sengepostar internt i divisjonane, men ikkje på tvers. Fleire peiker på at det handlar om tillit. Kort sagt tillit til at Medisinsk divisjon (særleg) ryddar i eigen organisasjon først. Det er dette som er blitt prioritert i det pågåande korridorprosjektet.

Bruk av ledig sengekapasitet på tvers av divisjonane har òg møtt på ein del faktiske utfordringar. Fleire har peikt på at den avdelinga som har pasientar i andre divisjonar, ikkje har klart å organisere legevisitten godt nok. Desse pasientane vert det hevda blir nedprioritert og risikerer å få legevisitt først langt på dag, mellom anna med den følgje

at sjukehusopphaldet kan bli forlenga. Det vert òg rapportert at seleksjon av pasientar som skal flyttast i enkelte tilfelle har vært sviktande, slik at dei krev annan kompetanse enn den pleiepersonalet på mottakande avdeling sit med. Slike opplevingar slit på tilliten mellom avdelingane og har medført eit dårleg rykte for ordninga. Noko av det same gjeld for bruken av pasienthotellet, som fleire meiner framleis har eit uutnytta potensiale. Det er enklare å ha pasienten på eigen korridor enn å måtte oppsøke han i ei anna avdeling eller eit anna bygg.

Det kan vere grunn til å tro at ledig sengekapasitet i andre divisjonar fortsatt vil måtte tas i bruk på sjukehuset sjølv om ein skulle kome enda lengre ned i talet på korridorpasientar. Av den grunn bør ein sjå nærare på arbeidsleiinga, korleis ein prioriterer visitane, korleis ein kan velje ut dei rette pasientane og korleis ein kan senke skuldrene hjå pleiepersonalet i mottakande avdelingar.

Det andre temaet går rett og slett på omfordeling av senger. Dersom ein ikkje kjem heilt i mål med interne aktivitetar, at ein heller ikkje klarer å utnytte ledig kapasitet i andre divisjonar godt nok, så bør ein sjå om det er sengefordelinga som bør justerast. Behova vil vere i endring i fleire divisjonar, fast eller i ekstremperiodar, og eit blikk på dette vil vere ein ytterligare veg å gå. I det prosjektet Helse Stavanger no har utvikla, har føretaket valt å utsetje ein slik diskusjon. Samstundes var det eit av dei punkta som vart nemnde eksplisitt i Helse Vest-rapporten frå 2014.

Internrevisjonen sin hovudkonklusjon er at Helse Stavanger har arbeidd systematisk med oppfølging av det vedtak som Helse Vest gjorde i 2014 om å få slutt på korridorpasientar i helseføretaka. Føretaket har oppnådd svært gode resultat i gjennom 2015 og synes å vere i posisjon til endeleg å lukkast. Vi har ingen særlege tilrådingar til helseføretaket.

4 VEDLEGG

Om internrevisjon

Internrevisjonen skal på vegner av styret i Helse Vest RHF overvake og bidra til forbedringar i føretaksgruppa si verksemdstyring, risikostyring og internkontroll. Vi baserer vårt arbeid på [NIRE/IIA](#) sine internasjonale standardar for profesjonell utøving av internrevisjon. Les meir på [helse-vest.no](#).

Internasjonal definisjon av internrevisjon: "Internrevisjon er en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon som har til hensikt å tilføre merverdi og forbedre organisasjonens drift. Den bidrar til at organisasjonen oppnår sine målsettinger ved å benytte en systematisk og strukturert metode for å evaluere og forbedre effektiviteten og hensiktsmessigheten av organisasjonens prosesser for risikostyring, og kontroll og governance."

Denne rapporten er utarbeidd av leier for internrevisjonen, Bård Humberst. Internrevisjonen har i dette prosjektet henta inn ekstern sakkyndig bistand frå avdelingssjef Einar Husebye frå Vestre Viken HF for deltaking i enkelte av intervjuet og for samtalar undervegs.

Skriftleg tilbakemelding frå Helse Stavanger

Internrevisjonen har mottatt ei skriftleg tilbakemelding frå helseføretaket og inkluderer heile her.

Tiltak for å avvikle korridorpasser

Helse Stavanger HF sammendrag av arbeidet med oppfølging av styringssignal og vedtak med referanse til sak 071/14 «Tiltak for å avvikle korridorpasser» i RHF-styret.

Innledning

Det ble vedtatt 12 tiltakspunkt for bedring av denne problematikken i Helse Vest der følgende ni punkter (5 – 12) ble lagt fram som et ansvar for det enkelte helseføretak, og hadde som mål å avvikle bruken av korridorsenger:

5. Helse Vest RHF innfører nulltoleranse for korridorpasser
6. Helseføretaka må sørge for ei haldningsendring i forhold til tidligare praksis og aksept.
7. Helseføretaka må sørge for eit overordna leiaransvar for korridorproblemet.
8. Bruk av standardiserte, kunnskapsbaserte pasientforløp for og optimalisera utgreiing og behandlingsforløp, vil kunne gje ein reduksjon i liggetid og dermed også bidra til å avvikle korridorpasser.
9. Betre samhandling med primærhelsetenesta med god kommunikasjon og kompetansedeling.
10. Endra omsorgsnivå om mulig, frå døgn til dag, bruk av hotell m.m.
11. Om nødvendig vurder ei omfordeling av senger internt i sjukehusa.
12. Kvart helseføretak må sørge for enkel tilgjengelig og oppdatert oversikt over ledige senger i sjukehuset og at denne vert nytta aktivt.

