



## Styresak 4-2014

### Resultater fra Global Trigger Tool-analysen (GTT) 1. halvår 2013

**Saksbehandler:**

Tonje E Hansen, seksjon for Pasientsikkerhet

**Saksnr.:**

2010/1702

**Dato:**

03.02.2014

#### Dokumenter i saken:

Trykt vedlegg: Rapport Global Trigger Tool – 1. halvår 2013, Nordlandssykehuset HF  
Ikke trykt vedlegg:

#### *Bakgrunn*

Global Trigger Tool (GTT) er en metode for å overvåke og avdekke og forekomsten av pasientskader i pasientbehandling ved hjelp av strukturert journalanalyse. GTT- analysen ble første gang gjennomført i Nordlandssykehuset HF høsten 2010. Analysearbeidet har siden 2011 blitt utført av syv GTT- team, hver bestående av to sykepleiere og en lege ved lokalisasjonen og enheten analysen utføres. Alle syv teamene har fått grundig opplæring i metoden og veiledes jevnlig og ved behov av Seksjon for pasientsikkerhet (PSG). I tillegg kvalitetssikrer PSG deler av tallmaterialet.

Metoden har gitt stabile og robuste målinger og gir en god indikasjon av forekomsten av pasientskader i Nordlandssykehuset. I tillegg avdekker analysen områder der det er rom for forbedring i de enkelte klinikker/enheter.

#### *Utfordringer knyttet til GTT analysen*

Som tidligere har det også nå, vært vanskelig å få fullført analysene i alle teamene til riktig tid. Frist for ferdigstilling av analysen for første halvdel av 2013 var 1. oktober. Tre team leverte ikke data innenfor fristen: Medisinsk team Bodø, Kirurgisk team Bodø og Vesterålen. De to første fikk utsatt frist til hhv. 15. oktober og 1. november pga forsinket utlevering av pasientlister med ca 1.5 uke samt total utskiftning av teamene. Vesterålen hadde ingen grunn til utvidet frist. Likevel kom ikke GTT data Seksjon for pasientsikkerhet i hende før 8.11 for Medisinsk team Bodø, 14.11 for Vesterålen og 21.11 for Kirurgisk team Bodø. Dette gjorde at GTT resultatene ikke kunne presenteres styret i desember som planlagt, da det ikke var tid til kvalitetssikring av data.

#### *Resultater nasjonalt*

De nasjonale resultater for 2012 som er laget på bakgrunn av 47 teams gjennomgang av 11728 tilfeldig utvalgte pasientinnleggelser, viser en nedgang i andelen innleggelser med minst en pasientskade fra 16 % til 14 %. De hyppigste skadekategoriene er: legemiddelrelaterte skader, postoperative sårinfeksjoner, urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner og andre infeksjoner. Journalgjennomgangen anslår at det ved 8 % av alle somatiske pasientopphold i Norge i 2012 oppstod minst én skade som førte til forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser (kategoriene F-I).

### **Resultater ved Nordlandssykehuset HF**

Resultatene fra første halvdel av 2013 for et samlet foretak viser ingen endring fra forrige periode. Antall pasientskader er stabilt med 168 skader fordelt på 4737 liggedøgn som tilsvarer 35 pasientskader per 1000 liggedøgn. Andelen innleggelser med minst en pasientskade er 17 % mot 18 % i forrige periode. Graderingen av pasientskadene første halvdel av 2013 er tilnærmet uforandret fra tidligere perioder med 47 % både for E- og F-skader, 4 % H-skader og 1 % G- og I-skader. Fordelingen av typer skader er også uforandret fra tidligere perioder med infeksjoner (44 %) som den dominerende årsak etterfulgt av kirurgiske komplikasjoner (inkludert postoperative blødninger) og legemidler.

### **Resultater ved de ulike lokalisasjonene Bodø, Lofoten og Vesterålen**

For Bodø er resultatene stabile og lik med forrige periode. 16 % av pasientskadene første halvdel av 2013 oppsto utenfor sykehuset (ved annet sykehus eller i primærhelsetjenesten). For Lofoten er det en økning i antall pasientskader per 1000 liggedøgn fra 17 til 25 sammenlignet med forrige periode. Til tross for dette er trenden for antall pasientskader nedadgående når vi ser på en samlet analyse 2010-13. I Lofoten har 30 % av pasientskadene for første halvdel av 2013 oppstått utenfor sykehuset. I Vesterålen har det gjennom de to siste periodene vært en økning i antall pasientskader til 48 per 1000 liggedøgn. Dette medfører også at trenden for pasientskader i Vesterålen er økende. I Vesterålen har 45 % av pasientskadene for første halvdel av 2013 oppstått utenfor sykehuset.

### **Klinikkvise resultater**

Hode- og bevegelses klinikkens GTT resultater har vært stabile gjennom de fire siste periodene, og ligger for første halvdel av 2013 på 24 per 1000 liggedøgn. Legemiddelrelaterte pasientskader dominerer skadebildet. For Kvinne- barn klinikken varierer resultatene mer, men med 20 pasientskader per 1000 liggedøgn første halvdel av 2013 er trenden nedadgående. Pasientskader i forbindelse med fødsel er hyppigste skadekategori. For Kirurgisk-ortopedisk klinikk er pasientskader per 1000 liggedøgn 44, et resultat som har vært stabilt gjennom de fire siste periodene. Trenden for 2010-13 er likevel nedadgående. De hyppigste skadekategoriene er UVI og kirurgiske komplikasjoner. Skadetallene for Medisinsk klinikk har gjennom de tre siste periodene vært økende fram til 35 pasientskader per 1000 liggedøgn, noe som også medfører at trenden for perioden 2010-13 viser en økning i antallet pasientskader. Sammenlignet med forrige periode er det en økning i antall pasientskader i Lofoten og Vesterålen, mens det i Bodø er en reduksjon. Hvis vi ser på trenden fra 2010-2013 øker antall pasientskader i Bodø og Vesterålen, mens det i Lofoten er store variasjoner i dataene og en nedadgående trend. De hyppigste skadekategoriene er for Medisinsk klinikk er infeksjoner etterfulgt av legemiddelskader. Selv om Lofoten og Vesterålen har en høy andel pasientskader som oppstår utenfor sykehuset har Medisinsk klinikk samlet sett en høy andel sykehusrelaterte infeksjoner. Det bør vurderes om det ligger et forbedringspotensial her.

### **Automatisert strukturert journalanalyse - Automatic trigger analytics (ATA)**

Nordlandssykehuset har i samarbeid med SAS Institute utviklet en automatisk løsning for GTT – analysen. Løsningen er unik i sitt slag både nasjonalt og internasjonalt, og Nordlandssykehuset er det første helseforetaket som tar den i bruk. Løsningen er i flere runder testet og verifisert, og deler av dette arbeidet pågår fortsatt. Dette for å sikre en best mulig løsning i forhold til treffbildet og data som hentes ut av løsningen. Nordlandssykehuset har ansvar for applikasjonen, mens teknisk driftsansvar er hos Helse Nord IKT. Løsningen ble i samarbeid med SAS fremvist en delegasjon på ni fra ulike deler av Helse Sør - Øst i desember, og i mars skal løsningen presenteres av Nordlandssykehuset på SAS Institutes Globale Forum i Washington DC.

### **Direktørens vurdering**

Resultatene fra GTT - analysen for et samlet helseforetak er stabile når det gjelder antall pasientskader, andelen innleggelser med pasientskader, alvorlighetsgrad og skadekategori. At Nordlandssykehuset har høyere andel innleggelser med pasientskader enn det nasjonale gjennomsnittet er ikke uventet. Direktøren tror dette skyldes at analysen gjøres grundigere og på et

større utvalg av pasienter (ca 7 % av heldøgnspatientene) enn ved de andre helseforetakene. For å undersøke om denne antakelsen er riktig er det igangsatt et forskningsprosjekt (PhD) for å undersøke betydningen av å øke utvalget av pasienter for påvisning av antall og typer av skader. Innsatsområdene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet ” I trygge hender 24-7” er under implementering i Nordlandssykehuset. Direktøren forventer spesielt at arbeidet med tiltakene innefor urinveisinfeksjoner, fall, trykksår og samstemning av legemiddellister på sikt vil redusere antallet pasientskader pasientene opplever i Nordlandssykehuset. Vi vil likevel ikke kunne forvente effekt på skadestatistikken før tiltakene har vært innført i hele organisasjonen i minst 1 år. Gjennom programperioden på fem år (2014-18) vil det også innføres nye innsatsområder og tiltak som forhåpentligvis vil bidra til å redusere pasientskader.

Ved Vesterålen og i Medisinsk klinikk ser det ut til å være en økning i antall pasientskader. Selv om andelen pasientskader oppstått utenfor sykehuset er høy i Vesterålen, mener direktøren det er viktig å følge opp arbeidet med GTT analysen og resultatene av den tettere. Fra og med januar 2014 er arbeidet med GTT og tiltakspakker i pasientsikkerhetsprogrammet en fast post i oppfølgingsmøtene med klinikkene. Direktøren understreker at de ulike GTT teamene skal ha tid og rom til å utføre denne analysen, og klinikk- og avdelingsledelser skal gjennomgå resultatene og bruke disse som grunnlag for målrettede tiltak for å redusere skadenivået i foretaket.

Direktøren er meget godt fornøyd med at Nordlandssykehuset har bidratt til å utvikle en praktisk anvendelig, automatisk løsning for Global Trigger Tool den første i sitt slag i Norge. Løsningen er per i dag i full drift i alle de syv GTT teamene. Dette skifte av metodikk for GTT analysen har ført til halvering av tidsbruken i teamene. Ny metode vil kunne påvirke GTT resultatene og føre til at de varierer mer enn tidligere for de neste to perioder. Når verifiseringsarbeidet er ferdigstilt forventes det at løsningen gir et treffbilde som med < 5 % feilmargin. Vi kan da også forvente en stabilisering av dataene.

### **Innstilling til vedtak:**

1. Styret ber direktøren påse at GTT målingene i foretaket gjennomføres som planlagt og at resultatene blir brukt systematisk til forbedringstiltak i den enkelte berørte avdeling og klinikk.
2. Styret ber direktøren utrede om det er mulig å utvikle GTT metoden innen fagområder hvor den i dag ikke er i bruk (pediatri, psykiatri,) eller hvor det kan tenkes at metoden er utilstrekkelig utviklet (onkologi).
3. Innen 2017 må NLSH HF ha redusert unngåelige pasientskader (50 % av det som måles med GTT) med 70 %.

### **Avstemming:**

### **Vedtak:**

# Global Trigger Tool Første halvår 2013 Nordlandssykehuset HF



# Innledning

---

Global Trigger Tool (GTT) er en metode for å overvåke og avdekke og forekomsten av pasientskader i pasientbehandling ved hjelp av strukturert journalanalyse.<sup>1</sup> GTT-analysen ble første gang gjennomført i Nordlandssykehuset HF høsten 2010.

Analysearbeidet har siden 2011 blitt utført av syv GTT- team, hver bestående av to sykepleiere og en lege ved lokalisasjonen og enheten analysen utføres. Alle syv teamene har fått grundig opplæring i metoden og veiledes jevnlig og ved behov av Seksjon for pasientsikkerhet (PSG). I tillegg kvalitetssikrer PSG deler av tallmaterialet.

Metoden har gitt stabile og robuste målinger og gir en god indikasjon av forekomsten av pasientskader i Nordlandssykehuset. I tillegg avdekker analysen områder der det er rom for forbedring i de enkelte klinikker/enheter.

## Presentasjon av GTT som metode

---

GTT- manualen definerer en pasientskade som: *"utilsiktet fysisk skade som har oppstått som et resultat av medisinsk behandling eller som behandlingen har bidratt til, som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang."*

I vurderingen av om det foreligger en pasientskade skal teamet alltid ta utgangspunktet i **pasientens perspektiv**. Det vil si at de skal vektlegge konsekvensen hendelsen har fått for pasientens liv og helse, sammenliknet med om den hadde vært unngått. Prosedyren tar ikke stilling til om hendelsene skyldes feil i pasientbehandlingen. Hendelser som må tilskrives et naturlig forløp til underliggende sykdom, skal derimot ikke regnes som en pasientskade. GTT- metoden er en svært ressurseffektiv måte å kartlegge pasientskader, og gir gode data som kan følges over tid for det enkelte helseforetak.<sup>2</sup>

## Nasjonale GTT resultater

---

Resultater fra GTT analysen i 2010 og 2011 nasjonalt viser stabile tall. Fra begge års analyser inneholder 16 % av alle innleggelser minst en pasientskade (alle alvorlighetsgrader), og 9 % av alle innleggelser inneholder en pasientskade som førte til forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser (alvorlighetsgrad F-I). De hyppigste typene pasientskader har begge årene vært: urinveisinfeksjon, legemiddelrelaterte skader, postoperative sårinfeksjoner og andre komplikasjoner til kirurgi.

---

<sup>1</sup> [Materiell - Pasientsikkerhetskampanjen. I trygge hender](#)

<sup>2</sup> Resar RK, Rozich JD, Classen D. Methodology and rationale for the measurement of harm with trigger tools. Qual Saf Health Care 2003;12(90002):39ii-45.

Tallene for 2012 som er laget på bakgrunn av 47 teams gjennomgang av 11728 tilfeldig utvalgte pasientinnleggelser, viser en nedgang i andelen innleggelser med minst en pasientskade til 14 % (Tabell 1). De hyppigste skadekategoriene er: legemiddelrelaterte skader, postoperative sårinfeksjoner, urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner og andre infeksjoner. Journalgjennomgangen anslår at det ved 8 % av alle somatiske pasientopphold i Norge i 2012 oppstod minst én skade som førte til forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser (kategoriene F-I).

**Tabell1. Estimert andel somatiske pasientopphold med pasientskade i norske sykehus for 2012, 2011 og 2010.<sup>3</sup>**

Alvorlighetsgrader	Prosent av alle pasientopphold		
	2012	2011	2010
Pasientopphold med minst en skade (E-I)	13,9 % (12,5-15,3)	16,1 % (14,6-17,6)	15,8 % (13,9-18)
Pasientopphold med minst en skade som førte til forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser (F-I)	7,6 % (6,6-8,5)	8,8 % (7,8 % - 9,8 %)	8,9 % (7,3 % -10,5 %)
Antall undersøkte pasientopphold	11 728	10 288	7 819
Hvor mange pasientopphold er det trukket fra*	593 046	585 648	501 549**
Totalt antall somatiske døgnopphold (Samdata)	889 167	878 368	865 699

\* Et pasientopphold er regnet som et sammenhengende sykdomsforløp, som i noen tilfeller kan strekke seg over flere sykehus, som følge av funksjonsfordeling.

\*\* Undersøkelsen i 2010 omfattet kun 10 av årets måneder, mars til desember.

