

Styresak 47/2013: Resultat- og tiltaksrapport per 05/2013 Kvalitet

Møtedato: 18.06.13

Møtested: Helgelandssykehuset Mo i Rana

I denne saken presenteres resultat- og tiltaksrapport kvalitet pr april 2013. Fortsatt er ventelistedata ufullstendig pga manglende datakvalitet i Helse Nord RHF's styringsportal.

Rapporten fokuserer på ventetider og fristbrudd samt noen sentrale punkter, kvalitetsparametre og indikatorer iflg den vedtatte kvalitetsstrategien. De enkelte områdene vil bli fulgt opp løpende gjennom ledelsen ved de enkelte sykehusenhetene for å oppnå de fastsatte kvalitetsmålene.

Kravet i 2013 er at gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter skal være under 65 dager. Helseforetaket har hatt en stor reduksjon i antall fristbrudd siden sommeren 2012, og arbeidet med å fjerne fristbruddene fortsetter. I februar oppnådde helseforetaket Helse Nord's krav om færre enn 5 % fristbrudd pr utgangen av måneden og i mars ble kravet om færre enn 3 % fristbrudd oppnådd. Andelen fristbrudd i mai var 2,3 %, noe som var en ytterligere reduksjon fra april. Det er en økning i antall ventende med fristbrudd ved utgangen av mai, noe som illustrerer at det må være et kontinuerlig fokus på arbeidet med ventelister og fristbrudd. En økning i gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter fra april skyldes først og fremst at flere pasienter uten rett til prioritert helsehjelp og med lengre ventetider har fått tilbud.

Helseforetakets deltakelse og tiltak som ledd i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen iverksettes fortløpende og, og rapporteringsdata fra kampanjen er faste oppfølgingspunkter i den månedlige kvalitetsrapporten og viser at helseforetaket er i front nasjonalt. Alle 3 sykehusenhetene er nå blant de beste i landet på målingene innen Trygg kirurgi. Helseforetaket deltar også innen de fleste andre innsatsområdene og er pilot på innsatsområdet "I pasientens fotspor."

Mht til øvrige kvalitetsindikatorer er andel epikriser sendt innen 7 dager gått noe ned siden april innen somatikk, noe som særlig skyldes reduksjon i Sandnessjøen, men det er uforandret i psykiatri.. Det er imidlertid fortsatt langt igjen til målet 100%, og ved siden av oppfølging av antall fristbrudd vil dette være den indikatoren som har behov for den sterkeste oppfølging og tiltak. Det blir avholdt møter med ledergruppene ved sykehusenhetene før sommeren om tiltak vedr epikrisetid.

Det arbeides nå mtp bedre registrering av avvik innen legemiddelhåndtering. Det har vært gjennomført 3 interne revisjoner og det er også sendt ut varsel om ytterligere revisjoner.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

Det er publisert resultater for nasjonale kvalitetsindikatorer for 2012. Disse er nå publisert i et nytt format på <http://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Kvalitet-i-helsetjenesten.aspx>

Link til oversiktsside for Helgelandssykehuset:

<http://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Dashboard.aspx?TF1=1077>

Helgelandssykehuset scorer tilfredsstillende på de fleste indikatorene, men hadde høy prevalens av sykehusinfeksjoner ved prevalensundersøkelsen i november 2012. Dette skyldtes høye prevalenstall i Sandnessjøen, men ved undersøkelse av de aktuelle data er det funnet feilføring av infeksjoner, noe som har gitt forhøyet prevalenstall. Viktigheten av at rapporteringen følger de fastsatte retningslinjene er presisert, og prevalensregistreringene (siste utført i slutten av mai d.å.) er nå kvalitetssikret.

Kvalitetsutvalg

Det er foretatt en endring av strukturen ift kvalitetsutvalg i helseforetaket. Kvalitetsutvalg og arbeidsmiljøutvalg har siden 20112 vært sammenslått i et felles utvalg, KVAM. Denne strukturen ble iverksatt som en ett års prøveordning. Den strukturen har vært evaluert og det har gitt grunnlag for endringer i form av gjenopprettelse av egne utvalg, arbeidsmiljøutvalg og kvalitetsutvalg på HF-nivå. På sykehusenhetsnivå er det egne kvalitetsutvalg og arbeidsmiljøråd (AMR). Det vises for øvrig til egen styresak 51/2013 Organisering av HMS-arbeidet i helseforetaket.

Det er gjennomgående struktur på agenda i de lokale kvalitetsutvalgene og HF-kvalitetsutvalget, og aktuelle saker kan løftes fra de lokale arbeidsmiljøutvalgene til HF-utvalget. Punktene i agendaene er forankret i kvalitetsstrategien 2011 -14. Endringen ble drøftet med foretakstillitsvalgte 20.02.2013. Det vises til prosedyren PR10249 (vedlagt) som beskriver kvalitetsutvalgenes oppgaver og sammensetning både på HF- og sykehusenhetsnivå.

VEDTAKSFORSLAG:

Styret tar saken til orientering.

Per Martin Knutsen
Administrerende direktør

Saksbehandlere: Medisinsk direktør Fred A. Mürer + fagstab

Vedlegg:

- Resultat- og tiltaksrapport kvalitet pr. mai 2013
- Prosedyre PR10249 Kvalitetsutvalg - oppgaver og sammensetning.

Resultat - og tiltaksrapport kvalitet Helgelandssykehuset HF Mai 2013

1.Ventelister

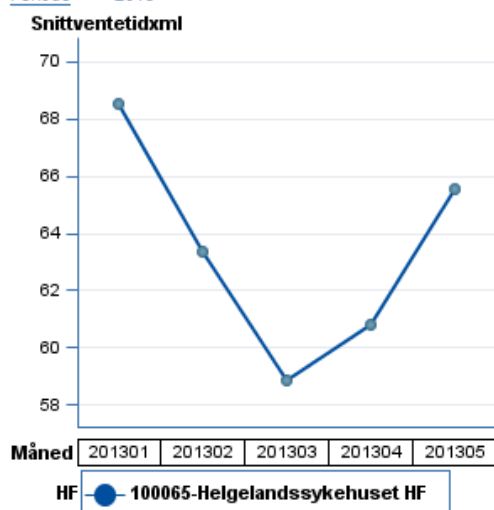
Oversikt 1: Gjennomsnittlig ventetid for alle pasienter tatt til helsehjelp i perioden.

I mai har ventetiden for avviklede pasienter i helseforetaket fortsatt å øke. Dette skyldes at det er avviklet flere pasienter uten prioriteringsrett som i arbeidet med fristbrudd har måttet vente lengre. Disse som nå har fått sin helsehjelp påbegynt har ført til økning av den gjennomsnittlige ventetiden i helseforetaket.