Det ble lagt til at «Oppfølginga av tiltaka må forankrast i leiinga og i styret i det einskilde helseføretaket.»

Helse Stavanger HF oppfølging

Det er igangsatt en omfattende prosess for å adressere utfordringen med korridorpasser i foretaket. Administrerende direktør ser alvorlig på utviklingen og ser behov for et bredt spekter av tiltak. For å komme frem til varige løsninger er det avgjørende at kompleksiteten i utfordringen belyses i sin helhet. Foretaket har derfor foretatt en bred gjennomgang av utfordringen og iverksatt flere tiltak med et mål om å få til en betydelig reduksjon i løpet av inneværende år. Helse Stavanger HF har opprettet en prosjektgruppe med ansvar for å overvåke gjennomføring av tiltakene slik de er beskrevet i styresaken. Videre skal prosjektgruppen koordinere og følge opp / være pådriver i gjennomføringen av tiltak for å unngå korridorpasser. Det ble også oppnevnt en styringsgruppe for prosjektet med fagdirektør Sverre Uhlving som leder. Prosjektgruppen ble oppnevnt med deltakere fra medisinsk og kirurgisk divisjon med medisinsk fagsjef i MOBA, Øystein Evjen Olsen, som leder.

Foruten arbeidet med å følge opp eksisterende og nye tiltak har også ledelsen ved Helse Stavanger HF besluttet at korridorpasienter blir satt opp som et overordnet styringsmål for foretaket. Det er gjennomført to risiko- og sårbarhetsanalyser i løpet av 2015. Disse foreligger i egen rapport om ønskelig.

Prosjektgruppen strukturerer arbeidet etter 3 hovedlinjer:

1. Bedre bruk av spesialisthelsetjenesten (som ledd i å sikre at riktig pasient bruker tjenesten)
2. Bedre kliniske beslutningsprosesser (som ledd i å forbedre kvalitet og pasientflyt mot utskrivelser)
3. Oversikt over nye tilbud / omfordeling av ressurser (som ledd i å tilpasse ressursfordelingen til behovene)

Prosjektets mandat er spesielt knyttet til å følge opp tiltak under punkt 1 og 2 og komme med innspill om mulige tiltak under punkt 3. Tiltakene blir gruppert etter konseptstrukturen over og deretter beskrevet ytterligere med ansvarlige for tiltaket. Oversikten over tiltak inneholder også tiltak beskrevet i rapporten fra Helse Vest RHF fra mai 2014.

Prosjektgruppen følger nøye med progresjon i alle tiltakene, med prioritet på tiltak som forventes å ha større effekt. Det er satt opp indikatorer som prosjektet bruker til å måle overordnet effekt. Disse er (månedlige tall):

1. Antall korridorpasienter per post.
2. Andel pasienter innlagt KØH plasser i kommunene
3. Beleggsprosent per post
4. Liggetid per post
5. Andel pasienter ferdigbehandlet i mottak per avdeling (utskrevet fra mottak)

Tiltak

Etter en samlet vurdering av sannsynlig effekt har prosjektgruppen prioritert å følge opp følgende tiltak i perioden januar til oktober 2015:

I. Bedre bruk av spesialisthelsetjenesten

1. Økt bruk av KØH plasser i kommunene.
 - a. Selv om foretaket ikke har direkte innflytelse på bruk av KØH plasser, har det vært viktig å identifisere samhandlingsarenaer der foretaket jevnlig diskuterer problemstillingen sammen med andre aktører, og tilbyr justering av samhandlingsrutiner for å tilrettelegge for god og effektiv bruk av KØH plasser i kommunene.
 - b. Det er fra medio oktober 2015 ansatt en «Samhandlingslege»(erfaren allmennlege) i akuttmottak med ansvar for å tilrettelegge for bedre dialog og samhandling mellom kommune, fastlege og foretak, med særlig fokus på bruk av KØH senger.
2. Fokus på utskrivningsklare pasienter
 - a. Det er ansatt 2 praksiskonsulentsykepleiere (20%) med ansvar for utvikling og bedring av samhandlingsrutiner rundt utskrivningsklare pasienter. De har spesielt fokus på tilbudet i kommunene til pasienter som har hyppige reinnleggelser i sykehuset. Det er i tillegg opprettet 2 mindre stillinger i kirurgisk og medisinsk divisjon (20%) med samme formål.

II. Bedre kliniske beslutningsprosesser

1. Kurs i Klinisk ledelse i team
 - a. Kurset har siden oktober 2013 utdannet 83 leger og sykepleiere til bedre å kunne lede kliniske prosesser i akuttmottak og post. Dette er gjennomført i nært samarbeid med SAFER og Universitetet i Stavanger. Dette tiltaket ble presentert under pasientsikkerhetskonferansen til Helse Vest i september 2015.
2. Plan for høy aktivitet i alle poster og avdelinger.
 - a. Plan for høy aktivitet har som mål å etablere en felles forståelse blant alle aktørene på post, avdeling og divisjonsnivå om pasientsikkerhet, særlig relatert til beleggs nivå og håndtering av høy aktivitet i posten. Verktøyet gir beslutningstøtte til ledere på post, avdeling og divisjonsnivå i perioder med høy aktivitet. Det bidrar også til bedre flyt av pasienter mellom divisjoner. Verktøyet er utarbeidet av 33 poster i alle somatiske divisjoner. Hver post har identifisert indikatorer, nivågrenser og tiltak som skal iverksettes på hvert nivå etter