<sup>3</sup> Rapport for Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool i Norge 2012 ([www.pasientsikkerhetskampanjen.no](http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no))

# Utfordringer knyttet til GTT analysen ved NLSH første halvdel av 2013

---

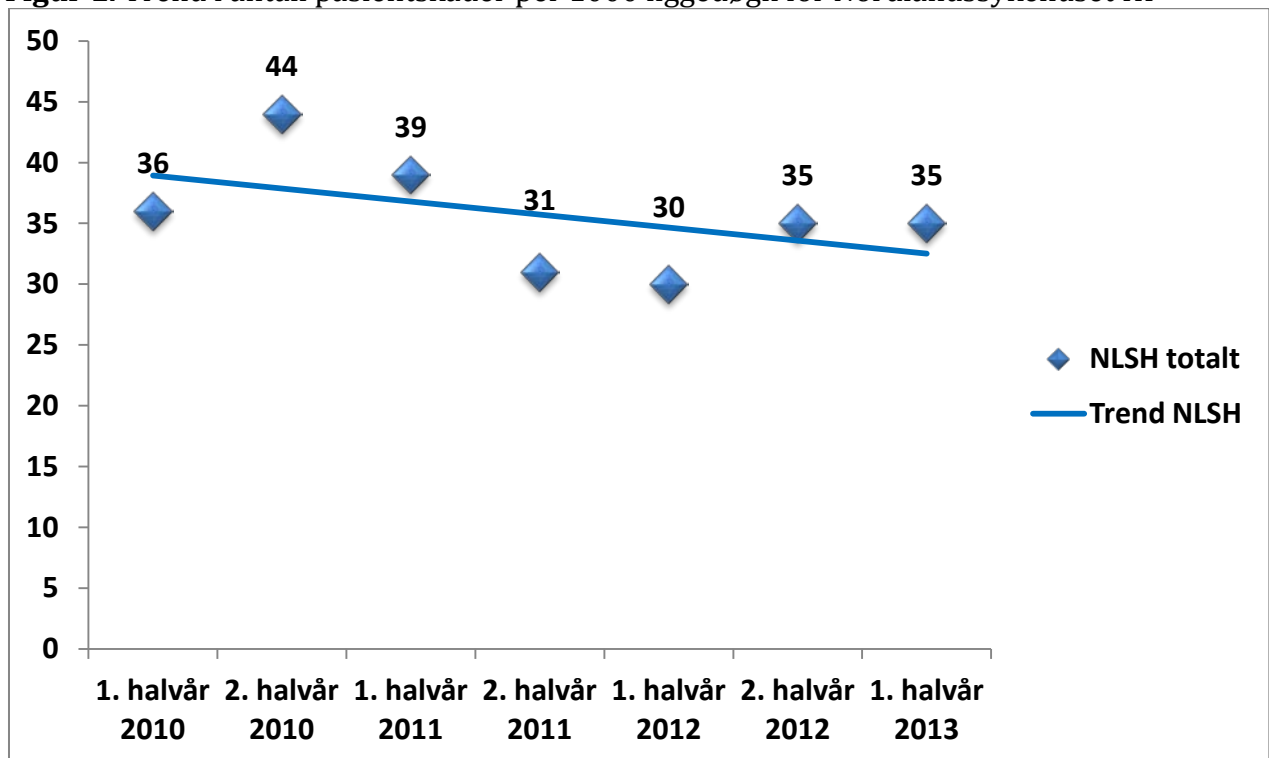
Hovedutfordringen i vårt foretak er fremdeles at det i noen team har vært hyppig utskiftning av medlemmer. For å sikre reproduserbare og pålitelige resultater fra GTT analysen er stabilitet i GTT teamene avgjørende. Vi har inntrykk av at stor utskiftning av teammedlemmer kan påvirke resultatet. Vi ser at økt erfaring med metoden fører til en økning i antall pasientskader som teamet finner (man blir flinkere til å finne de "minst opplagte" pasientskadene). Denne gevinsten tapes sannsynligvis ved hyppig utskiftning. For å redusere instabiliteten i teamene ble det høsten 2012 vedtatt i Direktørens ledergruppe at nye leger i teamene skulle være overleger. Det har likevel vært utskiftning i teamet til Vesterålen og kirurgisk team i Bodø.

Som tidligere har det også nå, vært vanskelig å få data analysert til riktig tid. Frist for ferdigstilling av analysen for første halvdel av 2013 var 1. oktober. Tre team leverte ikke data innenfor fristen. De to første teamene fikk utsatt frist til hhv. 15. oktober og 1. november pga forsinkede pasientlister (1.5 uke) og total utskiftning av teamet. Likevel kom ikke GTT data Seksjon for pasientsikkerhet i hende før hhv. 8.11, 14. 11 og 21.11. Etter innlevering må Seksjon for pasientsikkerhet kvalitetssikre data, dette ble det ikke tid til før styremøtet i desember. Dette er årsaken til at saken måtte utsettes til neste styremøte.

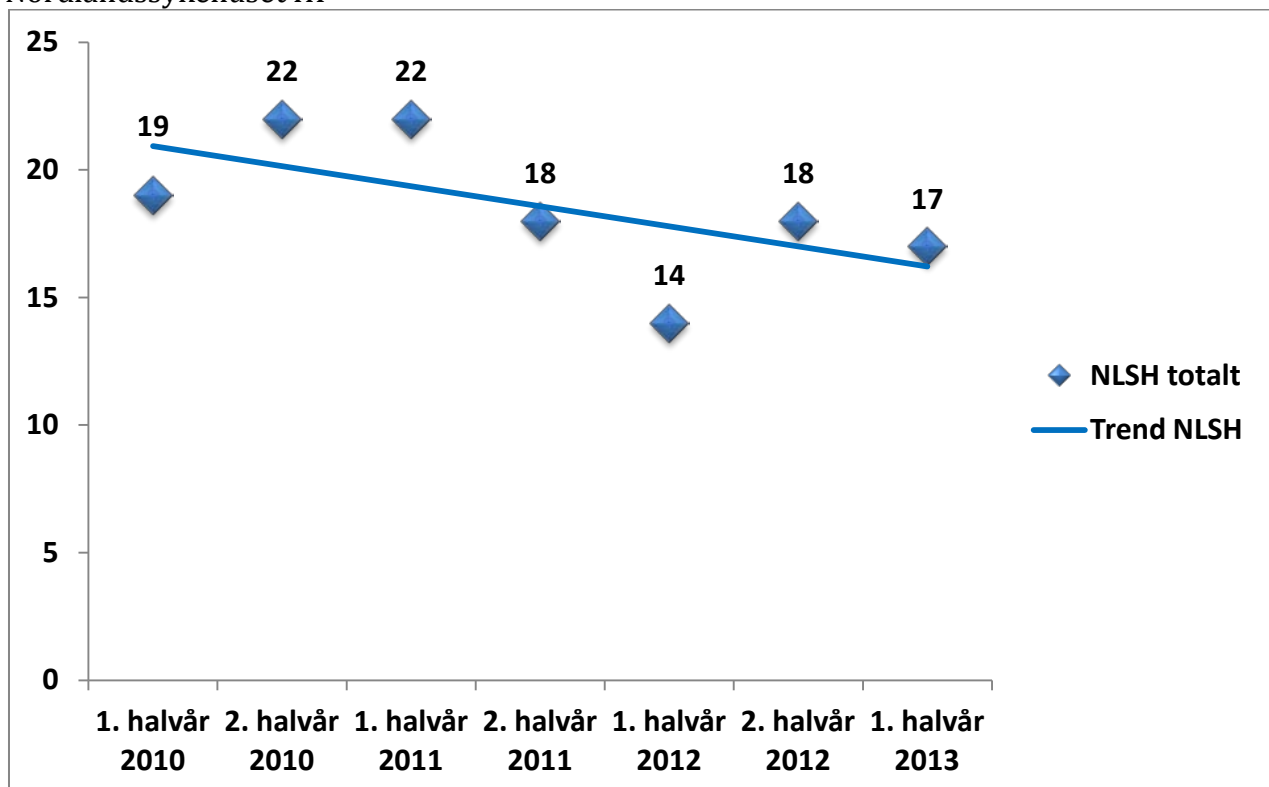
Bruken av analysedata internt i klinikk og enhet beskrives veldig forskjellig fra de ulike teamene. Mens noen team legger fram detaljerte data fra analysen for klinikkledelsen, legegruppen og på kursdager for sykepleierne samt personalmøter, har andre team ingen kontakt med sin klinikkledelse vedrørende analyseresultatene. Resultatet fra GTT-analysen er imidlertid et godt utgangspunkt for å kartlegge områder for forbedring i klinikkene/enhetene, og medlemmene i teamene er dyktige og legger mye innsats i arbeidet.

