



Direktøren

## **Styresak 18-2014**

### **Oppfølging etter styresak 42-2010**

**Saksbehandler:**

Tonje Hansen, Jan Terje Henriksen, Anne Fagerheim og  
Barthold Vonen

**Saksnr.:**

2010/1702

**Dato:**

10.03.2014

#### **Dokumenter i saken:**

Trykt vedlegg: Status etter styresak 42-2010 Kvalitet og Pasientsikkerhet

#### **Bakgrunn**

Denne saken er en samlet gjennomgang av alle tiltakene for bedret kvalitet og pasientsikkerhet som ble iverksatt gjennom styresak 42-2010 og i senere direkte tilknyttede oppfølgingssaker til styret. Videre inkluderer saken enkelte prosjekt og tiltak som direktøren mener hører hjemme i gjennomgangen og som er med på å beskrive den utviklingen som har vært i foretaket siden høsten 2010.

Styresak 42-10 satte retning for Nordlandssykehusets satsning på å bedre kvalitet og pasientsikkerhet. I årene etterpå har en rekke forskjellige saker som omhandler disse temaene blitt tatt opp i styret. Spørsmålet om satsningen har båret frukter og om vi er på rett veg er ofte tatt opp. Fra administrasjonen har det regelmessig vært formidlet at dette er en langsiktig satsning hvor positive resultater må vurderes nøkternt. Det er videre argumentert for at vi må være forberedt på at enkelte resultater og målinger tidvis går i uønsket retning uten at dette betyr at satsningen vår totalt sett ikke er vellykket. Styret har ved flere anledninger etterlyst et standpunkt fra administrasjonen med en forpliktende vurdering av om satsningen har riktig retning og om resultatene er gode. En tilsvarende anmodning er kommet fra ledelsen i Helse Nord RHF.

Direktøren legger med dette frem en samlet presentasjon av området. I styrets begrunnelse for å satse på kvalitet og pasientsikkerhet lå et eksplisitt uttalt mål om å bedre foretakets omdømme. Mens denne saken har en relativt detaljert gjennomgang av resultatene fra mer enn 20 tiltak er det ikke gjort undersøkelser av foretakets omdømme. Det er direktørens vurdering at dette ligger utenfor det som er etterspurt av styret. I tillegg vil det være metodologisk vanskelig å slå fast om vårt omdømme er bedre i dag enn sommeren 2010. Direktøren har fokus på konkrete tiltak som kan bidra til å sette pasienten i sentrum i tillegg til å bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Det kan være rimelig å anta at dersom pasienten settes i sentrum samtidig som kvaliteten og pasientsikkerheten faktisk bedres, vil også foretakets omdømme bedres.

## Sakens realiteter

Her kommer alle vurderingene (21 konkrete og korte punkt) fra rapporten som er grunnlag for saken.

### Vurdering – Docmap som kvalitetssystem (A)

Arbeidet med Docmap har gjennomgått flere faser og har vært og er omfattende. I den første tiden ble det prioritert å bygge gode og varige strukturer i kvalitetssystemet. Rapporten fra den eksterne revisjonen i 2012 bekrefter at strukturene i stor grad er på plass. Fokuset framover rettes mot å bygge en kultur hvor bruk av Docmap og avviksmeldinger som ledd i forbedringsarbeidet er en naturlig del av virksomheten for all medarbeidere. Økningen i antall meldte avvik tyder på at utviklingen går i riktig retning. For å lykkes med dette arbeidet, er forankring i linjeledelsen helt sentralt, i tillegg til at opplæring av medarbeiderne må prioriteres. Det arbeides blant annet aktivt med å få på plass en eLæringsløsning for Docmap.

### Vurdering – Trygg Kirurgi sjekklisten (B)

Trygg kirurgi sjekklisten er innført i hele organisasjonen og brukes i dag i 94 % av alle operative inngrep. Målet er en jevn bruk av sjekklista i mer enn 95 % av alle operative inngrep. Internrevisjon av bruken viser en positiv utvikling fra 2012 til 2013, og sjekklista brukes nå aktivt i alle operasjonsenhetene. Pasientskadetall fra Global Trigger Tool metoden i samme tidsrom viser en reell nedgang i pasientskader ved Kirurgisk – ortopedisk klinikk. Ingen andre tiltak er iverksatt i samme periode. Fokuset framover blir å få alle aktører i operasjonsstuen til å vie gjennomgangen av sjekklisten full oppmerksomhet og få gjennomgått alle deler av sjekklisten før operatør forlater stuen. Det er fortsatt en jobb å gjøre for å få brukt sjekklisten i operasjoner som haster eller er akutte.

### Vurdering – Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen (C)

Kulturundersøkelsen blant de ansatte i 2011 avdekket at holdningen til pasientsikkerhet var god for Nordlandssykehuset HF sett under et. Prehospital klinikk skilte seg imidlertid negativt ut. I denne klinikken har det gjennom år vært arbeidet med stabilisering av arbeidsmiljø og faglighet – et arbeids om begynner å gi resultater. Når det gjelder de øvrige områdene som utpekte seg med forbedringspotensial er disse tatt med Kvalitets – og pasientsikkerhetsstrategien under "Forskning og utdanning - Kunnskap som bygges og spres til andre gir næring til forbedring for oss alle" og "Våre ansatte – vår viktigste ressurs".<sup>1</sup> Gjennom arbeidet med strategien forventes en forbedring av disse områdene. Det vil våren 2014 gjennomføres en tilsvarende nasjonal pasientsikkerhetskulturundersøkelse som Nordlandssykehuset skal delta i.

### Vurdering – Analyse av dødsfall i sykehus (D)

I forsøk på å beskrive kvaliteten på behandlingen i helsetjenesten er det utviklet mange kvalitetsindikatorer. Overlevelseshet- eller dødelighetsrater etter innleggelse i sykehus er noen av disse indikatorene. For enkeltdiagnoser kan dødelighetsmålinger være nyttige i de tilfeller der foretakets måling ligger vesentlig lavere enn et landsgjennomsnitt eller et gjennomsnitt for sykehus med antatt likt pasientgrunnlag. I slike tilfeller vil det være aktuelt å gjennomgå egen virksomhet i detalj for å lete etter årsaker til økt dødelighet. For hoftebrudd og hjerneslag ligger NLSH HF sine sykehus så vidt likt med referansetall at det ikke gir grunn til bekymring eller særskilt gjennomgang. For hjerteinfarkt ligger Stokmarknes tydelig lavere enn referansetall. Dette vil bli undersøkt nærmere. For hjerteinfarkt kan slike forskjeller fremkomme ved mindre sykehus hvor man aktivt henviser akutte infarkt til sykehus med mer avansert behandling. Høyere dødelighet fremkommer deretter fordi lokalsykehuset beholder de som det ikke er mulig å gjøre noe mer for. Totaldødeligheten er et meget sammensatt mål. **Sykehuset i Bodø har landets laveste totaldødelighet.** Stokmarknes noe over referansetall og Lofoten omtrent på gjennomsnittet. Dette er naturligvis meget gledelig for Bodøs vedkommende. Om deler av forklaringen på dette spesielt gode resultatet for vår pasienter er

<sup>1</sup> [NLSH styresak 41/13:Strategisk plan for kvalitet og pasientsikkerhet 2013-17](#)

foretakets stasjonering på kvalitet og pasientsikkerhet er ikke mulig å si med sikkerhet. Vi vil følge dette målet med stor oppmerksomhet i årene som kommer.

Analyse av 50 siste dødsfall er en av flere metoder for å analysere dødsfall i et helseforetak. Metoden kan fortelle om indikasjoner på samhandlingsutfordringer, kommunikasjonssvikt og svikt i klinisk vurdering. I tillegg vurderer analysen også pasientskader som kan ha indirekte eller direkte sammenheng med dødsfallet. Metoden sier likevel ikke noe om pasientskadene kunne vært unngått. Utfordringene med denne metoden er at analysen skjer på individnivå, noe som stiller krav til de som gjennomfører analysen. Selv om det foreligger bevis for systematisk svikt i praksis trenger dette ikke å være et uttrykk for at man kan generalisere. Det er likevel viktig å monitorere den pasientpopulasjonen som dør i sykehus for å kunne finne mulige forbedringsområder og avdekke uheldige/negative mønstre i samhandling og kommunikasjon.

### **Vurdering – måling av pasientskader (E)**

GTT - metoden er i dag den metoden som gir det beste bildet av pasientskader – på pasientens premisser. Selv om GTT – analysen er godt etablert på alle sykehusene og klinikkene i Nordlandssykehuset HF, gjenstår det fortsatt en del arbeid før alle klinikkene/avdelingene tar GTT resultatene direkte i bruk som utgangspunkt for sitt lokale forbedringsarbeid. Metoden i seg selv sier ingenting om årsakssammenhenger for pasientskadene, men den angir type pasientskade. Det kreves derfor arbeid med resultatene lokalt for å finne områder for forbedring. Innsatsområdene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet er plukket ut med tanke på at det er områder hvor det er forbedringsmuligheter av praksis. Det forventes at arbeidet med disse innsatsområdene vil ha en effekt på GTT resultatene innenfor kategoriene urinveisinfeksjoner, trykksår, fall og legemiddelhendelser. Effekten i form av en reduksjon av pasientskader forventes i løpet 1-3 år etter at tiltakene er innført i hele organisasjonen og målene nådd. Målet for Nordlandssykehuset HF er å redusere de pasientskadene som kan forebygges med 70 % innen utgangen av 2017.<sup>2</sup>

ATA – løsningen forenkler GTT analysen og sparer tid og ressurser. Hvis treffbildet er lik eller bedre enn manuell analyse, vil ATA – løsningen være et stort innovativt fremskritt for Nordlandssykehuset og andre helseforetak i Norge. På sikt er målet og få utviklet den automatiske løsningen slik at den kan brukes i analyse av innleggelser med barn (< 18 år) og psykiatriske pasienter.

### **Vurdering – pasientsikkerhetsvisitter (F)**

Det er ikke gjennomført en omfattende og uavhengig evaluering av ordningen med pasientsikkerhetsvisitter. Direktørens erfaring er at pasientsikkerhetsvisittene er et meningsfullt og viktig tiltak. Nesten uten unntak skapes et inntrykk av at de ansatte er åpne og uredde i samtalen under den en time lange visitten. Hovederfaringen er at ca 20 minutter ut i visitten kommer forberedte historier og erfaringer helt uavhengig av hvilke spørsmål direktørene stiller innledningsvis. Tilsynelatende fungerer den informasjonen som sendes på forhånd til deltakerne fra den enkelte enhet rimelig godt. Det er tidvis krevende å identifisere områder som skal følges opp etter visitten fordi det foreligger forhold eller omstendigheter som ikke er mulig å gjøre noe med på kort sikt. Eksempel på dette er behov for endringer i IT systemer som ivaretas i FIKS prosjektet og som derved ikke kan eller bør fremskyndes. Andre problematiske forhold kan være bygningsmessige problemer hvor kostnadene med tiltak blir for store. Direktørens erfaring er imidlertid at slike begrensninger i handlingsrom forstås som en del av våre rammer og ikke som et eksempel på manglende handlekraft eller vilje til å satse på pasientsikkerhet fra ledelsens side. Det gjennomføres 8 – 10 visitter hvert år og dette tiltaket skal fortsette. Det vurderes å gjennomføre en uavhengig/ekstern evaluering av ordningen.

<sup>2</sup> [NLSH styresak 41/13:Strategisk plan for kvalitet og pasientsikkerhet 2013-17](#)

### **Vurdering – Klinik, avdelings og enhetsvise kvalitetsparametre (G)**

Oppfølgingen av styresak 42/10 og 3/11 har sammen med arbeidet med strategisk plan gitt viktige premisser for hvordan Nordlandssykehuset har operasjonalisert sitt arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. Utviklingen av lokale kvalitetsparametre har fokusert på å engasjere ansatte i det som kan kalles en "bottom up" prosess. Både fokusgruppeintervjuer, invitasjonen til klinikker til å formulere egne parametre og arbeidet med etablering av lokale kvalitetstavler har vært vesentlig i å få økt engasjementet blant ansatte. Etableringen av kvalitetstavler har vært et viktig fysisk uttrykk for dette arbeidet, og har uten tvil virket som en pådriver på arbeidet med å finne lokale kvalitetsparametre. Arbeidet har skapt engasjement på gulvet og flere enheter har fått til gode tverrfaglige diskusjoner om hvilke parametre og/eller målinger som reflekterer kvaliteten hos nettopp dem. I tillegg bygger disse kvalitetstavlene opp under den åpenhetskulturen Nordlandssykehuset ønsker å ha mellom ledelse, medarbeidere, enheter og ovenfor pasienter/pårørende. Kvalitetsparametrene det arbeides med har også utgjort en kjerne i arbeidet med å konkretisere foretakets strategi for kvalitet og pasientsikkerhet.<sup>3</sup>

### **Vurdering - Pasientsikkerhets Dashboard (H)**

Fremstillingen av målinger og parametre i dashboardet har vært med på å øke kunnskap og bevissthet om forhold som påvirker kvalitet og pasientsikkerhet hos Nordlandssykehuset styre og foretaksledelse og bidratt til et større eierskap til dataene og problemstillinger rundt pasientsikkerhet og kvalitet. Økt kunnskap og bevissthet gir også grunnlag for å stille konkrete krav til organisasjonen på området, og å følge opp om utviklingen faktisk går i ønsket retning. Pasientsikkerhets dashboard er kommet for å bli, men skal hele tiden være gjenstand for evaluering av innhold og form. I fortsettelsen blir det viktig å evaluere resultatene i dashboardet opp mot målene som settes i forbindelse med Nordlandssykehusets kvalitet – og pasientsikkerhetsstrategi. Seksjon for pasientsikkerhet vil som en del av arbeidet med neste Dashboard, foreta en intern revisjon av dashboardet. Målet er at dashboardet skal bli et dynamisk verktøy hvor organisasjonen og styrets oppmerksomhet rettes mot de områder hvor det er størst behov for forbedring eller hvor det er størst behov for å følge utviklingen detaljert.

### **Vurdering – Tverrfaglige team i kreftbehandlingen (I)**

Tverrfaglige kreftmøter i kreftomsorgen er viktig for å ivareta en helhetlig og tverrfaglig behandling av pasientene. Det er også et myndighetskrav ved at det i alle Nasjonale Handlingsprogram for kreftsykdommer ligger krav om at utredning og behandling skal gjøres i tverrfaglige team. For et relativt lite helseforetak som NLSH HF erkjenner vi at denne organiseringen av kreftmøter er ressurskrevende, spesielt for Avdeling for kreft og lindrende behandling og for diagnostiske fag som radiologi og patologi. Vi har imidlertid klart å utvikle en modell som synes å være robust og faglig trygg. At sykehus i andre foretak deltar på våre møter med egne pasienter er meget tilfredsstillende og viser at NLSH HF makter å skjøtte sin sentralsykehusfunksjon også innen dette området. Slikt samarbeid kan også ha positive effekter ut over behandlingen av den enkelte pasient ved at fagmiljøene harmoniserer sin praksis og får mer regelmessig erfaring med samarbeid på tvers av institusjoner.

### **Vurdering – systematisk bruk av komplikasjonsmøter (J)**

Vi har ikke valgt å legge bort punktet om systematiske komplikasjonsmøter eller be styret om tilsvarende. Vi mener fortsatt at det er viktig å sikre en systematikk i intern audit av komplikasjoner og hendelser som ikke blir meldt i avvikssystemene. Vår vurdering er at vi må skyve på dette prosjektet til de store nasjonale tiltakspakkene er trygt etablert. For dette punktet er vi helt avhengige av et solid "bottom up" engasjement, først og fremst i legegruppen.

---

<sup>3</sup> [NLSH styresak 41/13:Strategisk plan for kvalitet og pasientsikkerhet 2013-17](#)

### **Vurdering – Bruk av nasjonale kvalitetsregistre (K)**

Systematisk bruk av resultater fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre har for alle praktiske formål ikke vært mulig for foretaksledelsene i norske sykehus før høsten 2013. Da ble alle registerrapporter offentlig tilgjengelig for første gang. Det har heller ikke vært noen tradisjon for at ledelsen i sykehus og foretak har engasjert seg systematisk i så vidt detaljerte faglige spørsmål. Dette er nå i endring. Vi systematiserer ledelsens tilnærming ved å lage en mal for gjennomgang av registerrapporter med det formål å ta ut det som er direkte anvendelig for statusbeskrivelse og forbedringsarbeid. Denne malen vil fagmiljøene naturligvis kunne endre etter egen faglig vurdering. Vårt mål er at vi i 2015 skal kunne legge frem nøkkelparametre fra alle rapporter som har relevant informasjon og kvalitetsmål for fremtiden innen hvert område. Dette kan være krevende å få til all den tid det vil være nybrottsarbeid også innenfor det enkelte fag.

### **Vurdering – Brukermedvirkning (L)**

Brukermedvirkning er kommet for å bli, selv om den ennå implementeres noe ujevnt i foretaket. Det stilles nå sjelden spørsmål om brukermedvirkningens riktighet, men det betyr verken at det skjer av seg selv, eller at det ikke skal brukes med omtanke. Utfordringen har så lagt vært å etablere kjente systemer for brukermedvirkning, slik at det ikke blir et hinder, men en ressurs. . I perioden 2010 – 2014 har brukerutvalget i helseforetaket formalisert sin virksomhet på en positiv måte, men det er fremdeles en vei å gå. Ikke minst må vi jobbe med at brukerperspektivet systematisk sikres større plass også klinisk arbeid.

### **Vurdering - I Trygge Hender (M)**

Arbeidet med innsatsområdene I trygge hender går langsomt framover. Denne type arbeid er i all hovedsak ny for klinikkene og medarbeiderne. Arbeidet er ekstremt krevende fordi det kreves kompetanse i forbedringsarbeid, tid til å gjennomføre, evaluere og innføre, og fordi det kreves kulturendringer. De viktigste suksessfaktorene for å lykkes med dette systematiske forbedringsarbeidet i første omgang og redusere pasientskader i framtiden er; ledelsesforankring, engasjement fra "gulvet" og etablere dette arbeidet som en del av daglig drift. Arbeidet med pasientsikkerhet og bygging av varige strukturer for å redusere pasientskader, er ikke et arbeid som skal avsluttes, og prosjektorganiseringen må derfor bort. Dette krever en ekstra innsats fra klinikkene og det forventes derfor at implementeringen vil skje i etapper. De klinikkene og enhetene som er kommet veldig god i gang og vil bli brukt som positive eksempler ovenfor resten.

### **Vurdering – Dokumentflyt og epikriser (N)**

Klinikkene arbeider kontinuerlig med å optimalisere arbeidsflyten. I utviklingsprogrammet for nye K – fløya arbeider prosjektgrupper med forslag til optimale pasientforløp. Resultatet av disse prosjektene vil nok ha innvirkning på den generelle arbeidsflyt, herunder også den elektroniske arbeidsflyten. Også de pågående HOS prosjektene vil endre på organisasjonsstrukturen i DIPS, standardisering av navngiving på arbeidsgrupper og rydde opp i dokumenttyper i pasientjournalen. Arbeidet de fire siste årene har hevet kvaliteten på dokumentflyten i foretaket. Selv om målet med elektronisk henvisningsflyt er nådd i stor grad, så er ikke arbeidet fullført. For å vite hvordan dokumentflyten faktisk er i foretaket og om det er områder som fremdeles har forbedringspotensial vurderer vi å gjennomføre en intern revisjon av elektronisk arbeidsflyt etter at HOS prosjektet er gjennomført.

Det er et kontinuerlig fokus på epikriser sendt innen 7 dager. Vi har ennå ikke lyktes å nå myndighetskravet på 100 % epikriser innen 7 dager. Andelen epikriser sendt innen 7 dager hatt en forbedring i perioden 2010-14. Det mest effektive tiltaket har vært innføringen av EVU. I utviklingsprogrammet "Gode pasientforløp Nye Nordlandssykehuset" er det etablert en merkantil prosjektgruppe som skal se på hvordan skrivetjenesten kan bidra til å øke andelen epikriser innen 7 dager.

### **Vurdering – Ventelisterapportering og fristbrudd (O)**

Det er noe varierende hvordan klinikkene rapporterer om korrigeringer av truende fristbrudd internt kontra rapportering i DIPS som underlag for NPR rapporteringen. Dette arbeides det nå med å få på plass rutiner for. Vi ligger på en feilmargen under 1 % i forhold til NPR tallene. I det store bildet så er det to sentrale bemerkninger til arbeidet med å få oversikt over og få bort fristbrudd. For det første fungerer vår nye rapportering godt. Den gir tilstrekkelig oversikt og kunnskap til å kunne få bort de fristbruddene der problemet ganske enkelt kan la seg løse. For de andre erkjenner vi at det innenfor enkelte fagområder ikke finnes varige og bærekraftige løsninger i dag. Her gjennomfører vi både kortsiktige interne tiltak som for eksempel kveldspoliklinikker, økt innleie av personell etc. I tillegg vurderes fortløpende å bruke private avtalespesialister og å gjøre større bruk av fritt sykehusvalg der dette er praktisk mulig. Det er også startet et arbeid med aktivitetsstyrt arbeidstidsplanlegging som ventes å ha en mer langvarig effekt på styring av ressurser og følgelig også på ventelister og fristbrudd. Det vil ta tid før dette tiltaket vil gi resultater på ventelister og fristbrudd, fordi det krever en omfattende kulturendring innen turnus- og arbeidsplanlegging der det skal gjennomføres.

### **Vurdering – Styreopplæring (P)**

Det nåværende styret har gitt uttrykk for at de er tilfredse med måten administrerende direktør underbygger og understøtter styrets kunnskap og involvering i kvalitetsarbeidet i foretaket. I Pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender 24-7." er "Ledelse av pasientsikkerhet" kommet til som et eget innsatsområde der styreinvolvering er et av tiltakene. Styreopplæring er bare en del av denne tiltakspakken. Tiltaket omfatter kompetansebygging og forankring av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet på alle ledelsesnivå i foretakene. I tråd med dette og styrets tidligere beslutninger, arbeides det nå med å sette sammen et nytt opplæringsprogram for det nye styret som oppnevnes senere i år. Det er også tatt initiativ overfor styreleder for på sikt å etablere et underutvalg for kvalitet i styret etter inspirasjon fra foretaksstyrer i USA med stort fokus på kvalitet i egen organisasjon.

### **Vurdering – Strategi for kvalitet og pasientsikkerhet for 2013-2017 (Q)**

Det har vært en omfattende prosess med å gi strategi for kvalitet og pasientsikkerhet 2013 – 2017 et innhold og utforming som har en praktisk betydning for arbeidet i Nordlandssykehuset. For at strategien skal få en praktisk betydning er det viktig at det arbeides kontinuerlig i klinikker og avdelinger/enheter med å gi de ulike områdene et innhold som er relevant for de ansatte. Det er klinikkene selv som må gi strategien et innhold. I utviklingen av måleparametere må de ansatte ha et forhold til, og muligheten til å påvirke, de målinger som gjennomføres. Det vil derfor være meningsløst å sette kvantifiserbare mål dersom det ikke har vært gjennomført systematiske målinger tidligere. Dette betyr at for mange vil arbeidet i 2014 bestå i å utvikle og gjennomføre målinger for å få en oversikt over hvilket nivå klinikker, enheter og avdelinger ligger på. Deretter vil det være mulig å tallfeste konkrete målsetninger for perioden 2015 – 2017. Dette arbeidet er avgjørende for et "bottum-up" engasjement og for å gjøre satsningen på pasientsikkerhet og kvalitet til en naturlig del av daglig drift.