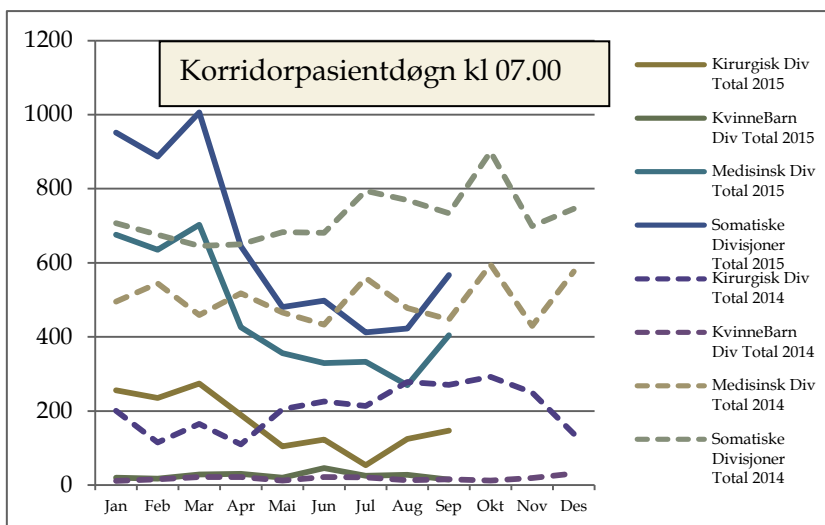
- hvert som aktiviteten øker. Tiltaket iverksettes gradvis fra 2 november 2015 etter egen gjennomføringsplan.
3. Beslutningsmøte (tavlemøte) i alle poster og avdelinger Medisinsk divisjon.
 - a. Medisinsk divisjon har, gjennom egne arbeidsgrupper i hver seksjon / post, utviklet en sjekkliste for hver post som identifiserer viktige kontrollpunkter for hver pasient på posten. Det bekreftes at pasienten følges opp klinisk og at det er progresjon for utredning, behandling og utreise for hver pasient. Denne sjekklisten gjennomgås daglig. Dette tiltaket er iverksatt i flere medisinske poster og planlegges innført på alle sengeposter i medisinsk divisjon i løpet av 2015.
 4. Bedre IKT verktøy og samkjørte definisjoner (Se Helse Vest rapport).
 - a. Det er utviklet en oversikt over «ledige senger» på intranett etter mal fra Helse Vest. Det arbeides videre med å etablere felles definisjoner av permisjon og hotell pasienter i en egen arbeidsgruppe.
 5. Etablering av Triage-lege vaktlag.
 - a. Legebemanningen på vakt er tidligere styrket (både med kompetanse og antall leger) i flere omganger i medisinsk divisjon.
Det ble den 19de oktober innført et eget vaktlag på medisinsk divisjon plassert helt fremst i møte med pasienten i akuttmottaket. Det forventes at denne fremskutte kompetansen bidrar til raskere utredning og behandling av pasienten. Det forventes videre økt kompetanse til å ferdigbehandle pasienter og redusere innleggelser videre til postene.

III. Nye tilbud og omfordeling av ressurser

1. Fra Døgn til Dag
 - a. Medisinsk divisjon har etablert et poliklinisk tilbud for pasienter som ankommer akutt-mottak og som kan ferdigbehandles dersom de kan følges opp på en poliklinikk etter noen dager. Tilbudet gjelder også pasienter som kan skrives ut tidligere med kontroll på en poliklinikk.
2. Diagnostisk post - etablering av 14 senger i MOBA – bygget
 - a. Denne posten tilfører MOBA 14 senger fra 1.1.2016. Posten vil ha som formål å identifisere pasienter som har behov for tverrfaglig utredning av uavklarte tilstander. Gjennom etablering av faste avtaler med flere spesialiteter og radiologisk avdeling forventes det at posten vil bidra til raskere utredning og behandling, og avlaste andre spesialposter for en pasientgruppe som ellers krever mye ressurser.
3. Stolkroken MOBA
 - a. Det er i akuttmottaket etablert en avdeling med stoler. Disse erstatter senger og retter fokus på pasienter som ikke behøver å sykeliggjøres unødvendig. Det forventes at dette fører til raskere utredning og økt ferdigbehandling i akuttmottaket. Det har i tillegg en gunstig effekt på liggetid og kvalitet for hele oppholdet, også for pasienter som blir innlagt videre til spesialposter.

Status

Som det fremgår av den grafiske fremstillingen har det vært en betydelig nedgang i antall **korridorpatientdøgn** i 2015 sammenlignet med 2014. Årsakene til nedgangen er sammensatt der det ikke er lett å peke på ett enkelt tiltak som har bidratt til denne nedgangen. Det er sannsynlig at foretakets overordnede fokus på utfordringen, i kombinasjon med de enkelte tiltak, har bidratt til at den enkelte aktør i større grad tar mer ansvar og bidrar til bedre kliniske beslutninger for å unngå korridorpasienter i avdelingene. Det er sannsynlig at økt fokus på ferdigbehandling i akuttmottaket (Døgn til Dag og Stolkroken), oversikt over ledige senger i avdelingen og tydelig avdelingsledelse har vært avgjørende faktorer så langt.



Ytterligere tiltak med forventet stor effekt er i ferd med å bli implementert høsten 2015. Evaluering av effekt forventes til første kvartal 2016. Dette gjelder særlig tiltakene beskrevet under *Bedre kliniske beslutningsprosesser*.

Det er viktig å påpeke at bruk av KØH i kommunene fremdeles er langt under forventet nivå, både med henblikk på beleggsprosent og liggetid. Tallene antyder at sengene ikke brukes i tilstrekkelig grad, og at de pasientene som blir lagt inn ikke er i riktig kategori ettersom de blir liggende lenge. Jæren ØH senter er et unntak når det gjelder liggetid.