Utvikling i ventetid for avviklede på venteliste

[Organisasjon_current](#) > 100022-Helse Nord RHF

[Periode](#) > 2013



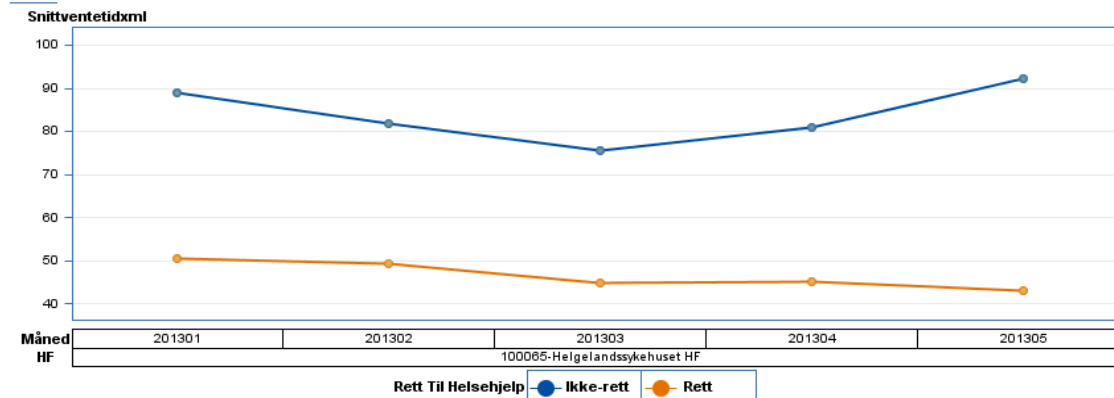
Oversikt 2: Ventetid fordelt mellom pasienter med og uten rett til prioritert helsehjelp

Utvikling i ventetid for avviklede på venteliste

[Rett til helsehjelp](#) > Alle Rett til Helsehjelp

[Organisasjon_current](#) > 100022-Helse Nord RHF

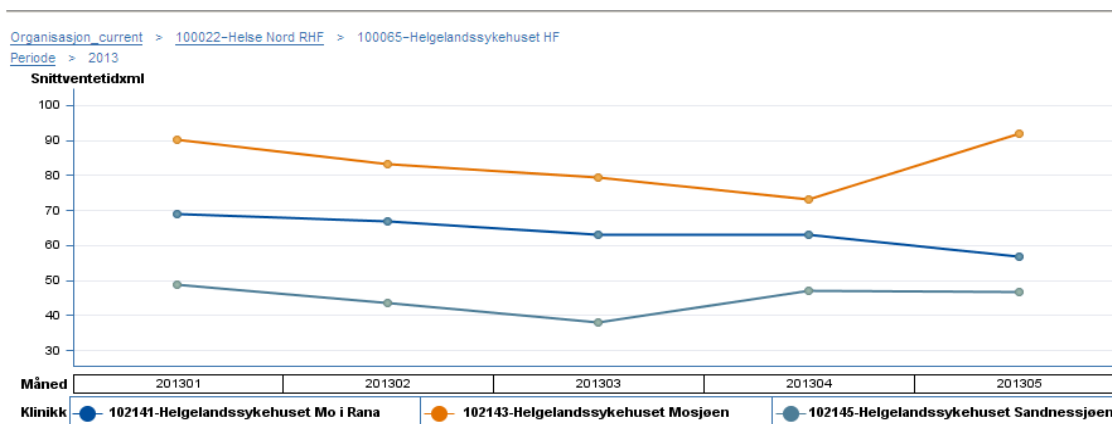
[Periode](#) > 2013



Jfr. oversikt1, økningen i ventetid i mai gjelder for pasienter uten rett til prioritert helsehjelp.

Oversikt 3: Oversikt over gjennomsnittlig ventetid for alle pasienter tatt til helsehjelp i perioden fordelt på hver sykehusenhet.

Utvikling i ventetid for avviklede på venteliste



Styringsportalen til Helse Nord RHF gir fortsatt ikke korrekte ventelistedata for fagområdene. Derfor presenteres fortsatt ventetid pr sykehusenhet, men ikke pr fagområde. Forskjellen gjenspeiler ulikheter i ventetiden mellom fagområdene som er funksjonsfordelt, men også noe ulikheter i fagområder som er felles for alle 3 enhetene.

Helgelandssykehuset Mosjøen har fremdeles den lengste ventetiden i foretaket.

Oversikt 4: Oversikt fordelingen mellom antall vurderte henvisninger pr mnd med fordeling med og uten rett.

NPR publiserer ventelistedata virkedag 15 i mnd, og data er således ikke oppdatert ift rapporten for mai 2013.

2013:

Alle fagområder ▾ Helgelandssykehuset HF ▾ Alle omsorgsnivå ▾ Alle avdelinger ▾

Ant ventende as values		Januar	Februar	Mars	April
Helgelandssykehuset Mosjøen	Uten rett	1361	1361	1381	1347
	Med rett	496	498	527	470
Helgelandssykehuset Rana	Uten rett	1087	1054	1146	1163
	Med rett	560	501	536	488
Helgelandssykehuset Sandnessjøen	Uten rett	504	502	476	476
	Med rett	606	571	582	468

Aktivitet pr mnd innenfor antall nyhenviste, antall ventende, antall avvirket og ant fristbrudd avvirket.

Kilde: Cognos ventelistekube på <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/rhf/Sider/helse-nord.aspx>

2013:

Måleverdier as values		Januar	Februar	Mars	April
Helgelandssykehuset Mosjøen	Ant ord. avvirket	626	550	511	612
	Ant ventende	1857	1859	1908	1817
	Ant nyhenviste	787	787	736	723
	Ant fristbrudd avvirket	29	22	15	7
Helgelandssykehuset Rana	Ant ord. avvirket	772	650	515	664
	Ant ventende	1647	1555	1682	1651
	Ant nyhenviste	887	761	824	846
	Ant fristbrudd avvirket	27	25	10	36
Helgelandssykehuset Sandnessjøen	Ant ord. avvirket	611	627	488	613
	Ant ventende	1110	1073	1058	944
	Ant nyhenviste	855	799	654	747
	Ant fristbrudd avvirket	14	4	2	5

Ved alle enhetene er det flere nyhenviste enn antall avvirket fra ventelistene. Som ledd i justering aktivitet ift et for høyt sykehusforbruk, vil dette bli gjenstand for nærmere analyse og tiltak i samarbeid med primærlegene.