### **Vurdering – Tilsynssaker og NPE klager (R)**

På grunn av små tall for antall tilsynssaker, er det vanskelig å konkludere noe i forhold til tallene for et enkelt år. Det vises blant annet man pr 10.03.14 bare har mottatt 3 tilsynssaker. Dette skulle tilsi et snitt på ca 15 tilsynssaker for hele 2014, som ville være oppsiktsvekkende lavt. Når det gjelder NPE-saker har det vært en svak økning i antall mottatt krav de senere år, fram til 2013, hvor det ble en nedgang i mottatte krav. På landsbasis har det fra 2009 (3939 krav) til 2013 (5065) vært en økning på omlag 25 prosent, mens det ved Nordlandssykehuset HF for perioden har vært et tilnærmet stabilt antall krav. Dette trekker klart i retning av at Nordlandssykehuset HF har hatt en positiv utvikling, sett i forhold til utviklingen på landsbasis.



### **Vurdering – bruk av NOIS data (S)**

Helsetjenesteassosierte infeksjoner er den hyppigste årsaken til pasientskader ved Nordlandssykehuset kartlagt ved GTT – metoden (kapittel 7). Det er metodologiske utfordringer med den nasjonale NOIS registreringen. Først og fremst er det foreløpig vanskelig å få ut relevante rapporter fra DIPS. Det tar videre lang tid før data blir tilgjengelige for foretaksledelsen i en anvendelig form. Det er behov for en ny gjennomgang av rutiner for både NOIS registreringen og prevalensundersøkelsen i vårt foretak. Vi er kjent med at andelen postoperative infeksjoner er høy innenfor kolonkirurgi og hofta hemiprotoser. Helsetjenesteassosierte infeksjoner skal være et fokus for forbedringsarbeid i Nordlandssykehuset i tiden framover. For at dette skal være mulig er det nødvendig med en revisjon av datafangst både for NOIS og prevalensregistrering og rapportering.

### **Vurdering – pasientforløpsarbeid (T)**

Vi konstaterer med tilfredshet at vårt pasientforløpsarbeid for kreftpasienter gir gode resultat for pasientene. Dette er et arbeid som også omfatter våre samarbeidende sykehus i Nordland fylke. Det er særlig betryggende at dette er et arbeid solid forankret i fagmiljøene. Vi mener at dette arbeidet har overføringsverdi til andre som strever med å nå myndighetskravene.

Det store omstillingsprogrammet for innflytting i K - fløya har primært fokus på pasientforløp. Dette er et meget krevende program som strekker våre ressurser til det ytterste. Programmet er imidlertid nødvendig og må lykkes dersom vi skal klare å beholde et bredt tjenestetilbud for folk i Nordland fylke og for at vi skal være den samarbeidspartneren Universitetssykehuset i Nord Norge trenger for å sikre sin universitetsklinikkfunksjon.

### **Vurdering – andre prosjekt med betydning for pasientsikkerhet i perioden (U)**

Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTS) og prosjekt slagalarm er to gode eksempler på kvalitetsforbedrende tiltak som setter pasienten i fokus. Disse tiltakene er tatt med i oppsummeringen for å vise at Nordlandssykehuset har engasjerte medarbeidere som uavhengig av føringer fra myndigheter, styret eller foretaksledelse får til å sette i gang med gode tiltak som fremmer pasientsikkerhet og kvalitet. Det er ønskelig med flere tiltak av denne typen, og den videre satsningen på pasientsikkerhet og kvalitet er med på å muliggjøre dette.

### **Direktørens vurdering**

Direktøren er stolt over å kunne legge frem denne saken. Etter en samlet vurdering konkluderes det med at Nordlandssykehuset langt på veg har lyktes med satsningen på bedret kvalitet og pasientsikkerhet. På flere områder dokumenteres til dels vesentlige forbedringer til pasientens beste. Grunnleggende og meget viktige systemer er nå på plass og foretaket har åpnet sin virksomhet for ekstern gjennomgang/granskning ved flere anledninger. Disse har konkludert med vesentlig forbedring innen områder som er gjennomgått.

Vi var tidlig ute med å offentliggjøre våre § 3-3 meldinger til helsetilsynet og vi har hatt som intensjon å ha en åpen dialog med media. Vi har også forsøkt på kunnskapsoverføring til media og har sett gode resultater av dette initiativet da våre første tall for pasientskader ble offentliggjort. Det har vært både positiv og negativ medieoppmerksomhet rundt foretaket flere ganger siden 2010 og direktøren erfarer at dialogen med media har vært håndterbar også i de mer krevende sakene.

Direktøren erkjenner imidlertid at dette arbeidet er preget av de små skritts veg frem. Ofte oppleves resultater fra arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet som to skritt frem og ett tilbake. Både organisatoriske og individrelaterte forhold gjør satsningen på bedret kvalitet og pasientsikkerhet krevende. Satsningen må være bred og tydelig med et langsiktig fokus. Varige forbedringer kommer ikke med kjappe og enkle løsninger. Innføring av innsatsområdene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet er meget krevende og det gjenstår å se hvordan vi lykkes her. Dersom foretaket skal lykkes med ambisjonene innen kvalitet og pasientsikkerhet må fokuset fra både

toppleidelse, staber og alle ledernivå fortsette som hittil. Ved å ta utviklingen til nå ”for gitt” vil vi mistefokus, og ikke realisere våre mål.

Det er tydelige utfordringer for dette arbeidet fremover. Først og fremst må det tas initiativ for å sikre at legegruppen i større grad blir bredt engasjert i arbeidet for bedret kvalitet og pasientsikkerhet. Der hvor de etablerte tiltakene ikke blir akseptert må vi kreve alternative tiltak som beviselig kan bedre resultatene for pasientene. I forlengelsen av dette ligger også krav om å sette tydelige mål for fremtidig kvalitet innen alle fag. Dette vil oppleves krevende for mange medarbeidere og vil ikke lykkes uten vedvarende oppmerksomhet fra ledelsen. Et annet område som krever stadig fokuser å få integrert kvalitetsforbedring som en del av linjeledelsens oppgaver. Kvalitetsforbedring skal ikke drives på siden av annen virksomhet.

Avslutningsvis vil direktøren takke entusiastene i foretaket som har bidratt til at Nordlandssykehuset i dag er ledende innen mange områder av pasientsikkerhetsfeltet. Både nasjonalt og internasjonalt legges det merke til resultater fra vårt arbeid. Dette har positiv betydning for kompetansebygging i foretaket og er en inspirasjon for de som går foran. Det ligger en stor innsats fra mange engasjerte medarbeidere bak de resultatene som nå presenteres, både fra klinikker og stabsenheter.

### **Innstilling til vedtak:**

1. Styret er tilfreds med det som er oppnådd i arbeidet med oppfølging av styresak 42 – 2010 – Pasientsikkerhet og kvalitet
2. Styret ber administrerende direktør påse at arbeidet med bedret kvalitet og pasientsikkerhet fortsetter med uforminsket styrke.
3. Styret ber spesielt om at direktøren sikrer at alle grupper av ansatte engasjeres i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.

### **Avstemming:**

### **Vedtak:**





**NORDLANDSSYKEHUSET**  
NORDLÁNDÁ SKIPPIJVIESSO



2014

# Kvalitet og pasientsikkerhet i Nordlandssykehuset HF



Status etter Styresak 42-2010 Kvalitet og  
Pasientsikkerhet

## Innhold

1	Sammendrag .....	4
2	Innledning.....	4
2.1	Hvorfor satset Nordlandssykehuset på pasientsikkerhet og kvalitet?.....	5
2.2	Organiseringen av pasientsikkerhets – og kvalitetsarbeidet i Nordlandssykehuset HF.....	9
2.3	Hvorfor er det viktig å måle?.....	11
3	Kvalitetssystemet – Docmap (A) .....	12
3.1	Faglige prosedyrer .....	14
3.2	Avvikshåndtering.....	14
3.3	Internkontroll og revisjoner .....	16
4	Trygg kirurgi sjekklisten (B) .....	17
4.1	Innføringen og bruken av sjekklisten ved Nordlandssykehuset HF.....	17
4.2	Hvordan brukes sjekklisten?.....	20
5	Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen blant ansatte (C) .....	22
5.1	Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen i 2011.....	22
5.2	Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen 2014 .....	23
6	Analyse av dødsfall i sykehus (D) .....	24
6.1	Standardisert sykehusmortalitetsrate (HSMR) .....	24
6.2	50 siste dødsfall/ 3 x 2 matrix tool .....	26
7	Kartlegging av pasientskader ved Global Trigger Tool analyse (E) .....	28
7.1	Resultater fra Global Trigger Tool analysen .....	28
7.2	Automatisert strukturert journalanalyse (ATA) .....	32
8	Pasientsikkerhetsvisitter (F) .....	34
9	Klinikk, avdelings og enhetsvise kvalitetsparametre (G) .....	35
9.1	Klinikkvise kvalitetsparametre .....	35
9.2	Enhetsvise kvalitetsparametre - kvalitetstavler .....	35
10	Pasientsikkerhets dashboard (H) .....	37
11	Tverrfaglige team i kreftbehandling (I) .....	38
12	Bruk av systematiske komplikasjonsmøter (J) .....	39
13	Bruk av data fra kvalitetsregistre (K).....	39
14	Brukermedvirkning (L).....	42
15	I trygge hender 24-7 (M) .....	43
15.1	Organiseringen av arbeidet med pasientsikkerhetsprogrammet .....	43
15.2	Status per 1. mars 2014 for de ulike innsatsområdene .....	44
15.3	Eksempel på måling av tiltakspakken Urinveisinfeksjon (somatikk).....	45
15.4	Eksempel på måling av tiltakspakken Forebygging av overdosedødsfall (psykiatri).....	46
16	Dokumentflyt og epikriser (N).....	47
16.1	Dokumentflyt.....	47
16.2	Epikriser .....	47
17	Ventelisterapportering og fristbrudd (O).....	49
18	Styreopplæring (P).....	51

19	Kvalitets – og pasientsikkerhetsstrategien 2013-17 (Q) .....	53
20	Tilsyns – og NPE - saker ved Nordlandssykehuset HF (R).....	56
20.1	Tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF.....	56
20.2	Saker fra Norsk pasienterstatning (NPE) for Nordlandssykehuset HF .....	57
21	NOIS register data (S) .....	58
22	Pasientforløpsarbeid (T) .....	59
22.1	80 % av kreftpasienter skal få behandling innen 20 dager .....	59
22.2	Nye interne pasientforløp for innflytting i K-fløya .....	60
23	Andre prosjekt med betydning for pasientsikkerheten i perioden (U).....	61
23.1	Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTTS) .....	61
23.2	Prosjekt slagalarm .....	64

## 1 Sammendrag

Arbeidet for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet i Nordlandssykehuset har hatt en tydelig og kontinuerlig ledelses- og styreforankring. Mange i organisasjonen hilste denne satsningen velkommen. For å sette retning og innhold var satsningen i lang tid en toppstyrt prosess. Etter hvert synes et større engasjement å bre seg i organisasjonen. Innføring av foretakets strategi for kvalitet og pasientsikkerhet ser ut til å bidra til denne utviklingen. Et konkret eksempel på dette er et bredt engasjement for avdelings og enhetsvise kvalitetsmålinger publisert på nesten 100 kvalitetstavler på de fire sykehusene.

Vi erkjenner at et fortsatt sterkt fokus på dette området er nødvendig dersom foretakets ambisjoner skal kunne realiseres. Fra å være en typisk prosjektorganisert satsning blir nå ansvar for viktige oppgaver plassert som en integrert del av den kliniske virksomheten. Først når dette er fullt ut gjennomført vil organisasjonen være i stand til å holde fokuset på pasientsikkerhet og kvalitet på samme nivå som fokuset på daglig drift.

Forbedringspotensialet er fortsatt stort. Vi vil aldri bli ferdig med arbeidet for bedre kvalitet og færre pasientskader. Målet er at vi skal utvikle en organisasjon med oppriktig og genuin interesse for forbedringsarbeid til pasientens beste. Selv om denne saken konkluderer med at vi har oppnådd mye positivt vil det fortsatt ta lang tid og kreve mye arbeid før dette målet er nådd. En viktig og prioritert oppgave fremover er å sikre et solid engasjement for kvalitetsforbedring og reduserte pasientskader i legegruppen. Vi erkjenner at for mange leger har både foretakets satsning og det nasjonale programmet for pasientsikkerhet vært fremmedelement i hverdagen. Det er nok fortsatt slik at måten denne satsningen presenteres for det medisinske kollegium på betyr mye for hvilket gjennomslag vi oppnår. Her har vi mye å lære. Fortsatt vil vi være avhengig av ildsjeler og entusiaster. Dette er ikke ulikt nyskapende virksomhet på andre områder innen helsesektoren.

Vi må godta at veien frem ofte preges av to skritt frem og ett tilbake. Dette er de små skritts veg og bedret kvalitet og pasientsikkerhet bygges stein på stein. Vår oppmerksomhet må være rettet mot pasienten. God kvalitet og pasientsikkerhet innebærer å sette pasienten i fokus hver gang. Pasienter skal få rett behandling til rett tid uten at de opplever unngåelige uønskede hendelser. Det handler om å se hele mennesket og forstå behovene den enkelte har i møte med Nordlandssykehuset. Pasientene ved Nordlandssykehuset skal være trygge på at personalet møter dem med respekt, viser ekte omsorg og med den kompetansen som er nødvendig. For å lykkes med dette må arbeidet for bedret kvalitet og pasientsikkerhet fortsette med uforminsket styrke.

## 2 Innledning

Hva er det som avgjør om satsningen på kvalitet og pasientsikkerhet etter [styresak 42/10](#) har vært vellykket? Det er ikke noe enkelt svar på dette. For det første kan et sett med målinger og observasjoner indikere om ting går i en ønsket retning eller ikke. Siden 2010 har NLSH

hatt stort fokus på å identifisere relevante parametre for kvalitet og pasientsikkerhet, og å etablere gode målerutiner for disse. I tillegg har vi også jobbet med å utarbeide systemer for å sammenfatte og rapportere resultatene av målinger som ble gjort også før kirurgiskaken i 2010. For det andre må vi spørre om pasientene faktisk opplever en kvalitativt bedre organisasjon og en bedret pasientsikkerhet. Også dette forsøkes målt i forskjellige sammenhenger. For det tredje er spørsmålet om Nordlandssykehusets omdømme er bedret meget relevant men like fullt vanskelig å besvare. Denne sammenstillingen er et forsøk på en oppsummering av det målrettede arbeidet for bedret pasientsikkerhet og kvalitet som har foregått ved NLSH HF siden sommeren 2010, med observasjoner, målinger, tiltak og vurderinger.

Vedtaket om satsning på kvalitet og pasientsikkerhet falt sammen med første spadestikk for byggingen av nytt lokalsykehus i Vesterålen. I samme periode har nybygg i Bodø i stor grad preget hverdagen. Omfattende rivearbeider, interne rokader og en uttalt trangboddhet har vært en kontinuerlig utfordring for både pasienter og ansatte. Når nytt sykehus i Vesterålen skal tas i bruk våren 2014 og 15000 nye kvadratmeter settes i drift i Bodø krever også dette omfattende omstilling i arbeidsoppgaver og arbeidsmåter for hver enkelt ansatt. Det er viktig også å være klar over dette når resultatene av arbeidet for bedret kvalitet og pasientsikkerhet skal gjennomgås med et kritisk blikk.

## 2.1 Hvorfor satset Nordlandssykehuset på pasientsikkerhet og kvalitet?

Det enkle svaret på dette spørsmålet er "at vi var nødt". Sommeren og høsten 2010 gjennomgikk Nordlandssykehuset en krise på grunn av den såkalte kirurgisaken, som fikk omfattende omtale i nasjonale medier. Et par eksempler (faksimiler) er vist nedenfor.



Faksimile fra VG juni 2010



Faksimile fra Aftenposten fra juli 2010

Som en konsekvens av denne saken måtte først klinikkssjef ved kirurgisk- ortopedisk klinikk og senere administrerende direktør forlate sine stillinger. Denne situasjonen ble fulgt av vedtak i flere ekstraordinære styremøter. I kjølvannet av saken opplevde Nordlandssykehuset en tillitskrise, både i lokalsamfunnet og internt blant egne ansatte. Det ble tydelig for alle at foretaket ikke hadde nødvendig oversikt og kontroll over egen virksomhet, og at situasjonen var uholdbar.

I [styresak 35/10](#) i ekstraordinært styremøte den 2. juli 2010 ble følgende beslutning om ekstern revisjon av foretakets internkontroll og kvalitetssikringssystem fattet.

**2. Styret ber om at det i samarbeid med Helse Nord RHF, iverettes ekstern revisjon av internkontroll og kvalitetssikringssystemet i Nordlandssykehuset HF. Styret anmoder også internrevisjonen i Helse Nord RHF om å iverksette en systemgjennomgang i Nordlandssykehuset HF.**



## Ekstern revisjon av kvalitets-systemet ved NLSH – nov 2010



Faksimile fra Avis Nordland november 2010 etter at ekstern revisjonsrapport fra Deloitte ble offentliggjort.

I [styresak 36/10](#) i ekstraordinært styremøte den 6. juli 2010 ble nye direktører ansatt og følgende vedtak fattet:

**4. Styret ser det som nødvendig at foretakets ledelse i tiden framover prioriterer tiltak som kan bidra til å gjenopprette tilliten til Nordlandssykehuset HF. I dette arbeidet skal en styrket pasientsikkerhet ha første prioritet, sammen med en systematisk kvalitetsforbedring.**

Vedtaket gav et krystallklart styringssignal for hva som skulle være prioritet for den nye foretaksledelsen som tiltrådte primo august 2010.

I [styresak 39/10](#) i ekstraordinært styremøte den 25. august 2010 ble følgende vedtak fattet:

**1. Styret viser til redegjørelsen om etablering av et gjennomgående økt fokus på, og tiltak for å styrke pasientsikkerheten og kvalitetsarbeidet i Nordlandssykehuset HF. Styret gir sin tilslutning til dette arbeidet, og ber direktøren komme tilbake med tiltak for å kunne etablere det framlagte ambisjonsnivået internt, herunder indikatorer for resultatoppnåelse og rapportering til styret. Skal dette arbeidet bli vellykket fordrer det, etter styrets mening, medisinsk kompetanse som har dette som hovedoppgave i toppledelsen. Denne premissen tas med i det videre arbeidet med rekruttering av ny direktør og sammensetning av toppledelsen.**

Styret var tydelige på at det måtte skje en endring av kurs fra en økonomistyrte organisasjon til et vesentlig større fokus på pasientsikkerhet og kvalitet. samtidig var det en forventning fra foretakets styre og Helse Nord RHF om at konkrete, effektive og målrettede tiltak ble



iverksatt raskt. Organisasjonen var imidlertid verken klar for eller optimalt organisert for en slik kursendring og direktørene var kun midlertidig ansatt for 6 måneder. Situasjonen inviterte ikke til en prosess hvor alle ble hørt både under planlegging, iverksetting og oppfølging. Et betydelig tidspress nødvendiggjorde en toppstyrt prosess med strekt fokus på fremdrift.

løpet av et par uker ble en detaljert plan for satsning på bedret pasientsikkerhet og kvalitet utviklet av den nye ledelsen og lagt frem for styret den 16. september. En sentral forståelse hos ledelsen var at:

**”Av en hver krise oppstår det en mulighet – det gjelder bare å se den”**

I [styresak 42/10](#) ble blant andre følgende tiltak besluttet gjennomført:

**2. Følgende tiltak skal gjennomføres:**

- A. Docmap skal tas i bruk fullt ut som kvalitetssystem i NLSH**
- B. Trygg Kirurgi sjekklister skal innføres**
- C. Det gjennomføres innledende undersøkelse av ansattes holdninger til pasientsikkerhet**
- D. Det gjennomføres innledende undersøkelse av sykehusdødelighet**
- E. Standardisert sykehus dødelighetsrate og skadefrekvens per 1000 liggedøgn monitoreres**
- F. Det innføres pasientsikkerhetsvisitter**
- G. Det innføres avdelingsvise/seksjonsvise kvalitetsparametre**
- H. Det skal utvikles en pasientsikkerhets score for NLSH**
- I. Det skal brukes tverrfaglige team for gjennomgang av diagnostikk og behandling av kreftpasienter**
- J. Det skal etableres systematisk bruk av komplikasjonsmøter i kjernevirksomheten ved NLSH**

**5. Det utvikles en møteplan med innlagte tema og foredrag som underbygger og understøtter styrets kunnskap og involvering i kvalitetsarbeidet i foretaket.**

I tiden som har gått siden [styresak 42/10](#) har det vært arbeidet med disse 10 tiltakene og ytterligere seks spesifikke tiltak som ble lagt til gjennom [styresak 3/11](#):

- K. Bruk av data fra kliniske kvalitetsregistre**
- L. Bruk av pasienterfaringer i det løpende kvalitetsarbeidet**
- M. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen ”I trygge hender 24-7”**
- N. Skriverestanser, dokumentflyt og epikriser**
- O. Ventelisterapportering**
- P. Styreopplæring i pasientsikkerhets- og kvalitetsarbeid**

Gjeldende styresak er en vurdering av framdrift og foreløpige resultater på tiltak knyttet til punktene fra styresak 42/10 og 3/11. I tillegg har vi inkludert tre områder som det etter hvert har blitt stort fokus på og som direkte påvirker kvalitet og pasientsikkerhet. To av områdene er styrebehandlet.

- Q. Foretakets strategi for kvalitet og pasientsikkerhet**
- R. Tilsyns – og NPE saker**
- S. Bruk av NOIS data**
- T. Pasientforløpsarbeid**

Til slutt omtales to konkrete enkeltprosjekt som er gode praktiske eksempler på virkningsfullt arbeid for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet for den enkelte pasient i tillegg til å være effektive tiltak for å styrke pasientsikkerhetskultur en. De to prosjektene er «innføring og bruk av triagesystemet RETTS i akuttmottaket» og "Slagalarm" tiltaket for å sikre hurtig behandlingsstart for slagpasienter i Bodø.

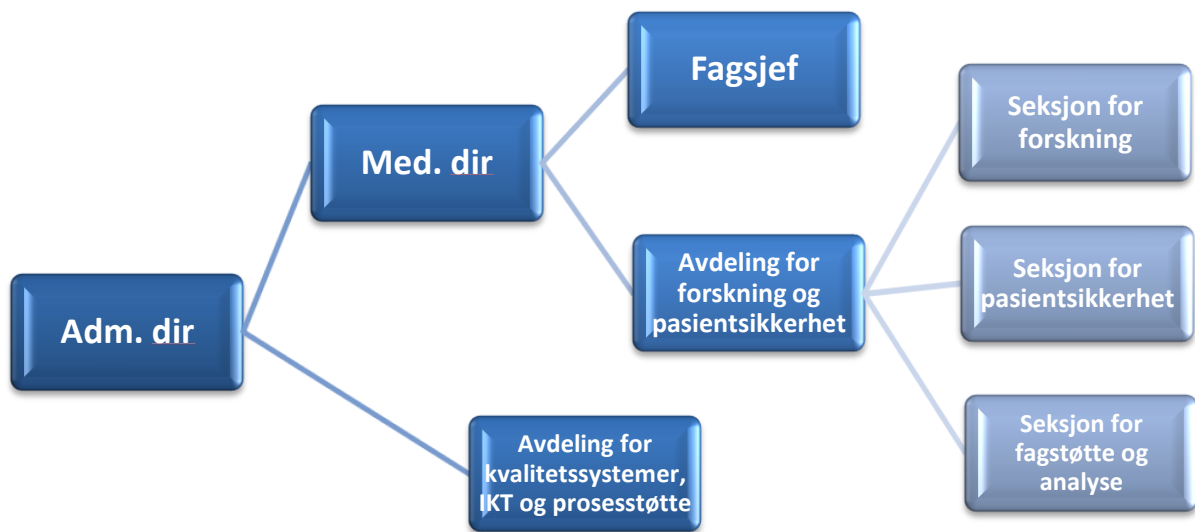
Bokstavene i listene over er gjengitt i den enkelte kapitteloverskrift i denne rapporten.