Det har i denne perioden vært økende antall pasienter gjennom akuttmottaket, sammenlignet med foregående år. Samtidig har foretaket lyktes i å ferdigbehandle flere pasienter i akuttmottaket.

For ytterligere beskrivelse av andre indikatorer henvises til vedlegg 1.

Nærmere beskrivelse av underpunktene i Helse Vest styresak:

Punkt 5: Helse Vest RHF innfører nulltoleranse for korridorpasienter

Som ledd i den overordnede strategien for Helse Vest RHF vedtok Helse Stavanger HF den 6 november 2014, i styresak 77/14 B *Korridorpasienter i Helse Stavanger HF* følgende:

- Styret tar saken om foretakets arbeide med å unngå korridorbelegg til etterretning
- Styret forutsetter at arbeidet prioriteres høyt av alle ledere i foretaket, og at tiltakspakken justeres dersom den ikke synes tilstrekkelig til å nå målet
- Styret ber om at fremdrift og resultater fremlegges for styret som en del av den ordinære rapporteringen til hvert styremøte i 2015.

Punkt 6. Helseføretaka må sørge for ei haldningsendring i forhold til tidligare praksis og aksept.

Dette punktet er blitt spesielt tatt hensyn til i arbeidet med å redusere og avvikle korridorpasienter i foretaket. Særlig tiltakene rettet mot bedre kliniske beslutningsprosesser har som utgangspunkt å få til en bred involvering og et dypt eierskap til målsetningen med prosjektet. Det er lagt særlig vekt på å forankre dette arbeidet i gjeldende pasientsikkerhetsteori og evidens, med fokus på kvalitet – både i forhold til klinikk og progresjon på postene. Kurs i Klinisk ledelse i team er et prosjekt som går i dybden på konsekvensene høy beleggsprosent og korridorpasienter har på operasjonelle verdier som kvalitet, responsivitet, effektivitet og tillit. Gjennom dette kurset har sentrale aktører i avdelingene hatt anledning til å reflektere rundt egen rolle som klinisk leder. Også prosessene omkring utviklingen av Plan for høy aktivitet og Beslutningsmøter tar utgangspunkt i hvilke holdninger, praksis og aksept for pasientsikkerhet og samarbeid som må til for å løse utfordringene i avdelingene. Tiltakene har også inkludert svært mange deltakere i utviklingsprosessene. Plan for høy aktivitet er gjennomført i møte med 33 poster, der avdelingssykepleiere, assisterende avdelingssykepleiere, seksjonsoverleger, overleger og andre aktører har samlet seg om utarbeidelsen av en plan for egen post og høy aktivitet. Til sammen rundt 120 ansatte har vært med i utviklingen av planene. I tillegg til rundt 15 fasilitatorer har 86 ansatte blitt opplært som superbrukere av planen. Ledergruppene på alle nivåer i de tre somatiske divisjonene (KvBarn, Med, Kir) har vært involvert. Tilsvarende har også ledelsen ved Intensiv avdeling, OBA, Akuttmottak og Akutt poliklinikk vært med i prosessen. I tillegg er andre avdelinger som FFU, IT og Analyseavdelingen også involvert.

Beslutningsmøtene (tavlemøter) er utviklet med utgangspunkt i en felles workshop for alle leger, avdelingssykepleiere og assisterende avdelingssykepleiere ved Medisinsk divisjon. Alle poster arbeider videre med prosessene i bredt sammensatte team på hver post.

Det er derfor svært mange ansatte fra alle nivåer og i tverrfaglige team som har vært med i disse prosessene som igjen gir grunnlag for holdningsendring og endringer i praksis og aksept blant disse aktørene.

Punkt 7. Helseføretaka må sørge for eit overordna leiaransvar for korridorproblemet.

I tillegg til nevnte styrevedtak på foretaksnivå, er arbeidet organisert som et eget prosjekt internt i foretaket. Dette ledes av en egen styringsgruppe der alle divisjonsdirektører, hovedtillitsvalgt og hovedverneombud er inkludert. Styringsgruppen er ledet av fagdirektøren. Prosjektgruppen er sammensatt av avdelingsledere i de aktuelle avdelingene med særlige korridorpasient utfordringer.

Punkt 8. Bruk av standardiserte, kunnskapsbaserte pasientforløp for og optimalisera utgreiing og behandlingsforløp, vil kunne gje ein reduksjon i liggetid og dermed også bidra til å avvikle korridorpasientar.

Det er kontinuerlig fokus på å implementere nasjonale retningslinjer for behandlingsforløp i foretaket. I dette prosjektet har det vært et særskilt fokus på å identifisere forløp relatert til spesifikke diagnoser (DRG), der liggetiden for disse forløpene er sammenlignet med nasjonale gjennomsnitt og med foretak Helse Stavanger HF kan sammenligne seg med. Disse analysene har vist at Helse Stavanger for mange DRG-grupper har tydelige lengre liggetid enn landsgjennomsnittet. Denne oversikten har gitt grunnlag for

en gjennomgang av liggetiden og pasientforløpet til disse pasientgruppene. Analyseavdelingen har et nært samarbeid med flere kliniske seksjoner i dette arbeidet.

Punkt 9. Betre samhandling med primærhelsetenesta med god kommunikasjon og kompetansedeling.

