Vestre Viken HF | HELSE SØR-ØST

Til Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep
NO-0032 Oslo

postmottak@helsetilsynet.no

Dato	29.04.11
Saksbehandler	Harald Noddeland
Direkte telefon	97402040
Vår referanse	10/01634
Deres referanse	2010/128 I LAB

Svar på brev om oppfølging av tilsynssak angående Kirurgisk avdeling, Bærum sykehus, Vestre Viken HF

Det vises til Statens helsetilsyns vedtak i saken datert 17. januar 2011 og til brev om tilsynsmessig oppfølging datert 16. mars 2011. Høsten 2010 ble det gjennomført flere navneendringer i Vestre Viken HF og navnet Sykehuset Asker og Bærum (SAB) er erstattet med Bærum Sykehus (BS).

Det siste året er det gjennomført en rekke tiltak for å rette opp de forholdene som ble påpekt i tilsynssaken. Den viktigste skriftlige dokumentasjonen fra disse aktivitetene følger vedlagt for å underbygge egenmeldingen i punktene nedenfor (se vedleggsliste).

Punkt 1.

Utsagn som bes bekreftet: Det er foretatt en systematisk gjennomgang av virksomheten ved Sykehuset Asker og Bærum, kirurgisk avdeling for å identifisere kritiske prosesser knyttet til håndtering av pasienter som henvises til undersøkelse, behandling og oppfølging og iverksatt tiltak for å forebygge svikt

Svar: Dette er gjort i et prosjekt kalt "leanprosjektet". Vedlegg 1 er sluttrapport etter dette prosjektet, og beskriver både gjennomgangen av virksomheten, hvilke tiltak som er iverksatt og hvilke resultater som så langt er oppnådd. Prosjektet er avsluttet og tiltakene inkorporert i ordinær drift.

Punkt 2.

Utsagn som bes bekreftet: Kirurgisk avdeling har etablert nødvendige systemer for prioritering av nyhenviste pasienter og kontrollpasienter

Svar: Gjennom leanprosjektet er det etablert er rekke nye rutiner med tilhørende prosedyrer (se vedlegg 3a – 3f). Det er også på klinikkens initiativ gjennomført en intern revisjon (se vedlegg 2) av forholdene rundt kontrollpasienter. På grunnlag av denne undersøkelsen er det gjennomført flere korrigerende tiltak nå i april 2011. Det er kontinuerlig diskusjon og oppfølging av riktig prioritering i henhold til prioriteringsveilederne.

I tillegg til det lokale arbeidet ved Kirurgisk avdeling pågår det også i øyeblikket en oppdatering av felles prosedyrer for hele helseforetaket for publisering på intranettet i ny felles e-håndbok. Dette gjelder både prosedyrer for bruk av DIPS og andre pasientadministrative forhold.

Punkt 3

Utsagn som bes bekreftet: Det er etablert nødvendig overordnet oppfølging, rapportering og kontroll med ventelistepasienter og oppfølging av behandlingsfrister.

Svar: Også dette punktet er ivaretatt gjennom leanprosjektet. Ventelisten følges regelmessig opp ved Kirurgisk avdeling Bærum sykehus for å forebygge fristbrudd før de oppstår. I tillegg publiseres det to ganger i måneden oppdaterte data om fristbruddsituasjonen for alle avdelinger i Vestre Viken som et ledd i arbeidet med å redusere dette problemet. Resultatene fra arbeidet følges opp i Sentralt kvalitetsutvalg, og referater fra utvalgets arbeid sendes til styret.

Punkt 4.

Utsagn som bes bekreftet: Ansvars- og myndighetsforhold når det gjelder håndtering av ventelistepasienter og oppfølging av behandlingsfrister ved kirurgisk avdeling er beskrevet og involvert helsepersonell er kjent med disse.

Svar: Dette ivaretas av nye lokale prosedyrer og følges fortløpende opp av avdelingssjef og assisterende avdelingssjef. Videre rapportering til klinikk- og foretaksledelse skjer som ledd i den ordinære driftsoppfølging.

