

Møtedato: 28. april 2021
Saksnr.:
2021/459

Saksbeh./tlf.:
Eirik Holand / Tove Klæboe Nilsen

Sted/dato:
Bodø, 16.4.2021

Styresak 44-2021

Vurdering av risiko for manglende måloppnåelse for kvalitet i pasientbehandlingen, oppfølging av sak 44-2020

Formål

Formålet med saken er å orientere styret om områder i pasientbehandlingen hvor risiko for manglende måloppnåelse i 2021 vurderes å være høy. Disse områdene må derfor ha særskilt fokus i styringsdialogen med helseforetakene. For å oppnå det overordnede styringsmålet om å levere tjenester med bedre kvalitet og pasientsikkerhet må det fortsatt være stort fokus på risikokartlegging og identifisering av tiltak på spesifikke områder med manglende måloppnåelse.

Bakgrunn

Styret ble i styremøtet 25. mars 2020 presentert for risikovurderinger innenfor kvalitetsområdet for 2020 (*styresak 44-2020 – Risiko for å oppnå kvalitetsmål for 2020, oppfølging av styresak 109-2019 og 110-2019*). Styret fattet følgende i vedtakets punkt 2:

2. *Styret ber adm. direktør legge frem forslag til mandat for det videre arbeidet innen utgangen av mars 2020, slik at styret gis anledning til å komme med innspill på prioriterte områder for det videre arbeidet. Styret ber om en prioritering av tiltak som raskt kan gi effekt for den økonomiske bærekraften.*

Pandemien har gjort det krevende å følge opp forbedringsarbeidet samt å komme tilbake til styret med oppfølgings sak høsten 2020. Det vises til *styresak 172-2020/4 Orienteringssak ad. Forbedringsarbeid med kvalitetsutfordringene for store og/eller alvorlige pasientforløp i foretaksgruppen - oppfølging av styresak 44-2020*, der det ble redegjort for utsettelsen av saken, samt at kvalitetsdata er gjennomgått i tertialrapport nr. 2-2020¹, og i sak om ledelsens gjennomgang for 2020².

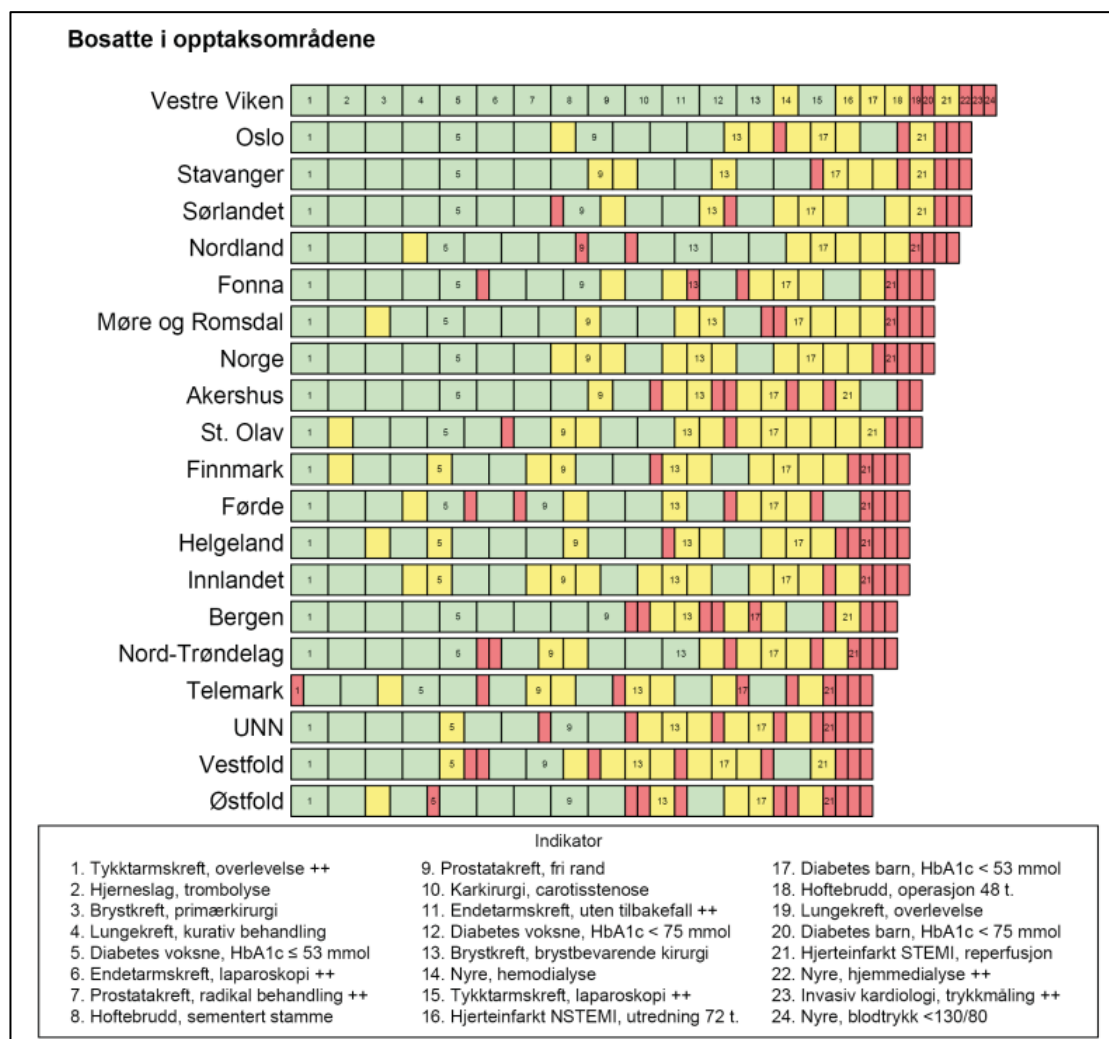
Styret presenteres med dette for en oppdatert vurdering av risikoområder innenfor kvalitetsområdet for 2021.