Som det fremgår av oversikten over tiltak, er tiltak rettet mot samhandling med kommunene høyt prioritert i dette prosjektet. Samhandlingsutvalget og fagråd for delavtale 4 mellom kommunene og foretaket har vært arenaer der utfordringene har blitt jevnlig diskutert. Det arbeides også med å utvikle en forskningsprotokoll omkring problemstillingen knyttet til bruk av KØH ved Jæren ØH senter i regi av fagråd for delavtale 9. Også praksiskonsulent utvalget har engasjert seg i problemstillingen i sitt arbeid. Det er fra mai 2015 på prosjektmidler ansatt 2 praksiskonsulenter sykepleiere(a 20%) som har spesielt fokus på utskrivningsklare pasienter og pasienter som har hyppige reinnleggelser. Videre er det fra medio oktober 2015 ansatt i 80% en erfaren allmennpraktiker som samhandlingslege i mottak. Han skal ha spesielt fokus på om pasientene som innlegges kan få et like godt eller bedre tilbud i kommunene, spesielt i KØH-senger.

Punkt 10. Endra omsorgsnivå om mulig, frå døgn til dag, bruk av hotell m.m.

Det er i akuttmottaket etablert en avdeling med stoler. Disse erstatter senger og retter fokus på pasienter som ikke behøver å sykeliggjøres unødvendig. Det forventes at dette fører til raskere utredning og økt ferdigbehandling i akuttmottaket. Det har i tillegg en gunstig effekt på liggetid og kvalitet for hele oppholdet, også for pasienter som blir innlagt videre til spesialposter.

Medisinsk divisjon har etablert et poliklinisk tilbud for pasienter som ankommer akuttmottak og som kan ferdigbehandles dersom de kan følges opp på en poliklinikk etter noen dager. Tilbudet gjelder også pasienter som kan skrives ut tidligere med kontroll på en poliklinikk

Bruken av hotellsenger har gått noe ned i løpet av våren 2015. Noe av forklaringen kan være økning i antallet pasienter som sendes hjem fra mottak og kortere liggetid. Det er nå fornyet fokus på årsaken til dette og det igangsettes tiltak for å øke bruken.

Punkt 11. Om nødvendig vurder ei omfordeling av senger internt i sjukehusa.

Det er allerede vedtatt en utvidelse av kapasitet ved utviklingen av Diagnostisk post, som beskrevet i tiltakene over. Det forventes en effekt av dette tiltaket når denne posten åpnes i januar 2016. I tillegg er fordeling av ressurser satt opp som en kritisk suksessfaktor i ROS analysen for styringsmålet. Det ligger i prosjektets konseptdynamikk å avvente effekt av sentrale tiltak rettet mot bedre kliniske beslutningsprosesser før ytterligere ressursfordeling analyseres i perspektiv av korridorpasienter. Det er også viktig at en slik analyse vurderes opp mot foretakets overordnede ansvar

Punkt 12. Kwart helseføretak må sørgje for enkel tilgjengelig og oppdatert oversikt over ledige senger i sjukehuset og at denne vert nytta aktivt.

Dette er gjennomført, og en slik oversikt er nå tilgjengelig på intranettet til sykehuset. Det er nedsatt en arbeidsgruppe som arbeider med forbedringer av denne oversikten, særlig knyttet til bruk av hotell, permisjon og senger til dagkirurgi.

Konklusjon

Denne oversikten er ment å vise hvordan Helse Stavanger HF har arbeidet målrettet med å redusere og avvikle korridorpasienter gjennom fokus på bedre bruk av spesialisthelsetjenesten, bedre kliniske beslutningsprosesser og nye tiltak / omfordeling av ressurser. Gjennomgangen viser også hvordan dette arbeidet har fulgt opp styrevedtaket fra Helse Vest i 9 punkter.

Inger Cathrine Bryne
Administrerende direktør
Helse Stavanger HF

Vedlegg 1 –Indikatorer

Korridorpasientdøgn per post i perioden jan-sept 2015.

Korridorpasientdøgn	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep
Karkirurgisk post 4E	62	45	27	10	16	10		8	20
Ortopedisk post 5E	12	18	13	7	4	4		-	5
Ekir,Gkir,Ort post 5G	8	26	17	23	4	8	8	11	-
Kirurgisk gastropost 6G	37	33	51	42	33	23	9	28	50
Kirurgisk gastropost 6H	13	24	26	18	10	11	1	19	33
Nevrologisk post 6D	33	10	32	20	7	11	-	2	9
Nevrologisk slagpost 6E	19	4	17	3	3	12	7	9	1
Ortopedisk post 5H	31	10	9	12	1	9	4	16	5
Plast,ØNH,Øye post 2AB	29	43	68	37	11	23	2	16	8
Urologisk kir post 5D	12	22	14	17	16	12	23	16	16
Kirurgisk Div Total 2015	256	235	274	189	105	123	54	125	147
Barsel post 7G	11	3	14	7	10	6	8	9	4
Føden FA	6	8	1	4	2	5	10	8	8
Generell barnepost 4D	-	-	-	-	-	30	7	11	-
Gynekologisk post 4AC	3	6	14	19	8	5	-	-	3
KvinneBarn Div Total 2015	20	17	29	30	20	46	25	28	15
Geriatrisk post 1A	41	40	52	27	16	15		17	16
Generell rehab.post 2Ø	1	-	1	-	-	-	-	-	-
Hematologisk post 2K	20	35	36	19	20	23	78	22	32
Infeksjonsmed. post 3F	82	92	114	62	41	40	40	32	52
Kardiologisk med. post 3H	218	174	224	114	125	127	58	74	124
Medisinsk gastropost 4H	96	94	78	67	38	35	52	33	58
Medisinsk lungepost 4G	108	106	93	67	46	24	32	41	36
Nyre med. post 3B	96	77	95	56	47	40	56	40	53
Onkologisk post 1K	14	17	10	14	23	25	17	11	34
Medisinsk Div Total 2015	676	635	703	426	356	329	333	270	405
Somatiske Divisjoner Total 2015	952	887	1 006	645	481	498	412	423	567

Kommunale ØH tilbud – bruk i perioden jan – sept 2015.