## *2.2 Organiseringen av pasientsikkerhets – og kvalitetsarbeidet i Nordlandssykehuset HF*

Direktøren erfarte at det etablerte stabsapparatet ikke hadde tilstrekkelig kompetanse eller gjennomføringskraft til å sikre en klinikkovergripende gjennomføring av den nye satsningen i [styresak 42/10](#). I tillegg var sentrale aktører sterkt kritisk til prosess og kommunikasjonsform i direktørens tilnærming til tema og prosess. Det ble derfor etablert en arbeidsgruppe med personer fra ulike deler av klinikkene og stabene som skulle arbeide med gjennomføring av den nye satsningen. Arbeidsgruppen fikk navnet "Kampanjegruppen for pasientsikkerhet og kvalitet" og deler av gruppen ble på et senere tidspunkt til Pasientsikkerhetsgruppen (PSG), i dag Seksjon for pasientsikkerhet.

Satsningen har også ført til behov for formelle endringer i foretakets organisasjonsstruktur. Etter knapt et halvt år ble den første endringen i stabsstruktur gjennomført med oppretting av Avdeling for kvalitetssystemer, IKT og prosesstøtte (KIP). Denne avdelingen ble tillagt ansvar for tiltakspunkt a) Docmap herunder også en komplett gjennomgang og vitalisering av foretakets internkontrollsystem. Arbeidet med kvalitetssystemer og internrevisjoner er lagt til KIP. Avdelingen har en ansatt som er ansvarlig for det interne prosedyre- og avviksmeldingssystemet (Docmap) og interne revisjoner. I februar 2013 ble Avdeling for forskning og pasientsikkerhet opprettet med tre seksjoner; Forskningsseksjonen, Seksjon for Pasientsikkerhet og Seksjon for fagstøtte og analyse (fig. 2-1).

Figur 2-1. Organisasjonskart pasientsikkerhet og kvalitet per mars 2014



Den nåværende Seksjon for pasientsikkerhet har hatt en sentral plass i utvikling og gjennomføring av flere av tiltakene som fulgte i kjølvannet av [styresak 42/10](#). Et særtrekk ved seksjonen, er at den er bemannet av ansatte som har sitt hovedvirke i klinisk virksomhet. Grunnen for dette er å sikre en klinisk forankring til arbeidet. Man tenker også at den kliniske forankringen vil kunne gi en mer praktisk tilnærming i tråd med virkeligheten i klinikkene. I tillegg til oppfølgingen av [styresak 42/10](#) er en hovedoppgave for Seksjon for pasientsikkerhet oppfølgingen av de ulike tiltakspakkene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet "I Trygge Hender – 24/7". Fra og med 2013 har også seksjon for pasientsikkerhet fått tildelt oppgaven med å utvikle og drifte en Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet av Helse Nord. Ansvar for kvaliteten som leveres til pasienter og pårørende i den kliniske virksomheten, ligger hos klinikkene og ledelsen ved Nordlandssykehuset HF

### Forskning og kompetansebygging innen pasientsikkerhet

I seksjon for pasientsikkerhet er det startet opp to doktorgradsprosjekt (PhD) innenfor pasientsikkerhet:

- 1) Validering av Global Trigger Tool som målemetode for kartlegging av pasientskader,
- 2) Metodologiske utfordringer ved måling av pasientsikkerhet hos kreftpasienter

Begge PhD prosjektene er finansiert av eksterne forskningsmidler og forankret i det Helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet. Medisinsk direktør er hovedveileder for begge prosjektene som har veiledningsgrupper med tverrfaglig og internasjonal representasjon. I tillegg pågår også en mastergradsoppgave i seksjon for pasientsikkerhet innen politikk og samfunnsendring med den foreløpige tittelen: Hvordan brukes pasienttilfredshetsundersøkelser i kvalitetsarbeid på sykehus i Nord Norge? Det arbeides våren 2014 med en protokoll for et nytt samfunnsfaglig PhD prosjekt med problemstilling rundt virkemidler for å styrke profesjoners interesse for og arbeid med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

### 2.3 Hvorfor er det viktig å måle?

«Antakelser er alle feils mor,» sier et gammelt ordtak. Alternativet til antakelser, er målinger av noe slag. James Orlikoff, nestleder i styret for Virginia Mason foretaket i USA og en internasjonalt kjent ekspert i kvalitetsforbedringsstrategier i helseforetak og sykehus, er en viktig inspirator og aktiv veileder for pasientsikkerhetsarbeidet i NLSH HF. Hans referanse til Demmings postulat "[\*In God we trust – everybody else brings their numbers!\*](#)" har blitt et grunnleggende premiss for vårt forbedringsarbeid.

Å basere drifts- og utviklingsarbeid på målinger har tre viktige funksjoner:

- Det gir et bilde av nå - situasjonen – hvor står vi faktisk i dag? Hvor har vi våre utfordringer?
- Målinger gir et grunnlag for en felles forståelse av situasjonen. Det minker sjansen for stadige diskusjoner av typen «er dette egentlig et problem?» og «burde vi ikke heller fokusere på noen helt annet?»
- Målinger gir kunnskap om hvorvidt det faktisk skjer endringer i resultatene våre. Har tiltakene våre noen effekt?

Både medarbeidere og ledere må vite om hvilken risiko egen virksomhet innebærer, om det er uønsket variasjon i tjenestene våre, og brukernes vurdering av tjenestetilbudet. Kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet må basere seg på fakta, og ikke på skjønn. Når man måler vil man ofte oppleve at man får andre svar enn det man forventet på forhånd.

Florence Nightingale (1820-1910) har uttalt:

*«The ultimate goal is to manage quality. But you cannot manage it until you have a way to measure it, and you cannot measure it until you can monitor it»<sup>1</sup>*

Mange kvalitetsmål bestemmes av myndigheter og ledelse på ulike nivå. Men medarbeidere må også involveres i å definere hva som skal måles, i tillegg til innsamling, tolking og bruk av data på lokalt nivå. Målinger av aspekter ved pasientsikkerhet og kvalitet har en egenverdi for å bevisstgjøre medarbeidere og ledere, og sette fokus på den nære virksomheten. Når medarbeidere involveres i dette arbeidet, oppleves målene oftere som viktige og relevante.

Det er krevende å finne mål som både ledere, ansatte, brukere og offentligheten for øvrig er enige om beskriver kvaliteten i tjenesten. De kvalitetsmålene som brukes, må oppleves som relevante, og datainnsamlingen må ikke kreve for store ressurser i en travel hverdag. Det finnes flere metoder for å vurdere, og bedømme kvalitet i helse- og omsorgstjenesten<sup>2</sup>:

- Kvalitetsindikatorer
- Pasientrapporterte effektmål
- Spørreundersøkelser, inkludert pasient-, bruker- og pårørende-erfaringsundersøkelser
- Egevalueringer
- Tredjepartsevalueringer gjennom fagrevisjoner og akkreditering eller sertifisering

<sup>1</sup> Florence Nightingale (1820–1910)

<sup>2</sup> [Meld. St. 10: God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenester](#)

- Tilsyn

Det er ingen som tror at man ved å definere kvalitetsmål vil kunne beskrive alle aspektene ved kvalitet i helsetjenesten. Det er heller ikke meningen. En kvalitetsindikator er gjerne et indirekte mål, en pekepinn, som kan si noe om enkelte sider ved kvaliteten på det området som måles. Kvalitetsindikatorer kan brukes for å overvåke kvaliteten på nasjonalt nivå, regionalt eller i den enkelte virksomhet. Kvalitetsindikatorene deles vanligvis inn i tre typer:

- *Strukturindikatorer* gir informasjon om rammer og ressurser, kompetanse og tilgjengelig utstyr.
- *Prosessindikatorer* gir informasjon om aktiviteter i pasientforløpet, for eksempel diagnostikk og behandling.
- *Resultatindikatorer* gir informasjon om hva tjenestene oppnår med hensyn til overlevelse, helsegevinst, tilfredshet m.m.

Kvalitetsindikatorer har flere formål<sup>3</sup>. Nasjonale helsemyndigheter bruker kvalitetsindikatorer som styringsparametre og for å overvåke kvaliteten i tjenestene. Ledere på alle nivåer trenger indikatorer for å ha oversikt over kvalitet og pasientsikkerhet i virksomheten. Ansatte må bruke indikatorer i forbedringsarbeid, og brukere må kjenne kvalitet og pasientsikkerhet i institusjoner som grunnlag for valg av tjenestetilbud. Kvalitetsindikatorer brukes både i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender 24-7" og som en del av oppdraget som Helse- og omsorgsdepartementet (via de regionale helseforetakene) gir helseforetakene i Norge.

### 3 Kvalitetssystemet – Docmap (A)

Docmap består forenklet sagt av to hovedmoduler; en modul for styrende dokumenter/prosedyreverk med mer, og en modul for å melde og behandle forbedringer og avvik (observasjonsmodul). Helse Nord og helseforetakene i regionen har tatt Docmap i bruk gradvis både hva gjelder systemets funksjonalitet og omfang av bruk i organisasjonen. I saksframlegget for [styresak 42/10](#) ble det beskrevet flere konkrete forhold som måtte utbedres for å oppfylle målsetningen om å ta i bruk Docmap fullt ut som kvalitetssystem i NLSH.

En ekstern revisjon av foretakets internkontroll og kvalitetssystem forelå i november 2010<sup>4</sup>. Revisjonen ble foretatt med fokus på Nordlandssykehusets etterlevelse av Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20.12.2002. Revisjonsrapporten fastslo at Nordlandssykehusets internkontroll - og kvalitetssystem til dels inneholdt vesentlige mangler, og ikke tilfredstilte kravene i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Internkontrollen ga ikke rimelig grad av sikkerhet for at den kliniske virksomhet var under tilfredsstillende kontroll og at tjenestene ble levert i samsvar med fastsatte kvalitetskrav. Revisjonen konkluderte videre med at det arbeidet som allerede var igangsatt etter vedtak i [styresak 42/10](#) var sammenfallende med de anbefalinger som ble gitt i revisjonsrapporten.

<sup>3</sup> [Meld. St. 10: God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenester](#)

<sup>4</sup> [Ekstern rapport fra Deloitte–styresak 54/10](#)

Det videre arbeidet med utviklingen av Docmap fortsatte intensivt med fokus på 15 konkrete oppfølgingspunkt som blant annet omfattet:

1. Opplæring
2. Komplettering av prosedyresamlinger og styrende dokumenter
3. Revisjon av utdaterte dokumenter
4. Revisjon av struktur og oppbygging av systemet
5. Å ta i bruk avviksmodulen (observasjonsmodulen)
6. Etablering av fullverdig 1.linje support for systemet
7. Oppretting av egnede undervisningslokaler
8. Iverksetting av klinikkovergripende undervisningsprogram
9. Utskifting av virksomhetskritisk IT sluttbrukerutstyr
10. Oppretting av formelle godkjenningsprosedyrer for systemet
11. Utvikling av maler
12. Harmonisering av klinikkovergripende prosedyrer
13. Utvikling av søkemotor i Docmap med nye søketermer

Dette arbeidet berørte mange ansatte og hadde et betydelig omfang. Vi ser nytten av dette arbeidet, som i all hovedsak er fasilitert i KIP. Det ble gjennomført ny ekstern revisjon<sup>5</sup> av internkontroll og kvalitetssystemet høsten 2012. Resultatet av denne revisjonen viste at Nordlandssykehuset hadde fulgt opp de anbefalte tiltakene i revisjonsrapporten fra 2010 og at det ble arbeidet systematisk og målrettet for å videreutvikle systemer og rutiner, og hente ut dokumenterbare effekter av arbeidet med internkontroll og kvalitet. Revisor registrerte at det er et sterkt ledelsesengasjement og fokus på arbeidet med internkontroll og kvalitet i Nordlandssykehuset, og at arbeidet også er godt forankret i foretakets styre. Utviklingen i foretakets kvalitetssystem siden forrige revisjon var betydelig og gjenspeiltes både i innholdet i kvalitetssystemet og i de ansattes kunnskap og innstilling til kvalitetssystemet. Det ble ikke avdekket vesentlige svakheter ved revisjonen, og foretaket hadde, etter revisors vurdering et internkontroll - og kvalitetssikringssystem som tilfredsstillende kravene i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenestene. Dette innebærer at de etablerte systemene gir tilstrekkelig sikkerhet for at den kliniske virksomheten er under tilfredsstillende kontroll og at tjenestene kan leveres i samsvar med fastsatte kvalitetskrav. Dette var en avgjørende viktig milepæl i arbeidet med å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet i foretaket. Det var imidlertid tydelig for foretaksledelsen at selv om internkontrollsystemet var på plass og friskmeldt, så var arbeidet med både fagprosedyrer og bruk av avvikssystemet en prosess som måtte ha kontinuerlig oppmerksomhet for ikke å forvitte. I det videre arbeid med Docmap fokuseres det nå også på kontinuerlig opplæring av ulike grupper brukere med fokus på sluttbrukerne for å sikre at alle ansatte blir fortrolige med den teknologiske delen av kvalitetssystemet. Dette er en krevende øvelse.

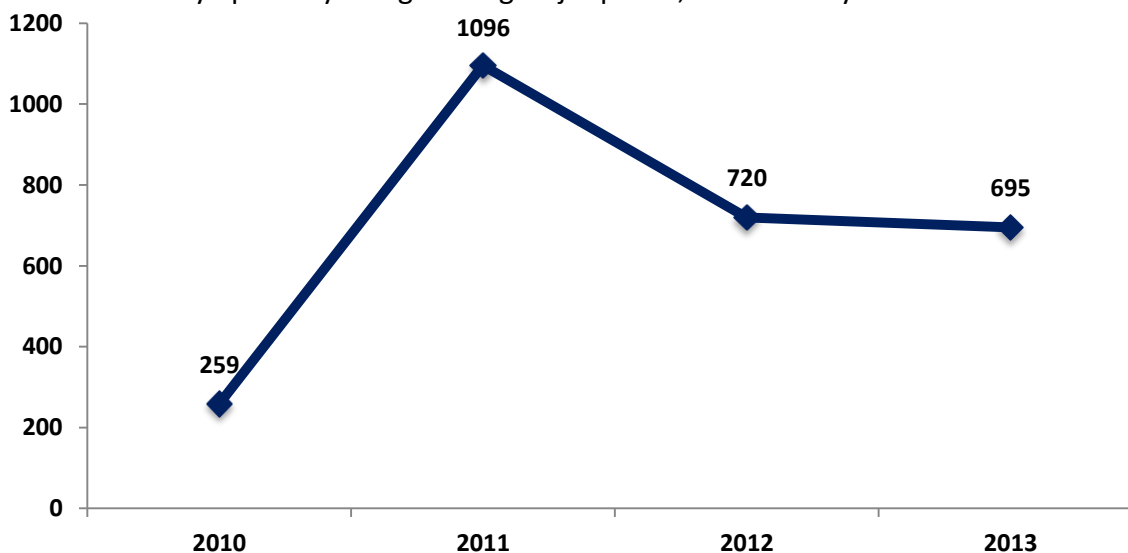
---

<sup>5</sup> [Ekstern rapport fra Deloitte - styresak 79/12](#)

### 3.1 Faglige prosedyrer

På bakgrunn av den eksterne revisjonen ble det startet et arbeid for å revidere de faglige prosedyrene og kartlegge behovet for nye prosedyrer. Dette var et spesielt fokusområde i 2011 (figur 3-1), men dette arbeidet er en kontinuerlig prosess i stadig utvikling.

**Figur 3-1.** Antall nye prosedyrer og retningslinjer per år, Nordlandssykehuset HF



Det er også i perioden gjennomført to revisjoner av fagprosedyrene i Docmap i forhold til relevans, om de er revidert og om de inneholder referanser<sup>6</sup>. Sammenligningen av resultatene fra disse to internrevisjonene viste en klar forbedring.

Foretaket deltar i det nasjonale prosedyrenettverket og er derigjennom forpliktet til å levere minst to nasjonale prosedyrer hvert år. Det er ansatt en prosedyrekoordinator i foretaket som er forankret i seksjon for pasientsikkerhet. Koordinatoren har ansvar for å følge opp både de nasjonale prosedyrene og arbeidet med klinikkovergrepene prosedyrer innad i foretaket. Det er besluttet at foretakets prosedyrer skal utarbeides etter den såkalte Kunnskapsbasert Praksis metoden. Ca 35 ansatte har gjennomført et omfattende videreutdanningsprogram innen feltet og det er laget et eget tilpasset program for leger og psykologer som mange har deltatt på.

### 3.2 Avvikshåndtering

Fra 1. juli 2012 ble det iverksatt et nytt nasjonalt meldesystem; § 3-3 meldinger<sup>7</sup>, og meldingsordningen ble flyttet fra Statens Helsetilsyn til Kunnskapssenteret. Ordningen er ment å være et rent rapporterings- og læringssystem hvor informasjonen i meldingene utelukkende brukes til å kartlegge og analysere risiko for og årsaker til at skader oppstår. Nordlandssykehuset var tidlig ute med å ta i bruk elektronisk avviksmeldinger i Docmap etter de nye retningslinjene. Alle pasienthendelser som blir sendt til Nasjonalt Kunnskapssenter

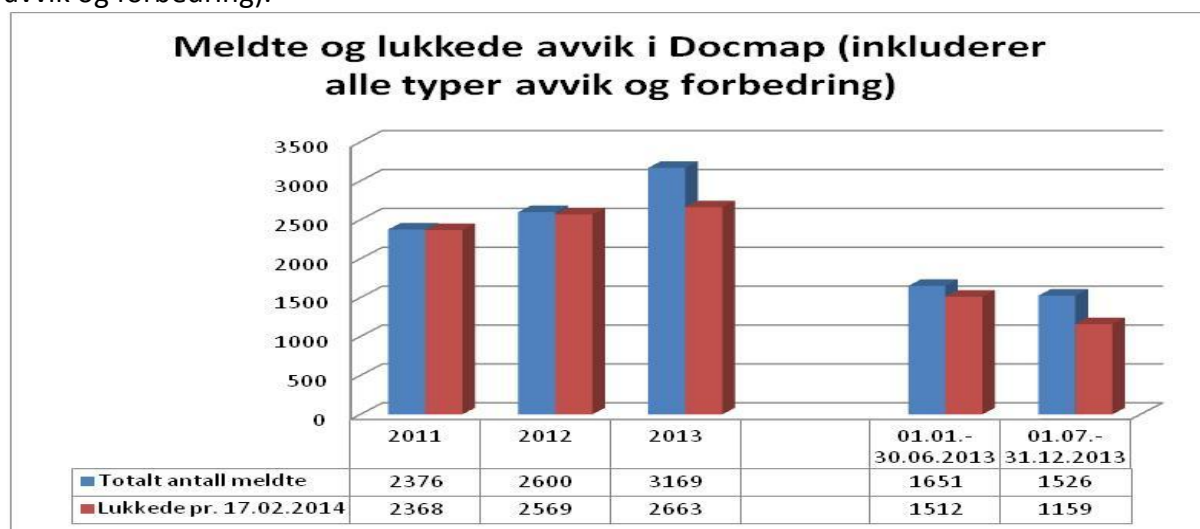
<sup>6</sup> Dette brukes som et surrogatmål på at nye prosedyrer er laget etter oppskriften for Kunnskapsbasert praksis (KBP)

<sup>7</sup> [Veileder til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 - meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten](#)

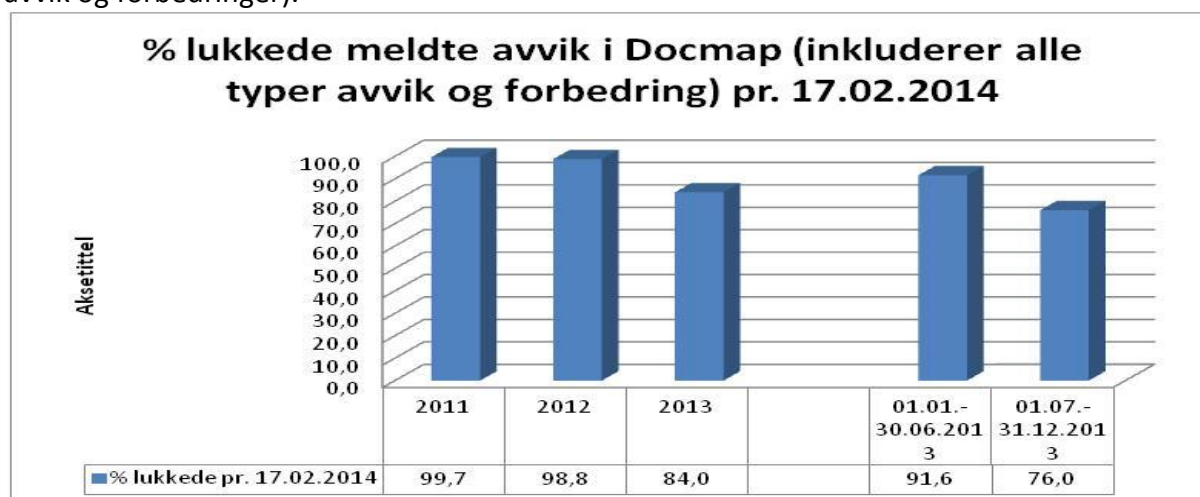


via det nye meldesystemet blir vurdert i foretakets to kvalitetsutvalg<sup>8</sup>, arbeidsutvalg og kvalitet/skadeutvalg. Kvalitet - /skadeutvalgenes viktigste rolle er å granske og se til at klinikken har iverksatt adekvate tiltak som reduserer risiko for at tilsvarende hendelser skjer på nytt. Kvalitetsutvalget behandler hver sak individuelt, men ser i tillegg på sammenhenger og trender på klinikknivå og på tvers i foretaket. Dersom vi ser på utviklingen av meldte og lukkede hendelser fra 2011 til 2013, ser vi en positiv utvikling ved at antall avviksmeldinger øker og at meldinger lukkes. Foretakets kvalitet - og pasientsikkerhetsstrategi har nedfelt betydningen av en god melde- og forbedringskultur.

**Figur 3-2.** Bruk av avvikssystemet: Meldte og lukkede avvik i Docmap (inkluderer alle typer avvik og forbedring).



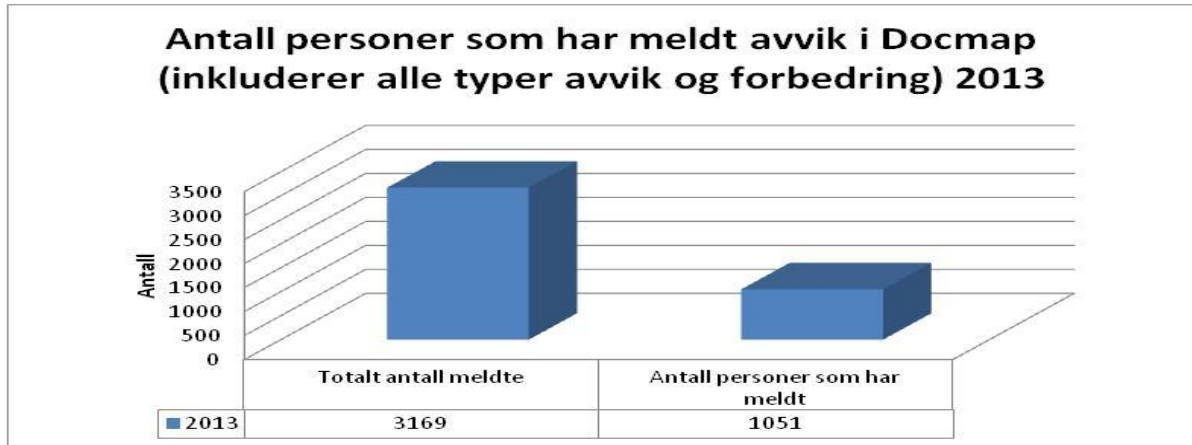
**Figur 3-3.** Bruk av avvikssystemet: Andel lukkede avvik (%) i Docmap (inkluderer alle typer avvik og forbedringer).