¹ Styresak 140-2020 Tertialrapport nr. 2-2020 (styremøte 28. oktober 2020)

² Styresak 11-2021 Ledelsens gjennomgang av virksomheten 2020 (styremøte 24. februar 2021)

Datakilder

Utviklingen i resultater fra kvalitetsregistre, egne virksomhetsdata og UKOM³-rapporter ligger til grunn for prioriteringene i denne saken. Kvalitetsregisterdata fra 24 nødvendige helsetjenester er sammenstilt i SKDEs helseatlas for kvalitet⁴. Denne rapporten redegjør for områder hvor helseforetakene har uønsket variasjon i kvalitet. Rapporten har en samlet fremstilling av måloppnåelse hvor helseforetakene i Helse Nord sammenlignes med landet forøvrig.



Figur 1 – kilde SKDEs helseatlas for kvalitet

³ UKOM - Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten

⁴ SKDE rapport Nr. 1/2021- Helseatlas for kvalitet.

<https://helseatlas.no/sites/default/files/kvalitetsatlas.pdf>

Fargekodene grønn, gul og rød viser henholdsvis til høy, moderat og lav måloppnåelse for sine respektive indikatorer. Med unntak av Nordlandssykehuset, har helseforetakene i Helse Nord en samlet måloppnåelse under landsgjennomsnittet. Manglende kvalitetsindikatorer og kvalitetsregister for psykisk helsevern og TSB gjør det krevende å definere risiko basert på grad av måloppnåelse. Risikokartleggingen på dette området er derfor basert på opplysninger fra andre kilder enn kvalitetsregistrene.

Prioritering av risikoområder

Målet med kartleggingen i denne saken er ikke å vise til samtlige kvalitetsutfordringer i regionen, men å identifisere prioriterte risikoområder for oppfølging i 2021.

Kvaliteten i pasientbehandlingen er i hovedsak god ved sykehusene i Helse Nord, men fortsatt er det områder hvor behovet for kvalitetsforbedring er tilstede. Områder hvor den nasjonale variasjonen er stor, og områder som omhandler store pasientgrupper og alvorlige tilstander, bør prioriteres i tiltaksarbeidet.

Basert på en totalvurdering, er to områder innen psykisk helsevern, og fem områder innenfor somatisk område, valgt ut som risikoområder som må ha særlig oppmerksomhet og oppfølging.