Oversikt 5:

Rettighetstildeling

Behandlingssted: Blandet År og tertial: Årsnivå Fagområde og sektor: Blandet Måleverdier

År og tertial		2012	
Behandlingssted		Totalt	Helgelandssykehuset HF
Måleverdier	Fagområde og sektor		
Andel med rett, prosent	Generell kirurgi	34,4	15,5
	Ortopedisk kirurgi	60,1	35,7
	Urologi	71,3	49,2
	Fordøyelsesykdommer	62,7	68,4
	Hjertesykdommer	59,5	65,2
	Lungesykdommer	77,9	35,4
	Nyresykdommer	59,2	66,7
	Revmatiske sykdommer	60,7	47,8
	Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	40,7	56,6
	Fysikalsk medisin og rehabilitering	18,2	20,5
	Hud og veneriske sykdommer	60,5	84,2
	Nevrologi	55,5	64,1
	Klinisk nevrofysiologi	58,6	69,8
	Øre-nese-hals sykdommer	80,6	93,5
	VOP	70,6	61,0
	BUP	89,4	85,0
RUS	81,8	65,7	

Rettighetsvurdering andel, 2012 sammenliknet med nasjonale nivå pr fagområde.

* Nasjonale nivå i 2.tertial 2012, året som helhet ikke publisert da denne rapporten ble skrevet.

Overvåkning og arbeid med andel rettighetspasienter er et av tiltakene for å få ned ventetid og fristbrudd i helseforetaket. Det har vært møter med fagpersonell innen noen fagområder, og kurs for leger og merkantilt personell er gjennomført ved alle sykehusenhetene i foretaket. Incentivet kom for å lukke avvik etter tilsyn, men også for å øke fokus på hvordan rettighetstildelingen er tiltenkt etter veiledere og normer.

Rettighetstildeling totalt er tilfredsstillende ift landsgjennomsnitt og de øvrige HF'ene i Helse Nord. Det er imidlertid fortsatt høyere rettighetstildeling innen noen fagområder i helseforetaket enn landsgjennomsnittet. Dette gjelder særlig hudsykdommer, ØNH og kvinnesykdommer

Oversikt 6: Pasienter med lang ventetid pr april

Antall	Helgelandssykehuset HF		Helgelandssykehuset Mo i Rana		Helgelandssykehuset Mosjøen		Helgelandssykehuset Sandnessjøen	
	Med rett	Uten rett	Med rett	Uten rett	Med rett	Uten rett	Med rett	Uten rett
Ventetid > 6mnd	14	522	11	209	1	284	2	29
Ventetid > 12mnd	0	100	0	47	0	49	0	4

Kilde: D-8192 uttrekk 4/6 pr 31/5-13.

Antallet pasienter med lang ventetid er gradvis redusert gjennom 2012. For 2013 ser vi en økning hos pasienter uten rett da helseforetaket har prioritert arbeidet med å redusere fristbrudd. Det er begynt arbeidet med å avklare tiltak for den økende pasientmengden uten rett, for å finne tilbud til også disse pasientgruppene.

Oversikt 7: Antall ventende og antall avviklede fristbrudd

HELGELANDSSYKEHUSET		Mo i Rana		Mosjøen		Sandnessjøen		
Fristbrudd pr 31/5-2013		Ventende fristbrudd	Kommende fristbrudd	Ventende fristbrudd	Kommende fristbrudd	Ventende fristbrudd	Kommende fristbrudd	
Medisin								
	* Generell indremedisin		2			1		
	* Fordøyelse	7	5			2		
	* Hjerte	1	1					
	* Lunge	1						
	* Reuma	10	5					
	* Barnesykdommer	2	1					
	* Nyre							
	* Endokrinologi							
	* Nevrologi					1		
	* Onkologi							
	* Klinisk nevrofys					1		
	* Blodsykdommer							
		21	14	0	2	3	0	24
Kirurgi								
	* Generell kirurgi	2	1					
	* ortopedi	1	2					
	* Hud							
	* Urologi			1				
	* Kvinnesykdommer	2				2		
	* Plastikk					1		
	* ØNH	2				4		
	* Fysikalskmed og rehab							
		7	3	1	1	6	0	14
Psykiatri								
	* Vop					1		
	* Bup						5	
	* Rehabilitering barn og ung							
	* Rus	1						
		1	0	0	0	1	5	2
		29	17	1	3	10	5	40
Kommende fristbrudd med frist innen 30/6-2013								

Fristbruddandelen for mai er 2,3% (19/825), noe som anses som meget tilfredsstillende. .
 Fristbruddsandel er definert som antall avviklede pasienter med fristbrudd dividert med antall avviklede pasienter med rett til prioritert helsehjelp.

Pr utgangen av mai har imidlertid antall fristbrudd i foretaket doblet seg fra 21 i april til 40 i mai, noe som illustrerer at arbeidet med ventelister og fristbrudd må følges opp kontinuerlig..

Det arbeides med å utvikle bedre rutiner for pasientflyt internt i helseforetaket. Foretaket deltar også prosjekt i Helse Nord RHF for utnyttelse av samlet ledig kapasitet, men dette har foreløpig ikke gitt resultater. Det er utarbeidet flere prosedyrer for håndtering av fristbrudd, pasientflyt mellom sykehusene i regionen, men de er foreløpig ikke formelt vedtatt. Det planlegges kurs og opplæring for ved alle sykehusene og prosedyrene vil bli en del av håndboken for håndtering av ventelister i helseforetaket.

2. Pasientsikkerhet

a) Status bruk av Trygg kirurgi sjekklista

Enhet/bruk	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
Mo	97%	99%	99%	99%	92%							
Mosjøen	95%	95%	100 %	97%	97%							
Sandnessjøen	99%	97%	99%	99%								

b) Status bruk av Riktig hårfjerning

Enhet/bruk	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
Mo	93%	89%	100%	100%								
Mosjøen	92%	88%	80%	87%	100%							
Sandnessjøen	100%	100%	100%	100%								

c) Status forebygging av hypotermi

Enhet/bruk	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
Mo	100%	98%	100%	100%								
Mosjøen	99%	96%	98 %	97%	91%							
Sandnessjøen	99%	99%	99%	94%								

d) Status bruk av Riktig bruk av antibiotikaproylakse

Enhet/bruk	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
Mo	100%	98%	100%	100%								
Mosjøen	99%	96%	98 %	97%	95%							
Sandnessjøen	99%	99%	99%	94%								

Det jobbes med å ta i bruk en ny sjekkliste der det implementeres bruk av bruk av antibiotika, temperaturmålinger og riktig hårfjerning slik at rutinemessige målinger vil etter hvert bli fjernet.