Kommunale Øyeblikkelig Hjelp tilbud								
	Juni 2015	Juli 2015	Aug 2015	Sep 2015	Juni 2015	Juli 2015	Aug 2015	Sep 2015
Kommune (senger)	Gj snitt liggetid (antall pasienter)				Beleggsprosent (Antall liggedøgn)			
Bjerkreim (0.3)			1,0 (2)	2,5 (2)			19,0 (2)	47,6 (5)
Eigersund (1.9)								
Lund (0.44)	3,36 (11)	4,16 (6)	4,5 (12)	3,9 (14)	53,1 (37)	34,7 (24)	75,0 (54)	77,6 (54)
Sokndal (0.49)								
Hå (2.0)	2,66 (9)	2,33 (15)	3,0 (10)	2,8 (13)	48 (24)	50 (35)	50,0 (30)	60,0 (36)
Klepp (2.0)								
Sandnes (7.8)								
Time (2.0)	3,7 (52)	3,0 (57)	3,1 (54)	3,2 (53)	57,2 (206)	51,1 (190)	50,4 (188)	47,6 (177)
Gjesdal (1.1)								
(Totalt 15.0)								
Stavanger (6/15)	7,9 (19)	7,8 (16)	4,76 (25)	7,3 (30)	70,5 (149)	47,3 (125)	59,1 (119)	81,1 (219)
Stavanger lv (2)	(43)		(71)	<1 (44)				
Randaberg (1)	3,0 (1)	3,0 (1)	4,0	0	10,0 (3)	9,6 (3)	12,9	0
Sola (2/2.7)	6 (1)	6,0 (1)	6,5	7 (1)	6,0	12,9 (6)	20,1	11,0 (7)
Strand (1.4)								
Forsand(0.2)				2,2 (6)				21,7 (13)
Hjelmeland (0.4)								
Finnøy (0.4)								
Rennesøy (0.5)								
Kvitsøy (0.1)								

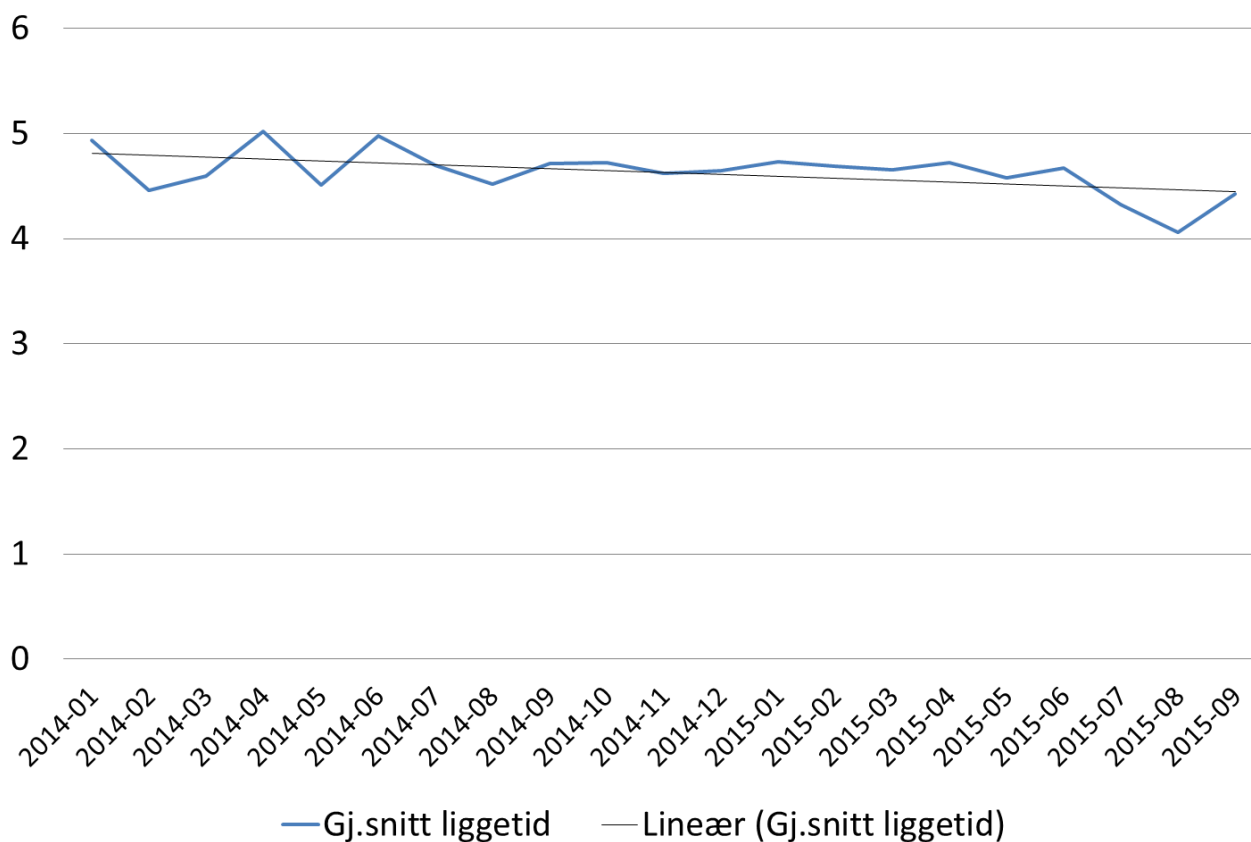
Beleggsprosent per post kl 11.00 jan – sept 2015