Punkt 5.

Utsagn som bes bekreftet: Aktuelt helsepersonell ved kirurgisk avdeling som håndterer ventelistepasienter, er gitt nødvendig opplæring i aktuelt regelverk og bruk av DIPS.

Svar: Høsten 2010 ble det gjennomfør to seminarer for alt personell i Kirurgisk klinikk som arbeider med vurdering av henvisninger, prioritering og tildeling av timer. Det gjennomføres også fortløpende videre opplæring og problemløsing lokalt ved Kirurgisk avdeling Bærum sykehus. Det er særskilt fokus på opplæring av nyansatte. Videre er det gjennomført en rekke opplæringstiltak i regi av leanprosjektet.

Punkt 6.

Utsagn som bes bekreftet: Pasienter som henvises til undersøkelse og behandling mottar lovpålagt informasjon om rett til helsehjelp, frist for rett til helsehjelp, klagerett og rett til fritt sykehusvalg.

Svar: Teksten i avdelingens svarbrev ivaretar dette sammen med en oppdatert pasientbrosjyre for Vestre Viken HF. Rutinen er beskrevet i prosedyren "Henvisning til oppfølging" (vedlegg 3d).

Punkt 7.

Utsagn som bes bekreftet: Dersom pasienter henvist til undersøkelse og behandling får utsatt behandlingstidspunkt gjøres dette på bakgrunn av en konkret vurdering av at det er vurdert som medisinsk faglig forsvarlig.

Svar: Det er laget en egen prosedyre for ansvar og oppgavedeling ved endring av polikliniske timer. Ventelistene gjennomgås regelmessig for å vurdere om det er behov for å endre hastegrad.

Det er laget en særskilt merking av pasienter som skal til cancerkontroll. Det at ventelistene nå er kortere bidrar i seg selv til at det er lettere å holde oversikt.

Punkt 8.

Utsagn som bes bekreftet: Kirurgisk avdeling har et fungerende system for melding og håndtering av avvikshendelser, herunder alvorlige avvikshendelser til Helsetilsynet i fylket jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3.

Svar: Organisering av kvalitetsarbeidet i Vestre Viken HF er gjennomgått, og det er foretatt en omorganisering fra 01.01.11, slik det fremgår av styresak 017-2011 (Vedlegg 5a og 5c). Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg for Kirurgisk avdeling Bærum sykehus er etablert, og har regelmessige møter. Det er gjennomført undervisning i avvikssystemet (Synergi) inklusive i hvordan alvorlige pasienthendelser skal saksbehandles og meldes til Helsetilsynet i fylket. Saksbehandlingen av avvikssaker ved Kirurgisk avdeling BS har vært forsinket vinteren 2010/11 og det er gitt informasjon om dette til Fylkeslegen i Oslo og Akershus i møte 30.03.2011. Det er satt inn økte ressurser for å ta igjen dette etterslepet.

Kommentar til brev om DIPS

DIPS ble innført som felles pasientjournal i Vestre Viken HF 10. mai 2010. I styresak 036/2011 (vedlegg 6a og 6b) redegjøres for sentrale problemstillinger i tiden etter innføringen, og for gjennomførte og planlagte tiltak. Hensynet til pasientsikkerhet er tillagt stor vekt i det arbeidet som er gjort.

I brevet datert 18.02.2011 fra fire leger i Vestre Viken HF formidles frustrasjon over funksjonaliteten i DIPS og bekymring for muligheten for feil som kan har konsekvenser for pasienter. DIPS er valgt som system på grunnlag av en felles anbudsprosess og evaluering i regi av Helse Sør-Øst RHF. I størst mulig grad kanaliseres våre ønsker og forslag om forbedringer til DIPS ASA gjennom felles organer i Helse Sør-Øst RHF (PAS/EPJ systemeierforum og Klinisk IKTforum).