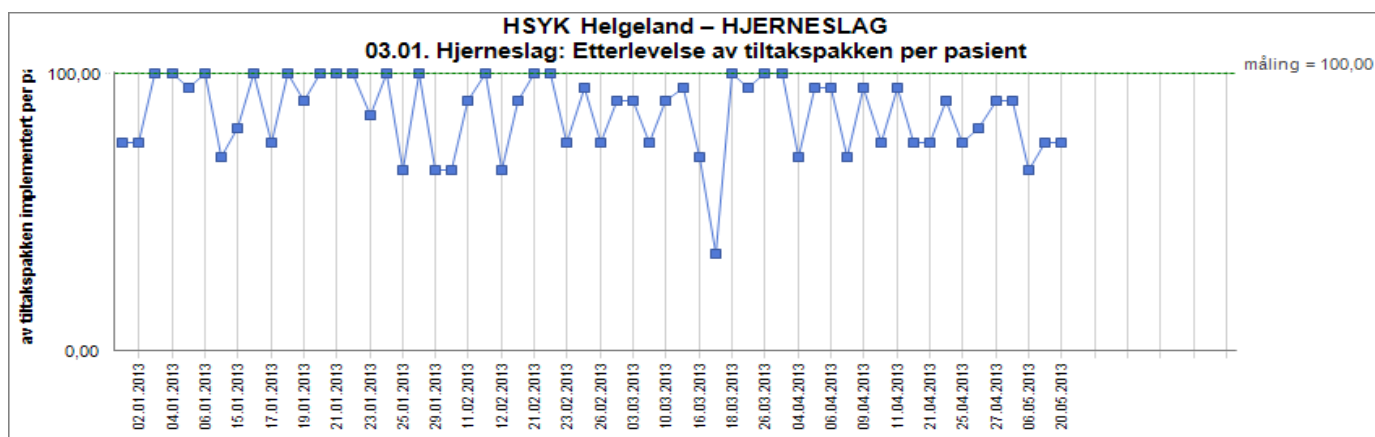
e) Status GTT (pasientskader funn):

- Innsatsområdene i pasientsikkerhetskampanjen samstemmer med de funn som er gjort av pasientskader på GTT. Iverksetting av innsatsområdene er derfor vårt tiltak for å redusere antall GTT funn.
- GTT-teamene har hatt årsmøte 18/4. Tallene for 2012 er levert kunnskapssenteret. Tallene presenteres hver sykehusenhet.
- Det presiseres at ulike sykehus kan ikke sammenlignes når det gjelder GTT funn grunnet ulik avdelingsstruktur.

- Pasientsikkerhetsgruppa ved NLSH Bodø vil gjøre revisjon på de journalgjennomganger som er gjort ved Hsyk.

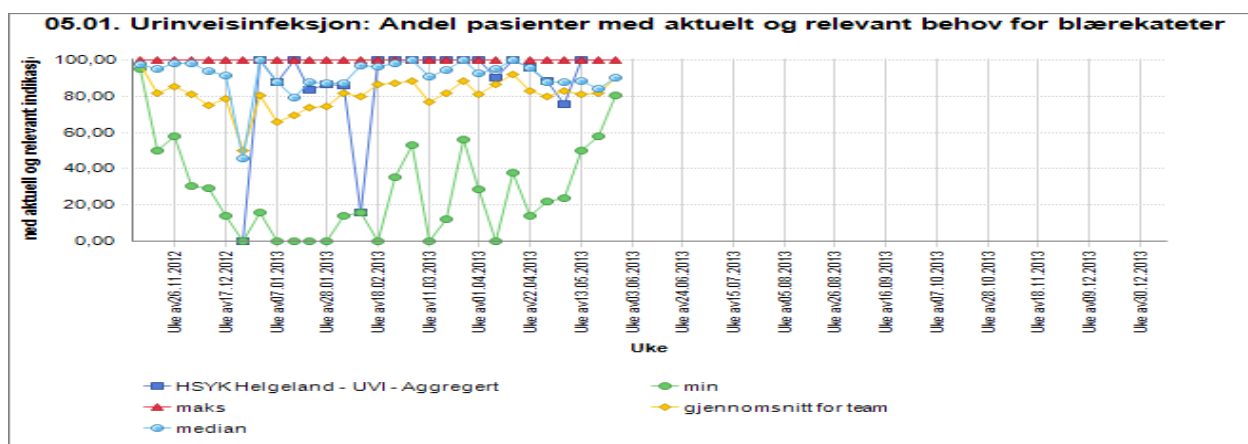
f) Behandling av hjerneslag:

- Team følger læringsnettverk og har hatt informasjonsmøter ved alle 3 sykehusene for å informere om det arbeidet som skal gjøres.
- Man er nå i avslutningen av prosedyrearbeidet.
- Under er statistikk fra etterlevelse av tiltakspakken pr. pasient. Ved etterlevelse av alle tiltak får man 100 poeng. Eget punkt for hver pasient. Det som har trukket ned er hovedsakelig at det ikke er geografisk definert areale for slagenhet i Sandnessjøen. Det arbeides med løsning på dette.



g) Forebygging av urinveisinfeksjoner (UVI):

- UVI utgjør den pasientskaden som hyppigst gir funn i GTT.
- Team følger læringsnettverk. Det er startet med pilotmålinger i Extranet.
- Det er gitt internundervisning ved alle 3 enhetene i løpet av april mnd i nye nasjonale retningslinjer når det gjelder bruk av urinveiskateter.
- Under ligger oversikt over andelen pasienter med urinkateter som har dokumentert relevant indikasjon.
- Teamlege Frode Arstad har sendt ut informasjonsbrev til alle leger om innsatsområdet.



h) Samstemming av legemidler:

- Det har vært flere møter mellom kampanjeleder, praksiskonsulenter og sykepleiere i akuttmottak.
- Sykehusfarmasøyten i Mo i Rana er teamleder.
- Det lages en nyhetssak til nettstedet Fastlegennytt på det arbeidet som nå er startet.
- Prosjektet skal presenteres i neste utgave av HELT.

- Det er sendt ut informasjonsskriv til fastleger.
- i) **I Pasientens fotspor:**
 - Pilotprosjektet er ferdig og rapport er under publisering..
- j) **Reduksjon av CVK-relaterte infeksjoner, (infeksjoner relatert til sentrale venekatetere):**
 - Oppstart i mai.
 - Intensivavdelingen i Sandnessjøen har hatt opplæring av CVK-veileder ved NLSH Bodø.
 - Internundervisning gjennomført ved Intensivavdelingen i Mo i Rana.

