

Styresak 52/2014: Resultat- og tiltaksrapport per 05/2014 Kvalitet

Møtedato: 18.06.14

Møtested: Helgelandssykehuset Mo i Rana

I denne saken presenteres resultat- og tiltaksrapport kvalitet pr mai 2014.

Rapporten fokuserer på ventetider og fristbrudd samt noen sentrale punkter, kvalitetsparametre og indikatorer i følge 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 2014 er at gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter skal være under 65 dager. Etter sammenslåingen av DIPS-databasene 23.-25. mai leverer ikke virksomhetsportalen til Helse Nord data for ventetider for Helgelandssykehuset. Det må gjøres en avstemningsjobb av dataene før de kan presenteres. Ventetidsdata i oversiktene 1-4 er derfor ikke oppdatert pr mai. Ventelistedata fra NPR foreligger ikke før 15. virkedag etter månedsskifte.

Arbeidet med å unngå fristbrudd videreføres, men må forsterkes. Det var en liten nedgang i antall ventende med fristbrudd fra april til mai fra 45 til 41. Utdringene var størst innen ØNH (Sandnessjøen), samt hudsykdommer (Mosjøen) og revmatologi (Mo i Rana). De enkeltstående fristbruddene i andre fagområder bør kunne unngås. Det er fortsatt en utfordring med kommende fristbrudd (frist i inneværende mnd uten oppsatt timeavtale) innen hudsykdommer, men også i andre fagområder (fordøyelses-sykdommer). Poliklinikkene som har enkeltstående fristbrudd skal gjennomgå listene og iverksette tiltak slik at disse enkeltvis fristbruddene kan unngås.

Brøken antall avviklede fristbrudd i forhold til antall avviklede pasienter med rett til prioritert helsehjelp, er økt litt fra april til mai. Dette skyldes avvikling av det økte antall fristbrudd fra mars til april. Dette illustrerer viktigheten av å unngå at kommende fristbrudd blir faktiske fristbrudd.

Helseforetaket har fått kvalitetsmidler fra Helse Nord RHF for styrking av arbeidet med ventelister og fristbrudd. Dette blir nå koordinert med internt arbeid knyttet til ventelisteprosedyrer og med arbeidet i forhold til Helse Nord's fristbruddsprosjekt, der det er laget regionale prosedyrer for arbeidet for å forhindre fristbrudd og for økt samarbeid med Informasjonstjenesten for fritt sykehusvalg i regionen. Som nevnt i rapporten for januar er resultatet av dette arbeidet blitt forsinket pga. sammenfall med andre interne prosjekter, og har gitt tregere rekruttering av interne prosjektressurser enn forutsatt, men dette arbeidet skal nå intensiveres. Arbeidet kombineres med økt fokus på rettighetsfastsettelse, da høyere andel fastsettelse av rett til prioritert helsehjelp er assosiert med risiko for fristbrudd.

I rapporten er indikatorene fra EPJ- DIPS (elektronisk pasientjournal), som Helse Nord har innført fra 01.01.2014 tatt inn i kap.2. Det vil bli laget rutiner for å følge opp indikatorene, spesielt antall åpne dokumenter og åpne henvisningsperioder. Det skal også utføres en ROS.-analyse vedr. lukking av åpne dokumenter i Sandnessjøen, før dette rettes opp ved hjelp av Helse Nord IKT. Indikatorene skal medvirke til å sikre at ingen pasienter blir "glemt /faller ut" av systemet. At antallet åpne dokumenter er så høyt i Ssj skyldes at over 13.000 utsendte innkallingsbrev fortsatt er registrert som åpne.

Helseforetakets tiltak som ledd i deltakelse i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet pågår fortløpende, og rapporteringsdata fra kampanjen er faste oppfølgingspunkter i den månedlige kvalitetsrapporten. Data vedr. Global Trigger Tool (GTT) viste en nedgang i mulige pasientskader fra 2011 til 2012, og helseforetaket ligger under nasjonalt gjennomsnitt. Analyseresultatene fra 2013 foreligger ikke enda. Det har vært utført revisjon av GTT analysene i Helgelandssykehuset fra Regionalt kompetansesenter for pasientsikkerhet ved Nordlandssykehuset, og det er gitt anbefalinger ift. klarere definisjoner av pasientopphold og hvilke pasientopphold som skal ekskluderes fra analysene. Dette gjennomgås med GTT-teamene. Helseforetaket deltar også innen de fleste andre innsatsområdene og har vært pilot på innsatsområdet "I pasientens fotspor", der sluttrapporten foreligger, (se link i den vedlagte resultat- og tiltaksrapporten).

Innsatsområdet Samstemming av legemiddellister koordineres med RHF-prosjekt i regi av Sykehusapotek Nord.

Med hensyn til øvrige kvalitetsindikatorer var andel epikriser sendt innen 7 dager innen både somatikk og psykisk helsevern noe økt fra april til mai, noe som har ført til en økning for helseforetaket som helhet av

andelen fra 82 % til 85 %. Dette er høyest hittil i år og nesten på landsgjennomsnittet. Fortsatt er det imidlertid et stykke igjen til målet på 100 %. Ved siden av oppfølging av antall fristbrudd vil dette fortsatt være den indikatoren som har behov for den sterkeste oppfølging og tiltak. Det vil fortsatt bli fokusert på tiltaksplanen som ble presentert for styret i desember 2013.

Det har vært en økning i operasjonsstrykninger, og årsaker til slike strykninger er angitt i egen tabell.

Det registreres stadig korridorpasienter i Mo i Rana og Sandnessjøen. Det bør lages en oversikt over grunnen til hvert enkelt registrert tilfelle over et gitt tidsrom. Dette var påtenkt i mai mnd, men utgikk pga arbeid med DIPS-sammenslåingen. Vil bli tatt opp igjen over sommeren.

De nasjonale kvalitetsindikatorerne som Helse Nord RHF vil fokusere overfor sitt styre, er nå tatt inn i rapporten, med sammenlikning av resultatene fra helseforetaket ift regionen og hele landet, samt korte kommentarer til resultatene.

Innsatsen for å fjerne gamle avvik som ikke er lukket har gitt positive resultater i Mosjøen og Sandnessjøen, men må økes i Mo i Rana da reduksjonen har stoppet opp.

I rapporten er det akkumulerte antall avvik meldt i 2014 ved hver enkelt sykehusenhet fordelt på avvikstyper, fremstilt i tabell.

VEDTAKSFORSLAG:

Styret tar saken til orientering.

Per Martin Knutsen
Adm. direktør

Saksbehandlere: Medisinsk direktør Fred A. Mürer / fagstab

Eget vedlegg: Resultat- og tiltaksrapport per mai 2014