Prioriterte områder basert på risikovurdering – psykisk helsevern

1. Pandemien har hatt innvirkning på etterspørselen etter tjenester innen psykisk helsevern for barn, og det er påvist en økning i antall henvisninger det siste året. Det vises spesielt til en økning i antall barn henvist for behandling av spiseforstyrrelser og psykoser⁵. Økt tilfang av nyhenviste, i kombinasjon med etterslep, gjør at tiltak på kort sikt er å øke kapasiteten i eksisterende tilbud, ved å omdisponere egne ressurser og øke forbruket av innleide ressurser.
2. Det er påvist særlige utfordringer med tilstrekkelig *samhandling* omkring barn med psykiske lidelser⁶. Dette er en klar risiko i behandlingstilbudet som krever en langsiktig og koordinert oppfølging i samarbeidet med kommunene.

Prioriterte områder basert på risikovurdering – somatikk

1. Tall fra hjerte-kar registret viser at alle helseforetak i Helse Nord ligger under landsgjennomsnittet, og har lav grad av måloppnåelse på indikatoren *reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid*. Til dels store avstander i regionen bidrar til utfordringen, og setter særlige krav til lokalt tilpassede tiltak.

⁵ Se [SKDEs rapport om sørge for ansvaret under koronapandemien](#) (oktober 2020), tertialrapport nr 2 i Helse Nord, og data fra HN LIS (Helse Nord ledelsesinformasjonssystem)

⁶ [UKOM rapport nr 3 2020](#) – Ungdom med uavklart tilstand

2. Resultater fra nasjonale kvalitetsregister viser at det fortsatt er noe uønsket variasjon i kvaliteten i Helse Nord innenfor ortopedi. Spesielt gjelder dette bruken av sementert stamme ved hoftebrudd, hvor UNN fortsatt har lav måloppnåelse, og skiller seg fra resten av helseforetakene i nord som har høy måloppnåelse.
3. For hoftebrudd operert innen 24 timer har Finnmarkssykehuset moderat måloppnåelse, mens de øvrige helseforetakene har lav måloppnåelse. Innen 48 timer har samtlige helseforetak moderat måloppnåelse. Tiltak skal iverksettes for å redusere tid til operasjon.
4. Graden av måloppnåelse innenfor kreftpakkeforløpene er fortsatt ikke tilstrekkelig. Det er fortsatt uønsket variasjon i måloppnåelse i regionen som må følges tett opp i samarbeidet med helseforetakene.
5. Andelen sykehusopphold med minst en pasientskade skal reduseres til 10% eller lavere innen 2023. For de fleste områder i Helse Nord hvor det gjøres undersøkelser (GTT-team), er andelen høyere. Videre implementering av nasjonale faglige råd (tidligere tiltakspakker) må intensiveres. Det legges opp til en prioritering av innsatsområder i samråd med helseforetakene.

Adm. direktørs vurdering

Ett av tre overordnede styringsmål er å sikre tilgjengelig og likeverdig pasientbehandling av god kvalitet. Det er derfor viktig at måloppnåelse på kvalitet inngår som en sentral del av Helse Nord's risikostyring. Nasjonale kvalitetsindikatorer gir god oversikt over områder Helse Nord har uønsket variasjon i kvalitet på. Mange andredatakilder, som henvist til i saken, bidrar også til å kaste lys over hvor utfordringene er størst.

De prioriterte risikoområdene som er redegjort for i denne saken vil ha et særskilt fokus i 2021, og vil bli fulgt opp i styringsdialogen med helseforetakene. Tiltaksarbeidet vil være krevende, og at det vil være nødvendig å følge opp utviklingen over tid, også med fokus på samarbeid og vilje til å lære av hverandre i forbedringsarbeidet.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret tar informasjon om vurdering av risiko for manglende måloppnåelse for kvalitet i pasientbehandlingen, til orientering
2. Styret ber om at risikoområdene som er gjort rede for tas inn i den overordnede risikostyringen for Helse Nord.

Bodø, 16. april 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Referanseliste:

SKDE rapport Nr. 1/2021- Helseatlas for kvalitet.
<https://helseatlas.no/sites/default/files/kvalitetsatlas.pdf>