Redegjørelse for å sikre aktuelle pasienter informasjon om NPE

I brev fra VVHF til Statens Helsetilsyn datert 9. mars 2010 redegjøres det for tilnærming og tiltak for å sikre aktuelle pasienter informasjon om sine rettigheter til å søke om erstatning fra NPE. Etter dette er praksis med hensyn på informasjon til pasientene om NPE innskjerpet og innarbeidet i avdelingens rutiner. Kirurgisk avdeling vil i tillegg gjennomføre en gjennomgang av tidligere pasientsaker der det er registrert avvik, med tanke på informasjon om NPE er gitt til pasienten. Resultatet av denne undersøkelsen ettersendes snarest.

Avsluttende kommentarer

Administrerende direktør bekrefter at de brudd på helselovgivningen som politietterforskningen og tilsynssaken avdekket ikke lenger er tilstede, og at helseforetaket nå etterlever spesialist-helsetjensteloven § 2-2, pasientrettighetsloven §§ 2-1 og 2-2 og internkontrollforskriften § 4. Det understrekes også at de avvikene som ble påvist ved internrevisjonen i mars 2011 i hovedsak nå er korrigert.

Fortsatt vil feil kunne forekomme som enkeltsaker ved Vestre Viken HF som ved andre sykehus. Disse vil bli registrert i avvikssystemet og saksbehandlet i tråd med gjeldende regler.

Arbeidet med ventelistesaken har gitt læring på mange områder, og disse erfaringene har vært viktige både for det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet (vedlegg 5a – 5c) og arbeidet med elektronisk pasientjournal og pasientadministrative rutiner (vedlegg 6a og 6b).

Med vennlig hilsen

Nils Fr. Wisløff
Administrerende direktør

Harald Noddeland
Medisinsk fagsjef

kopi:
Helsetilsynet i Oslo og Akershus
Helsetilsynet i Buskerud
Asker og Bærum politidistrikt v/politiadvokat Knut Skavang
Helge Bryne, styreleder Vestre Viken HF

Vedlagt dokumentasjon:

Vedlegg 1: Sluttrapport. Lean i Kirurgisk avdeling, Bærum sykehus versjon 1.1

Et bredt anlagt forbedringsprosjekt er gjennomført, med omfattende analyser høsten 2010, utarbeidelse av løsningsforslag, implementering av endringer og verifisering av resultatene vinteren 2011.

Vedlegg 2: Intern revisjonsrapport om temaet "oppfølging av kontrolltimer" ved Kirurgisk poliklinikk, Bærum sykehus.

I månedskiftet mars-april 2011 gjennomført en intern revisjon ved Kirurgisk poliklinikk BS. Aktiviteten var i utgangspunktet planlagt 2. halvår 2011, men ble fremskyndet på grunnlag av bekymringsmeldinger om kontrollpasienter ble ivaretatt godt nok, idet hovedfokus har vært på å unngå fristbrudd, noe som har medført forsinkelser av en del planlagte kontroller. Arbeidet med å lukke de påviste avvikene startet umiddelbart og er i hovedsak gjennomført i april 2011.

Vedlegg 3a – 3f: Lokale prosedyrer.

Vedlegg 3a viser en oversikt over lokale prosedyre ved Kirurgisk poliklinikk og inntakskontoret ved Bærum sykehus. Vedlegg 3b – 3f er prosedyrer som har særlig relevans for spørsmålene fra Statens Helsetilsyn.

Vedlegg 4a – 4d: Styresak om ventelistesaken og oppfølging av konsernrevisjonens rapport

Styresak 04/2011 ble behandlet 27.01.2011

Vedlegg 5a – 5c: Styresak om kvalitet og pasientsikkerhet

Styresak 017/2011 ble behandlet 03.03.2011 og beskriver struktur og arbeidsform for arbeid med pasientsikkerhet i Vestre Viken HF.

Vedlegg 6a – 6b: Styresak om DIPS – klinisk IKT

Styresak 036/2011 ble behandlet 28.04.2011 og gir en oppdatert status for arbeidet med DIPS i Vestre Viken HF.