Figur 3-4 viser forholdet mellom meldte hendelser og antall personer som har meldt i 2013. Det er fortsatt et forbedringspotensial i å få flere ansatte til å melde hendelser. Melding etter § 3-3a viser likevel en kraftig økning i 2013 og hittil i år.

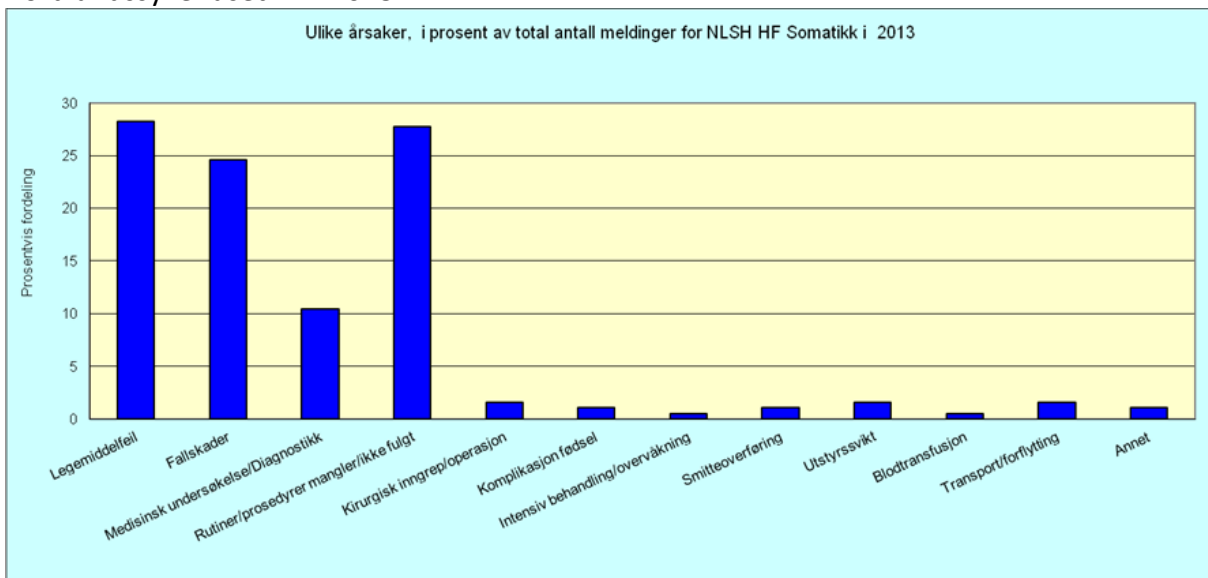
<sup>8</sup> Kvalitetsutvalgene for henholdsvis psykiatri og somatikk

**Figur 3-4.** Antall personer som har meldt avvik i Docmap 2013



I [styresak 5/14](#) ble pasienthendelsene meldt via § 3-3 meldinger presentert. Disse viser at årsakene til pasienthendelsene i somatikken har tre hovedkategorier: legemiddel, fallskader og rutiner/prosedyrer ikke fulgt/mangler (figur 3-5). Dette er andre typer hendelser enn det som finnes ved Global Trigger Tool analyse (kapittel 7), noe som viser viktigheten av å kartlegge pasienthendelser ved flere ulike metoder.

**Figur 3-5.** Pasienthendelser fordelt etter typer, i prosent av total antall meldinger for Nordlandssykehuset HF i 2013



### 3.3 Internkontroll og revisjoner

Helseforetaket har arbeidet systematisk og målrettet med å avvikle papirbaserte utgaver av rutiner, prosedyrer og avviksmeldinger, og stimulere til at Docmap brukes aktivt. Dette følges opp i foretakets kontinuerlige arbeid med internkontroll, blant annet gjennom interne revisjoner og Ledelsens gjennomgang. Det gjennomføres et økende antall internrevisjoner både på foretaksnivå (fra smittevern og fra KIP) og i klinikkene. Det er imidlertid grunn til å løfte frem Diagnostisk klinikk hvor arbeid med internrevisjoner i særlig grad er satt i system og hvor alvorlige avvik er avdekket og deretter tatt tak i.

## Vurdering – Docmap som kvalitetssystem (A)

Arbeidet med Docmap har gjennomgått flere faser og har vært og er omfattende. I den første tiden ble det prioritert å bygge gode og varige strukturer i kvalitetssystemet. Rapporten fra den eksterne revisjonen i 2012 bekrefter at strukturene i stor grad er på plass. Fokuset framover rettes mot å bygge en kultur hvor bruk av Docmap og avviksmeldinger som ledd i forbedringsarbeidet er en naturlig del av virksomheten for all medarbeidere. Økningen i antall meldte avvik tyder på at utviklingen går i riktig retning. For å lykkes med dette arbeidet, er forankring i linjeledelsen helt sentralt, i tillegg til at opplæring av medarbeiderne må prioriteres. Det arbeides blant annet aktivt med å få på plass en eLæringsløsning for Docmap.

## 4 Trygg kirurgi sjekklisten (B)

### 4.1 Innføringen og bruken av sjekklisten ved Nordlandssykehuset HF

Trygg kirurgi sjekklisten er utviklet av Verdens Helseorganisasjon (WHO) og dens betydelige effekt på sykelighet og død er vist gjennom flere studier.<sup>9,10,11</sup> Sjekklister er effektive pasientsikkerhetstiltak i mange kliniske situasjoner. I tillegg til å redusere sykelighet og død, øker sjekklister bruken av retningslinjer/prosedyrer og reduserer antallet pasientskader. Ingen studier har vist negative effekter av sjekklister.

Trygg Kirurgi sjekklisten ble innført i Operasjonssentralen, Bodø 1. november 2010. Innføringen ble startet i småskala med en og en seksjon, til alle hadde innført sjekklisten. For å gjennomføre arbeidet ble det opprettet en implementeringsgruppe bestående av fagutviklingssykepleierne på operasjon og anestesi, samt representanter for legegruppene. Blant sykepleierne ble introduksjonsfilmen til Trygg Kirurgi vist og sjekklista ble gjennomgått punkt for punkt i forkant av innføringen. Legene arbeidsgruppen fikk selv ansvar for å gi den samme opplæringen i legegruppen. Innføringen møtte motstand fra enkeltpersoner underveis, men i dag er de aller fleste har vært positive og ser på listen som et godt hjelpemiddel. Vi forventer at når et stort forskningsarbeid som dokumenterer effekten av sjekklisten også i norske helseforetak nå publiseres<sup>12</sup> vil den siste motstand mot Trygg Kirurgi sjekklisten forstumme.

Det arbeides kontinuerlig med forbedring av kvaliteten på rapporter om bruk av sjekklisten, etter at vi har oppdaget at DIPS rapportene som angir bruk av sjekklisten (D-9205 og D-10106) teller henholdsvis for mange operasjoner og for mange pasienter. Bestilling er levert til DIPS for endring av begge rapportene slik at statistikken vil gi et riktig bilde av bruken. Intern revisjon ved manuell telling har vist at begge DIPS rapporter gir for lav andel bruk av sjekkliste. Manuell telling ved sentraloperasjonen i Bodø viser en bruk av sjekklisten på 94 % (gjennomsnitt siste 20 uker t.o.m. uke 6-2014) av alle operasjoner (figur 4-1 – 4-7). Det

<sup>9</sup> [A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population](#)

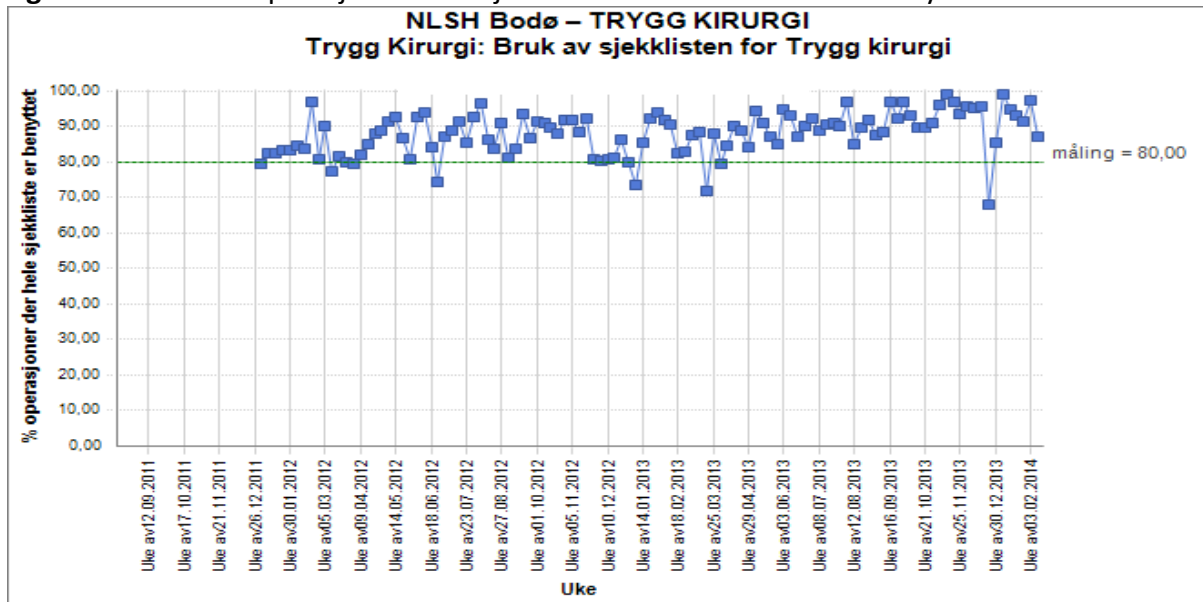
<sup>10</sup> [Systematic review and meta-analysis of the effect of the World Health Organization surgical safety checklist on postoperative complications](#)

<sup>11</sup> [Thomassen Ø. The effects of safety checklists in medicine: a systematic review.](#)

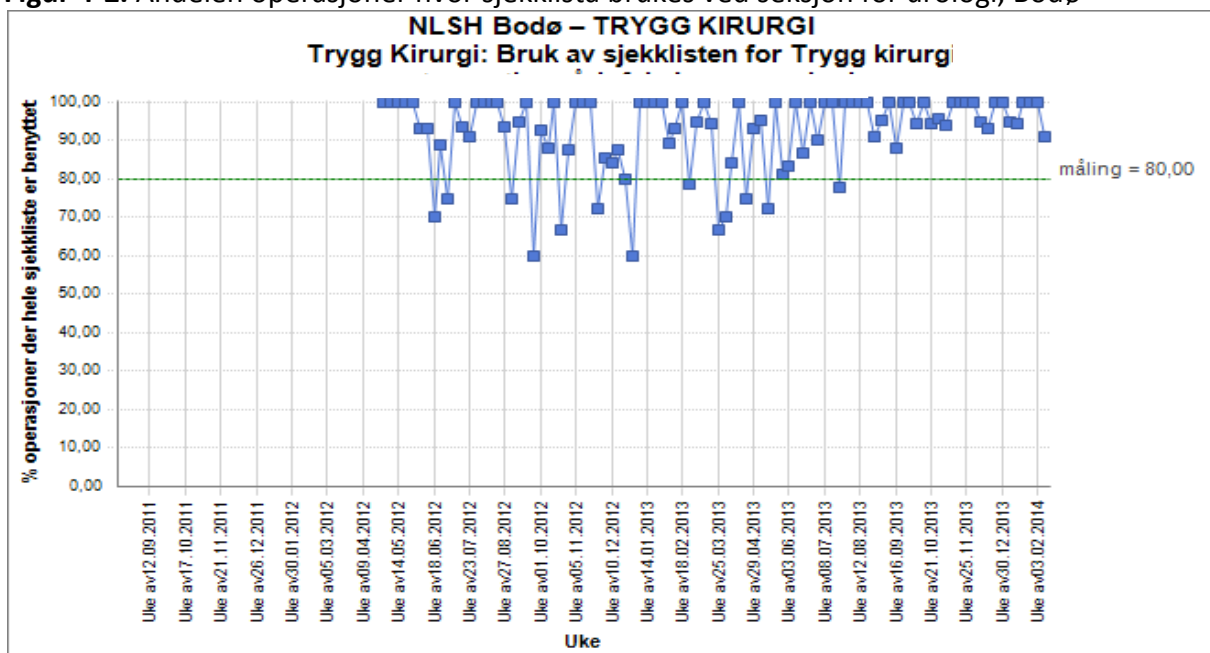
<sup>12</sup> Effect of the WHO Checklist on patient outcomes: A stepped wedge cluster RCT, Haugen et al. Annals of Surgery, in press.

arbeides nå med å kartlegge hvilke type operasjoner som utgjør de siste 6 % hvor sjekklisten ikke brukes. Det vi allerede vet er at ved hasteoperasjoner blir sjekklisten noen gang utelatt. Nedenfor dokumenteres bruken av sjekklister innen forskjellige fagområder i Bodø. Det er en noe større variasjon men likevel jevnt høy bruk både i Lofoten og Vesterålen.

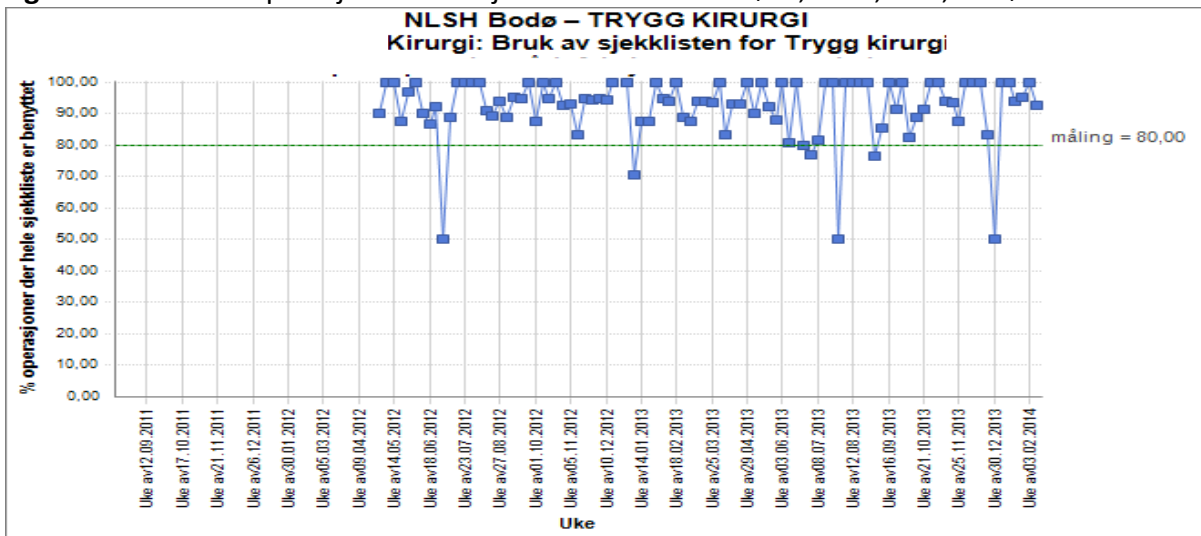
**Figur 4-1.** Andelen operasjoner hvor sjekklista er i bruk ved Nordlandssykehuset HF



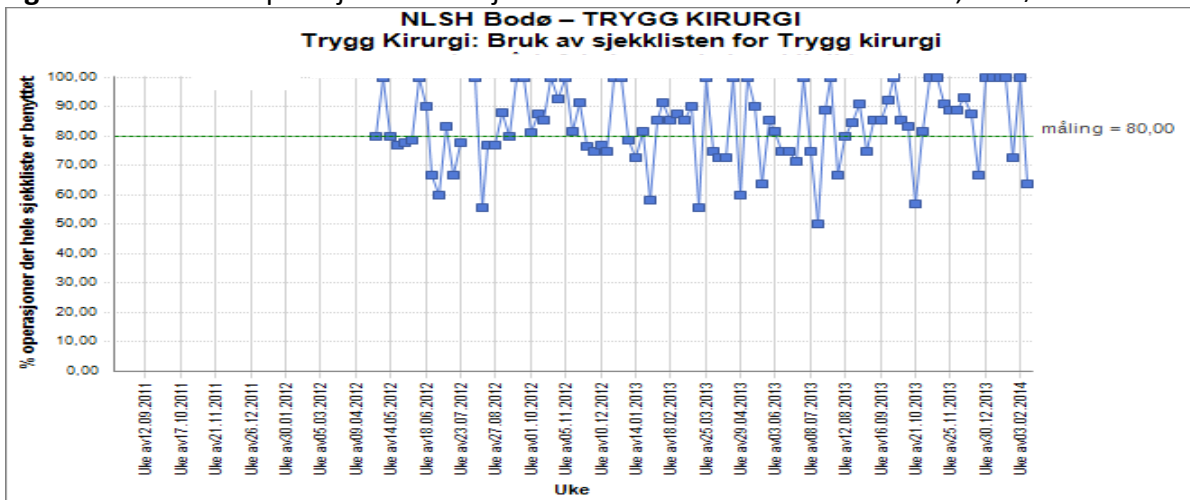
**Figur 4-2.** Andelen operasjoner hvor sjekklista brukes ved seksjon for urologi, Bodø



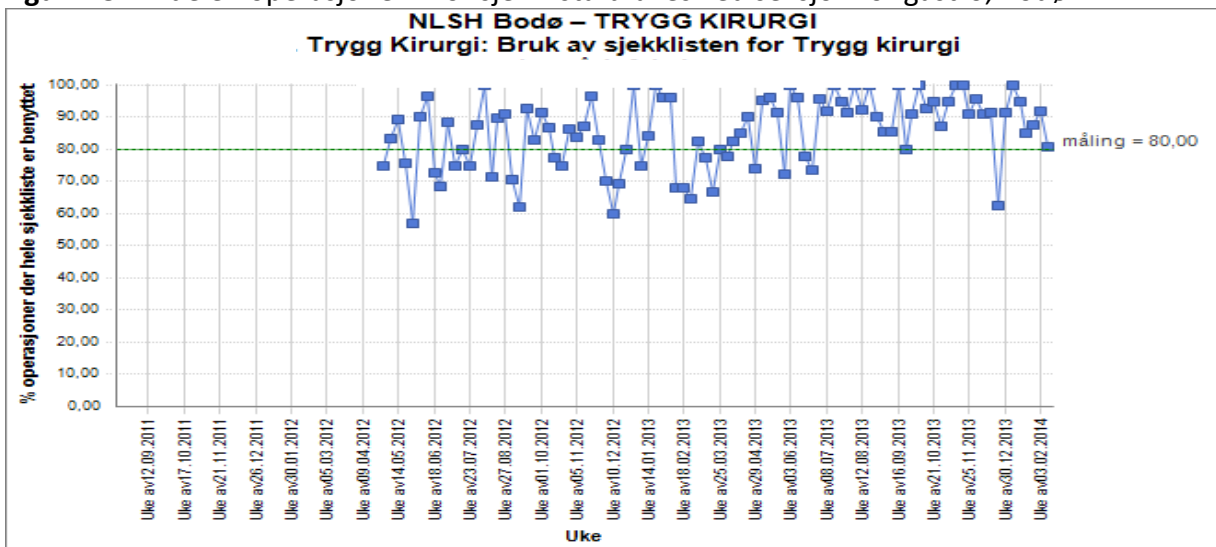
Figur 4-3. Andelen operasjoner hvor sjekklista brukes ved øre, nese, hals, Bodø



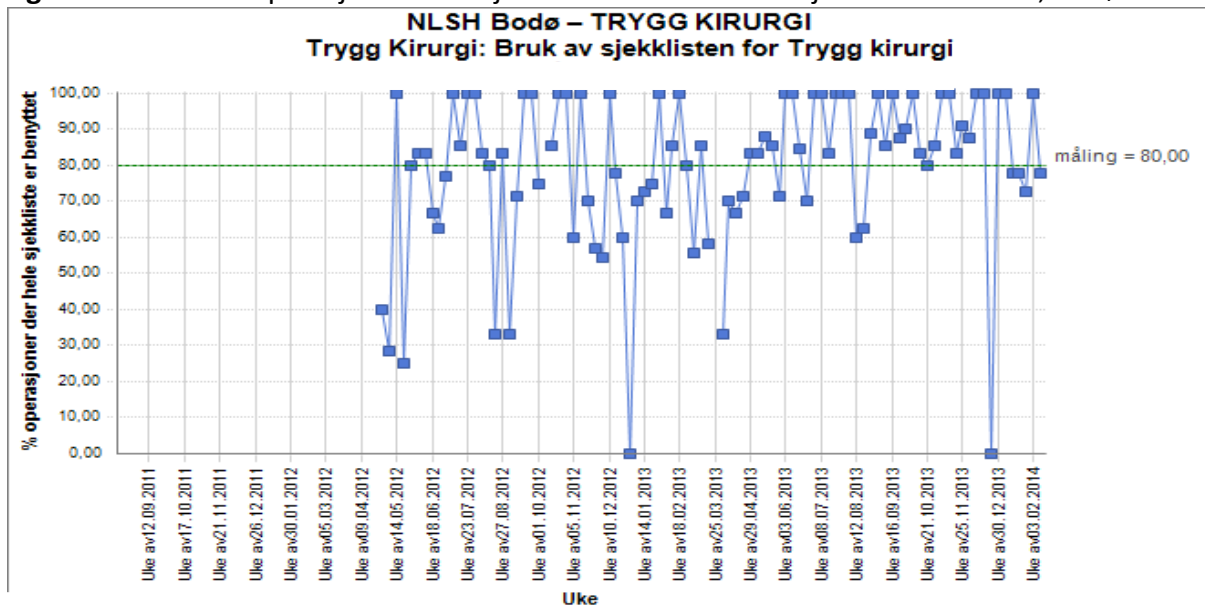
Figur 4-4. Andelen operasjoner hvor sjekklista brukes ved kvinneklinikken, Bodø



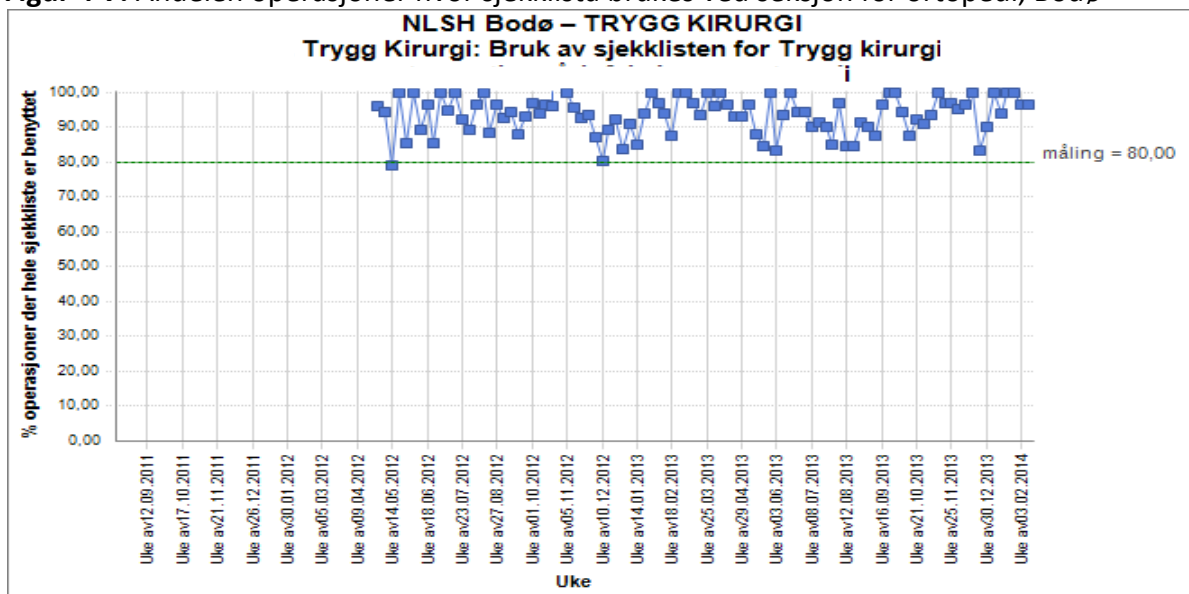
Figur 4-5. Andelen operasjoner hvor sjekklista brukes ved seksjon for gastro, Bodø



Figur 4-6. Andelen operasjoner hvor sjekklista brukes ved seksjon for kar thorax, Bodø



Figur 4-7. Andelen operasjoner hvor sjekklista brukes ved seksjon for ortopedi, Bodø



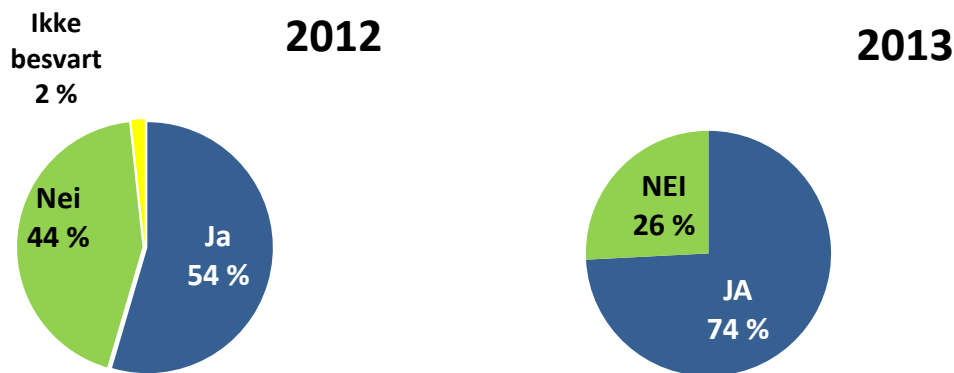
#### 4.2 Hvordan brukes sjekklisten?