Blått: opp til 85% belegg. Grønt: mellom 85% og 93% belegg. Rødt: over 93% belegg

Beleggs % Kl 11.00	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep
Observasjonspost OBA	96 %	96 %	94 %	89 %	90 %	92 %	90 %	89 %	92 %
Karkirurgisk post 4E	111 %	110 %	90 %	90 %	90 %	101 %		96 %	89 %
Kirurgisk gastropost 6G	92 %	80 %	82 %	85 %	82 %	96 %	72 %	90 %	95 %
Kirurgisk gastropost 6H	86 %	86 %	86 %	78 %	78 %	86 %	93 %	94 %	99 %
Nevrokirurgisk post 1H	160 %	140 %	129 %	136 %	133 %	150 %	94 %	122 %	153 %
Nevrologisk post 6D	87 %	78 %	103 %	80 %	67 %	85 %		67 %	78 %
Nevrologisk slagpost 6E	94 %	82 %	91 %	85 %	76 %	78 %	83 %	79 %	68 %
Ort,Gkir, Ekir post 5G	112 %	117 %	103 %	98 %	79 %	95 %	81 %	103 %	93 %
Ortopedisk post 5E	113 %	130 %	123 %	120 %	95 %	118 %		110 %	121 %
Ortopedisk post 5H	88 %	81 %	77 %	74 %	67 %	84 %	81 %	92 %	81 %
Plast,ØNH,Øye post 2AB	86 %	94 %	96 %	100 %	85 %	97 %	116 %	97 %	84 %
Urologisk kir post 5D	86 %	87 %	92 %	81 %	89 %	92 %	102 %	88 %	96 %
Akutt og onk. barneseksjon 3E	89 %	87 %	87 %	71 %	76 %	69 %		64 %	93 %
Barsel post 7G	93 %	81 %	87 %	77 %	75 %	83 %	93 %	91 %	72 %
Fødeloftet/spesialpost 7H	62 %	42 %	51 %	60 %	47 %	67 %	71 %	63 %	59 %
Føden FA	62 %	60 %	56 %	63 %	66 %	70 %	74 %	71 %	60 %
Generell barneseksjon 4D	65 %	74 %	99 %	69 %	67 %	84 %	52 %	68 %	82 %
Gynekologisk post 4AC	81 %	87 %	96 %	79 %	89 %	85 %	94 %	70 %	86 %
Hotell-Barsel post 7I	88 %	84 %	83 %	94 %	89 %	89 %	96 %	93 %	90 %
Seksjon Nyfødt intensiv 3D	67 %	58 %	71 %	76 %	82 %	62 %	51 %	54 %	55 %
AFMR-Lassa sengepost	95 %	99 %	95 %	96 %	94 %	80 %	79 %	68 %	75 %
EIG Generell rehab.post 2Ø	92 %	90 %	91 %	73 %	97 %	94 %	19 %	82 %	95 %
Geriatrisk post 1A	107 %	109 %	107 %	98 %	98 %	102 %		102 %	101 %
Hematologisk post 2K	106 %	111 %	113 %	97 %	96 %	100 %	113 %	93 %	107 %
Infeksjonsmed. post 3F	117 %	121 %	121 %	108 %	106 %	108 %	101 %	100 %	109 %
Kardiologisk med. post 3H	114 %	111 %	115 %	93 %	100 %	110 %	95 %	99 %	107 %
Med. intensiv overvåkning A	94 %	93 %	98 %	92 %	98 %	94 %	82 %	88 %	89 %
Medisinsk gastropost 4H	107 %	112 %	98 %	96 %	91 %	94 %	92 %	95 %	97 %
Medisinsk lungepost 4G	108 %	114 %	104 %	101 %	103 %	94 %	93 %	91 %	91 %
Nyre med. post 3B	110 %	114 %	113 %	107 %	95 %	96 %	102 %	92 %	103 %
Onkologisk post 1K	78 %	81 %	89 %	85 %	85 %	88 %	142 %	93 %	93 %
Palliativ post 1K-pal									55 %