# Resultater for Nordlandssykehuset HF

**Figur 1.** Trend i antall pasientskader per 1000 liggedøgn for Nordlandssykehuset HF

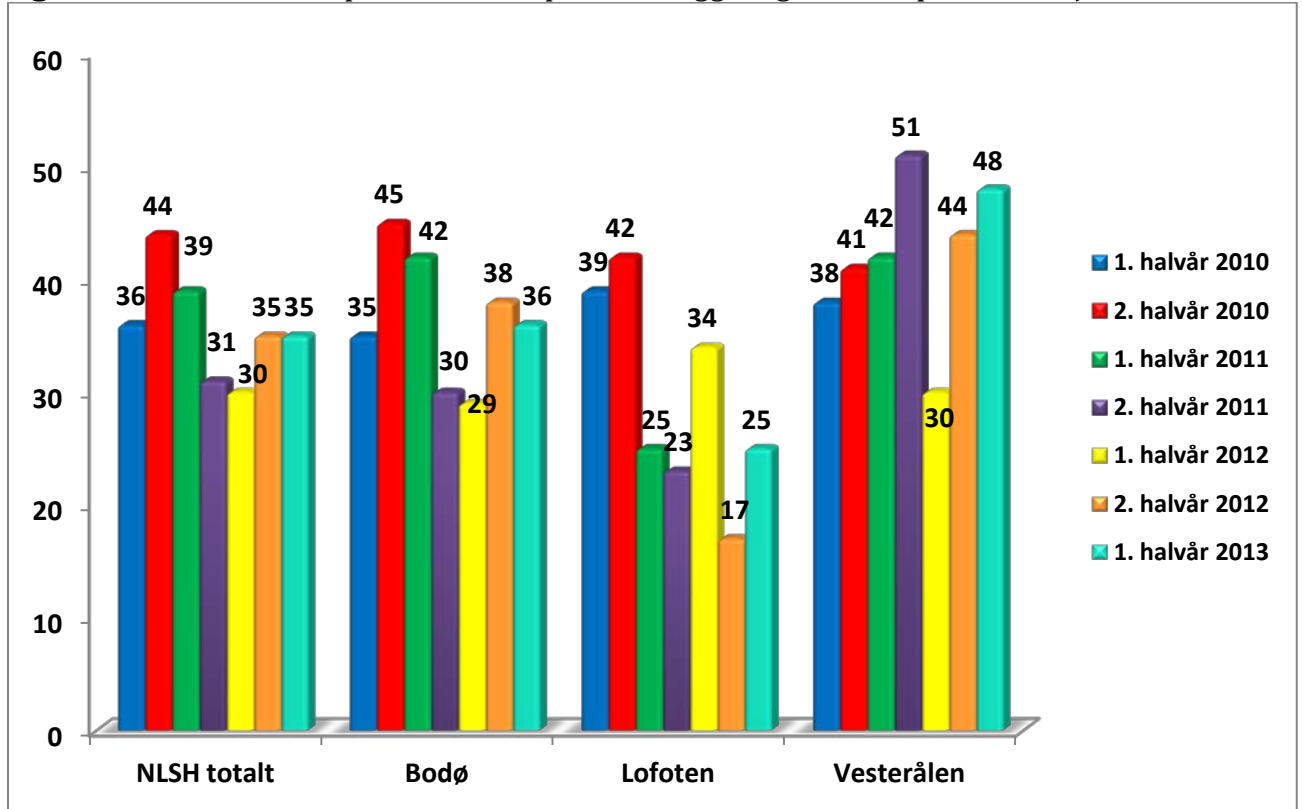


**Figur 2.** Trend i andelen innleggelser med minst en pasientskade for Nordlandssykehuset HF

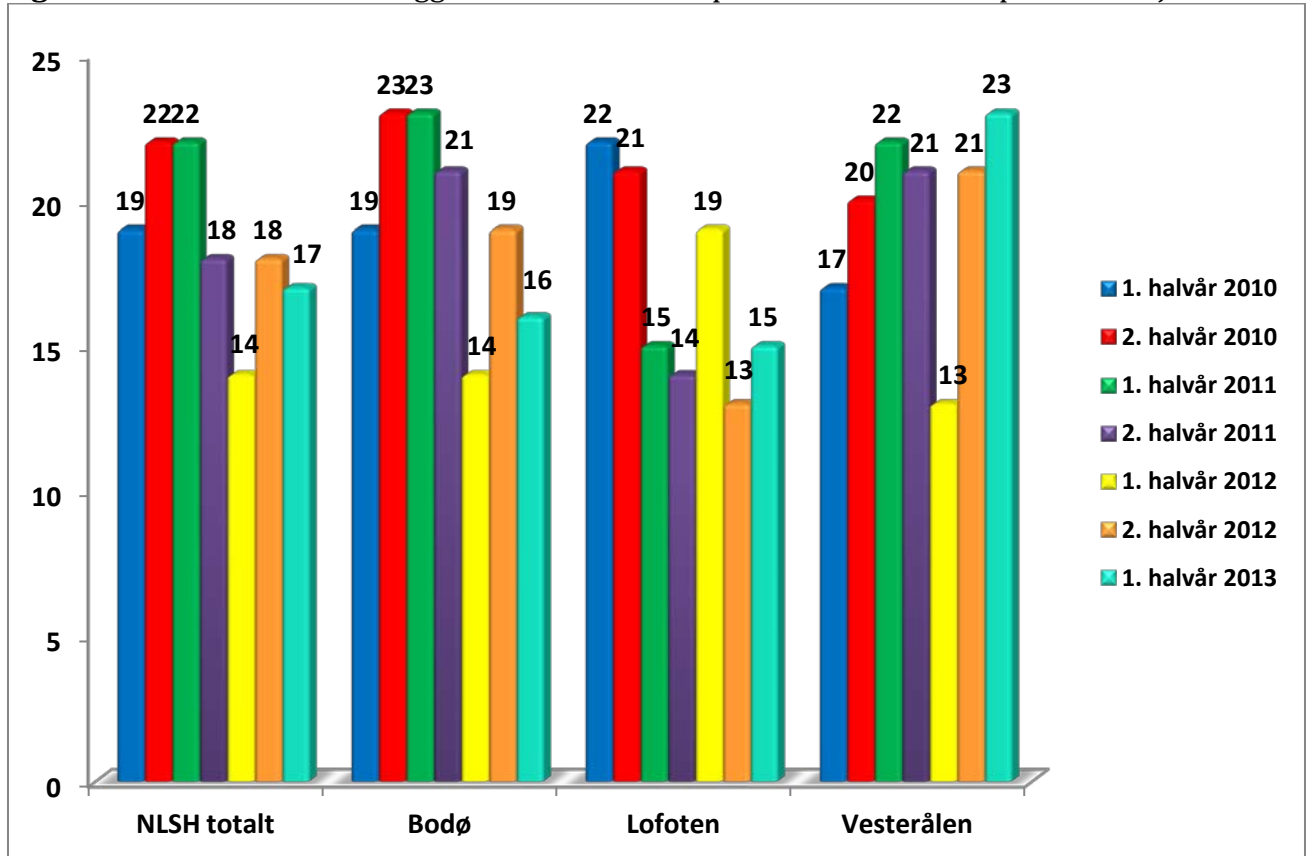




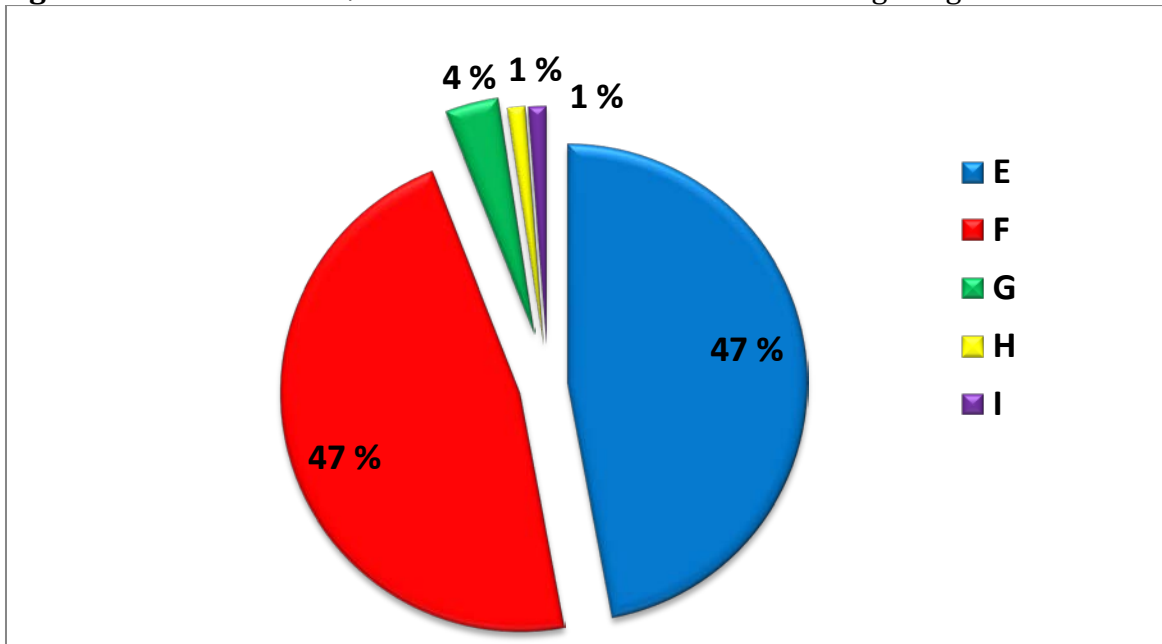
**Figur 3.** Trend for antall pasientskader per 1000 liggedøgn fordelt på lokalisasjon



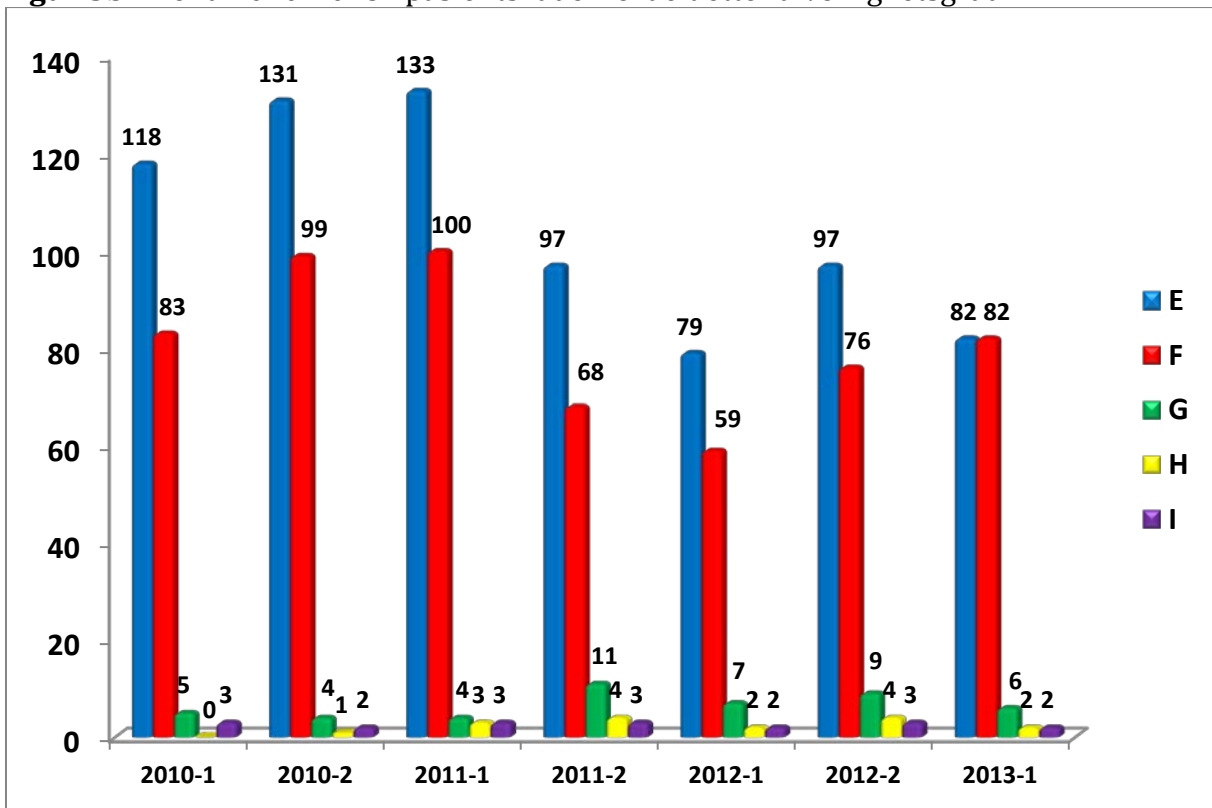
**Figur 4.** Trend i andelen innleggelser med minst en pasientskade fordelt på lokalisasjon



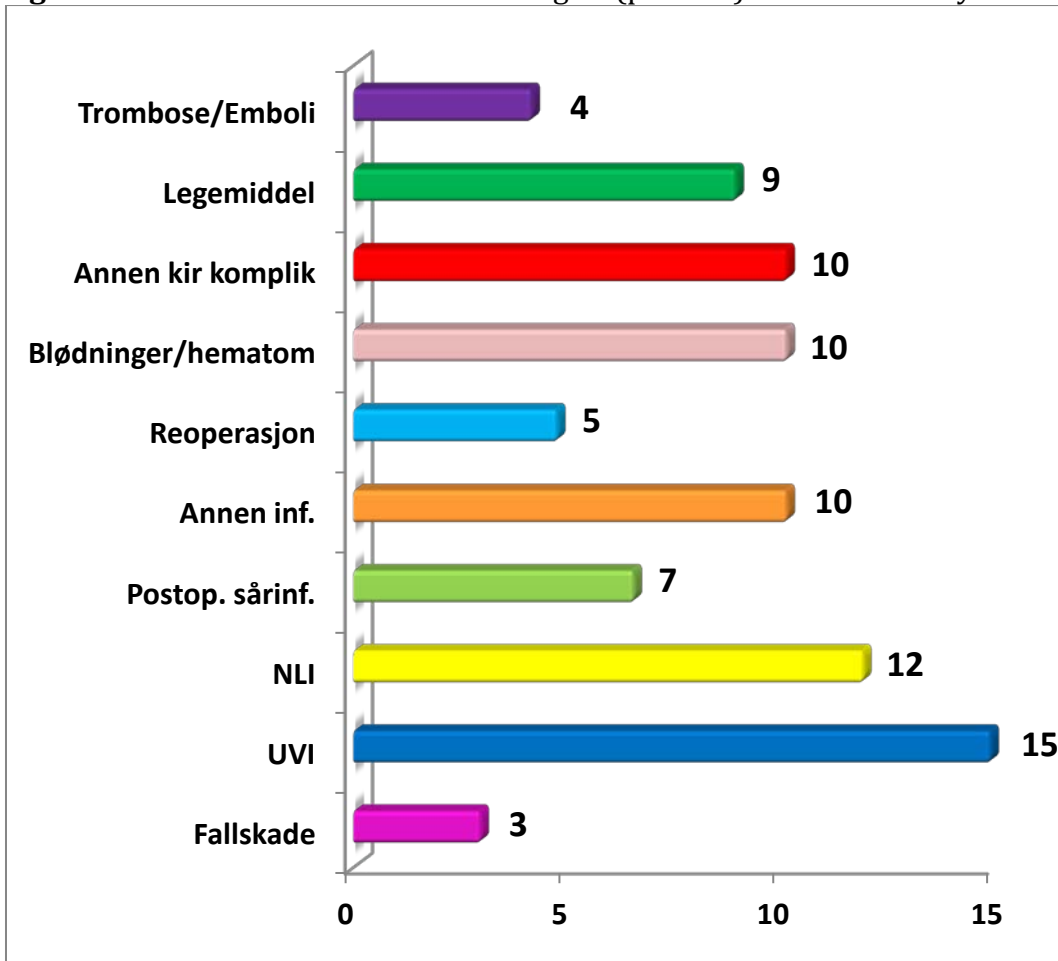
**Figur 5a.** Pasientskader første halvdel 2013 fordelt etter alvorlighetsgrad E-I



**Figur 5b.** Trend 2010-2013 i pasientskader fordelt etter alvorlighetsgrad E-I

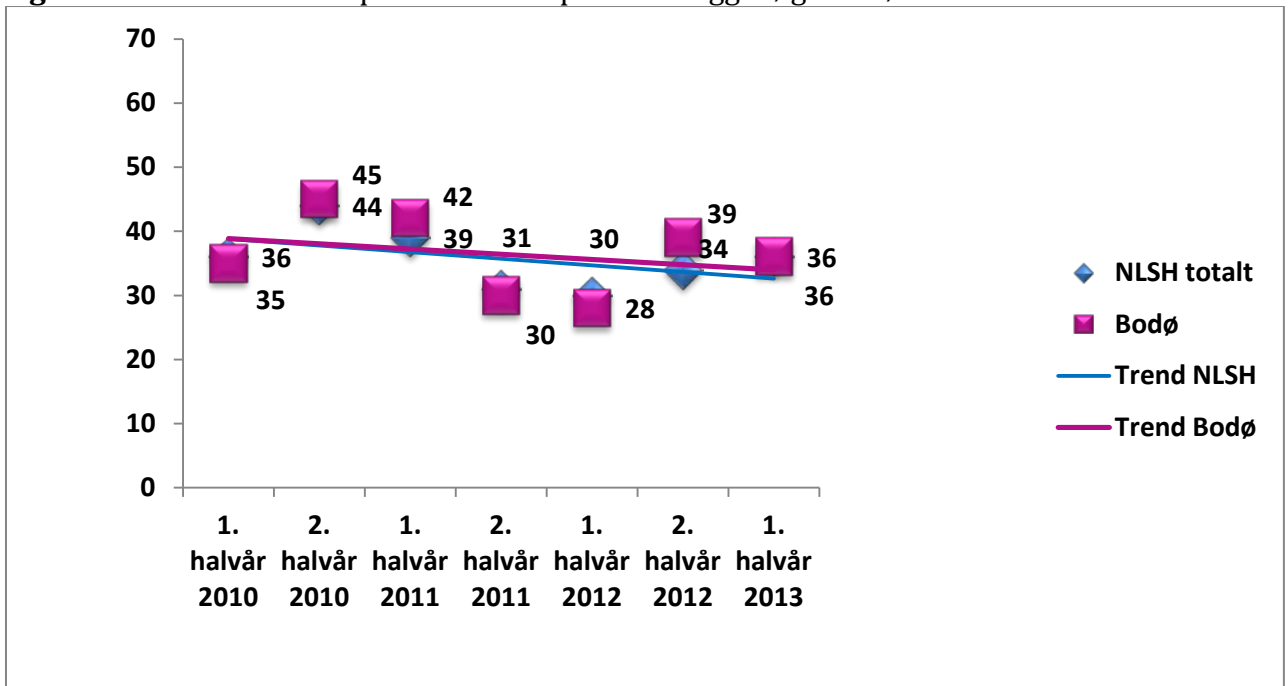


**Figur 6.** Pasientskader fordelt etter kategori (prosent) for Nordlandssykehuset HF\*

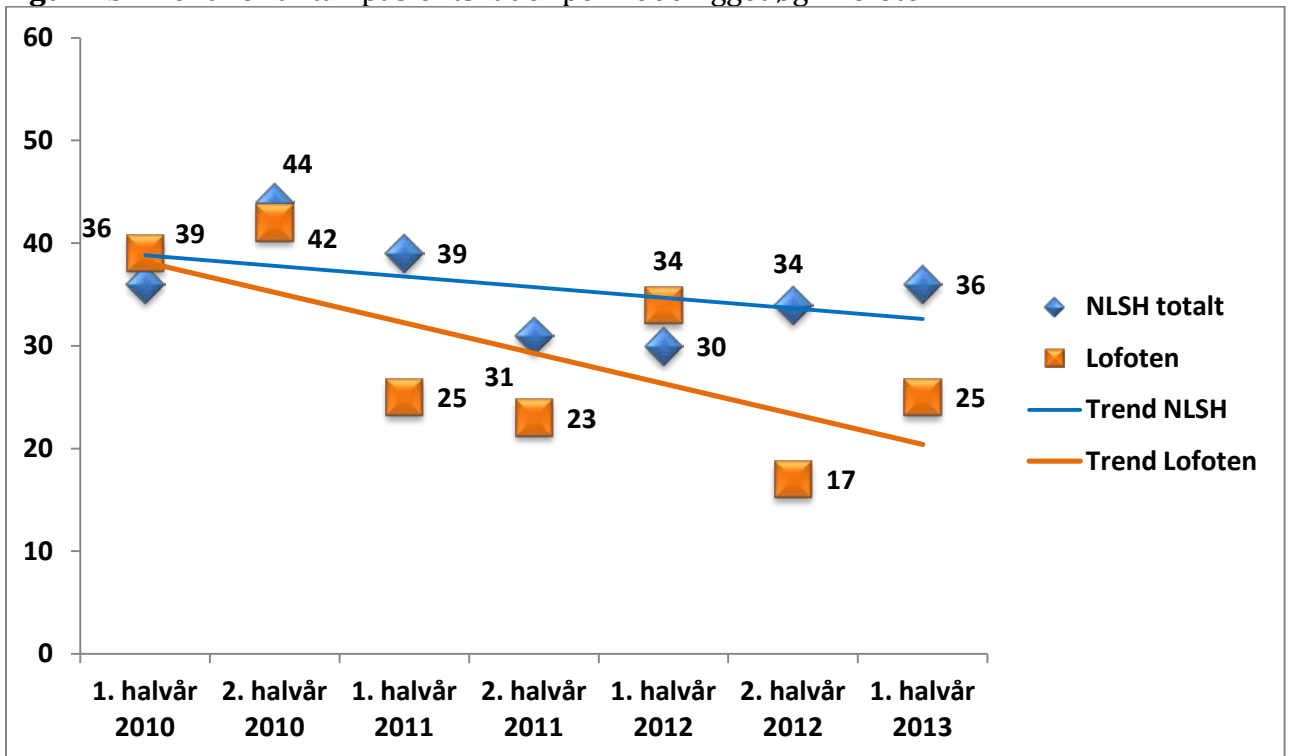


\*Totalt 168 pasientskader (absolutte tall)