3. Kvalitetsindikatorer

a) Status kvalitetsindikatorene:

Indikatorer 2012/2013	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mars	April	Mai
Operasjonsstrykninger, sum HF (D-6946)	7,7%	7,8%	3,9%	6,9%	6,5%	6,7%	6,8%	7,1%	7,7%	7,0%	6,1%	5,6%	5,8%
- Mo i Rana	12%	7,0%	1,8%	6,4%	7,7%	6,4%	2,9%	7,4%	6,7%	8,3%	5,4%	4,9%	3,2%
- Mosjøen	2,2%	5,6%	2,3%	8,7%	3,3%	4,2%	6,4%	3,6%	8,5%	5,0%	6,7%	4,7%	7,0%
- Sandnessjøen	9,4%	11%	7,7%	5,5%	8,6%	9,5%	9,4%	10,9%	8,0%	7,7%	6,4%	7,1%	7,2%
Individuell plan barne-habilitering, sum HF (D-6087)													29,1%
- Mo i Rana	0%	0%	12%	33%	33%	20%	29%	29%	4/27	4/28	1/16	4/27	4/26
- Mosjøen	83%	75%	30%	0%	0%	0%	38%	47%	10/23	8/24	8/22	11/26	11/25
- Sandnessjøen	100%	100%	0%	0%	0%	100%	34%	34%	9/27	9/29	8/24	7/28	6/21
Epikrisetid, somatikk, sum HF (D-4045)	71%	75%	80%	76%	67%	72%	74%	68%	71%	74%	70%	74%	70%
- Mo i Rana	71%	77%	84%	77%	69%	77%	78%	67%	71%	72%	69%	66%	69%
- Mosjøen	80%	79%	86%	82%	72%	68%	78%	70%	77%	79%	78%	82%	81%
- Sandnessjøen	63%	68%	71%	71%	61%	71%	66%	67%	68%	71%	63%	73%	60%
Epikrisetid, psykisk helsevern sum HF (D-5927)	77%	76%	83%	72%	64%	68%	82%	84%	82%	82%	75%	86%	86%
- Mo i Rana	78%	72%	84%	77%	68%	66%	66%	69%	74%	67%	42%	78%	85%
- Mosjøen	69%	77%	97%	73%	57%	88%	91%	89%	86%	90%	86%	84%	84%
- Sandnessjøen	85%	79%	67%	66%	68%	51%	91%	94%	85%	88%	98%	95%	90%
Epikrisetid, (somatikk og psykisk helsevern), sum HF	74%	75%	81%	74%	65%	70%	78%	76%	76%	78%	72,5%	80%	78%

Indikator	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mars	April	Mai
Hypighet av keisersnitt, sum HF (inkl også fødsler i Mosjøen og Brønnøysund)	9%	16%	19%	6%	11%	17%	13%	13%	17%	17%	24%	14%	9,3%
	5/54	9/57	13/68	4/68	7/63	11/63	7/54	8/60	7/40	13/73	12/49	7/51	8/86
- Mo i Rana, fødsler/elektive	1/26	2/33	3/41	1/33	1/32	0/34	1/30	2/24	0/18	1/36	2/31	3/21	3/47
- Mo i Rana, fødsler/akutte	1/26	5/33	8/41	1/33	3/32	4/34	4/30	2/24	2/18	7/36	5/31	1/21	4/47
- Sandnessjøen, fødsler/elektive	2/20	0/14	1/22	1/30	1/24	4/18	1/17	3/27	0/13	3/30	4/14	1/24	1/27
- Sandnessjøen, fødsler/akutte	1/20	2/14	1/22	3/30	2/24	3/18	1/17	1/27	5/13	2/30	1/14	2/24	0/27
Korridorpasienter, sum HF (D-5952) antall pas.	18	54	42	28	45	64	66	30	51	31	41	77	45
- Mo i Rana	0	30	33	14	16	27	28	19	28	0	4	31	11
- Mosjøen	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
- Sandnessjøen	18	24	9	14	27	37	38	11	23	31	37	46	34
Preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd, (D-4085)													
- Mo i Rana	2/2	11/11	0/0	5/7	4/4	5/5	10/10	10/11	8/10	8/8	5/5	10/10	7/8
- Sandnessjøen	0/1	0/1	0/0	1/1	1/1	0/0	0/0	1/1	2/2	1/1	0/0	1/1	0/0

Vurdering:

- Operasjonsstrykningene har gått noe opp på HF-nivå, Mo i Rana har en reduksjon mens Mosjøen har en økning denne perioden. Sandnessjøen er nesten uforandret. Detaljerte oversikter over strykningene oversendes avdelingsdirektører, avdelingssjefer kirurgi og avd.ledere ved operasjonsavdelingene for gjennomgang og iverksettelse av tiltak.

- Individuell plan barnehabilitering:

Måloppnåelse for indikatoren (100%), fordrer bedre samhandling mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Hovedansvaret for individuell plan ligger hos kommunehelsetjenesten.

- Andel epikriser sendt innen 7 dager somatikk:

Mht til øvrige kvalitetsindikatorer er andel epikriser sendt innen 7 dager gått noe ned siden april, noe som særlig skyldes reduksjon i Sandnessjøen, På HF-nivå 70%, noe som ikke er tilfredsstillende. Bruk av ny DIPS-rapport som identifiserer de heldøgnsoppholdene som mangler epikrise med NPR-ID-nr, vil avhjelpe enhetene her. Det er gjennomført møter med ledergruppa på HF'et og ved sykehusenheten i Mosjøen. Møter ved de to andre enhetene før sommeren. Ved bruk av rapporten og i samarbeid med fagmiljøene, vil rutiner / prosedyrer for rask ferdigstillelse av epikriser bli oppdatert.

- Andel epikriser sendt innen 7 dager psykisk helsevern:

Psykisk helse Mo i Rana har nå fått en økning og er nå på nivå med Mosjøen. Sandnessjøen har 90 % til tross for en viss reduksjon. Uforandret HF-nivå, men enda er det noe å gå på ift måltall 100 %.

- Hyppighet av keisersnitt: Tilfredsstillende utvikling, med reduksjon av andel keisersnitt.

- Korridorpasienter: Nedgang i mai måned nå, både i Mo i Rana og i Sandnessjøen.

- Lårhalsbrudd: 7 av 8 pasienter er operert innen 48 timer i mai måned.

b) Legemiddelhåndteringsavvik i Docmap 2012/2013:

Enhet/ant.	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mars	April	Mai
Mo	1	3	0	1	2	2	0	1	1	3	4	3	5
Mosjøen	2	1	1	0	4	4	5	3	2	8	5	4	3
Sandnessjøen	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1

Det meldes fortsatt få avvik innen legemiddelhåndtering, men en liten økning i mai igjen.