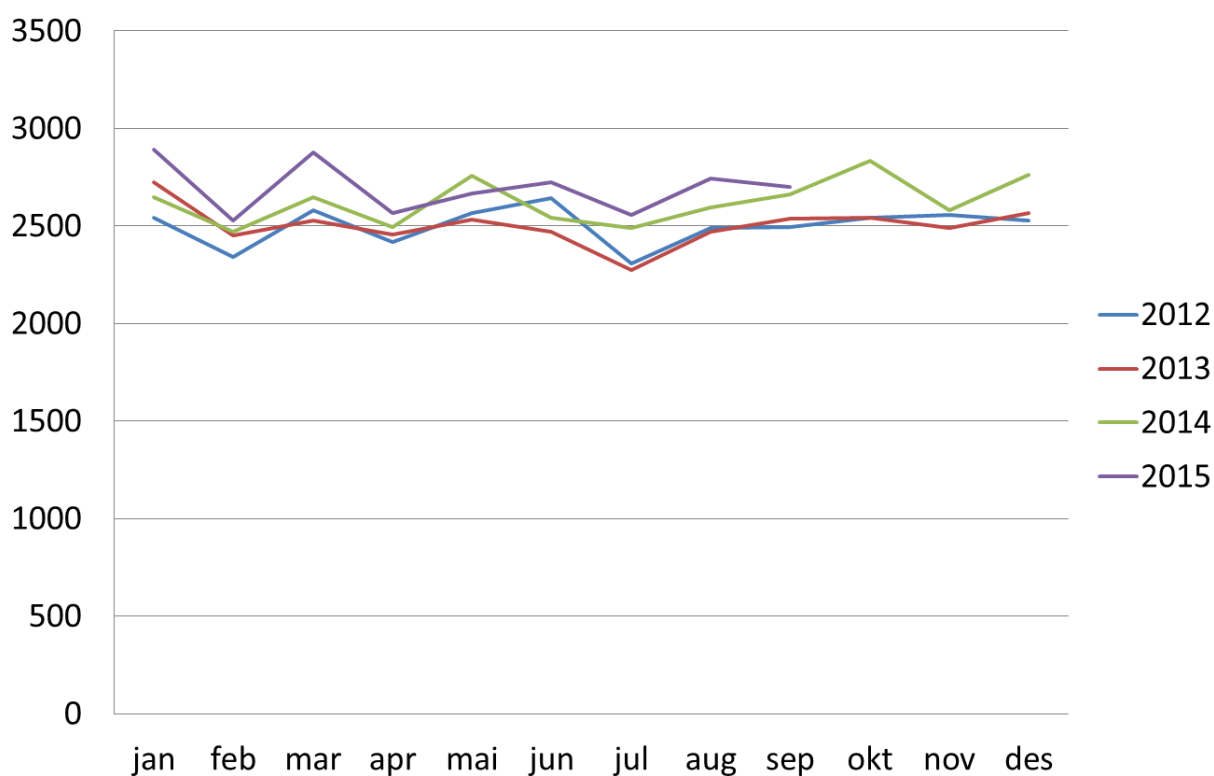
Gjennomsnittlig liggetid per måned

Gj.snitt liggetid

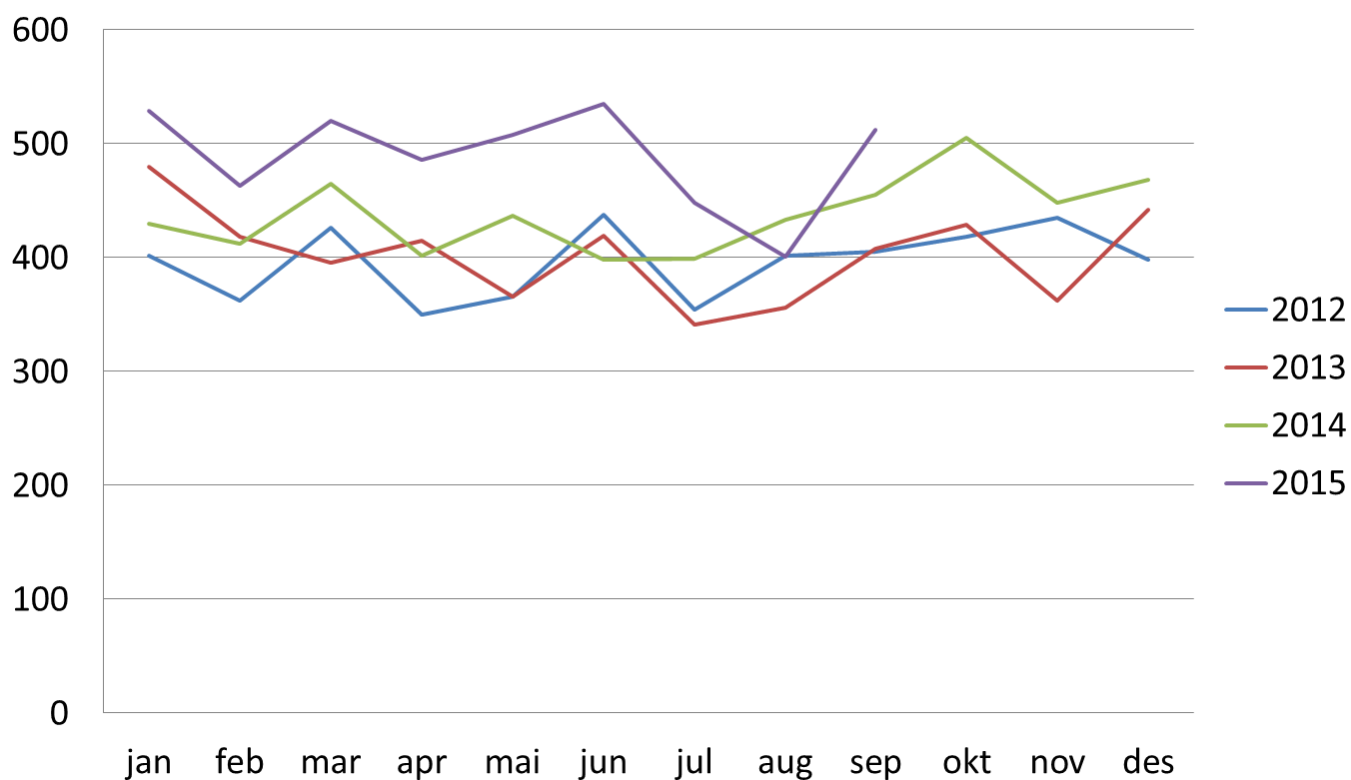


Antall pasienter innlagt akuttmottak

Antall pasienter innlagt i akutt mottak 2012-2015



Antall utskrevet fra akutt mottak 2012-2015



Døgn til dag