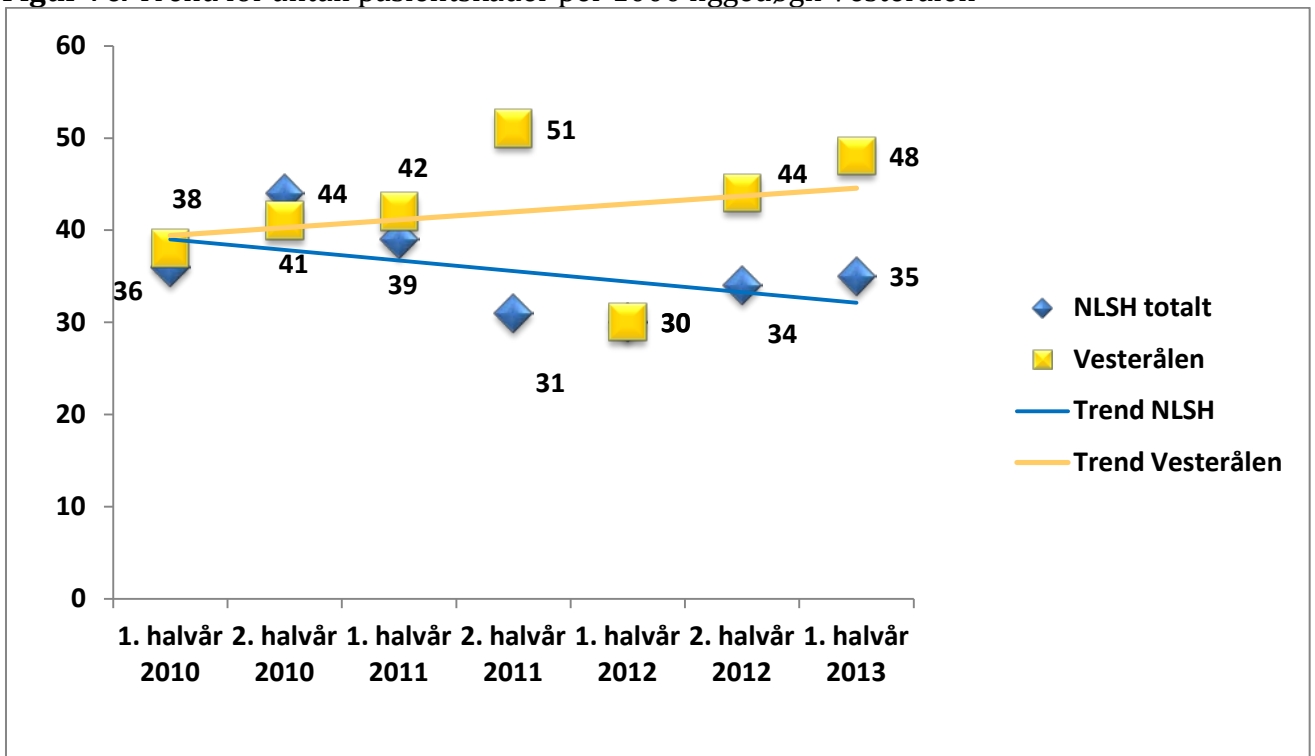
**Figur 7a.** Trend for antall pasientskader per 1000 liggedøgn Bodø



**Figur 7b.** Trend for antall pasientskader per 1000 liggedøgn Lofoten



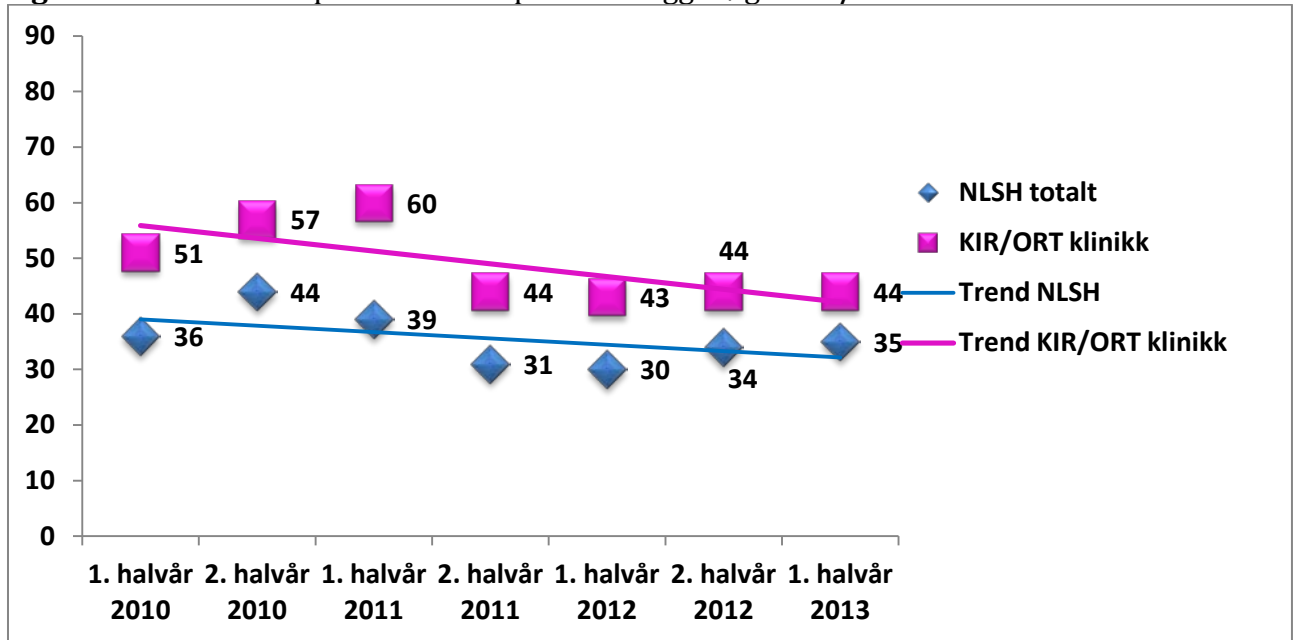
**Figur 7c.** Trend for antall pasientskader per 1000 liggedøgn Vesterålen



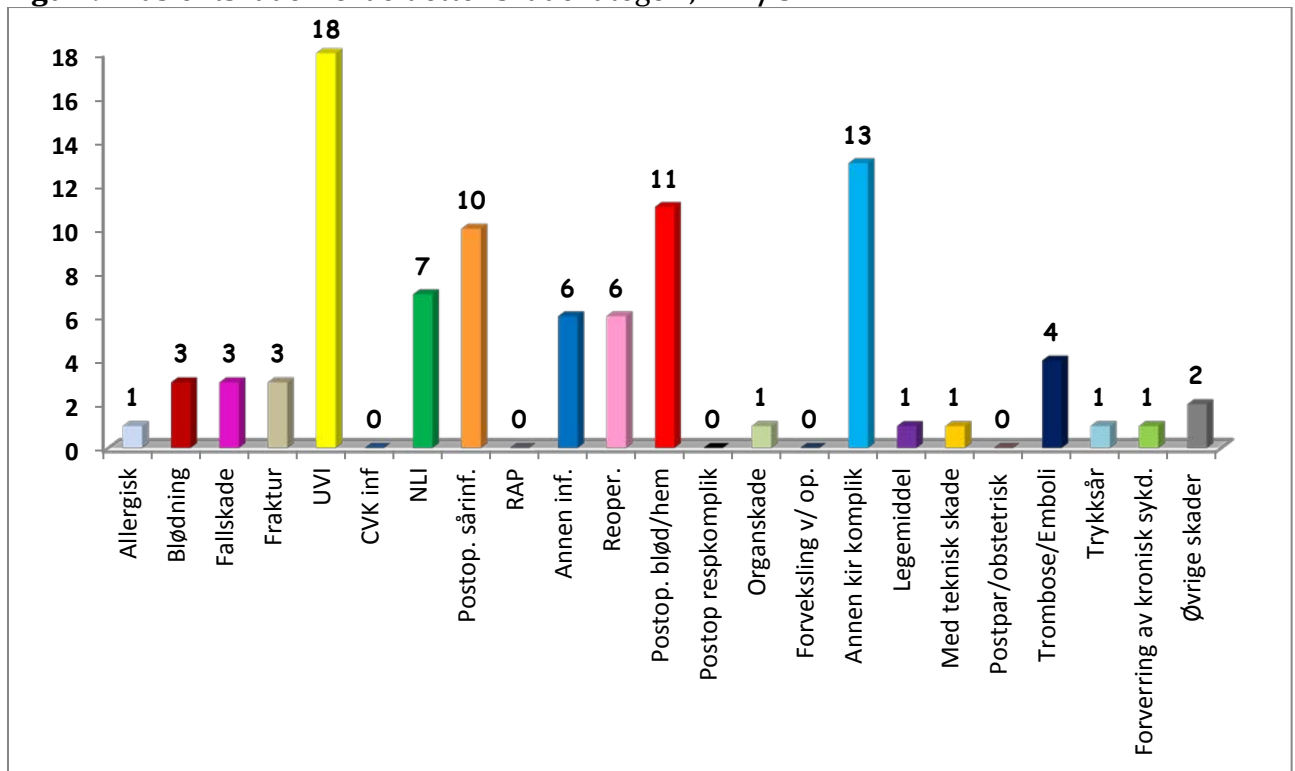
# Klinikkvise resultater med trender

## Kirurgisk – ortopedisk klinikk

**Figur 8.** Trend i antall pasientskader per 1000 liggedøgn KIR/ORT klinikk.

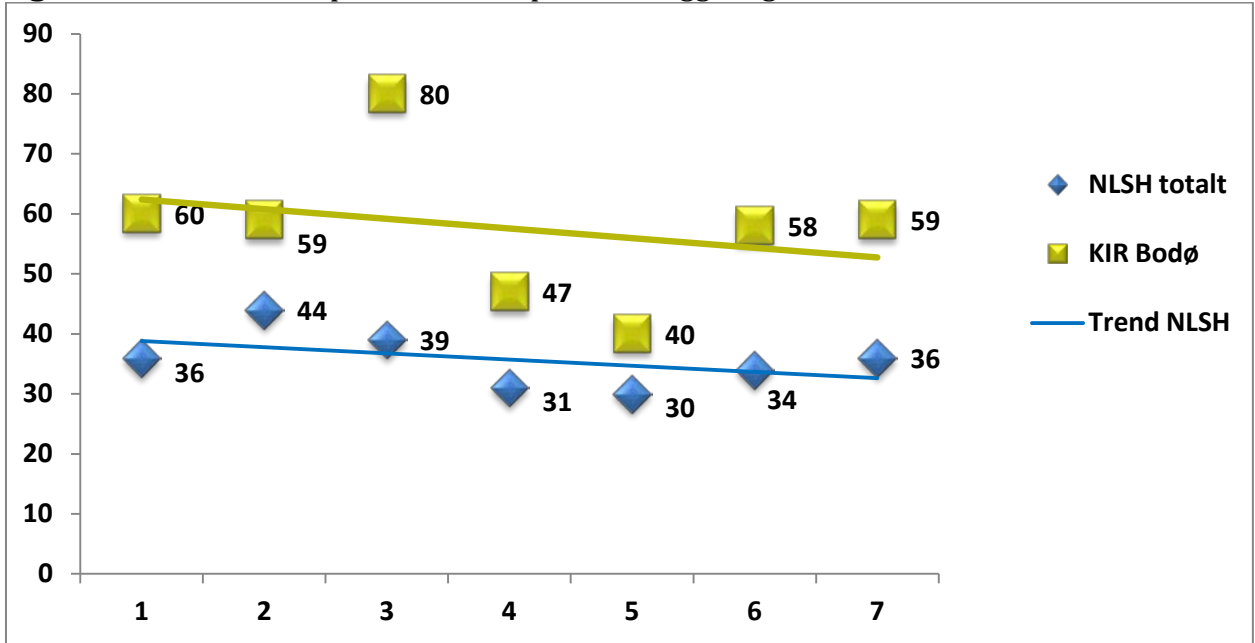


**Figur 9.** Pasientskader fordelt etter skadekategori, KIR/ORT klinikk\*

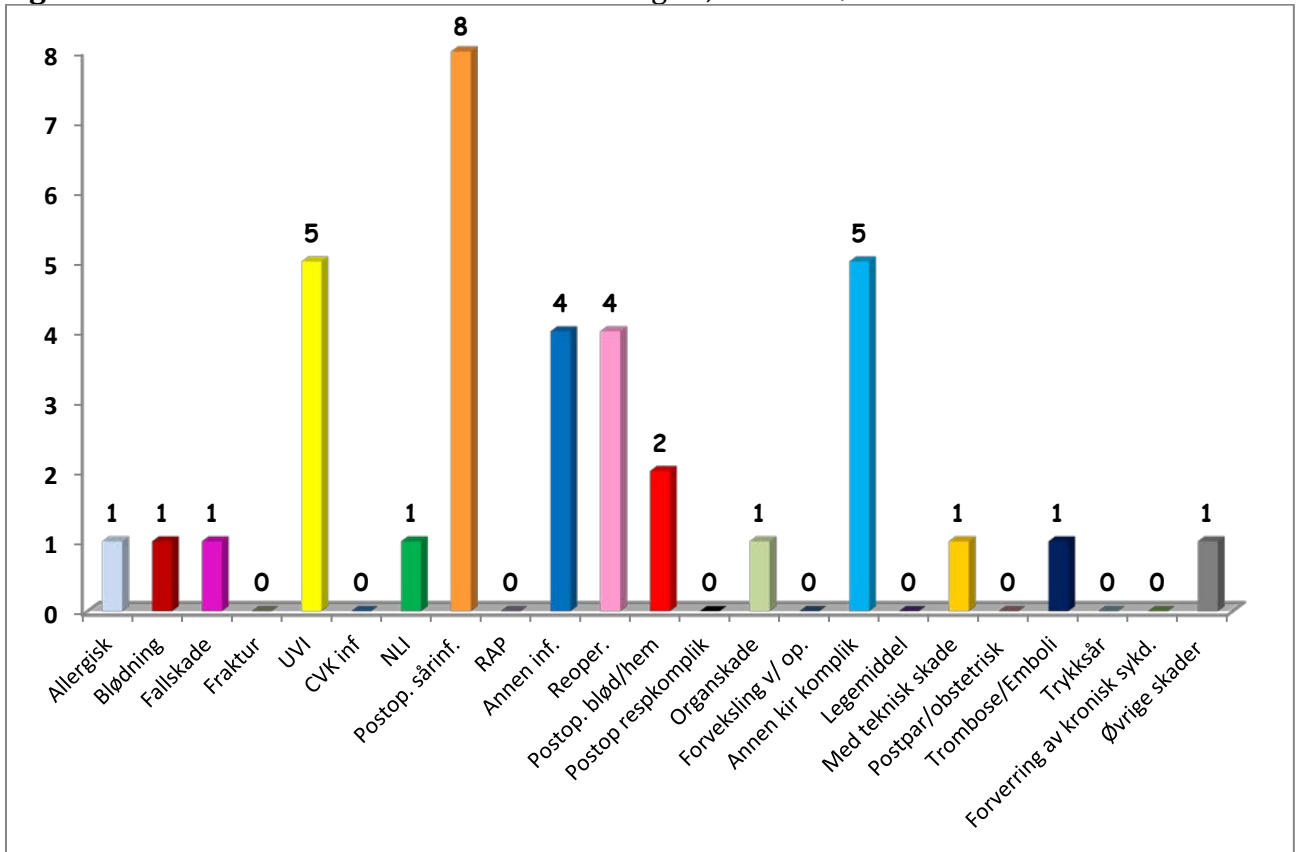


\*Totalt 92 pasientskader (absolutte tall)