Tiltak:

- Avd.ledere har ansvar for at de ansatte også melder denne type avvik elektronisk.
- Dette er tatt opp som eget tema under kvalitetsuka 2013 ved sykehusenhetene.
- I samarbeid med nytilsatt farmasøyt i Mo i Rana arbeides det for å få meldefrekvensen opp og elektronisk melding i Docmap.

c) Status pasientklagesaker ved sykehusenhetene i 2013:

Mo i Rana:

Mnd	Helsetilsynet	NPE	Pasient- og br	Andre med.	Innhold i saken
Jan	2012/1409	2013/1	2013/46 2013/53 2013/85	2013/50	Transport av pas. i drosje Operasjon av lårshalsbrudd Feil diagnose Varslet om dødsfall, omfatta ikke §3-3a Journalforespørsel Usikkerhet om diagnose
Feb		2013/141 2013/198 2013/199 2012/1278			Krav om erstatning, journaler sendt Åpning av tilsynssak - atrieflimmer og hjertesvikt, bedt om journalnotater og uttalelser Krav om erstatning, journaler sendt Vedtak - erstatningskrav ikke tatt til følge, nedatt funksjon i hånd etter behandling
Mars	2013/198	2013/260 2013/297 2013/325 2013/268		2013/243	
April		2013/348 2012/185 2013/373 2012/1252 2013/424 2013/425 2013/436		2013/391 2013/410	
Mai	- ingen nye saker i mai måned -				
Sum	3	16	3	4	

Mosjøen:

Mnd	Helsetilsynet	NPE	Pasient- og brukerombudet	Andre med. klager	Innhold i saken
Jan	2012/1209	2013/82 2013/83	2011/179	2013/32	Tilsynssak VOP, overdose i suicidal hensikt, pasient død Lang tid fra CT bilder ble tatt til kreft ble oppdaget, pasient død Sår på legg etter kollisjon ville ikke gro, førte til innleggelse og Hull på tykktarm etter dagkir. Inngrep, flere operasjoner Dårlig info til pårørende under innleggelse
Feb	2013/164	2013/220			Tilsynssak Pas. reiser: manglefull/dårlig transporttjeneste Journalforespørsel
Mars		2013/290 2013/263 2013/95		2013/303	Journalforespørsel Blind på øye etter grå stær operasjon Pasient død pga spredning av kreft, opprinnelig føflekk-kreft, gikk til etterkontroll Ransaking og beslag av filmer tilhørende innlagt pasient.
April				2013/378	Klage vedr. faktura, ikke mottatt krav
Mai				2013/511	Klage på taushetsplikt
Sum	2	6	1	4	

Sandnessjøen:

Mnd	Helsetilsynet	NPE	Pasient- og brukerombudet	Andre med. klager	Innhold i saken
Jan		2013/91	2013/48		Journalforespørsel, Tilleggsopplysning i forb med mulig erstatning Manglende utredning og oppfølgende behandling
Feb		2013/56 2013/159 2012/948			Journalforespørsel Journalforespørsel, Tilleggsopplysning i forb med mulig erstatning? Journalforespørsel
Mars	2013/256 2013/262	2013/226 2013/217 2013/262	2013/226		Vurdering av mulig pliktbrudd- Svar sendt 27.03.13 Svar vedr. vurdering av mulig pliktbrudd Klage på behandling Journalforespørsel, Ikke besvart, videre sendt til ny saksbehandler 15.05.13 NPE svar vedr. sakkyndig vurdering Klage på behandling
April			2012/180	2013/337	Pasientskade etter operasjon (Svarfrist 240513) Vet ikke hvor saken står
Mai		2013/452 2013/468 2013/469 2013/480	2013/486		Journalforespørsel Journalforespørsel Journalforespørsel Erstatningskrav Journalforespørsel
Sum	2	11	4	1	

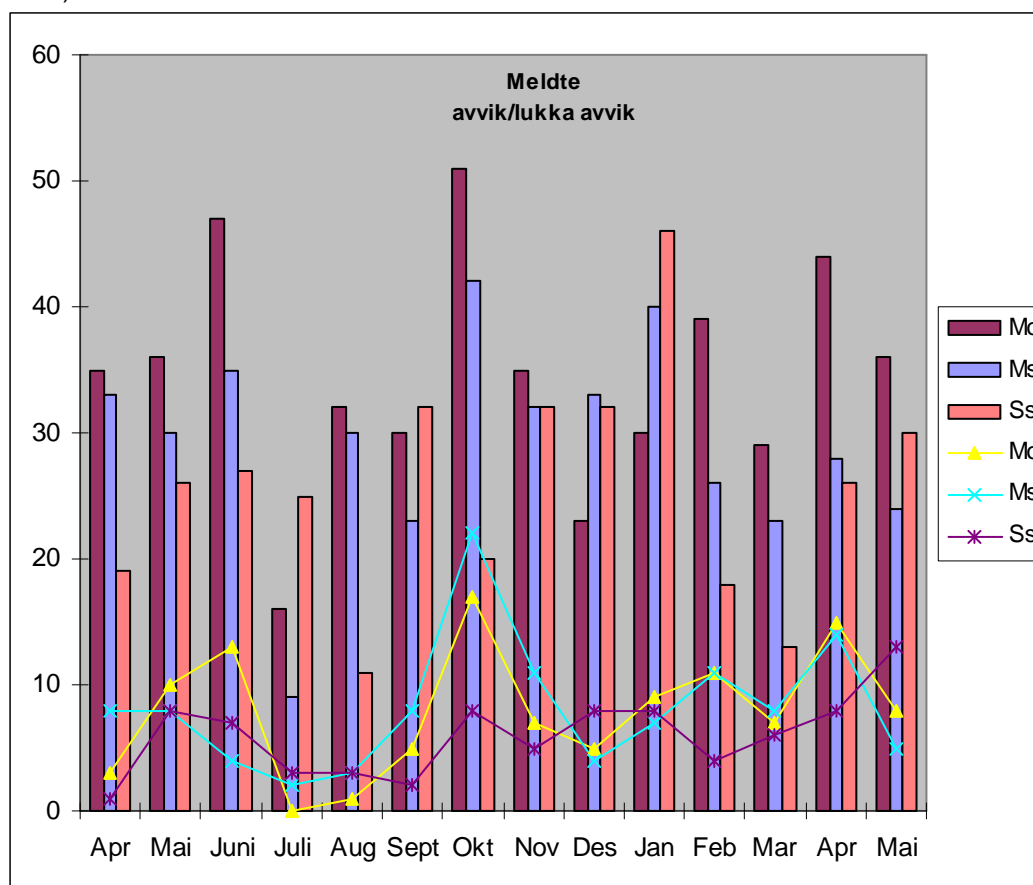
d) Status §3-3 meldinger (Pasienthendelseskjema) til Kunnskapssenteret (siden 01.07.12):

Det er sendt 32 § 3-3 meldinger til Kunnskapssenteret etter at ny meldeordning for slike meldinger fra 01.07.12. I mai er det sendt 1 melding. Helseforetaket arbeider med løsninger for å publisere sammendrag av innholdet i disse meldingene.