Våren 2012 ble det gjort en revisjon av hvordan sjekklisten brukes. Begrunnelsen for å gjøre denne revisjonen var at i utviklingsprosjektet for sjekklisten<sup>13</sup> ble bruksmåten lagt stor vekt på og det ble antydnet at feilaktig bruk ville redusere effekten av sjekklisten. Revisjonen ble gjennomført ved Operasjonssentralen Bodø, Dagkirurgen Bodø, Operasjon Lofoten og Operasjon Vesterålen. Resultatene viste blant annet et forbedringspotensial i forhold til å legge ned annet arbeid og ha ro på stua mens lista ble gjennomgått. Etter revisjon i 2012 ble det gjennomført mindre endringer i sjekklisten etter forslag fra medarbeidere. Våren 2013 ble det gjennomført en ny revisjon av bruken av sjekklisten. Når man sammenligner

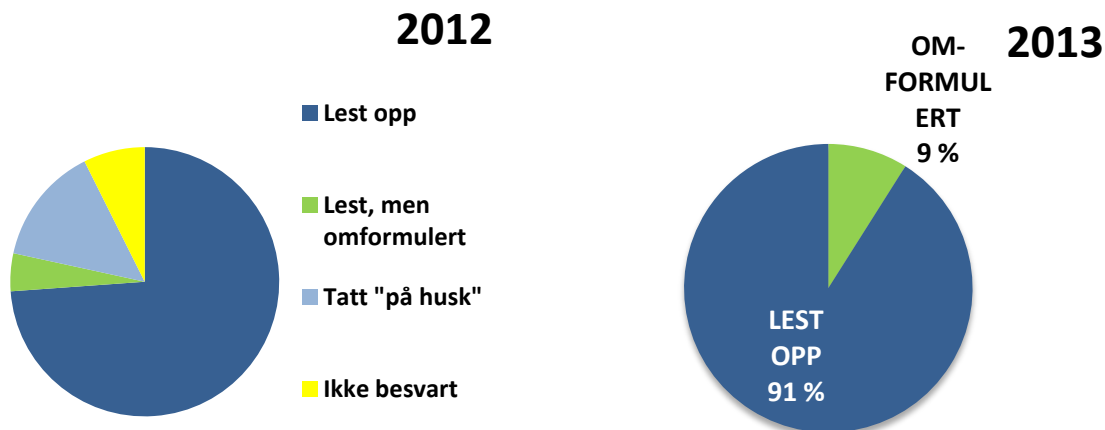
<sup>13</sup> [A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population](#)

resultatene fra revisjonene i 2012 og 2013 viser de at det fortsatt er en jobb å gjøre for å få sjekklisten godt integrert i alle enhetene. Det er fortsatt en tendens til at alt arbeid ikke legges ned ved gjennomgang av sjekklisten (figur 4-8). Det er sjelden spørsmålene blir omformulert (figur 4-9), og det stoppes opp hvis det er uavklarte spørsmål (figur 4-10). Det viser seg også at deler av listen av og til ikke gjennomføres, spesielt del tre. En mulig forklaring på dette er operatør forlater stuen før del tre gjennomgås, og da blir ikke sjekklisten registrert som gjennomført. Ved neste revisjon vil det bli sett nærmere på dette. Tallene viser for øvrig en positiv utvikling da sjekklisten brukes aktivt i alle operasjonsenhetene.

**Figur 4-8.** Sammenligning av revisjon i 2012 og 2013 på spørsmålet: "Legger teamet ned alt arbeid mens lista gjennomgås?". Samlet resultat for Nordlandssykehuset HF

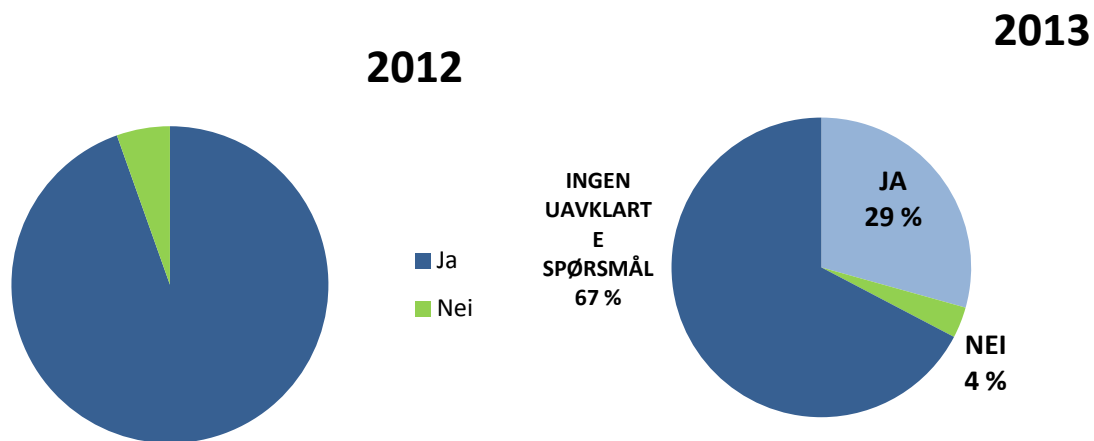


**Figur 4-9.** Blir sjekklista lest opp eller omformulert, med fare for feiltolkning av spørsmål?





**Figur 4-10.** Stopper man opp om et spørsmål er uavklart?



### Vurdering – Trygg Kirurgi sjekklisten (B)

Trygg kirurgi sjekklisten er innført i hele organisasjonen og brukes i dag i 94 % av alle operative inngrep. Målet er en jevn bruk av sjekklista i mer enn 95 % av alle operative inngrep. Internrevisjon av bruken viser en positiv utvikling fra 2012 til 2013, og sjekklista brukes nå aktivt i alle operasjonsenhetene. Pasientskadetall fra Global Trigger Tool metoden i samme tidsrom viser en reell nedgang i pasientskader ved Kirurgisk – ortopedisk klinikk. Ingen andre tiltak er iverksatt i samme periode. Fokuset framover blir å få alle aktører i operasjonsstuen til å vie gjennomgangen av sjekklisten full oppmerksomhet og få gjennomgått alle deler av sjekklisten før operatør forlater stuen. Det er fortsatt en jobb å gjøre for å få brukt sjekklisten i operasjoner som haster eller er akutte.

## 5 Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen blant ansatte (C)

### 5.1 Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen i 2011

I begynnelsen av 2011 ble det gjennomført en pasientsikkerhetskulturundersøkelse blant de medarbeiderne i Nordlandssykehuset basert på spørreskjemaet *Safety Attitudes Questionnaire*<sup>14</sup>. Bakgrunnen for undersøkelsen blant de ansatte, var at man etter den såkalte kreftkirurgisaken ønsket å avdekke eventuelle kontraster i holdning til pasientsikkerhet i organisasjonen som kunne påvirke den overordnede satsningen på pasientsikkerhet og kvalitet. Spørreskjemaet ble sendt ut som Questback via e-post og ca 50 % av ansatte og ledere gjennomførte undersøkelsen. Spørreskjemaet er bygd opp med graderte spørsmål (1 er dårligst til 5 er best) innenfor temaene sikkerhetsklima, arbeidsmiljø og ledelse. Undersøkelsen er laget for å analysere dataene på enhets- og avdelingsnivå for å finne større forskjeller i score og mer spesifikke forbedringsområder. Dette var ikke mulig i undersøkelsen fra 2011 da spesifikt arbeidssted var for upresist definert. Resultatene ble derfor analysert på foretaks- og klinikknivå

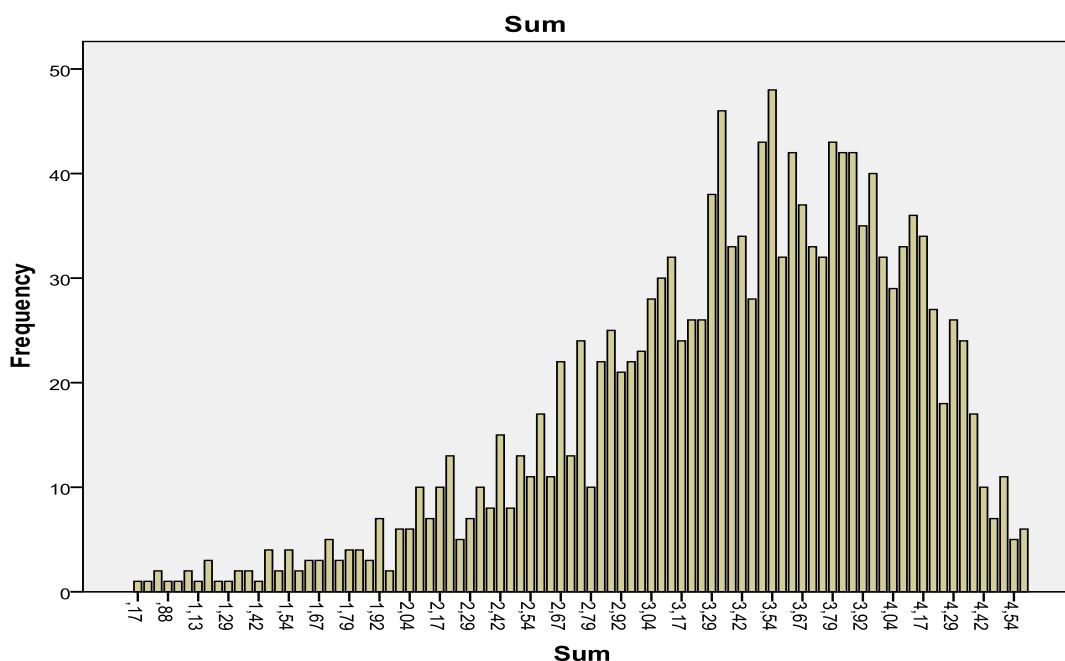
<sup>14</sup> [Safety Attitudes Questionnaire \(SAQ\)](#)

Resultatene for et samlet foretak avdekket en totalscore på 4.25 for alle spørsmålene blant ansatte med direkte pasientkontakt. Når alle ansatte ble inkludert falt totalscoren til 3.38 (figur 5-1). Analysen av enkeltspørsmål viste at det var fire spørsmål som skilte seg negativt ut med en score < 3.50:

- Spørsmål 25: Ledelsen her i enheten behandler problemmedarbeidere konstruktivt.
- Spørsmål 27: Bemanningsnivået her er tilstrekkelig til at vi kan ta oss av det antall pasienter vi har.
- Spørsmål 28: Dette sykehuset gjør en god jobb med å lære opp nyansatte.
- Spørsmål 31: Kommunikasjonssvikt som fører til forsinkelser i pasientbehandlingen er vanlig.

De klinikkvise resultatene var relativt homogene, men en klinikk skilte seg negativt ut; Prehospital klinikk. I denne klinikken var total score signifikant lavere enn for de andre syv, og svarene til klinikkens ansatte var oftere i de laveste skårene.

**Figur 5-1.** De samlede holdningene til pasientsikkerhetsarbeidet (total skåre).



## 5.2 Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen 2014

Det skal i 2014 gjennomføres en ny kulturundersøkelse blant medarbeidere i regi av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet<sup>15</sup>. Målet med denne undersøkelsen er å finne ut:

- i hvor stor grad behandlingsenhetene prioriterer pasientsikkerhetsarbeid
- i hvilken grad tiltakene som er gjennomført etter forrige undersøkelse har hatt effekt
- hvor vi fortsatt har en jobb å gjøre

Undersøkelsen vil bli gjennomført i perioden 17. mars til 11. april i Helse Nord, og resultatene vil foreligge i løpet av høsten 2014.

<sup>15</sup> [Nasjonal plan for gjennomføring av pasientsikkerhetskulturundersøkelse](#)

## Vurdering – Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen (C)

Kulturundersøkelsen blant de ansatte i 2011 avdekket at holdningen til pasientsikkerhet var god for Nordlandssykehuset HF sett under et. Prehospital klinikk skilte seg imidlertid negativt ut. I denne klinikken har det gjennom år vært arbeidet med stabilisering av arbeidsmiljø og faglighet – et arbeidsom begyner å gi resultater. Når det gjelder de øvrige områdene som utpekte seg med forbedringspotensial er disse tatt med Kvalitets – og pasientsikkerhetsstrategien under "Forskning og utdanning - Kunnskap som bygges og spres til andre gir næring til forbedring for oss alle" og "Våre ansatte – vår viktigste ressurs".<sup>16</sup> Gjennom arbeidet med strategien forventes en forbedring av disse områdene. Det vil våren 2014 gjennomføres en tilsvarende nasjonal pasientsikkerhetskulturundersøkelse som Nordlandssykehuset skal delta i.

## 6 Analyse av dødsfall i sykehus (D)

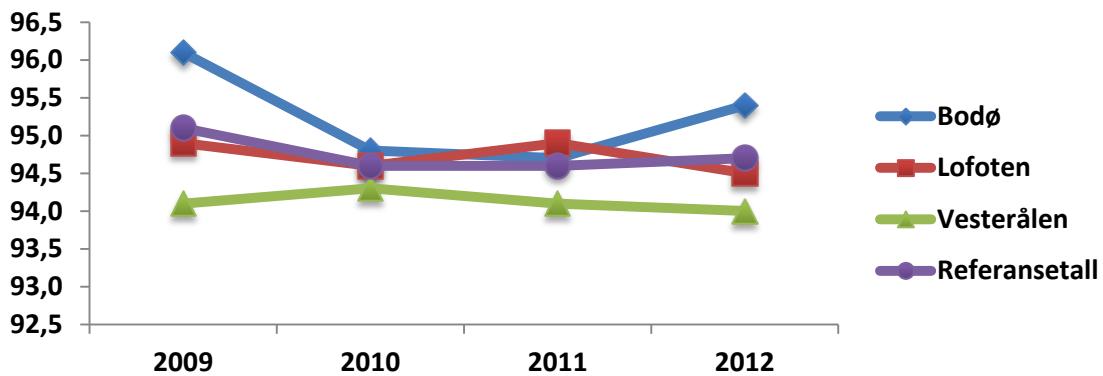
### 6.1 Standardisert sykehusmortalitetsrate (HSMR)

Denne metoden sammenligner faktisk antall dødsfall på et sykehus med det nasjonale gjennomsnittet (referansetall) justert for flere faktorer som kan påvirke sykehusoverlevelse som alder, kjønn, diagnose og tilstand ved innleggelse. Det primære formålet med denne typen indikator er å identifisere områder for forbedring og følge effekten av forbedringstiltak. Resultatene viser sannsynligheten for overlevelse 30 dager etter at et sykehusforløp startet. For hver institusjon er det beregnet avvik i forhold til gjennomsnittet for sykehusene. Dersom et sykehus har lav overlevelseshastighet, kan det ikke sies med sikkerhet at dette skyldes svikt i behandling eller omsorg. Forskjellene kan avhenge av flere faktorer, ikke bare kvaliteten på den medisinske behandlingen. Slike faktorer kan for eksempel være organisatoriske forhold, kodepraksis og datakvalitet. Siden beregningene er kompliserte og bygger på til dels usikre og inkomplette variabler, er HSMR variabelen kontroversiell blant mange kompetente meningsbærere og forskere. Noen sykehus behandler de sykeste pasientene, f.eks. pasienter med de største hjerteinfarktene, fordi disse sykehusene har et særskilt medisinsk tilbud og avansert utstyr. Disse sykehusene skiller ikke fra sykehus som har en lokalsykehusfunksjon og som tar i mot pasienter med mindre alvorlige infarkter. Per i dag har man ikke gode nok innsamlede data for å ta hensyn til eventuell funksjonsfordeling når sykehusene sammenliknes. Disse usikkerhetene gjør at man ikke sikkert kan si om kvaliteten ved et sykehus virkelig avviker fra andre sykehus på basis av HSMR tall. Overlevelsestallene for Nordlandssykehuset og nasjonalt gjennomsnitt (referansetall) presenteres i figur 6-1 - 6-4.<sup>17</sup>

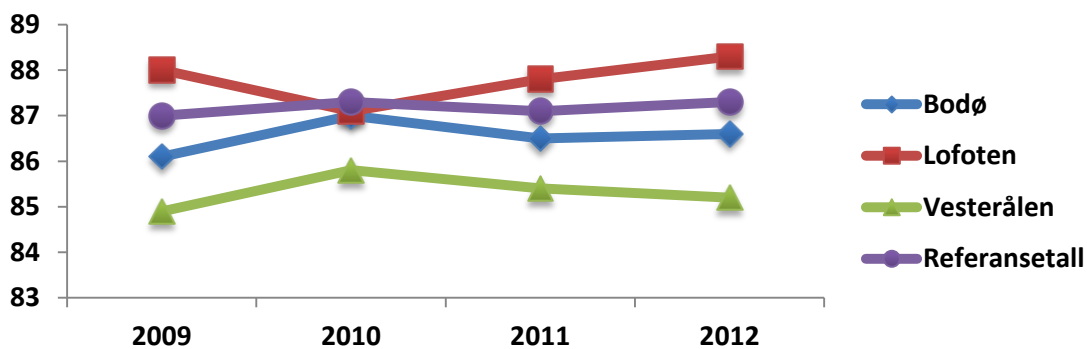
<sup>16</sup> [NLSH styresak 41/13:Strategisk plan for kvalitet og pasientsikkerhet 2013-17](#)

<sup>17</sup> [Overlevelse og reinnleggelser ved norske sykehus for 2012](#)

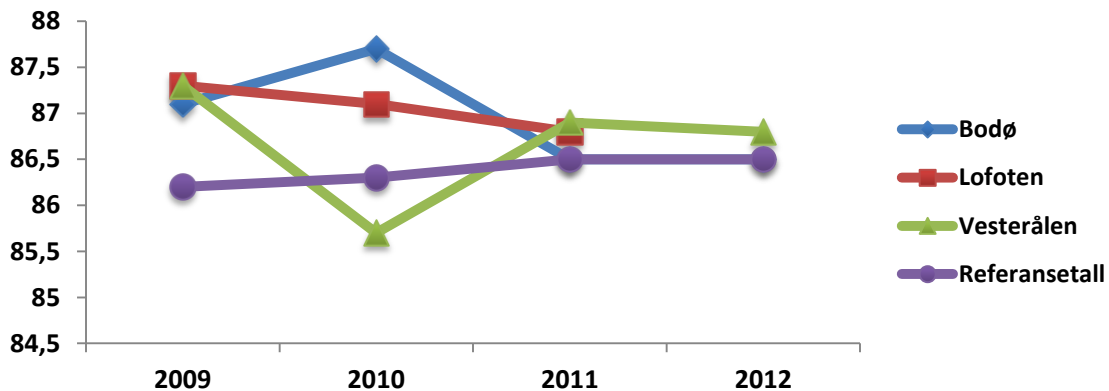
Figur 6-1. Totaloverlevelse (uansett innleggelsesårsak) 2009-2012 Nordlandssykehuset HF



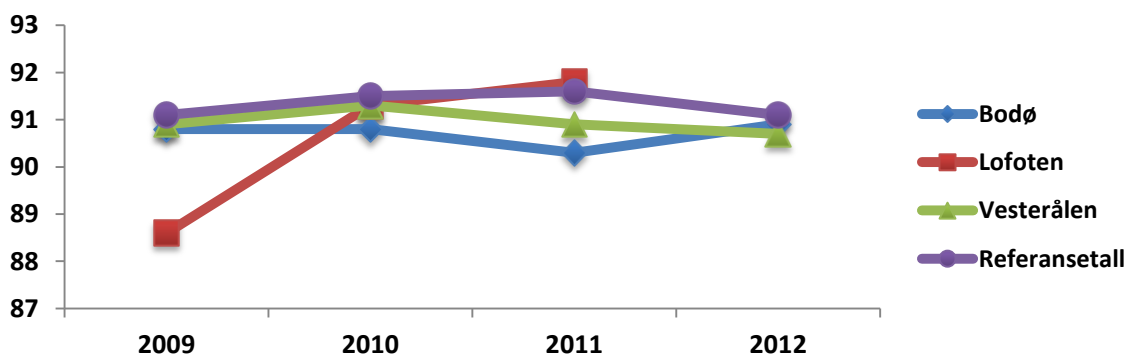
Figur 6-2. Overlevelse for diagnosen hjerteinfarkt 2009-2012, Nordlandssykehuset HF



Figur 6-3. Overlevelse for diagnosen hjerneslag 2009-2012, Nordlandssykehuset HF



Figur 6-4. Overlevelse for diagnosen hoftebrudd 2009-2012, Nordlandssykehuset HF



## 6.2 50 siste dødsfall/ 3 x 2 matrix tool

50 siste dødsfall innebærer en strukturert journalgjennomgang ved sykehuset for å avdekke uønskede hendelser i forbindelse med dødsfall. Det er også ett verktøy for å finne faktorer som kan forårsake død, og en guide for å planlegge forbedringsområder med formål å redusere dødeligheten i foretaket.<sup>1819</sup>

**Tabell 6-5.** Fordelingen av dødsfall etter metoden 3 x 2 matrix tool

	Intensiv Avdeling	Overvåknings Avdeling	Sengepost
Lindrende behandling	1a	1b	2
Ikke lindrende behandling	3a	3b	4

**Boks 1a og b:** Pasienten ble lagt in på intensiv/overvåkning for lindrende behandling

**Boks 2:** Pasienten ble lagt inn på en vanlig sengepost for lindrende behandling

**Boks 3a og b:** Pasienten ble lagt inn på intensiv/overvåkning for aktiv behandling

**Boks 4:** Pasienten ble lagt inn på en vanlig sengepost for aktiv behandling

**Tabell 6-6.** Potensielle forbedringsområder i de like gruppene

	Intensiv Avdeling	Overvåknings avdeling	Sengepost
Lindrende behandling	Overforbruk av intensivsenger?	Hvordan brukes overvåkningssenger?	Utfordringer ved planlegging av terminal pleie?
Ikke lindrende behandling	Behov for innføring av forbedrings teknikker?	Behov for innføring av forbedringsteknikker?	Systemproblemer knyttet til risikovurdering, innleggelse og kvalitet på omsorg?