**Figur 10.** Trend i antall pasientskader per 1000 liggedøgn **KIR Bodø**

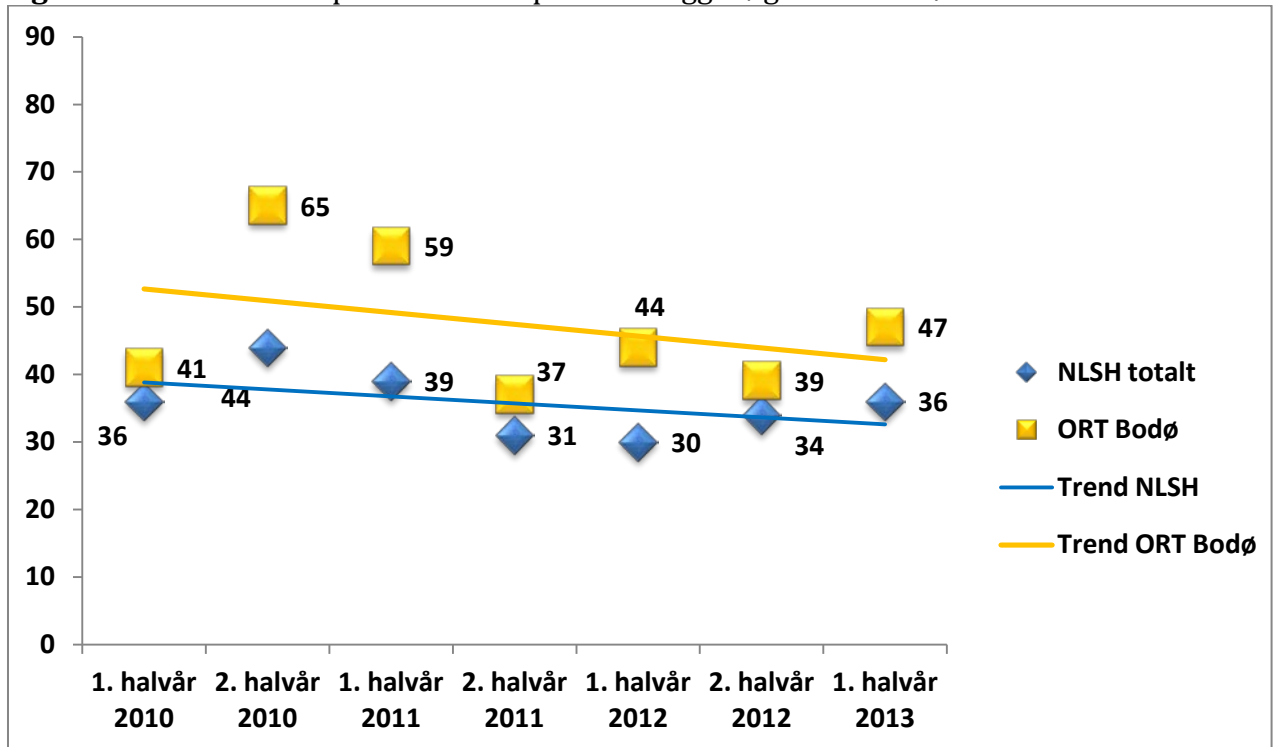


**Figur 11.** Pasientskader fordelt etter skadekategori, **KIR Bodø\***

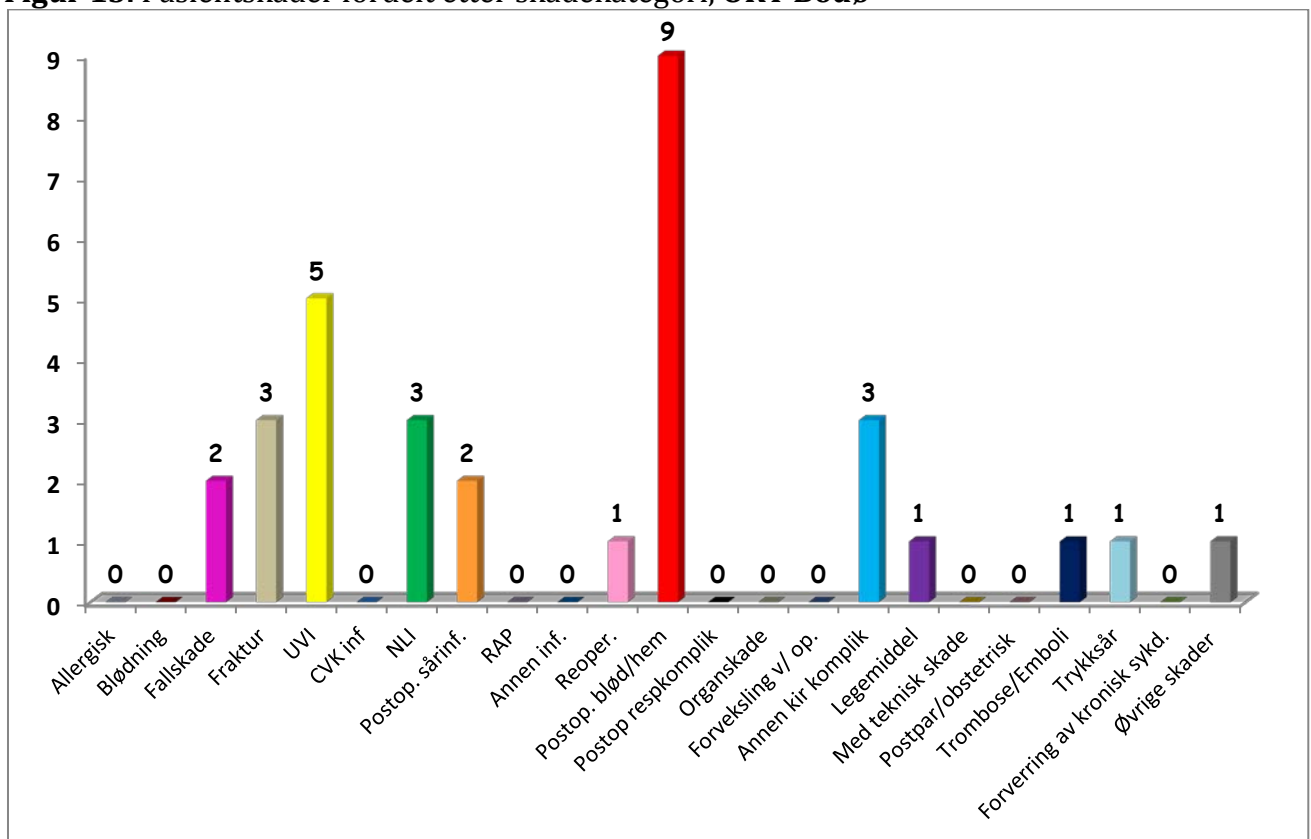


\*Totalt 36 pasientskader(absolute tall)

**Figur 12.** Trend i antall pasientskader per 1000 liggedøgn **ORT Bodø**

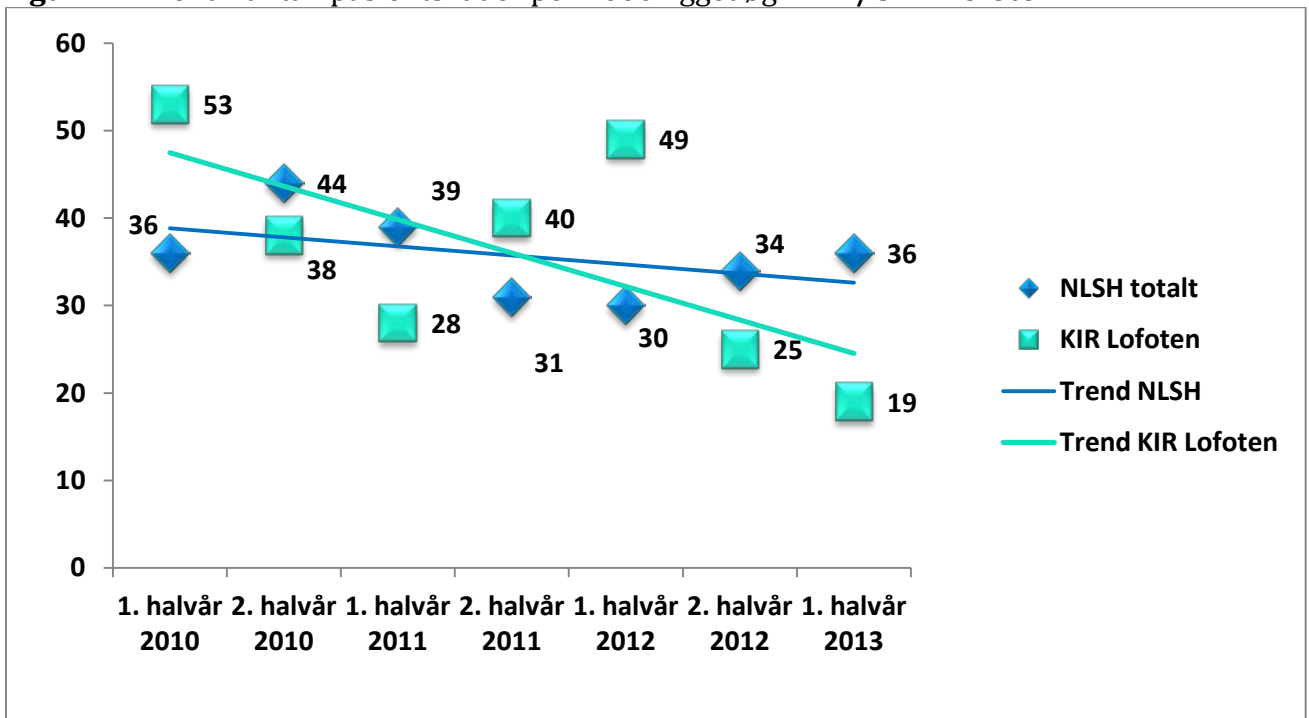


**Figur 13.** Pasientskader fordelt etter skadekategori, **ORT Bodø\***

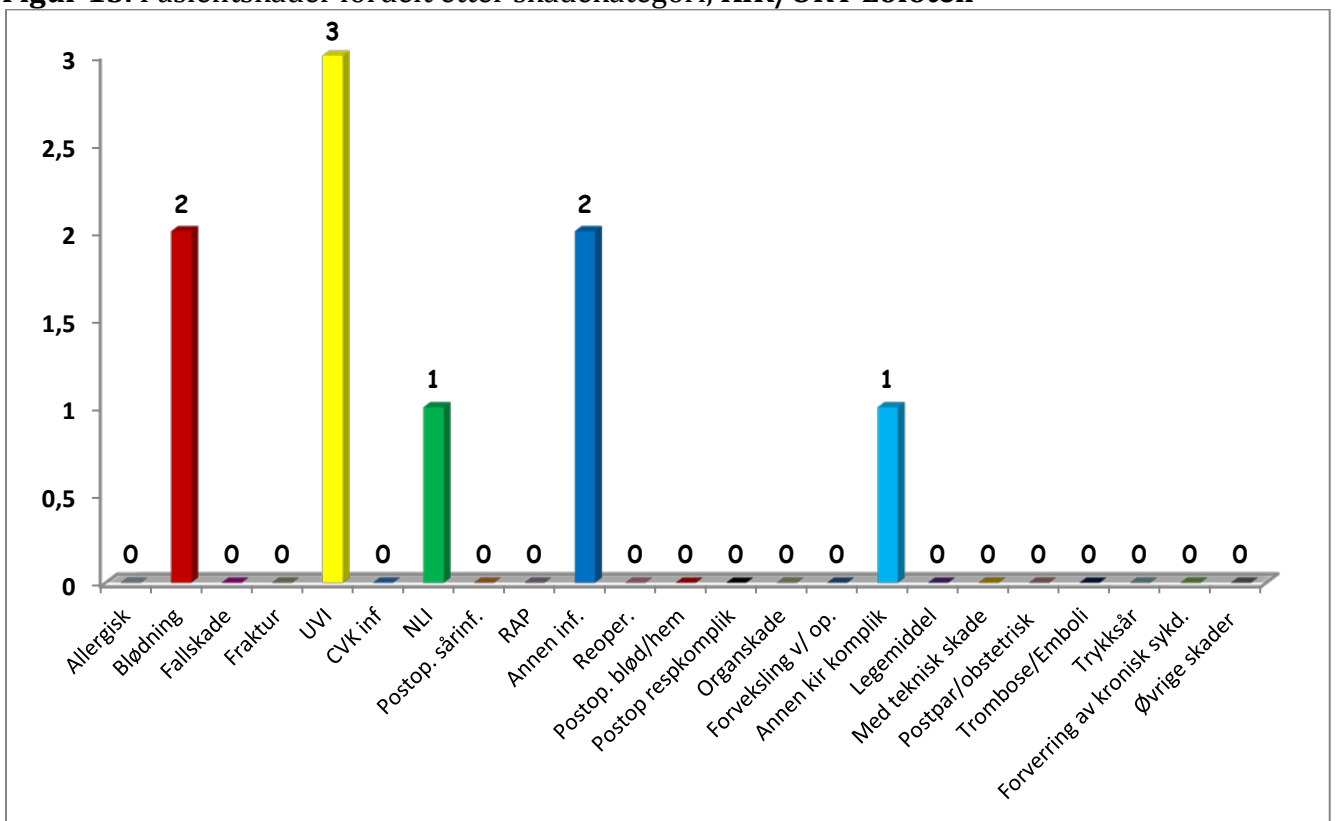


\*Totalt 32 pasientskader (absolutte tall)