4. Status avvikshåndtering i Docmap

a) Hva er de 3 fokus områdene/situasjonene som avdelingene skal melde avvik på
a. Sykehusenhetene v/avd. direktør skal fremlegge en oversikt over avdelingenes fokusområder.(Skal dokumenteres i ePhorte i et avdelingsmøtereferat.)

b) Ant. meldte avvik i forhold til ant. lukka avvik siste måned/år 2012 – 2013



Ant. åpne avvik (ikke lukka) pr. dato:

	04.07	01.08	03.09	08.10	15.11	10.12	31.12	31.01	28.02	31.03	30.04	31.05
Mo	543	544	563	584	462	387	376	390	366	364	340	351
Msj	176	167	196	158	129	114	122	134	94	84	74	82
Ssj	229	240	244	247	227	230	240	260	219	199	200	202

Tiltak:

- Det er en nedgang i åpne avvik fra januar måned, noe som gjenspeiler aktivt arbeid med dette ved sykehusenhetene, men ikke ytterligere reduksjon siste mnd.

5. Interne revisjoner (akkumulert 2013)

Sted	Type	Saks nr. ePhorte	Status
Mosjøen	Internrevisjon v/stikkprøvekontroller tema: diagnosekoding ved med. og kir.pol.:	2013/248	For mangelfull og for mye feil ved koding v/poliklinikkene.
Mosjøen	Internrevisjon – Egeninspeksjon og stikkprøver	2013/234	Gj.ført 06.02.13
Mo i Rana	Internrevisjon – Intensiv avd., dokumentstyring og med. tekn. utstyr	2013/403	Gj.ført 08.05.13, 1 avvik 1 anm.
Sandnessjøen	Internrevisjon - Blodbank	2013/407	Varsel sendt, skal være 110613
Mosjøen	Internrevisjon - FAM/intensiven, dokumentstyring og med. tekn. utstyr	2013/433	Gj.ført 13.05.13, 2 avvik 2 anm.
Sandnessjøen	Internrevisjon – Intensiv avd., dokumentstyring og med. tekn. utstyr	2013/434	Gj.ført 28.05.13, 2 avvik 1 anm.
Mosjøen	Internrevisjon – Psyk.døgn, suicidalvurdering	2013/523	Varsel sendt 30.05
Mosjøen	Internrevisjon – Vop, suicidalvurdering	2013/522	Varsel sendt 30.05

6. Eksterne revisjoner (akkumulert 2013)

Sted	Hvem	Saks nr. ePhorte	Status
HF	Riksrevisjonen - Utvidet kontroll av styring, måloppnåelse og resultatrapportering knyttet til forebygging av infeksjoner	2013/190	Sendt etterspurt info. Intervju gj.ført. Rapport vil ikke foreligge.
HF	Fylkesmannen i Nordland - Tilsyn med spesialisthelsetjenesten og forespørsel om helseforetakets egenrevisjon av de barne- og ungdomspsykiatriske poloklinikker	2013/132	Sendt etterspurt info. Så har Msj sendt etterspurt info. De kommer til Msj i oktober.
Mo i Rana og Sandnessjøen	Statens helsetilsyn - Tilsyn med blodbankvirksomheten ved Helgelandssykehuset HF	2012/798	Evalueringsrapport av gjennomførte tiltak ble sendt 01.03. De vil ha info om oppfølgingen 18.06.
Mo i Rana	Internrevisjonen i Helse Nord RHF. Henvisninger, ventelister og fristbrudd	2013/231	Sendt etterpurt info.
HF	DSB, systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid.	2013/300	Har mottatt varsel. DE avlyste tilsynsbesøket 30.05. De vil ha tilsendt statusrapport 30.06
Mo i Rana	Branntilsyn, Rana Kommune	2013/420	5 avvik, 2 anmerkninger. Tiltaksplan sendt og akseptert.
Mosjøen	Internrevisjonen i Helse Nord RHF. Revisjon av tverrgående prosesser mellom helseforetak som har pasientreisekontor og Pasientreiser ANS".	2013/476	Utkast til rapport foreligger 16.05

7. Dokumenter i Docmap

- a) Har vår avdeling/område/enhet de dokumentene som skal være i Docmap i.h.h.t retningslinje [OL0267 Emneinndeling](#) ?

Når dokumenter i Docmap er eldre enn 2 år og ikke reviderte, vil de dokumentansvarlige få e-post med varsel om at dokumentet kan bli trukket tilbake dersom det ikke blir revidert.

Arbeidet med å få felles prosedyrer på tvers av enhetene kan være et realistisk mål etter at prosjektet med å vurdere mulige organisasjonsendringer er ferdig.

Kvalitetsutvalgets lovgrunnlag:

- Spesialisthelsetjenesteloven § 3-4

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal opprette kvalitetsutvalg som ledd i den internkontroll institusjonen er pliktig til å føre i henhold til § 3 i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten. Utvalget kan uten hinder av taushetsplikt kreve opplysninger som er nødvendige for utførelse av dets arbeid.

Departementet kan gi forskrift om kvalitetsutvalgenes arbeid, herunder om informasjon til pasienter og om habilitet for utvalgets medlemmer

- Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3
- Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

Hensikt:

- Kvalitetsutvalget er et obligatorisk virkemiddel i institusjonens arbeid med å fremme pasientsikkerhet og kvalitet på helsetjenestene.
- Den viktigste oppgaven til utvalget er å følge opp at gjeldende kvalitetsstrategi for foretaket blir gjennomført.

Ansvar:

- Foretakets ledelse har overordnet ansvar for at kvalitetsutvalg blir opprettet og fungerer som forutsatt.
- Utvalgets medlemmer har et selvstendig ansvar for at utvalget fungerer i henhold til helsemyndighetens og institusjonens anbefalinger og instruksjoner.
- Helsepersonell skal etablere internkontrollsystem og føre kontroll med sin egen virksomhet slik at det kan forebygges svikt i helsetjenesten.