### 2010 analysen

I 2010 metoden 50 – siste dødsfall brukt til å gjennomgå 50 dødsfall i helseforetaket fra 1. oktober og bakover i tid. Utvalget besto av 27 kvinner (54 %), pasientenes gjennomsnittsalder var 79 år (median = 82 år) og gjennomsnittlig liggetid var 9 døgn (median

<sup>18</sup> [Move Your Dot - Measuring, Evaluating and Reducing Hospital Mortality Rates - IHI, USA](#)

<sup>19</sup> [Verktøyet 3 x 2 matrix tool - NHS, UK](#)

= 6 døgn). I gruppe 4 var gjennomsnittsalderen 82 år. Alle pasientene ble innlagt som øyeblikkelig hjelp.

**Tabell 6-7.** Fordelingen av dødsfall i de ulike gruppene i 2010 ved Nordlandssykehuset HF

	Intensiv avdeling	Overvåknings avdeling	Sengepost
<b>Lindrende behandling</b>	0	0	6 (12 %)
<b>Ikke lindrende behandling</b>	13 (26 %)	6 (12 %)	25 (50 %)

Analysen i 2010 avdekket at terminale pasienter ikke legges inn unødvendig for å dø på sykehus. Hos 6/25 (12 %) pasienter i kategori 4 ble det anmerket visse observasjoner rundt dødsfallet og dødsfallene var uventet. For halvparten ser det ut til at det var mangelfull klinisk observasjon før dødsfallet. For to pasienter kan planleggingsfeil de første 48 timene har medvirket til døden. En av pasientene ble overført til intensiv behandling i løpet av oppholdet og ytterligere to pasienter burde blitt overført. To av pasientene opplevde pasientskader i tilknytning til dødsfallet og i en pasientjournal finnes det ingen legedokumentasjon for oppholdet.

### 2013 analysen

Seksjon for pasientsikkerhet er i gang med en ny analyse av 50 siste dødsfall i foretaket fra 1. oktober 2013 og bakover i tid. Analysen er ikke ferdigstilt, men en foreløpig oversikt viser en tilnærmet lik fordeling av dødsfallene i de ulike gruppene.

**Tabell 6-8.** Fordelingen av dødsfall i de ulike gruppene i 2013 ved Nordlandssykehuset HF

	Intensiv avdeling	Overvåknings Avdeling	Sengepost
<b>Lindrende behandling</b>	1	1	8 (16 %)
<b>Ikke lindrende behandling</b>	12 (24 %)	5 (10 %)	23 (46 %)

### Vurdering – Analyse av dødsfall i sykehus (D)

I forsøk på å beskrive kvaliteten på behandlingen i helsetjenesten er det utviklet mange kvalitetsindikatorer. Overlevelses- eller dødelighetsrater etter innleggelse i sykehus er noen av disse indikatorene. For enkelt diagnoser kan dødelighetsmålinger være nyttige i de tilfeller der foretakets måling ligger vesentlig lavere enn et landsgjennomsnitt eller et gjennomsnitt

for sykehus med antatt likt pasientgrunnlag. I slike tilfeller vil det være aktuelt å gjennomgå egen virksomhet i detalj for å lete etter årsaker til økt dødelighet. For hoftebrudd og hjerneslag ligger NLSH HF sine sykehus så vidt likt med referansetall at det ikke gir grunn til bekymring eller særskilt gjennomgang. For hjerteinfarkt ligger Stokmarknes tydelig lavere enn referansetall. Dette vil bli undersøkt nærmere. For hjerteinfarkt kan slike forskjeller fremkomme ved mindre sykehus hvor man for eksempel henviser akutte hjerteinfarkt til sykehus med mer avansert behandling. Høyere dødelighet fremkommer deretter fordi lokalsykehuset beholder en pasientpopulasjon hvor flere pasienter er i en gruppe som det ikke er mulig å gjøre noe mer for. Totaloverlevelse er et meget sammensatt mål. Sykehuset i Bodø har landets høyeste totaloverlevelse. Stokmarknes har i flere år ligget noe under referansetall og Lofoten omtrent på gjennomsnittet. Dette er naturligvis meget gledelig for Bodøs vedkommende. Om deler av forklaringen på dette spesielt gode resultatet for våre pasienter er foretakets stasning på kvalitet og pasientsikkerhet er ikke mulig å si med sikkerhet. Vi vil følge dette målet med stor oppmerksomhet i årene som kommer.

Analyse av 50 siste dødsfall er en av flere metoder for å analysere dødsfall i et helseforetak. Metoden kan fortelle gi indikasjoner på samhandlingsutfordringer, kommunikasjonssvikt og svikt i klinisk vurdering. I tillegg vurderer analysen også pasientskader som kan ha indirekte eller direkte sammenheng med dødsfallet. Utfordringene med denne metoden er at analysen skjer på individnivå, noe som stiller krav til de som gjennomfører analysen. Selv om det foreligger bevis for systematisk svikt i praksis trenger dette ikke å være et uttrykk for at man kan generalisere. Det er likevel viktig å monitorere den pasientpopulasjonen som dør i sykehus for å kunne finne mulige forbedringsområder og avdekke uheldige/negative mønstre i samhandling og kommunikasjon. Siden Stokmarknes skiller seg fra Bodø og Lofoten når det gjelder totaloverlevelse, er det ønskelig å bruke metoden 50 siste dødsfall for å vurdere om dødsfallene ved Stokmarknes skiller ut på noen måte, og om det finnes faktorer som kan være aktuelle forbedringsmål.

## 7 Kartlegging av pasientskader ved Global Trigger Tool analyse (E)

### 7.1 Resultater fra Global Trigger Tool analysen

#### Bakgrunn for analysen og organisering i Nordlandssykehuset

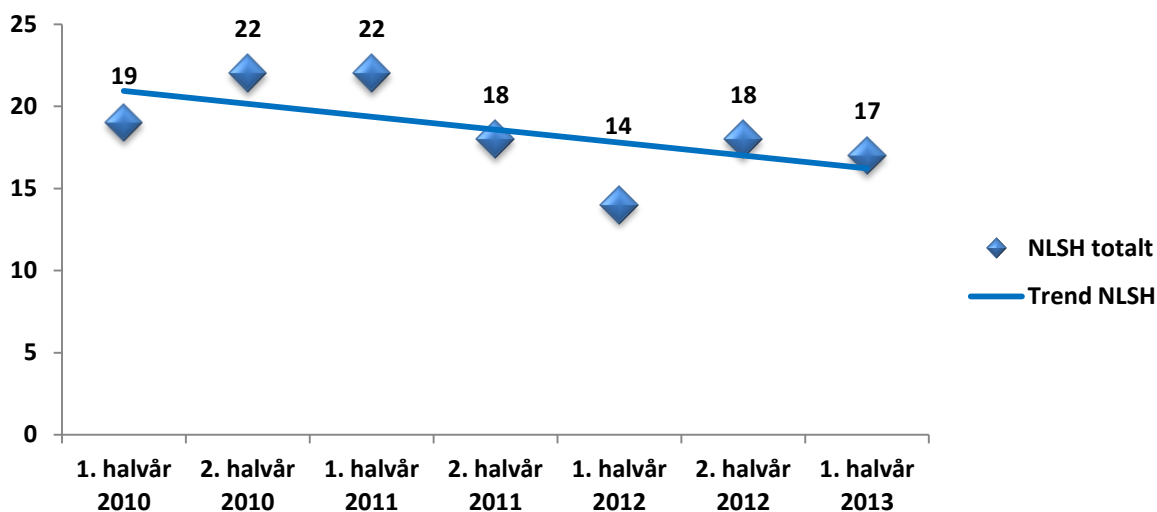
Fra 2010 har Nordlandssykehuset kartlagt pasientskader gjennom metoden Global Trigger Tool (GTT)<sup>20</sup>. Definisjonen av en pasientskade i GTT er: *"utilsiktet fysisk skade som har oppstått som et resultat av medisinsk behandling eller som behandlingen har bidratt til, som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang."* Metoden baserer seg på å finne forhåndsdefinerte triggere (indikatorer) i pasientjournalen og vurdere om disse er uttrykk for pasientskader. Metoden inkluderer ikke barn < 18 år og psykiatriske pasienter. Hvert år analyseres 1680 innleggelser som tilsvarer ca 7 % av totalt antall innleggelser. Første året ble analysen gjennomført av et team bestående av 2 leger og 1 sykepleier. Videre er analysen utført av syv team (bestående av to sykepleiere og en lege); et i Lofoten, et i Vesterålen og fem i Bodø. Alle tre lokalisasjonene og fire av

<sup>20</sup> [IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events - IHI, USA](#)



klivkikkene får dermed presentert egne data, som legges fram to ganger per år. Resultatene etter 3, 5 års kartlegging viser en signifikant nedgang i antall pasientskader per 1000 innleggjelser og i andelen innleggjelser med minst en pasientskade (figur 7-1) for et samlet foretak.

**Figur 7-1.** Andelen innleggjelser med minst en pasientskade i perioden januar 2010- juli 2013 for Nordlandssykehuset HF.



### Typar pasientskader og alvorlighetsgrad

De hyppigste pasientskadene er sykehuspåførte infeksjoner, komplikasjoner til kirurgi (inkludert blødninger) og legemiddelassosierte pasientskader (figur 7-2).

Når det gjelder alvorlighetsgrad er 94 % av pasientskadene mindre alvorlige, mens 1 % av pasientskadene har dødelig utgang (figur 7-3). Når tallene oppjusteres i forhold til antall heldøgnsopphold i somatikken, utgjør kategorien dødsfall mellom 60-70 pasienter/år (figur 7-4), hvorav ca halvparten kan forebygges (vist i internasjonale studier).<sup>21</sup> Disse tallene har vært stabile gjennom 3,5 år. Sammenlignet med sammenstillingen av de nasjonale resultatene<sup>22</sup>, ligger NLSH høyere i andel innleggjelser med minst en pasientskade (16 % mot 14 %). Vi har også en høyere andel pasienter i kategori I (1 % mot 0,66 %, data fra 2010)<sup>23</sup> Dette tror vi først og fremst er et uttrykk for at undersøkelsen gjøres grundigere ved NLSH og at teamene har fått solid erfaring med metoden. Når det gjelder kategori I – dødelig utgang, viser internasjonale studier at 4-5 % av dødsfallene faller innenfor denne kategorien.<sup>24</sup> Det vil si at Nordlandssykehuset har en betydelig andel mindre dødsfall hvor en pasientskade har bidratt (indirekte eller direkte) til dødsfallet.

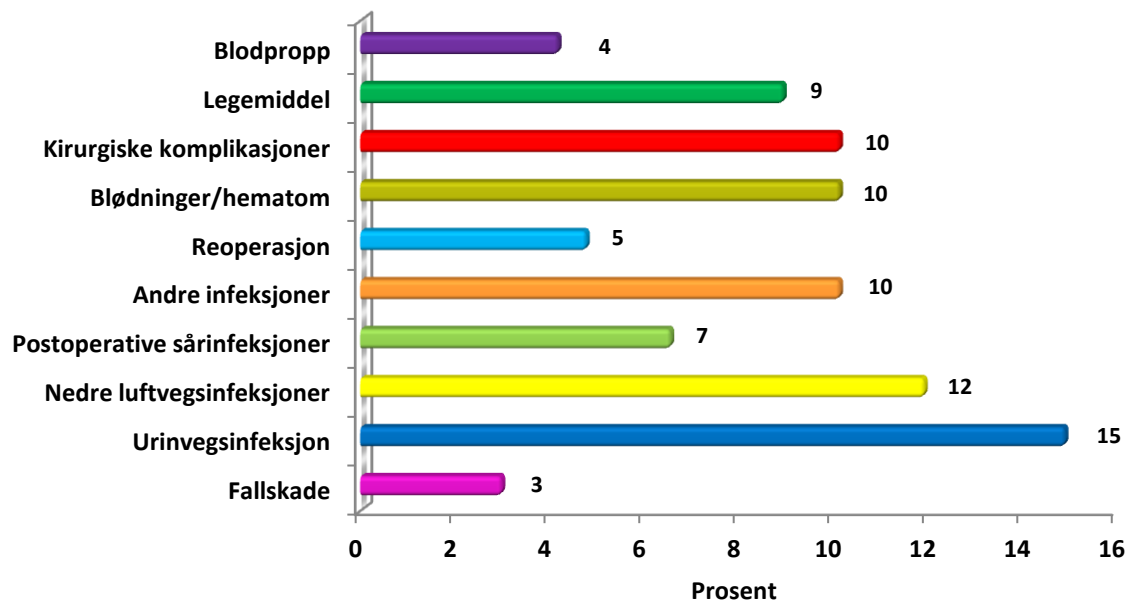
<sup>21</sup> [Levinson DR. Adverse events in hospitals: National incidence among medicare beneficiaries. Washington DC: Department of Health and Human Services, Office of Inspector General, 2010.](#)

<sup>22</sup> [Rapport for Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool i Norge 2012](#)

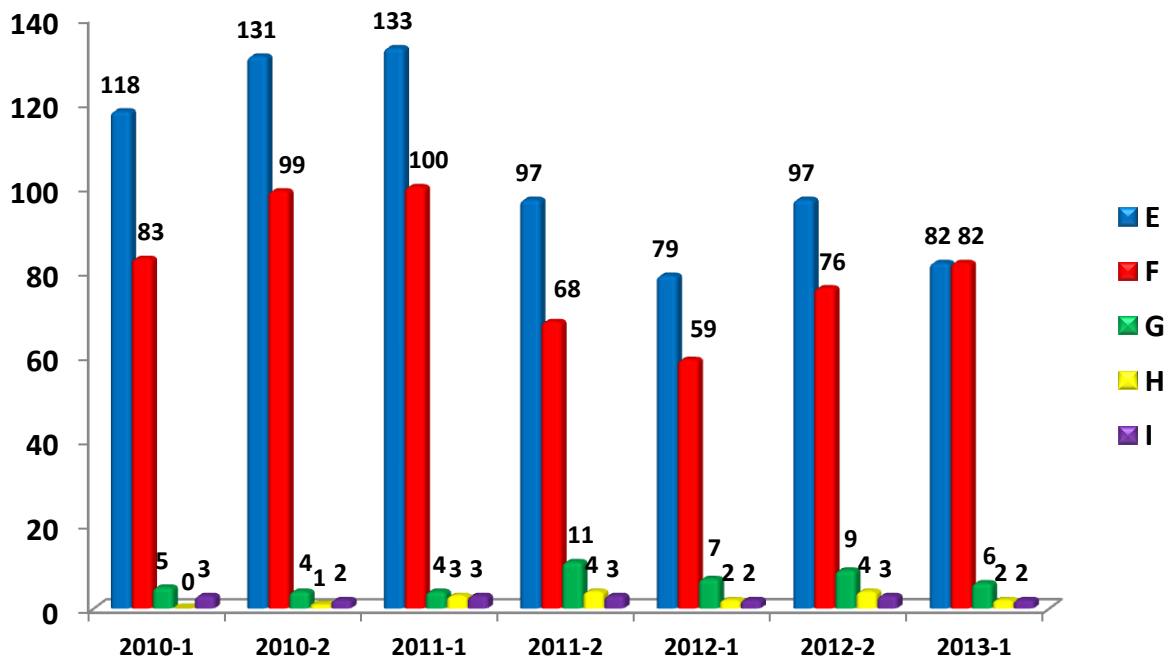
<sup>23</sup> [Rapport for Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool 2010](#)

<sup>24</sup> [Levinson DR. Adverse events in hospitals: National incidence among medicare beneficiaries. Washington DC: Department of Health and Human Services, Office of Inspector General, 2010.](#)

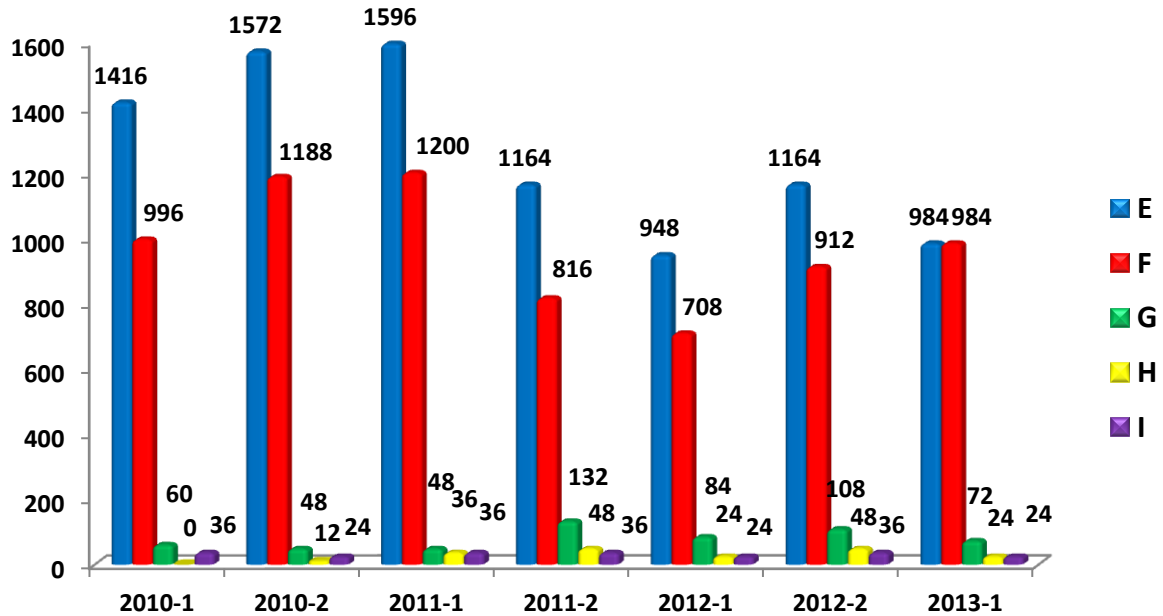
**Figur 7-2.** Pasientskader fordelt etter kategori (prosent) for Nordlandssykehuset HF



**Figur 7-3.** Pasientskader funnet ved GTT analyse fordelt etter alvorlighetsgrad E-I i perioden 2010-13, absolutte tall for Nordlandssykehuset HF.



**Figur 7-4.** Ekstrapolerte GTT data til beregnede tall for all pasientbehandling i Nordlandssykehuset, fordelt etter alvorlighetsgrad per halvår fra 2010-1 til 2013-1.\*



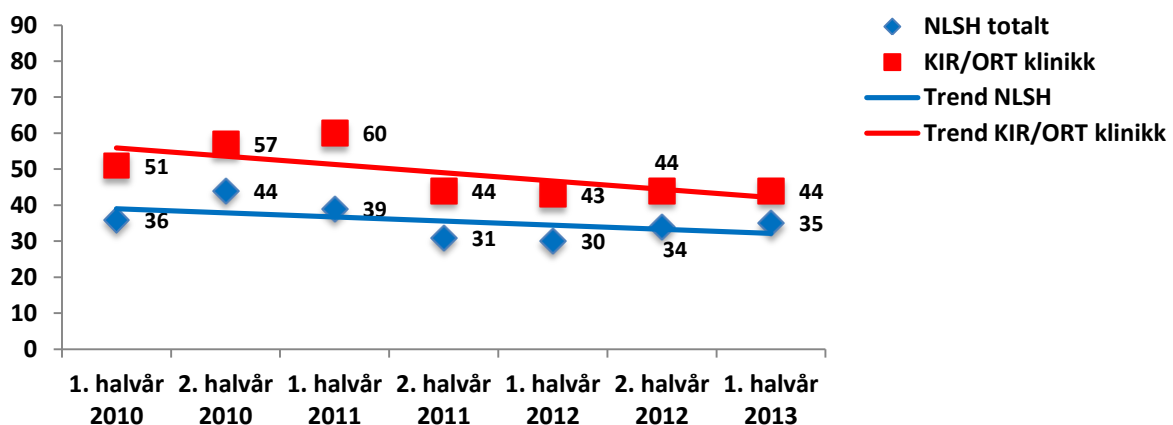
\* Tallene er beregnet ut fra antall heldøgnsopphold 2013 i Nordlandssykehuset HF, somatikk.

I 2014 arbeides det med å innføre tiltak i forbindelse med innsatsområdene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender 24-7". 1 – 3 år etter at disse tiltakene er innført forventes de å ha effekt på GTT tallene i form av en reduksjon av pasientskader innefor de områdene tiltakene er virksomme på.

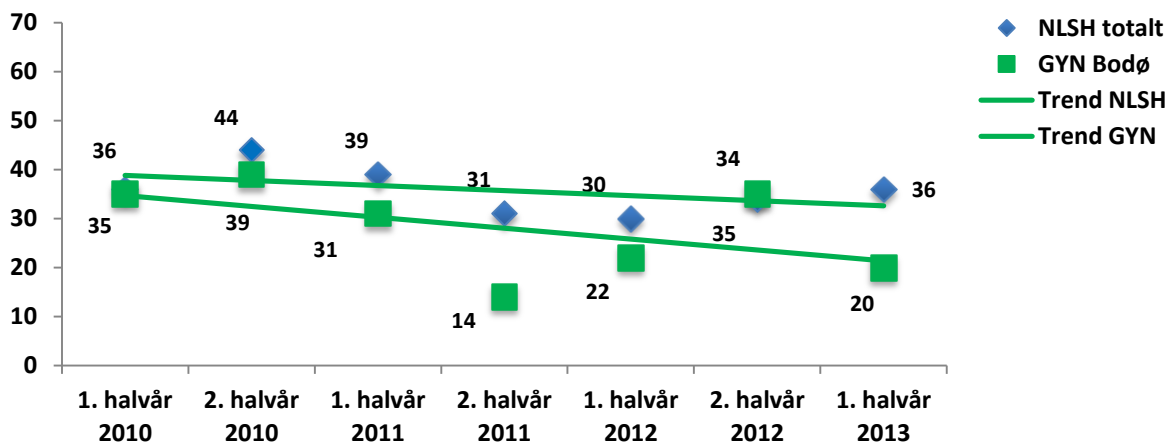
### Klinikkvise resultater

De klinikkvise resultatene viser at Kirurgisk-ortopedisk klinikk har en nedgang i antall pasientskader gjennom 3.5 år (figur 7-5). Det samme har Gynekologi, Bodø (figur 7-6). For Hode- og bevegelsesklinikken er trenden for pasientskader stabil (figur 7-7.), mens trenden for Medisinsk klinikk viser en negativ utvikling (figur 7-8).