**Figur 14.** Trend i antall pasientskader per 1000 liggedøgn KIR/ORT Lofoten



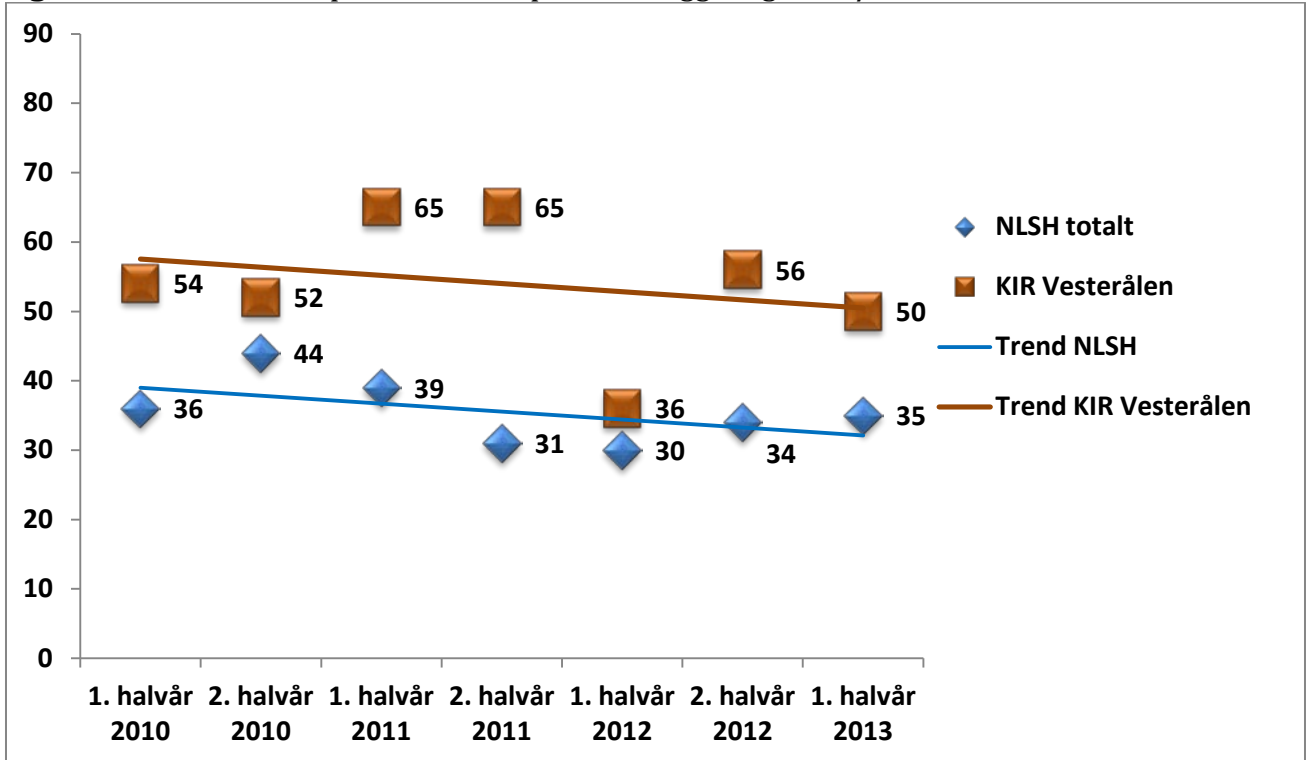
**Figur 15.** Pasientskader fordelt etter skadekategori, KIR/ORT Lofoten\*



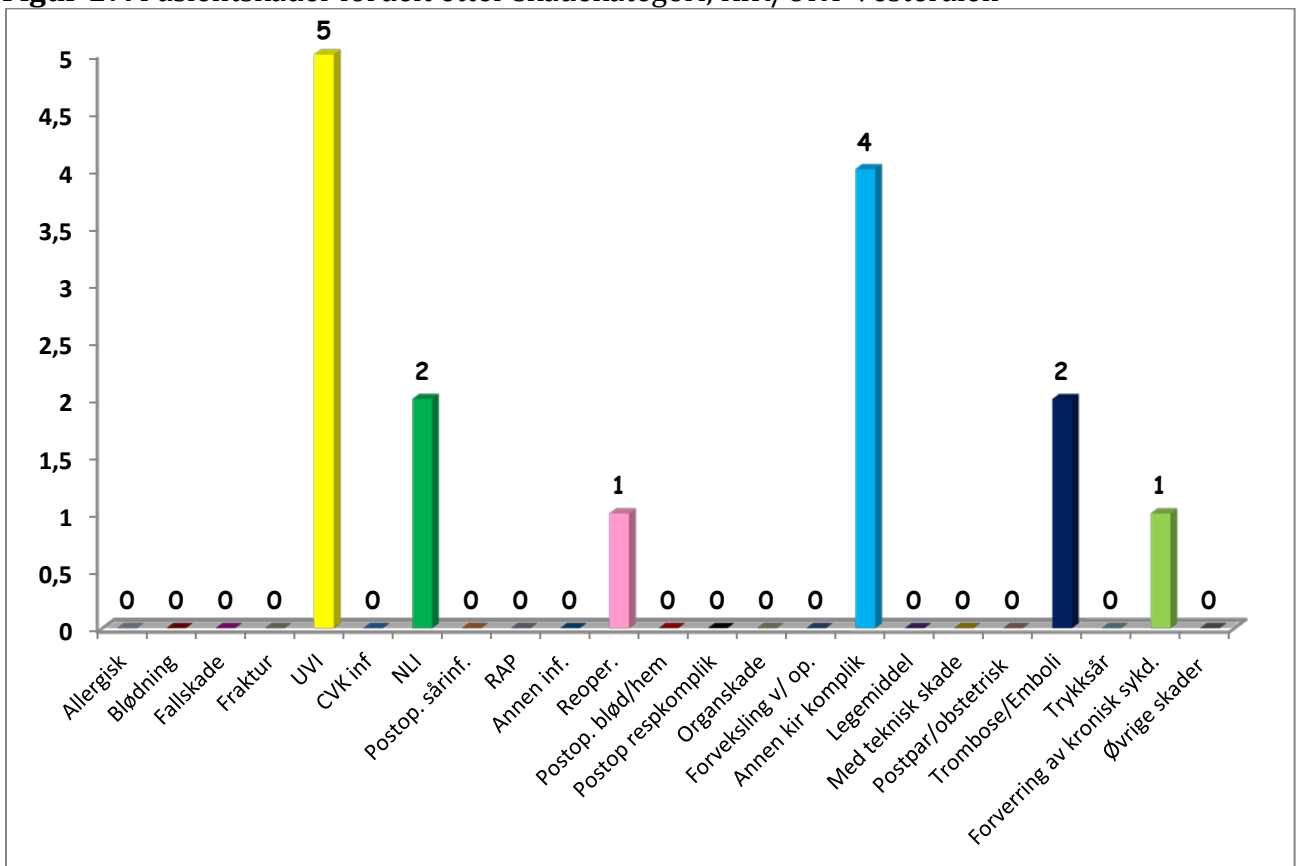
\*Totalt 9 pasientskader (absolutte tall)



**Figur 16.** Trend i antall pasientskader per 1000 liggedøgn KIR/ORT Vesterålen



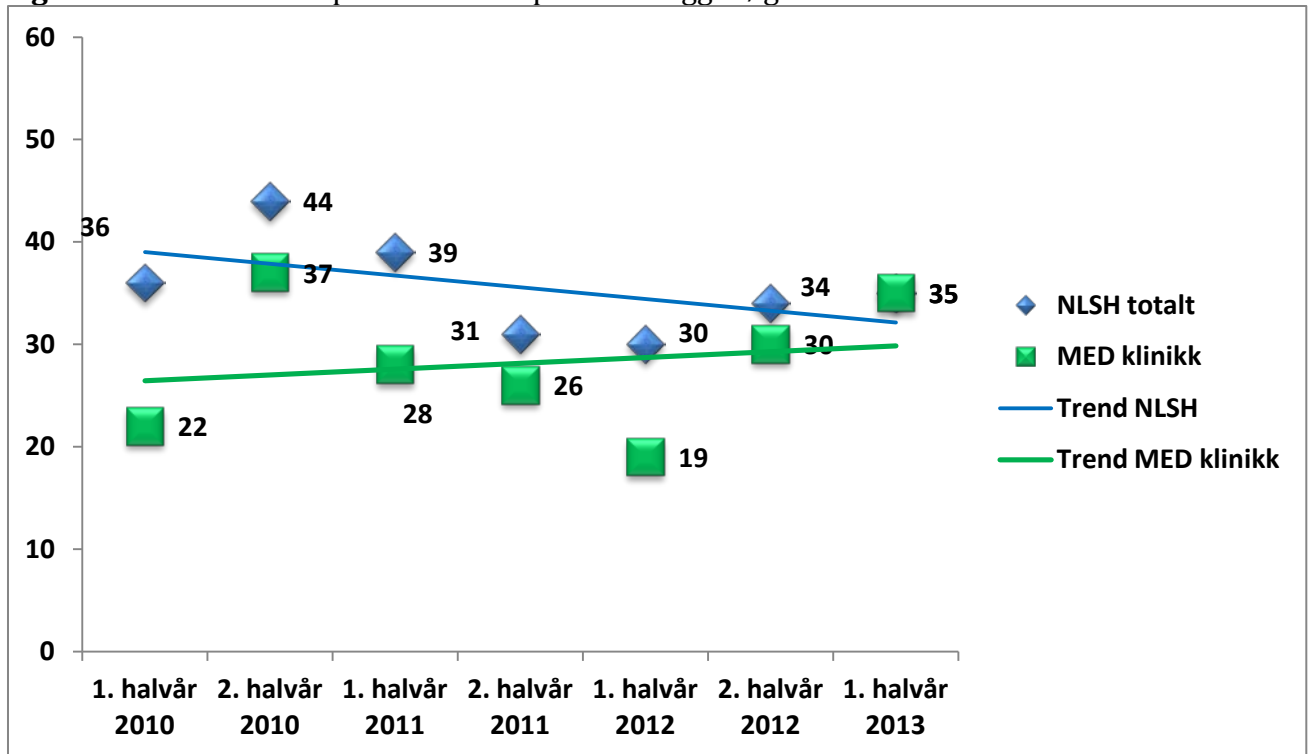
**Figur 17.** Pasientskader fordelt etter skadekategori, KIR/ORT Vesterålen\*



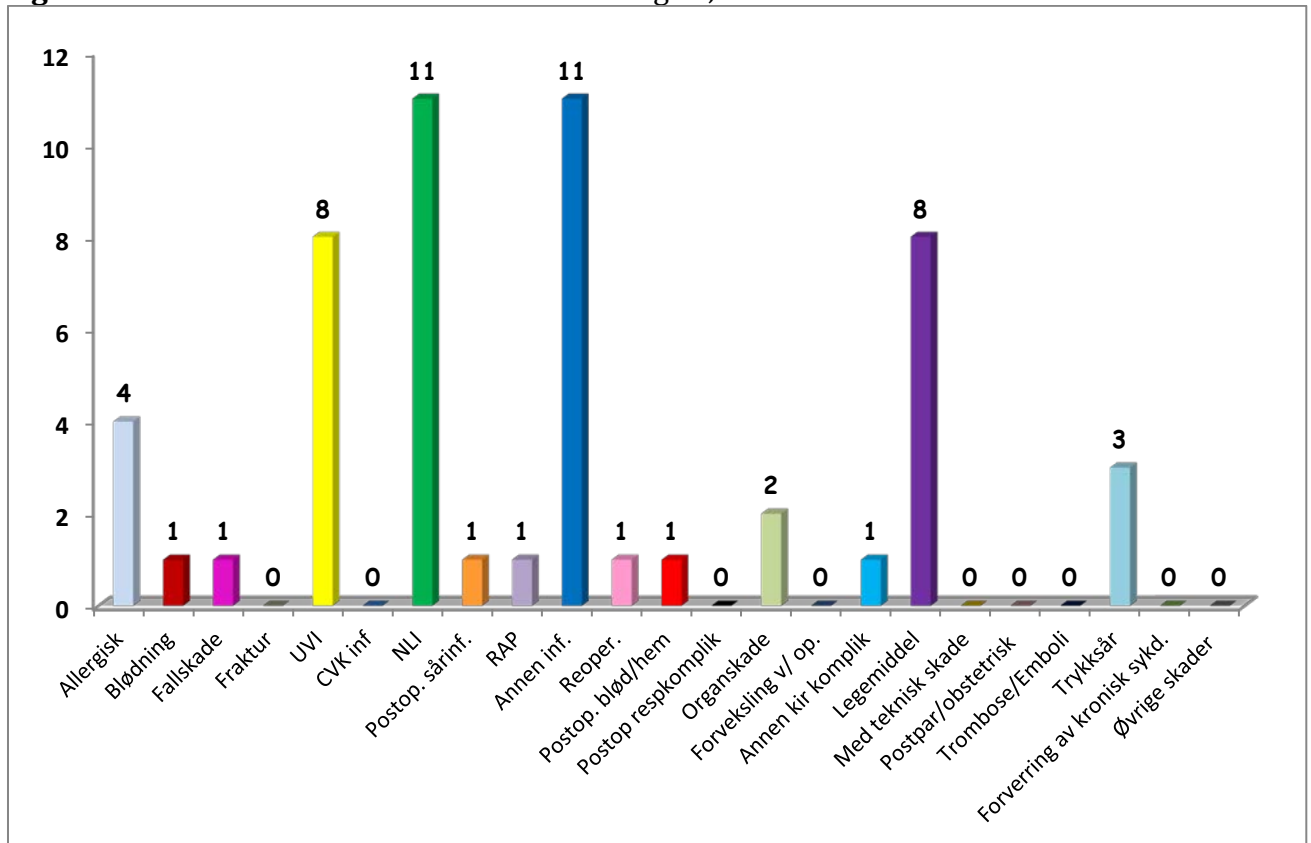
\*Totalt 15 pasientskader (absolutte tall)