1. Kvalitetsutvalgets funksjoner og oppgaver blir å følge opp
[MS0286 Kvalitetsstrategi og handlingsplan 2011-2014](#)

1. Utvikling av en kvalitetskultur i foretaksgruppen
2. Kunnskapsforankring
3. Pasientfokus
4. Pasientsikkerhet, (inkludert den nasjonale kampanjen).
5. Dokumentasjon og analyse av medisinsk praksis
6. Viktige mål i arbeidet for bedre kvalitet
 - a. Brukermedvirkning
 - b. Avvikshåndtering
 - c. Intern revisjon (og eksterne revisjoner)
 - d. Ledelsens gjennomgang
 - e. Nasjonale kvalitetsindikatorer
 - f. Definerte indikatorer/mål gjennom risikostyring i Helse Nord
 - g. Lokalt definerte indikatorer

Pkt.'ene 1 til 6 vil inngå i møteagendaen som blir utarbeidet av kvalitetsleder til møtene på HF nivå.

2. Retningslinjer for sammensetning av kvalitetsutvalget på HF- nivå

- Medisinsk direktør (leder)
- Kvalitetsleder (sekretær)
- Avd. sjef medisinsk område (lege/sykepleier)
- Avd. sjef kirurgisk område (lege/sykepleier)
- Avd. sjef psykisk helsevern
- Brukerutvalget utpeker en representant
- Ansattrepresentant (hovedvernombud, Tor Magnus Molund)
- Smittevern representant (Bente Karin Jensen)

Kvalitetsutvalget - oppgaver og sammensetning

Versjon: 2

Faste medlemmer: Medisinsk direktør, kvalitetsleder

HF-ledergruppen utnevner medlemmene fra sykehusenhetene til utvalget på HF-nivå. De utskiftbare medlemmene utnevnes for 2 år av gangen og halvparten hvert år.

Det oppnevnes personlige varamedlemmer

Ved behov kan det innkalles personer til enkeltsaker som skal behandles i utvalget.

Kvalitetsutvalget på HF-nivå

Tittel	Medlem	Vara
Med. dir	Fred Mürer	
Avd.sjef med.omr	Dag Stefansen	
Avd.sjef kir.omr	Ramona Nofal	
Avd.sjef psyk.	Sidsel Forbergskog	
Brukerutvalget	Gunnar Røssvoll	
Ansattrepr.	Tor Magnus Mohnd	
Hygiene/smittevern	Bente Karin Jensen	
Sekretær	Sigurd Finne	

Referat fra utvalgets møter sendes ut til alle ledere, medlemmer, vara og medisinsk direktør, samt på intranettet. Ansvar her er utvalgets sekretær.

3. Retningslinjer for sammensetning av kvalitetsutvalget på enhets nivå

- Avdelingsdirektør eller en person som bemyndiges
- En representant fra somatikk (m/ helsefaglig bakgrunn)
- En representant fra psykiatri (m/ helsefaglig bakgrunn)
- En representant fra medisintekniske tjenester
- 1 lege representert
- Plassverneombud
- Hygienesykepleier
- Farnasøyt

Det oppnevnes personlige varamedlemmer

3.1 Kvalitetsutvalget enhet Mo i Rana

Tittel	Medlem	Vara
Avd.sjef/leder i KU	Sidsel Forbergskog	Thomas Skonseng
Avd.leder	Ninja Hansen	Tom Dahlberg
Lege	Andreas Wagner	Svenja Dietrich
Helsepersonell	Rune Sjønes	Umi Andersen
Med.teknisk	Tore Bullvåg Hanssen	Arne Martin Kvalnes
Hygienesykepleier	Bente Jensen	
Verneombud	Liss Antonsen	Stein Feragen
Farnasøyt	Trine Aag	
Sekretær	Ann Lisbeth Johansen	

Kvalitetsutvalget - oppgaver og sammensetning

Versjon: 2

3.2 Kvalitetsutvalget enhet Mosjøen

Tittel	Medlem	Vara
Avd.sjef (leder KU)	Torbjörg Paulsen	Bjørg Rossvoll
Avd.leder	Brita Røli	Beate Murbræch
Lege	Grete Mo	Ramona Nofal
Helsepersonell	Ann Kristin Aulfes (PS)	Brit Finne
Med. teknisk	Bjørn Kjørstad	Andreas Straum
Hygienesykepleier	Hanne Maren Valamo	
Plassverneombud	Knut Solheim	Trude Gullbakk
Farmasøyt	Trine Aag	
Sekretær	Bitten Rolfsen	Anita Kjønnås

3.3 Kvalitetsutvalget enhet Sandnessjøen

Tittel	Medlem	Vara
Avd.sjef (leder KU)	Knut Gullesen	Tor Robert Barth Heyerdahl
Avd.leder	Dag Stefansen	Marit Hermstad
Lege	Per Arne Reinertsen	Frode Arstad
Helsepersonell	Kristin Nordøy	Gunnar Hohnvik
Med. teknisk	Øystein Stene	
Hygienesykepleier	Kari Grytdal	
Plassverneombud	Steffen Bonsaksen	
Farmasøyt	Trine Aag	
Sekretær	Lars-Inge Ingebriktzen	

4. Struktur

1. Kvalitetsutvalg HF nivå
 - a. 4-6 møter i året
 - b. Sammensetningen beskrevet slik at pkt. 2 oppfylles.
2. Kvalitetsutvalg på enhets nivå
 - a. Månedlige møter
 - b. Sammensetningen beskrevet slik at pkt 3 oppfylles
3. Kvalitetsutvalg på område- nivå
 - a. Månedlige møter
 - b. Avd. sjef har møte med sine avd. ledere som repr. fagområdene

Møtet på område nivå skal angi hvilke saker som er viktige å løfte opp til møtet på enhets nivå, som igjen skal angi hvilke saker som er viktige å løfte til møtet på HF nivå. Med viktige saker menes at flere kan ha læringseffekt av det, og KU på HF-nivå må ha et spesielt fokus på tiltak ved alle 3 enhetene på bakgrunn av saker fra enkelte av enhetene.

Kvalitetsutvalget - oppgaver og sammensetning

Versjon: 2

5. Møteplaner 2013

Møteplan Kvalitetsutvalg på HF nivå											
Jan	Feb	Mars	Apr	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
					4				2		4

Møteplan Kvalitetsutvalg på enhets nivå – Mo i Rana											
Jan	Feb	Mars	Apr	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
			17	15	19			18	16	13	18

Møteplan Kvalitetsutvalg på enhets nivå – Mosjøen											
Jan	Feb	Mars	Apr	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
			10	15	12			18	16	20	18

Møteplan Kvalitetsutvalg på enhets nivå – Sandnessjøen											
Jan	Feb	Mars	Apr	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
			19								