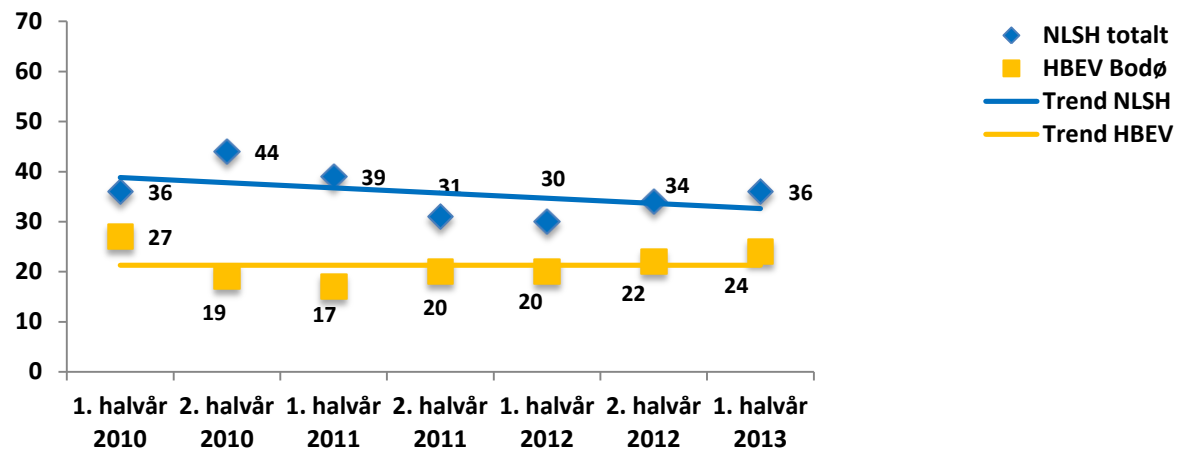
**Figur 7-5.** Trend i antall pasientskader per 1000 liggedøgn KIR/ORT klinikk.



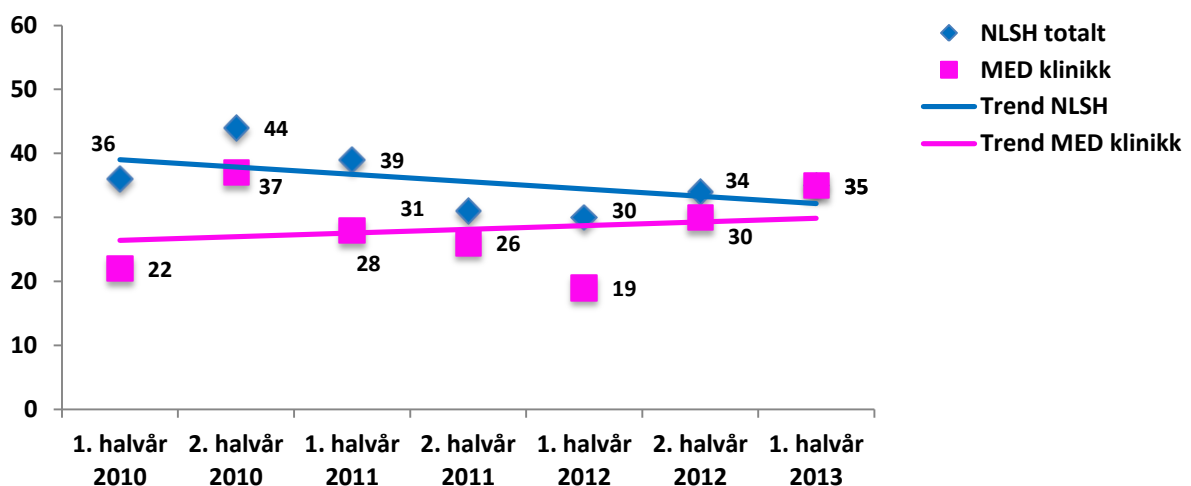
Figur 7-6. Trend i antall pasientskader per 1000 liggedøgn GYN Bodø



Figur 7-7. Trend i antall pasientskader per 1000 liggedøgn HBEV - klinikken



Figur 7-8. Trend i antall pasientskader per 1000 liggedøgn MED klinikk



## 7.2 Automatisert strukturert journalanalyse (ATA)

Det systematiske arbeidet med GTT metoden på klinikknivå har gitt Nordlandssykehuset en erfaring som få helseforetak i Norge kan konkurrere med. Denne erfaringen er brukt i

samarbeid med SAS Institute til å utvikle et elektronisk verktøy for GTT analyse (Automatic trigger analytic - ATA) – det første i sitt slag i verden. Det er utviklet andre løsninger etter samme prinsipp, men ingen av disse løsningene har vært totalt tro mot GTT metoden og alle inneholder lokale elementer. De kan derfor vanskelig tas i bruk av andre direkte, slik som ATA løsningen kan.

Målet med den automatiske løsningen er at den skal gi det samme treffbilde som manuell analyse gir (> 95 % riktige treff) og være enkel i bruk. ATA - løsningen ble tatt i bruk av Nordlandssykehusets GTT team i november 2013. I oppstarten av å ta et slikt verktøy i bruk vil det alltid være justeringer ("barnesykdommer") som må gjøres. Likevel er de første tilbakemeldingene fra brukerne av ATA – løsningen at den forenkler arbeidet med GTT analyse. Teamene bruker mindre tid på analysen og logistikken rundt samarbeidet i teamene er bedret. Underveis i arbeidet med ATA – løsningen er det blitt gjort sammenfallende manuell analyse og analyse utført med bakgrunn i resultater fra søk i ATA – løsningen. Dette arbeidet vil kunne si noe om treffbildet i ATA – løsningen sammenlignet med manuell analyse, når arbeidet ferdigstilles.

### **Vurdering – måling av pasientskader (E)**

GTT - metoden er i dag den metoden som gir det beste bildet av pasientskader – på pasientens premisser. Selv om GTT – analysen er godt etablert på alle sykehusene og klinikkene i Nordlandssykehuset HF, gjenstår det fortsatt en del arbeid før alle klinikkene/avdelingene tar GTT resultatene direkte i bruk som utgangspunkt for sitt lokale forbedringsarbeid. Metoden i seg selv sier ingenting om årsakssammenhenger for pasientskadene, men den angir type pasientskade. Det kreves derfor arbeid med resultatene lokalt for å finne områder for forbedring. Innsatsområdene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet er plukket ut med tanke på at det er områder hvor det er forbedringsmuligheter av praksis. Det forventes at arbeidet med disse innsatsområdene vil ha en effekt på GTT resultatene innenfor kategoriene urinveisinfeksjoner, trykksår, fall og legemiddelhendelser. Effekten i form av en reduksjon av pasientskader forventes i løpet 1-3 år etter at tiltakene er innført i hele organisasjonen og målene nådd. Målet for Nordlandssykehuset HF er å redusere de pasientskadene som kan forebygges med 70 % innen utgangen av 2017.<sup>25</sup>

ATA – løsningen forenkler GTT analysen og sparer tid og ressurser. Hvis treffbildet er lik eller bedre enn manuell analyse, vil ATA – løsningen være et stort innovativt fremskritt for Nordlandssykehuset og andre helseforetak i Norge. På sikt er målet og få utviklet den automatiske løsningen slik at den kan brukes i analyse av innleggelser med barn (< 18 år) og psykiatriske pasienter.

---

<sup>25</sup> [NLSH styresak 41/13:Strategisk plan for kvalitet og pasientsikkerhet 2013-17](#)

## 8 Pasientsikkerhetsvisitter (F)

Direktørene utviklet pasientsikkerhetsvisittene på bakgrunn av "Patient Safety Walkrounds" programmet<sup>26</sup> fra National Health Service (NHS). Målsettingen var i første omgang at direktørene på en direkte måte skulle synliggjøre og understøtte satsningen på pasientsikkerhet i foretaket. Det ble etter hvert laget en prosedyre for visittene som sikret både utvelgelse av "tiltak"<sup>27</sup> og oppfølging av arbeidet etter hver visitt. Visittene ble gjennomført av de to direktørene sammen, eller med en direktør og en klinikk-sjef fra annen klinikk en der visitten foregikk. Etter ca ett år ble tiltaket evaluert. På det tidspunkt var ca 80 % av alle tiltak lukket eller avklart. Ved en gjennomgang i 2014 sees følgende status for lukking av punkter tatt opp i pasientsikkerhetsvisittene.

**Tabell 8-1.** Status (antall lukket) for punkter tatt opp i pasientsikkerhetsvisittene i NLSH HF

Lukking av oppfølgingspunkter			
Ansvarlig	Antall oppfølgingspunkter	Antall lukket	% vis lukket
Klinikk/enhet	52	49	94 %
Direktøren	10	6	60 %
Andre	8	4	50 %
Sum	70	59	84 %

### Vurdering – pasientsikkerhetsvisitter (F)

Det er ikke gjennomført en omfattende og uavhengig evaluering av ordningen med pasientsikkerhetsvisitter. Direktørenes erfaring er at pasientsikkerhetsvisittene er et meningsfullt og viktig tiltak. Nesten uten unntak skapes et inntrykk av at de ansatte er åpne og uredde i samtalen under den timelange visitten. Hovederfaringen er at ca 20 minutter ut i visitten kommer ansatte med forberedte historier og erfaringer helt uavhengig av hvilke spørsmål direktørene stiller innledningsvis. Tilsynelatende fungerer den informasjonen som sendes på forhånd til deltakerne fra den enkelte enhet rimelig godt.

Det er tidvis krevende å identifisere områder som skal følges opp etter visitten. Dette fordi mange foreslåtte tiltak foreligger det forhold eller omstendigheter som ikke er mulig å gjøre noe med på kort sikt, eller som krever store investeringer. Eksempel på dette er behov for endringer i IT systemer som ivaretas i FIKS prosjektet og som derved ikke kan eller bør fremskyndes. Andre problematiske forhold kan være bygningsmessige problemer hvor kostnadene med tiltak blir for store. Direktørenes erfaring er imidlertid at slike begrensninger i handlingsrom også blant ansatte blir forstått som en del av rammer for tiltaket, og ikke som et eksempel på manglende handlekraft eller vilje til å satse på pasientsikkerhet fra ledelsens side. Det gjennomføres 8 – 10 visitter hvert år og dette tiltaket skal fortsette. Det vurderes å gjennomføre en uavhengig/ekstern evaluering av ordningen.

<sup>26</sup> [Leadership for Safety: Supplement 1, Patient Safety First program](#)

<sup>27</sup> Med tiltak forstås her de inntil tre punkter/områder fra visitten som man ble enige om å ta videre for oppfølging.

## 9 Klinikk, avdelings og enhetsvise kvalitetsparametre (G)

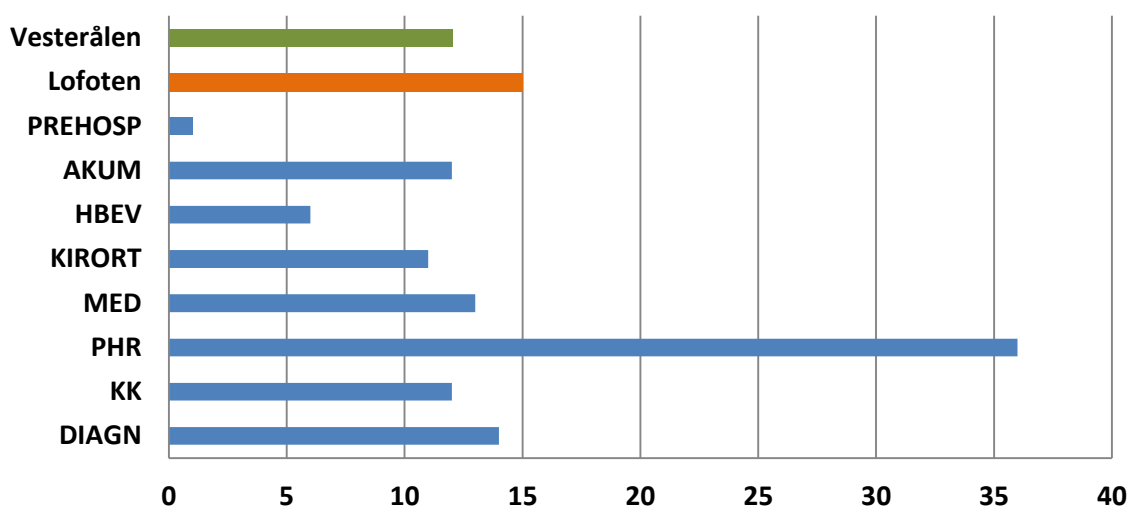
### 9.1 Klinikkvise kvalitetsparametre

I [styresak 3-2014](#) – ”Statusrapport om operasjonalisering av foretakets strategi for kvalitet og pasientsikkerhet – klinikkvise parametre”, ble styret orientert om prosessen rundt utviklingen av klinikkvise kvalitetsparametre. Etter at styret i mai 2013 vedtok foretakets strategiske plan for kvalitet og pasientsikkerhet 2013-2017 har det vært gjennomført en rekke fokusgruppeintervjuer med representanter fra ulike klinikker. Formålet med møtene har vært å bistå den enkelte klinikk skal operasjonalisere tiltak i tråd med foretakets strategi. Operasjonaliseringen i klinikkene kommer i tillegg til målinger som gjøres i regi av nasjonale kvalitetsregistre og i de ulike satsningsområdene i ”I trygge hender 24/7”. Flere måleparametre er spesifikke for enkelte klinikker og enheter, som eksempelvis effektivisering av operasjonsstuer i kirurgisk ortopedisk klinikk, reduksjon av blødning ved fødsel til under 10 % i Kvinne- barn klinikken. Andre parametre kan ha gyldighet for større deler av helseforetaket, som f. eks riktig ID-merking av pasienter og ernæringscreening av voksne. Flere av klinikkene har i denne prosessen laget egne oppsett hvor de har operasjonalisert og laget mål for de ulike fokusområdene i kvalitet og pasientsikkerhetsstrategien. Andre vil bruke 2014 til å få frem underlagsinformasjon slik at de vet på hvilket nivå de ligger i dag før de tallfester målsetninger for resten av strategiperioden. Strategien blir nærmere omtalt i kapittel 19.

### 9.2 Enhetsvise kvalitetsparametre - kvalitetstavler

I styremøtet i april 2013 ble det vedtatt at alle enheter skulle innføre lokale kvalitetstavler (whiteboards) i publikumsområder. Videre operasjonalisering av oppdraget ble delegert til Seksjon for pasientsikkerhet. På bakgrunn av foreløpige erfaringer ble det høsten 2013 utarbeidet retningslinjer for Kvalitetstavlene, [RL3930](#). Per 4. februar d.å. er seksjon for pasientsikkerhet kjent med 105 tavler som er spredt rundt i foretaket (Fig. 9-1).

**Figur 9-1.** Antall kvalitetstavler per klinikk i Nordlandssykehuset per 4. februar 2014\*



\*Tall for Vesterålen og Lofoten inngår også i tallene per klinikk



Seksjonen har bistått noen enheter med å finne gode målinger, men de fleste enheter har arbeidet lokalt med saken. For å skaffe en oversikt over hvilke målinger som ble benyttet på enhetene ba Seksjon for pasientsikkerhet registrerte enheter før jul om å melde tilbake hvilke målinger som ble valgt lokalt. Målet var å skaffe seg en oversikt over innholdet på tavlene, og ha en «databank» med gode råd og tips til de enhetene som synes dette oppdraget er vanskelig å operasjonalisere. Det er utarbeidet en rapport som vil framstilles for styret før sommeren. Eksempler på parametre hentet fra kvalitetstavlene:

- Antall pasienter med behandlingsplaner ila. 24 timer (PHR, VDPS Allmennpsykiatrisk enhet)
- Pasienttilfredshetsundersøkelse vedrørende informasjon før operasjon (AKUM, Dagkirurgisk enhet)
- Hvor lenge må pasienten vente før han/hun kommer inn til legen? (KBARN, Barnepolikliniken)
- Hvor mange pasienter er ID – merket? (Bilde 9-1)(KBARN, Barnemedisinsk sengepost)
- Antall ekstravasale infusjoner med vevstoksiske cytostatika (MED, Enhet for blodsykdommer og kreft)
- Registrere antall feil ved manuell innlegging av prøvesvar (DIAGN, Laboratoriet i Lofoten)

Bilde 9-1. Kvalitetstavlen ved barnemedisin N1, Nordlandssykehuset



### Vurdering – Klinik, avdelings og enhetsvise kvalitetsparametre (G)

Oppfølgingen av [styresak 42/10](#) og [styresak 3/11](#) har sammen med arbeidet med strategisk plan gitt viktige premisser for hvordan Nordlandssykehuset har operasjonalisert sitt arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. Utviklingen av lokale kvalitetsparametre har fokusert på å

engasjere ansatte i det som kan kalles en "bottom up" prosess. Både fokusgruppeintervjuer, invitasjonen til klinikker til å formulere egne parametere og arbeidet med etablering av lokale kvalitetstavler har vært vesentlig i å få økt engasjementet blant ansatte. Etableringen av kvalitetstavler har vært et viktig fysisk uttrykk for dette arbeidet, og har uten tvil virket som en pådriver på arbeidet med å finne lokale kvalitetsparametre. Arbeidet har skapt engasjement på gulvet og flere enheter har fått til gode tverrfaglige diskusjoner om hvilke parametre og/eller målinger som reflekterer kvaliteten hos nettopp dem. I tillegg bygger disse kvalitetstavlene opp under den åpenhetskulturen Nordlandssykehuset ønsker å ha mellom ledelse, medarbeidere, enheter og ovenfor pasienter/pårørende. Kvalitetsparametrene det arbeides med har også utgjort en kjerne i arbeidet med å konkretisere foretakets strategi for kvalitet og pasientsikkerhet.<sup>28</sup>

## 10 Pasientsikkerhets dashboard (H)

Nordlandssykehusets Pasientsikkerhets Dashboard er en sammenstilling av et utvalg av parametre og målinger som gjøres i foretaket. Parametre og målinger innenfor kvalitet og pasientsikkerhet i sykehus kan ofte bli detaljerte og vanskelig å forstå uten en medisinskfaglig bakgrunn. Dashboardet er et forsøk på å lage en sammenstilling som er enkel og preget av figurer/bilder. Tekst skal i all hovedsak kun brukes som nærmere forklaring til grafene. Den viktigste funksjonen til denne typen dashboard, er å svare på spørsmålene som styret og foretaksledelse har om kvalitet og pasientsikkerhet:

- Holder vi stødige kurs for å nå våre kvalitets- og pasientsikkerhetsmål? (strategi)
- Hvordan er kvaliteten/pasientsikkerheten hos oss sammenlignet med andre helseforetak? (sammenligning)

Styret må følge opp målingene som gjøres på et systemnivå og evaluere dataene som presenteres kritisk. Hvis resultatene som presenteres over tid viser en negativ utvikling, må styret kunne stille konkrete krav til organisasjonen om at det settes inn nødvendige tiltak. Da Nordlandssykehusets pasientsikkerhets dashboard ble lansert i [styresak 42/10](#) (under navnet pasientsikkerhetsscore) var hensikten at styret og foretaksledelse skulle kunne følge opp organisasjonens resultater innefor pasientsikkerhet og kvalitet på system nivå og at bevisstheten rundt temaet skulle øke. Den første versjonen av Dashboardet ble presentert for styret i [styresak 26/12](#). Ytterligere fem versjoner av Dashboard har til nå vært presentert for styret ([50/12](#), [71/12](#), [25/13](#), [60/13](#), [83/13](#)). I [styresak 83/13](#) ble det vedtatt en justering av periodisering og detaljeringsgrad. Styret ønsker nå et samlet Dashboard to ganger årlig, og mer dyptgående analyser av enkeltparametre fra dashboardet to ganger årlig.

### Vurdering - Pasientsikkerhets Dashboard (H)

Fremstillingen av målinger og parametre i dashboardet har vært med på å øke kunnskap og bevissthet om forhold som påvirker kvalitet og pasientsikkerhet hos Nordlandssykehuset styre og foretaksledelse og bidratt til et større eierskap til dataene og problemstillinger rundt pasientsikkerhet og kvalitet. Økt kunnskap og bevissthet gir også grunnlag for å stille konkrete krav til organisasjonen på området, og å følge opp om utviklingen faktisk går i ønsket retning. Pasientsikkerhets dashboard er kommet for å bli, men skal hele tiden være

<sup>28</sup> [NLSH styresak 41/13: Strategisk plan for kvalitet og pasientsikkerhet 2013-17](#)

gjenstand for evaluering av innhold og form. I fortsettelsen blir det viktig å evaluere resultatene i dashbordet opp mot målene som settes i forbindelse med Nordlandssykehusets kvalitet – og pasientsikkerhetsstrategi. Seksjon for pasientsikkerhet vil som en del av arbeidet med neste Dashboard, foreta en intern revisjon av dashbordet. Målet er at dashbordet skal bli et dynamisk verktøy hvor organisasjonen og styrets oppmerksomhet rettes mot de områder hvor det er størst behov for forbedring eller hvor det er størst behov for å følge utviklingen detaljert.

## 11 Tverrfaglige team i kreftbehandling (I)

Seksjon for pasientsikkerhet har på oppdrag fra administrerende direktør innhentet informasjon om status for bruk av tverrfaglige møter innen kreftomsorgen ved Nordlandssykehuset HF. Dette ble presentert for styret i [styresak 109/13](#).

Per 1. november 2013 er det etablert tverrfaglige team innenfor alle de store kreftområdene; gastroenterologi, urologi, lunge, bryst og palliative pasienter. Møtene avholdes en gang pr uke med deltakelse av kirurg, onkolog, radiolog, patolog og eventuelt andre aktuelle spesialister som for eksempel lungemedisiner. I tillegg til eventuelt samarbeidspartnere som palliativt team, psykolog, fysioterapeut, ernæringsfysiolog og sosionom. Det er mulighet for de andre lokalsykehus i Nordland å delta på møtene via videokonferanse, og pr i dag benytter Nordlandssykehuset Vesterålen og Helgelandssykehuset Mo i Rana og Sandnessjøen seg av tilbudet. Lokal lege får da muligheten til å presentere egen pasient og diskutere videre diagnostikk og behandling i et utvidet fagmiljø. Beslutningen kan på denne måten følges opp uten forsinkelser. For å ivareta tverrfaglig samarbeid for inneliggende kreftpasienter ved Nordlandssykehuset Bodø, gjennomføres det i tillegg ukentlige tverrfaglige previsitter på kirurgisk avdeling (seksjon for gastro, urologi og gynekologi) og medisinsk avdeling (seksjon for lunge og hematologi). I løpet av en uke diskuteres cirka 50 pasienter på tverrfaglige møter, noe som tilsvarer cirka 6 timer ren møtetid og involverer ca 60 forskjellige helsearbeidere pr uke. I tillegg kommer tid til forberedelse og etterarbeid.