## Medisinsk klinikk

**Figur 18.** Trend i antall pasientskader per 1000 liggedøgn MED klinikk

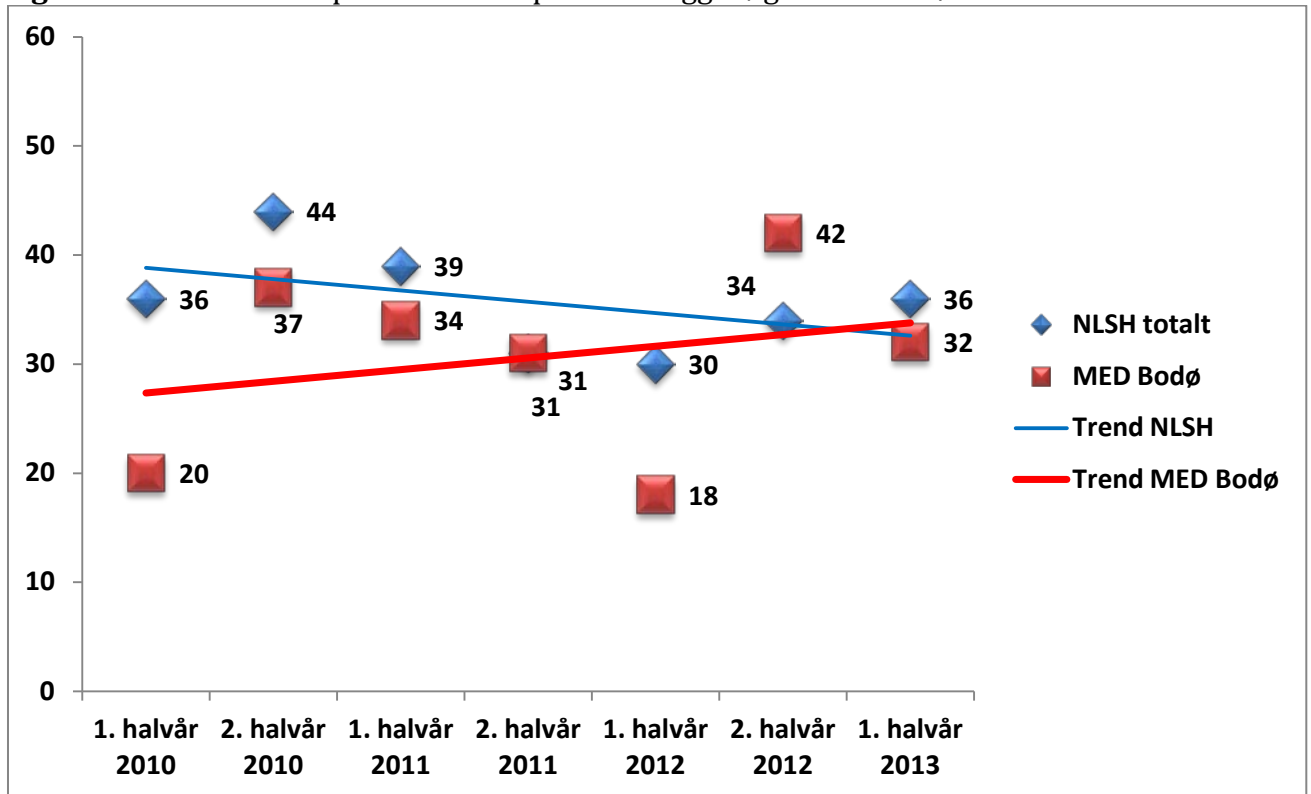


**Figur 19.** Pasientskader fordelt etter skadekategori, MED klinikk\*

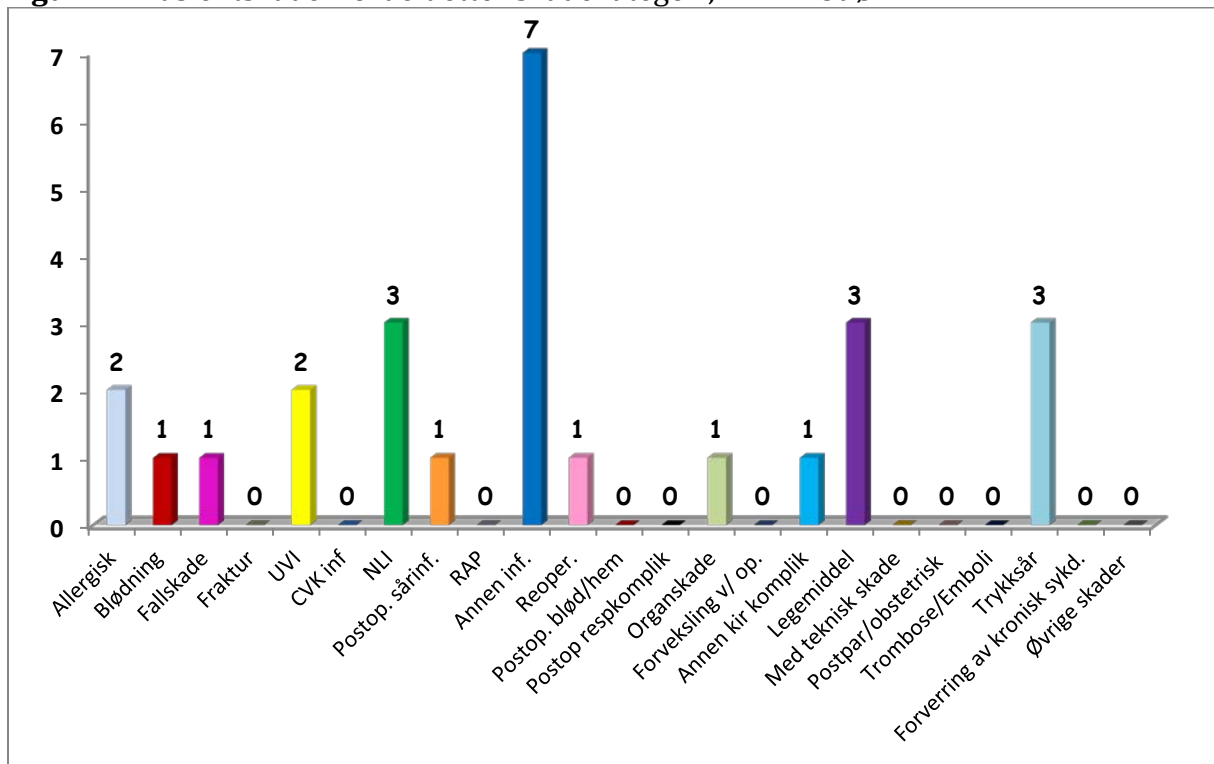


\*Totalt 51 pasientskader (absolutte tall)

**Figur 20.** Trend i antall pasientskader per 1000 liggedøgn **MED Bodø**

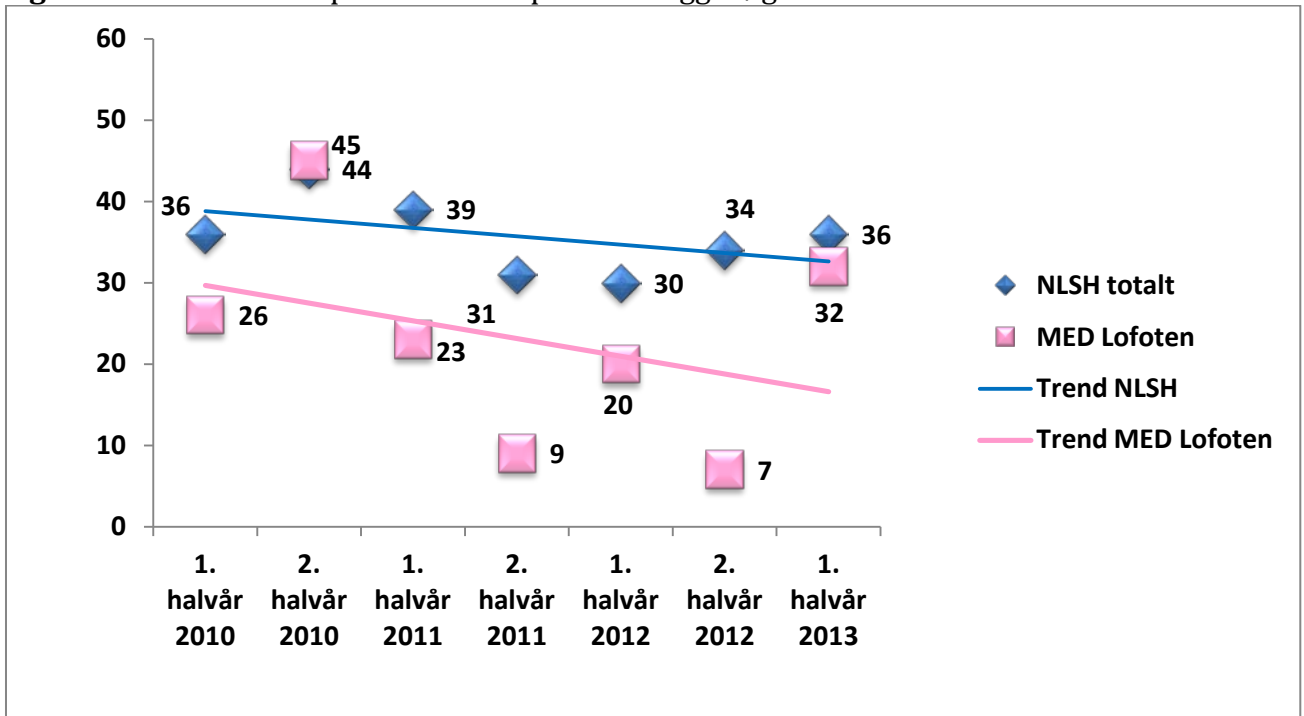


**Figur 21.** Pasientskader fordelt etter skadekategori, **MED Bodø\***

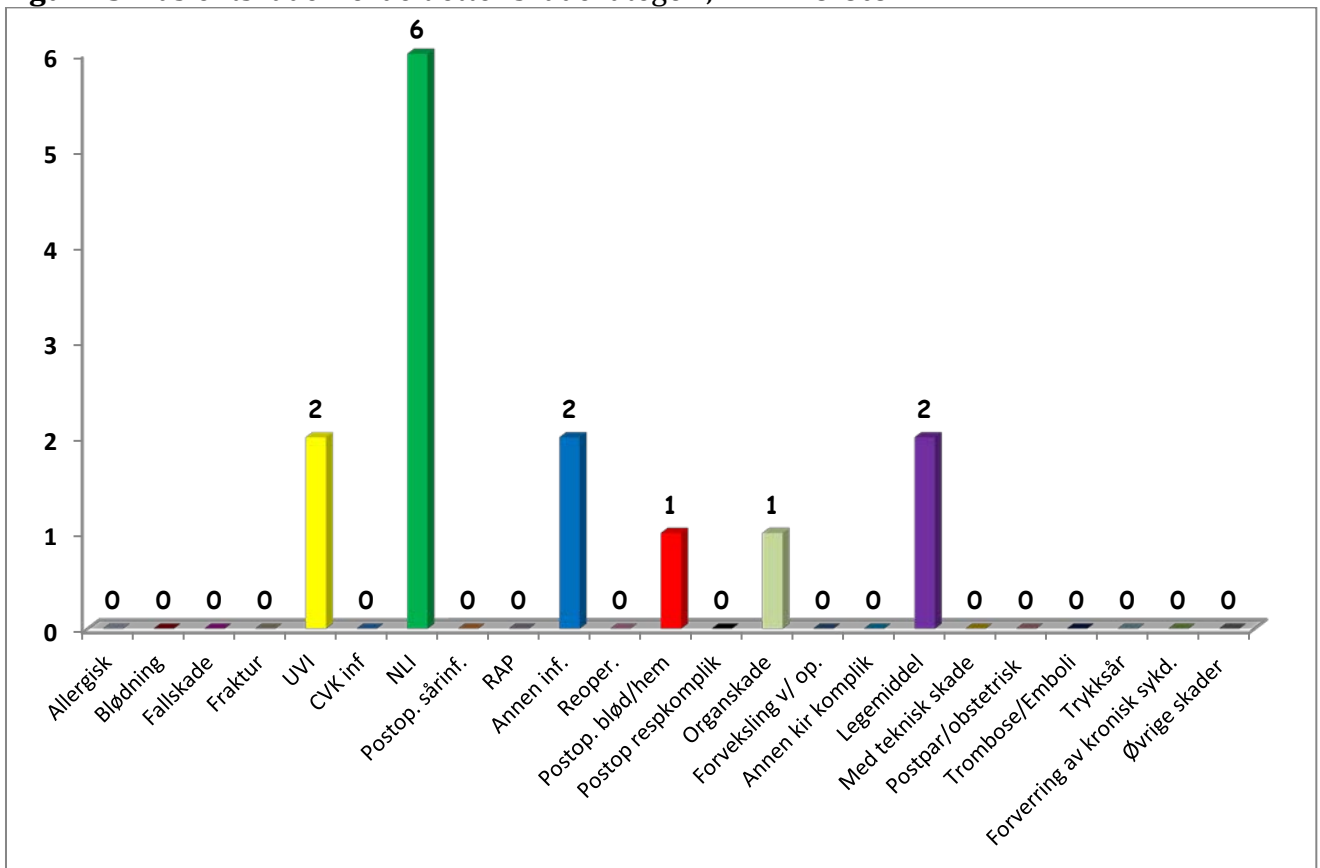


\*Totalt 26 pasientskader (absolutte tall)

**Figur 22.** Trend i antall pasientskader per 1000 liggedøgn MED Lofoten

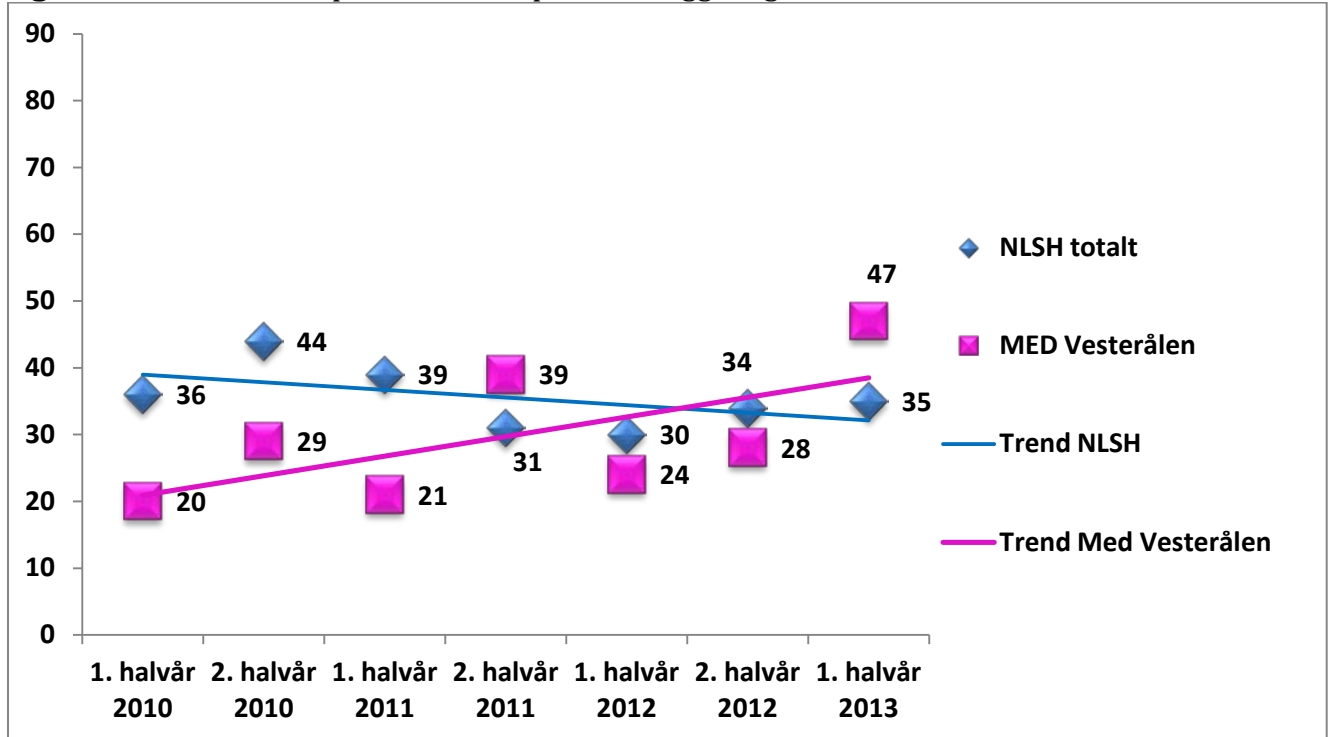


**Figur 23.** Pasientskader fordelt etter skadekategori, MED Lofoten\*

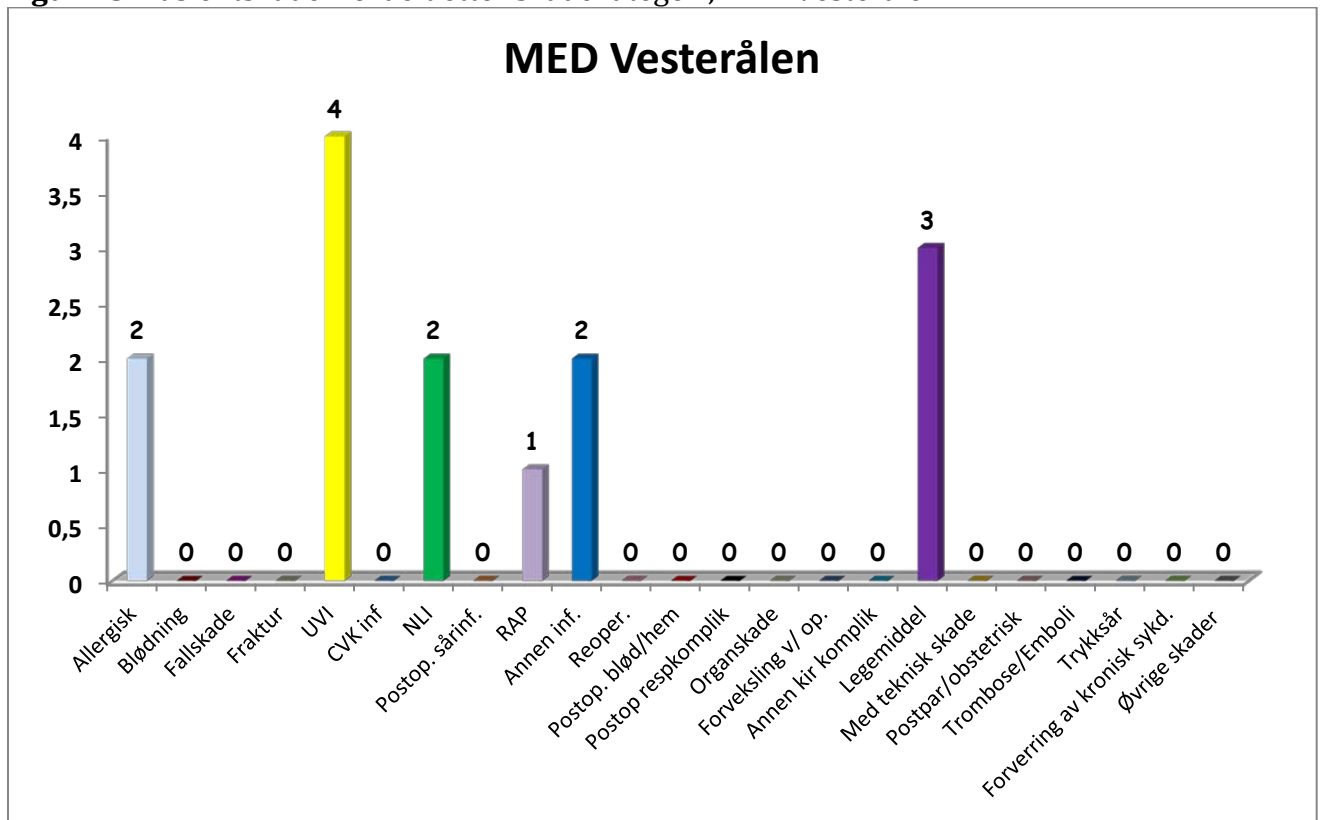


\*Totalt 14 pasientskader (absolutte tall)

**Figur 24.** Trend i antall pasientskader per 1000 liggedøgn MED Vesterålen



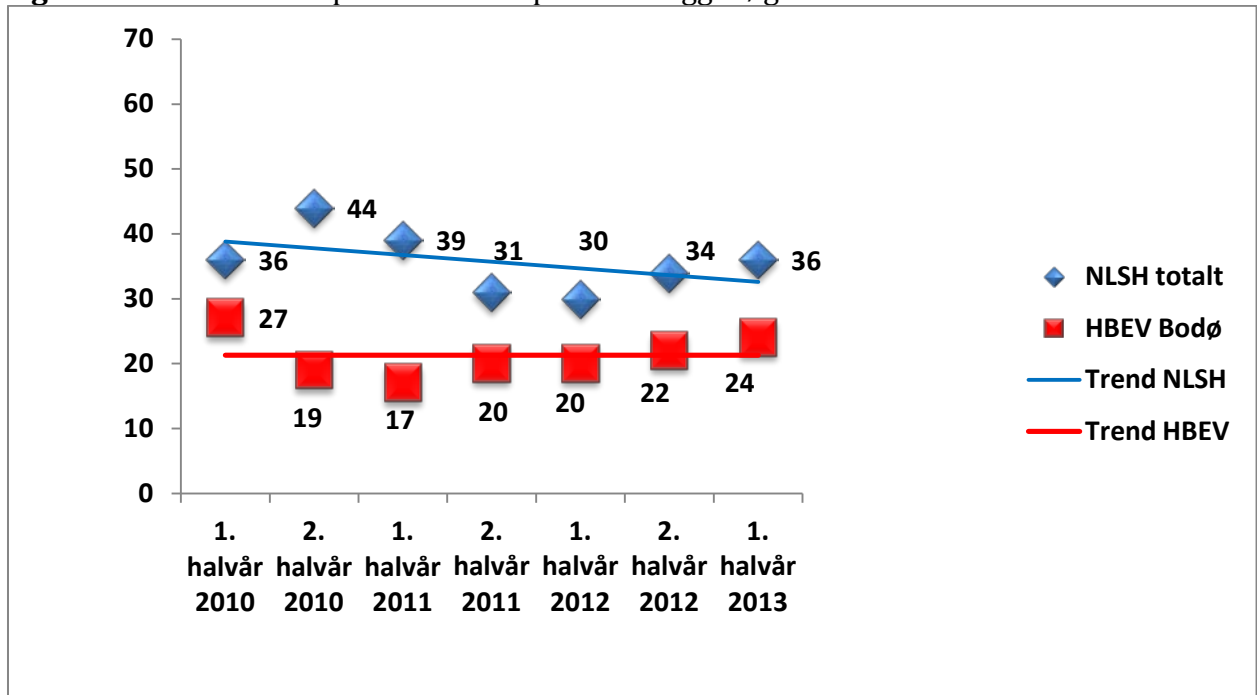
**Figur 25.** Pasientskader fordelt etter skadekategori, MED Vesterålen\*



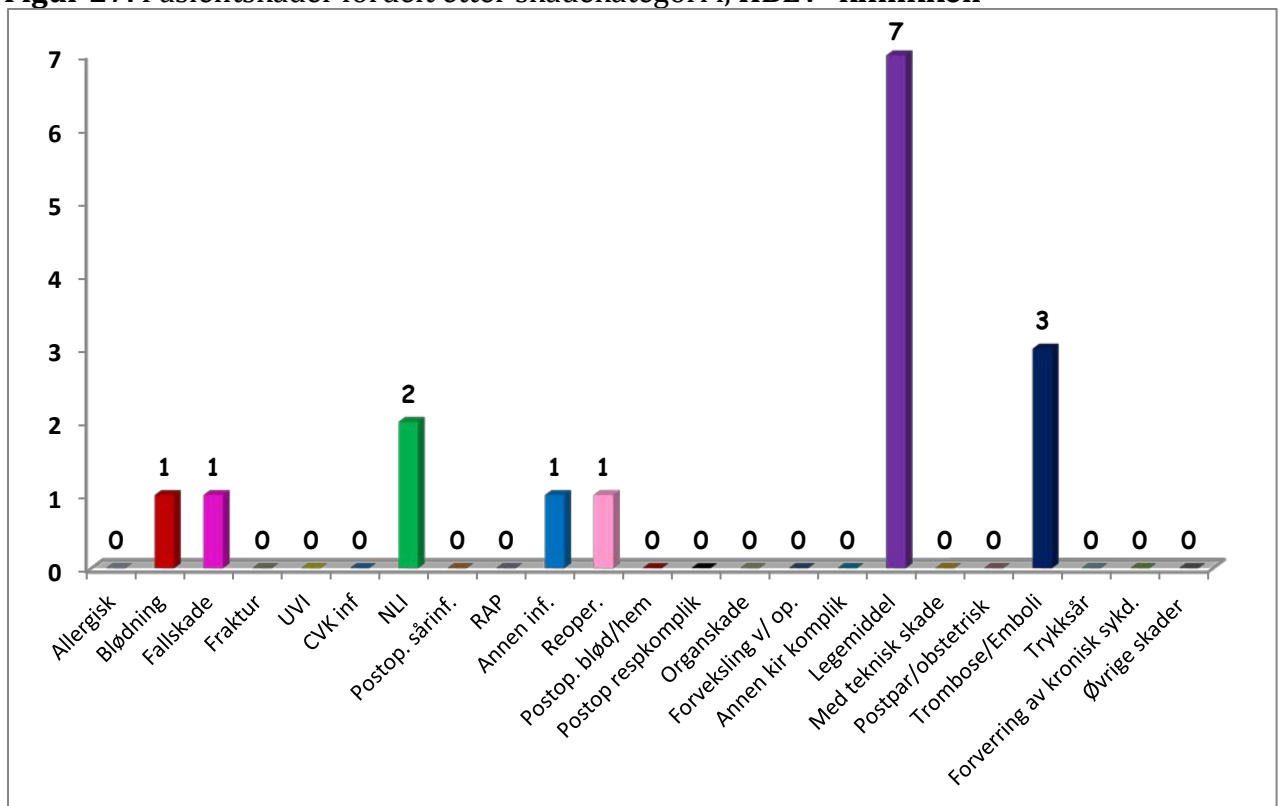
\*Totalt 14 pasientskader (absolutt tall)

## Hode- og bevegelsesklinikken

**Figur 26.** Trend i antall pasientskader per 1000 liggedøgn HBEV- klinikken



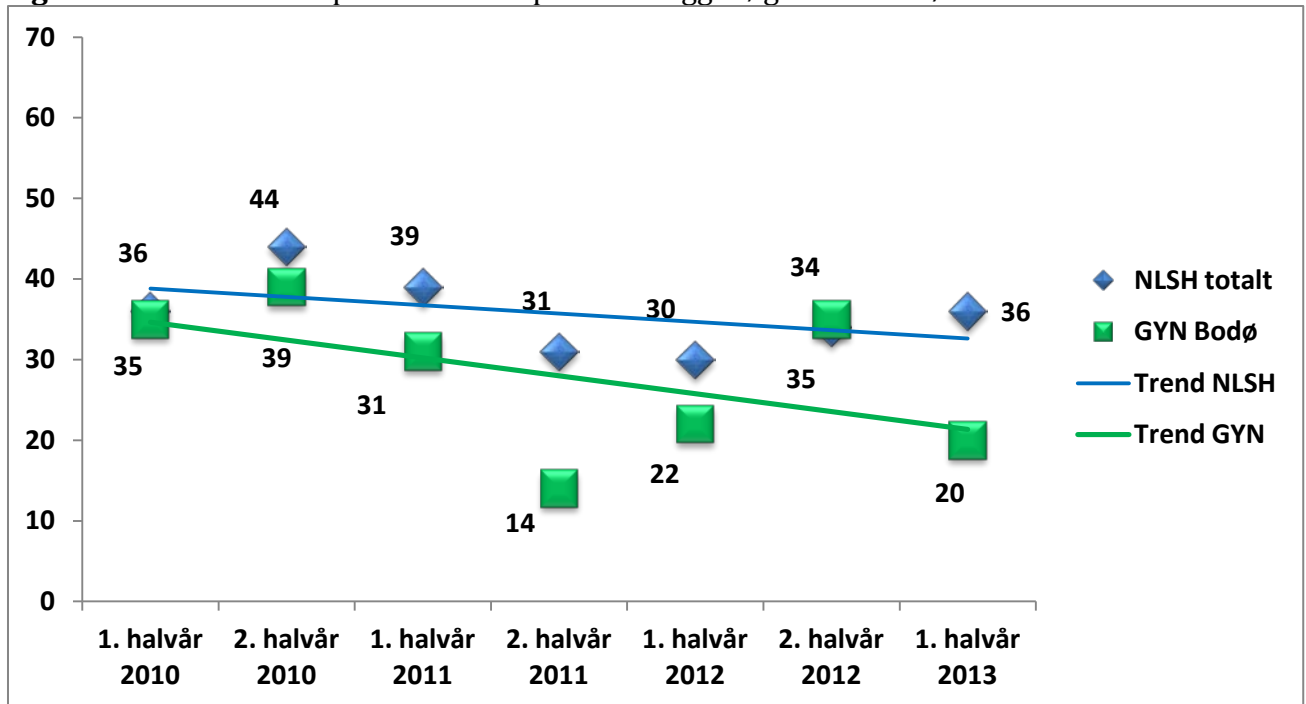
**Figur 27.** Pasientskader fordelt etter skadekategori i, HBEV- klinikken\*



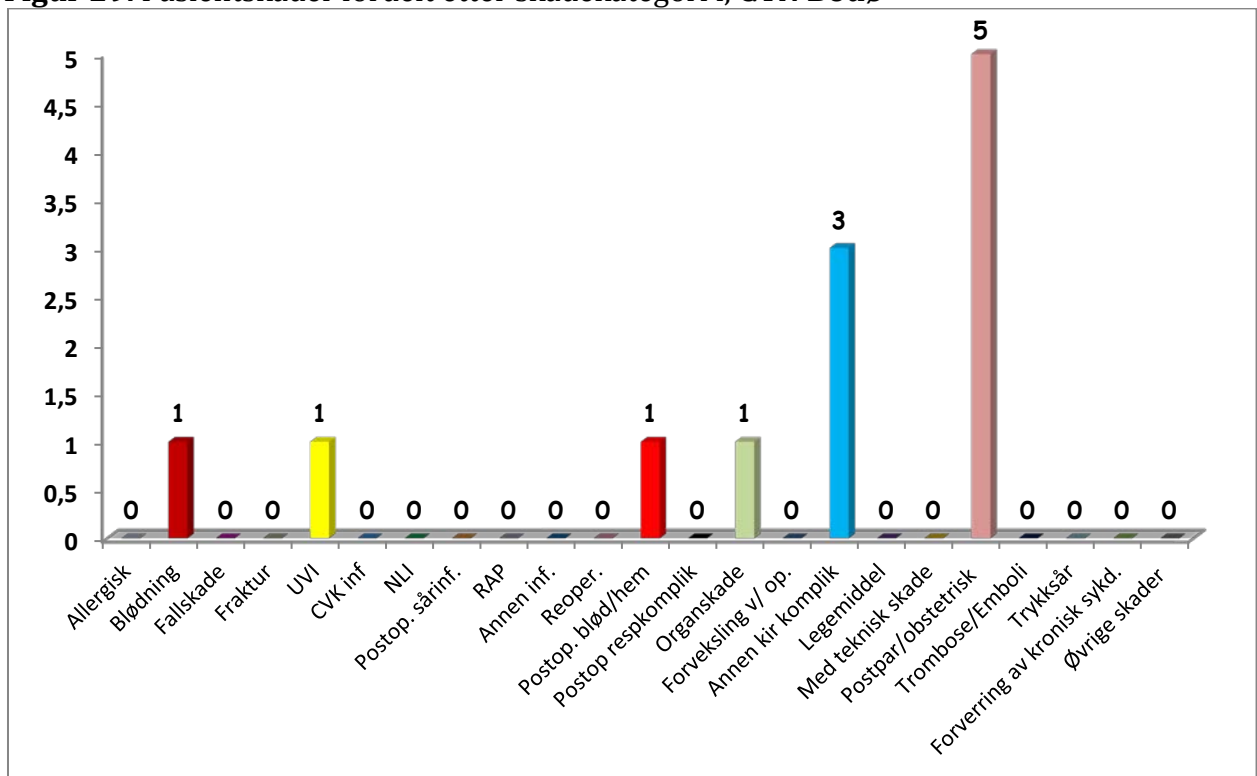
\*Totalt 16 pasientskader (absolutte tall)

## Kvinne- barn klinikken

**Figur 28.** Trend i antall pasientskader per 1000 liggedøgn GYN Bodø



**Figur 29.** Pasientskader fordelt etter skadekategori i, GYN Bodø\*



\*Totalt 12 pasientskader (absolutte tall)