### Vurdering – Tverrfaglige team i kreftbehandlingen (I)

Tverrfaglige kreftmøter i kreftomsorgen er viktig for å ivareta en helhetlig og tverrfaglig behandling av pasientene. Det er også et myndighetskrav ved at det i alle Nasjonale Handlingsprogram for kreftsykdommer ligger krav om at utredning og behandling skal gjøres i tverrfaglige team. For et relativt lite helseforetak som NLSH HF erkjenner vi at denne organiseringen av kreftmøter er ressurskrevende, spesielt for Avdeling for kreft og lindrende behandling og for diagnostiske fag som radiologi og patologi. Vi har imidlertid klart å utvikle en modell som synes å være robust og faglig trygg. At sykehus i andre foretak deltar på våre møter meg egne pasienter er meget tilfredsstillende og viser at NLSH HF makter å skjøtte sin sentralsykehusfunksjon også innen dette området. Slikt samarbeid kan også ha positive effekter ut over behandlingen av den enkelte pasient ved at fagmiljøene harmoniserer sin praksis og får mer regelmessig erfaring med samarbeid på tvers av institusjoner.

## 12 Bruk av systematiske komplikasjonsmøter (J)

Dette punktet i [styresak 42/10](#) var inspirert av tidligere fagdirektør Odd Søreide i Helse Vest RHF. Hans ide var at erfaringer fra systematiske komplikasjonsmøter skulle samles inn og bearbeides med det formål å identifisere fellestrekk eller komplikasjoner som oppstod under liknende omstendigheter i flere miljø. Dette tiltakspunktet er ikke gjennomført. Det skyldes først og fremst at vi ikke har prioritert å utvikle et så standardisert system for komplikasjonsmøter i foretaket. Det er flere grunner til dette. For det første er det stor men godt begrunnet variasjon i hvordan avdelinger og enheter organiserer dette arbeidet i dag. Vi har vært tilbakeholdne med å legge snevre føringer for komplikasjonsmøter på klinikkene for å begrense den faktiske inngripen i daglige rutiner. For det andre er det ikke utviklet én standard for gjennomgang av komplikasjoner og vår vurdering har vært at dette vil være for krevende å utvikle i NLSH HF isolert sett. For det tredje har vi prioritert å arbeide for å sikre oppslutning om vårt skademateriale basert på GTT analysene. Det er i seg selv et krevende arbeid og vi har bevisst valgt å ikke satse på ytterligere ett område hvor med potensial for grunnleggende faglig uenighet.

### Vurdering – systematisk bruk av komplikasjonsmøter (J)

Vi har ikke valgt å legge bort punktet om systematiske komplikasjonsmøter eller be styret om tilsvarende. Vi mener fortsatt at det er viktig å sikre en systematikk i intern audit av komplikasjoner og hendelser som ikke blir meldt i avvikssystemene. Vår vurdering er at vi må skyve på dette prosjektet til de store nasjonale tiltakspakkene er trygt etablert. For dette punktet er vi helt avhenglige av et solid "bottom up" engasjement, først og fremst i legegruppen.

## 13 Bruk av data fra kvalitetsregistre (K)

H høsten 2013 fikk foretakene [direkte tilgang](#) på rapporter fra de nasjonale kliniske kvalitetsregistrene via SKDE sin hjemmeside har hatt Før dette var oppfølging av dette punktet basert på tilfeldig tilgang til rapporter fra enkelte registre. Ledelsens bruk av disse rapportene var ikke systematiske. Nordlandssykehusets bruk av kvalitetsregisterdata er beskrevet i en tidligere rapport fra SKDE<sup>29</sup>.

Med tilgang på årlige rapporter fra høsten 2013 brukes (2014) de rapportene som inneholder faktiske kvalitetsdata i oppfølgingsmøter med berørte klinikker. Administrasjonen utvikler nå en mal for gjennomgang av rapportene fra registrene hvor både resultater og spørsmål om fremtidige resultatmål innen det enkelte fagområde presenteres for fagmiljøene. malene vil bli tatt i bruk ved klinikkoppfølgingen fra høsten 2014. Vi har imidlertid allerede erfart at en flere av de nasjonale kvalitetsregistrene ikke har entydige kvalitetsdata for vår virksomhet. Også kvalitetsregisterfeltet er under utvikling. Det vil nok gå flere år før alle godkjente registre har data som kan brukes direkte i forbedringsarbeid i den enkelte avdeling. Vårt inntrykk er at mange registre har hatt et ensidig forskningsfokus. Oppmerksomhet på systematisk forbedringsarbeid med fokus på

<sup>29</sup> [Nasjonale medisinske kvalitetsregistre i Helse Nord 2012](#)

enkelt avdelinger/sykehus har de siste årene fått større fokus, men det vil ta tid før registrene rapporterer optimalt med forbedring som fokus.

Noen eksempler på resultater fra nasjonale kvalitetsregistre innen kreftområdet:

**Fig 13-1.** Antall innrapporterte pasienter med prostatakreft til kreftregisteret i 2009 og 2010

Tabell 3: Klinisk innrapporteringsgrad for sykehus og private behandlere med >=20 pasienter i 2009/2010, prosent

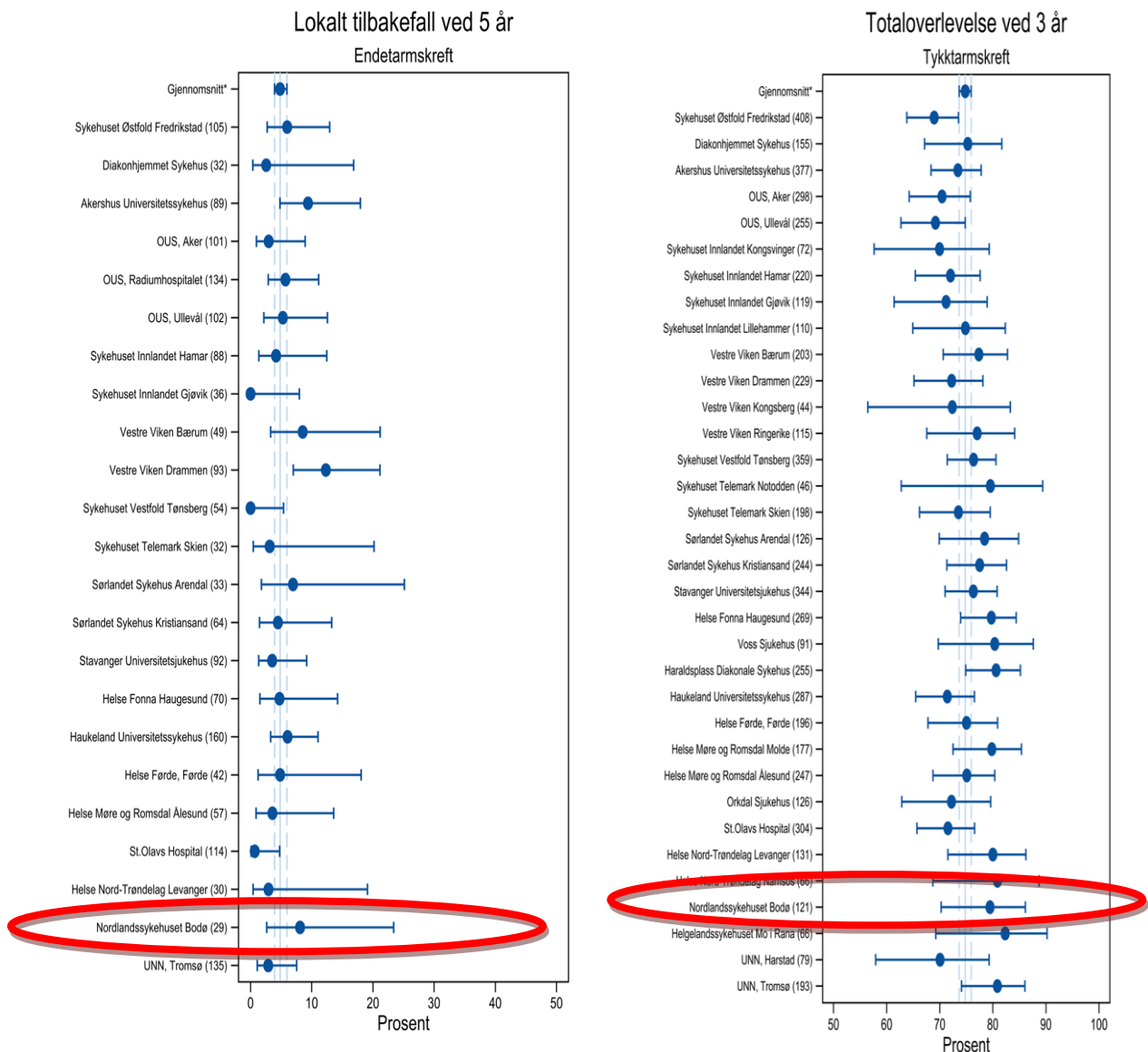
Sykehus/behandler	Prosent klinisk meldte tilfeller, 2009	Prosent klinisk meldte tilfeller, 2010	Totalt antall tilfeller (også uten klinisk melding), 2009-2010
Sykehuset Østfold Fredrikstad	96,4	92,2	334
Vestre Viken Bærum	60,2	61,1	211
Akershus universitetssykehus	93,8	95,3	325
Oslo Universitetssykehus, Aker	74,0	56,9	523
Oslo Universitetssykehus, Radiumhospitalet	1,3	1,9	128
Volvat Oslo	95,8	26,5	97
Sykehuset Innlandet Kongsvinger	100,0	100,0	62
Sykehuset Innlandet Hamar	11,8	41,9	220
Sykehuset Innlandet Tynset	95,8	80,0	34
Sykehuset Innlandet Lillehammer	85,7	97,1	131
Vestre Viken Drammen	68,8	86,0	218
Vestre Viken Ringerike	95,7	96,1	70
Sykehuset Vestfold Tønsberg	89,3	76,1	389
Sykehuset Telemark Notodden	100,0	82,1	50
Sykehuset Telemark Porsgrunn	80,8	77,5	245
Sykehuset Telemark Skien	95,7	85,7	30
Sørlandet Sykehus Arendal	97,2	92,9	208
Sørlandet Sykehus Kristiansand	78,6	80,3	179
Helse Fonna Haugesund	57,1	45,9	124

Stavanger Universitetssykehus	50,6	43,0	481
Haralds plass Diakonale Sykehus	20,2	50,0	192
Haukeland Universitetssykehus	45,0	71,5	407
Volvat Bergen	60,5	60,0	73
Lærdal Sjukehus	40,0	42,9	63
Førde Sjukehus	76,1	69,0	172
Kristiansund Sjukehus	98,1	95,3	234
Volda Sjukehus	94,1	93,3	96
Ålesund Sjukehus	95,0	75,2	244
Orkdal Sjukehus	100,0	83,3	38
St. Olavs Hospital	97,6	88,2	439
Sykehuset Levanger	98,0	99,7	113
Sykehuset Namsos	100,0	92,5	69
Nordlandssykehuset Bodø	8,8	17,2	121
Nordlandssykehuset Mosjøen	70,7	88,5	92
Helgelands sykehuset Sandnessjøen	77,8	91,9	44
Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad	92,0	82,5	65
Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø	45,3	66,0	251
Hammerfest Sykehus	87,5	85,7	44
Østsidens kirurgiske praksis	80,5	15,0	61
Moevlv Spesialistenter	100,0	100,0	254
Uro-Sør	76,1	5,9	189
Urologi Nord	100,0	98,4	164
Urologisk senter (Oslo)	62,4	36,1	246
Overnklivnikken	100,0	74,7	160
Totalt antall tilfeller for ovennevnte sykehus/behandlere			7891

Oslo Universitetssykehus Radiumhospitalet og Nordlandssykehuset Bodø har for lav klinisk innrapportering for 2009 og 2010 til at det blir rapportert kliniske data for disse sykehusene i denne rapporten.

I figur 13-1 dokumenteres det i årsrapporten fra Nasjonalt register for prostatakreft for 2012 at NLSH HF ikke har rapportert data for prostatakreft til Kreftregisteret i tilstrekkelig omfang til å kunne bli vurdert. Dette ble kjent for oss høsten 2013 og det er nå igangsatt både et program for å etterrapporere alt som mangler til kreftregisteret. I tillegg til at det utdannes "registrarer" som kan ivareta den etter hvert meget omfattende manuelle innrapporteringen til de snart 50 nasjonale kvalitetsregistrene.

**Fig 13-2.** Lokalt tilbakefall ved 5 år etter operasjon for endetarmskreft og total overlevelse ved 3 år etter operasjon for tykktarmskreft



Andel (%) pasienter operert i perioden 2007-2009 med lokalt tilbakefall av endetarmskreft fem år etter kurativ operasjon fordelt på sykehus. Antall opererte pasienter i parentes. Den heltrukne linjen markerer gjennomsnittet, mens de stiplede linjene markerer gjennomsnittets konfidensintervall (95 %)

Totaloverlevelse (%) ved tre år etter kurativ operasjon av tykktarmskreft fordelt på sykehus i perioden 2007-2010. Antall opererte pasienter i parentes. Den heltrukne linjen markerer gjennomsnittet, mens de stiplede linjene markerer gjennomsnittets konfidensintervall (95 %)  
\*Gjennomsnittlig overlevelse ved sykehusene som opererte ≥10 pasienter årlig



Figur 13-2 inneholder en tabell fra nasjonalt kvalitetsregister for tykk og endetarmskreft som viser at tilbakefallsprosenten ved Nordlandssykehuset HF for endetarmskreft var noe høyere enn landsgjennomsnittet til tross for at det kun opereres selekterte pasienter. Dette er lagt frem for fagmiljøet som finner disse resultatene som forventet. Begrunnelsen for dette er at man i perioden 2007-2009 hvor disse resultatene er fra, var helt avhengig av en omfattende vikarstafett. De siste årene har man lyktes med å stabilisere bemanningen innen gastroenterologisk kirurgi og avdelingen i Bodø har nå 6 fast ansatte gastrokirurger hvorav 5 er bofaste i Bodø. Det er en bred oppfatning i fagmiljøet at resultatene som oppnås i dag vil være vesentlig bedre. Det vil vi få vite om 5 år. For 3 års overlevelse etter operasjon for tykktarmskreft ser vi at våre resultater ligger noe over gjennomsnittet for landet, noe som er tilfredsstillende.

### **Vurdering – Bruk av nasjonale kvalitetsregistre (K)**

Systematisk bruk av resultater fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre har for alle praktiske formål ikke vært mulig for foretaksledelsene i norske sykehus før høsten 2013. Da ble alle registerrapporter offentlig tilgjengelig for første gang. Det har heller ikke vært noen tradisjon for at ledelsen i sykehus og foretak har engasjert seg systematisk i så vidt detaljerte faglige spørsmål. Dette er nå i endring. Vi systematiserer ledelsens tilnærming ved å lage en mal for gjennomgang av registerrapporter med det formål å ta ut det som er direkte anvendelig for statusbeskrivelse og forbedringsarbeid. Denne malen vil fagmiljøene naturligvis kunne endre etter egen faglig vurdering. Vårt mål er at vi i 2015 skal kunne legge frem nøkkelparametre fra alle rapporter som har relevant informasjon og kvalitetsmål for fremtiden innen hvert område. Dette kan være krevende å få til all den tid det vil være nybrottsarbeid også innenfor det enkelte fag.

## **14 Brukermedvirkning (L)**

Brukerutvalget er Nordlandssykehusets primære organ for brukermedvirkning på systemnivå. Også nasjonalt og regionalt har brukerperspektivet blitt stadig sterkere vektlagt. Blant annet har styret i NLSH nettopp vedtatt den regionale strategi- og handlingsplan for brukermedvirkning. Sekretær for brukerutvalget melder at fokus på brukerperspektivet utvikler seg i positiv retning i foretaket. I perioden 2010 – 2014 har brukerutvalget i helseforetaket formalisert sin virksomhet på en positiv måte. Klinikken har blitt flinkere til å be om brukerrepresentanter i litt større utredningssaker, og BU nå har blitt en fast adresse for slike henvendelser. Dette er i tråd med prinsippene for fremtidig utvikling av brukermedvirkning på systemnivå i Nordlandssykehuset, vedtatt av styret i [styresak 65/12](#).

Det ble i 2012 gjennomført et prøveprosjekt der brukerrepresentanter fra Brukerutvalget (BU) også deltok i hvert sitt KVAM gruppe. Dessverre var erfaringene for blandede til at dette foreløpig vurderes som en god løsning for NLSH, og ordningen skal derfor ikke innføres i alle klinikken. HBEV har likevel valgt å videreføre ordningen lokalt.

Det arbeides aktivt med pasienttilfredshetsundersøkelser for tiden. Mange enheter gjør sine egne undersøkelser. Nordlandssykehuset har fått midler fra Helse Nord til og utforske gode verktøy for pasienttilfredshetsundersøkelser, og erfaringen er tenkt spredd til resten av foretaket. HBEV og KIRORT er involvert i dette prosjektet. Nordlandssykehuset HF har to



erfaringskonsulenter. Erfaringskonsulentene er involvert i flere prosjekter. De arbeider særlig med informasjonsarbeid mot pasienter og pårørende om brukermedvirkning, også på individuelt nivå. De har også vært aktivt inne i «barn som pårørende», også direkte i opplæringen av barneansvarlige. De underviser også fast legestudentene om brukermedvirkning, men etterlyser gjerne flere av denne typen oppdrag. I tillegg er de involverte i flere samhandlingsprosjekt, både internt i sykehuset og mot eksterne partnere, som f.eks. NAV.

### **Vurdering – Brukermedvirkning (L)**

Brukermedvirkning er kommet for å bli, selv om den ennå implementeres noe ujevnt i foretaket. Det stilles nå sjelden spørsmål om brukermedvirkningens riktighet, men det betyr verken at det skjer av seg selv, eller at det ikke skal brukes med omtanke. Utfordringen har så lagt vært å etablere kjente systemer for brukermedvirkning, slik at det ikke blir et hinder, men en ressurs. I perioden 2010 – 2014 har brukerutvalget i helseforetaket formalisert sin virksomhet på en positiv måte, men det er fremdeles en vei å gå. Ikke minst må vi jobbe med at brukerperspektivet systematisk sikres større plass også klinisk arbeid.

## **15 I trygge hender 24-7 (M)**

### *15.1 Organiseringen av arbeidet med pasientsikkerhetsprogrammet*

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen ” I trygge hender 24-6” startet i 2011 med en varighet på tre år. Kampanjen er nå gått over i et nasjonalt pasientsikkerhetsprogram som skal vare i minst fem år. Hovedmålene for I trygge hender 24-7 er:

- Redusere pasientskader
- Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten.

Gjennom kampanjeperioden er det lansert 12 tiltakspakker innen ulike innsatsområder for forbedring av pasientsikkerhet hvorav 10 er spesielt rettet mot spesialisthelsetjenesten (figur 15-1). Disse skal videreføres i programmet. Ved Nordlandssykehuset startet vi opp med innføringen Global Trigger Tool analyse og Trygg kirurgi sjekklista allerede i 2010, før kampanjen startet. De øvrige innsatsområdene har Nordlandssykehuset valgt å innføre som pilotprosjekter i en sengepost og/eller i en klinikk. I piloteringsperioden har alle pilotgrupper (unntatt en) deltatt på nasjonale læringsnettverk og utarbeidet klinikkovergrepene og kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Pilotgruppene følges hele tiden av prosessveiledere fra Seksjon for pasientsikkerhet. Utrulling av tiltakspakkene til andre aktuelle sengeposter planlegges etter ca 3 mnd. tilfredsstillende drift, og skjer via et to timers fagseminar samt ved opplæring på enhetenes kursdager. Seksjon for pasientsikkerhet tilbyr også fortløpende veiledning innen alle innsatsområdene. Seksjonen har utarbeidet et kompendium med nærmere beskrivelse av innsatsområdenes omfang og eksempler på målekurver fra Extranet. Dette er tilgjengelig på Nordlandssykehuset intranettsider (Pulsen).

**Figur 15-1.** Innsatsområdene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet



### 15.2 Status per 1. mars 2014 for de ulike innsatsområdene

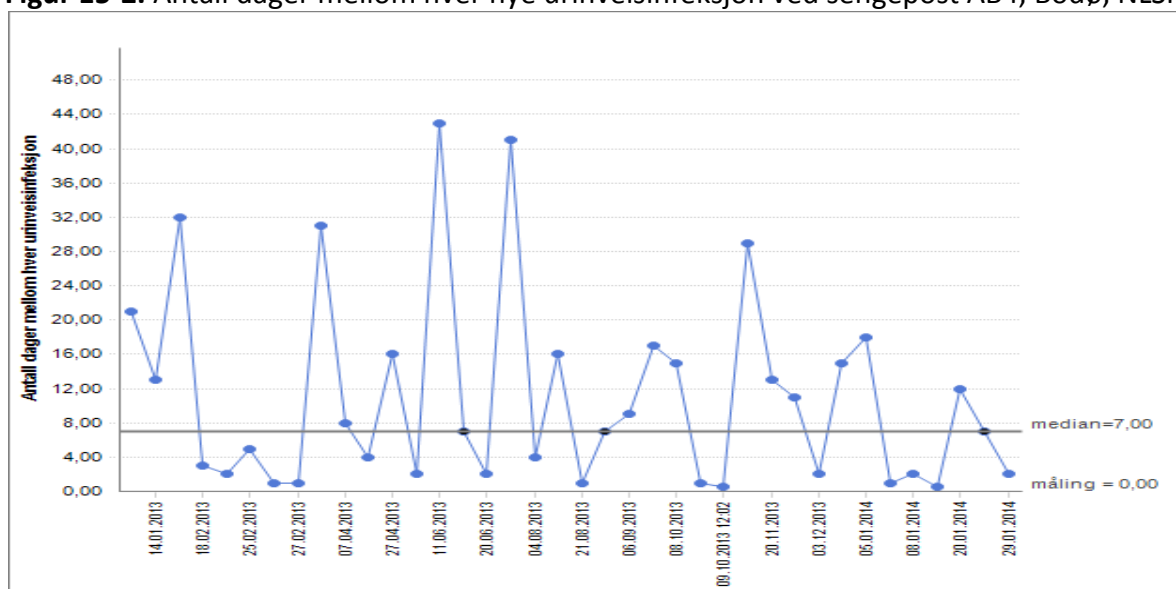
Arbeidet med "I trygge hender 24-7" går sakte framover, men aller fleste innsatsområdene er under implementering. En del enheter og klinikker strever med implementeringen av tiltakspakkene, da arbeidet innbyr til nye metoder, andre måter å tenke på, og på mange måter er "nybrottsarbeid". I tillegg vil flere enheter få mange innsatsområder/tiltakspakker de skal forholde seg til samtidig. Dette krever planlegging og engasjement. En gjennomgående utfordring i arbeidet med alle innsatsområdene er til dels manglende kunnskap i bruken av kvalitetsverktøyet Docmap, noe som er til hinder ved utforming av prosedyrer og retningslinjer. Innsatsområdet; *Forebygging av selvmord* har vært spesielt utfordrende da ingen fagpersoner i PHR - klinikken deltok i det nasjonale læringsnettverket. I etterkant er fagsykepleier på alders- og akuttpsykiatrisk avdeling valgt som leder for en direkte implementering på de tre akutte døgnpostene. *Samstemning av legemiddellister* er et utfordrende innsatsområde både pga omfang (omfatter alle sengeposter og dagenheter) og endring av gjeldende praksis. Pilotenheten deltar også i det regionale prosjektet "Samstem" ledet av Sykehusapotek Nord. Samstem arbeider for felles prosedyrer for samstemning av legemiddellister i hele regionen.

**Tabell 15-1.** Status for implementeringen av innsatsområdene i "I trygge hender".

Tiltakspakke	Status for implementering	Pilot
Global Trigger Tool	Ferdig implementert	Ingen pilot - 7 aktive GTT - team
Trykk kirurgi sjekklisten	Ferdig implementert	Pilot: Operasjonsentralen Bodø
Forebygging av urinveisinfeksjoner	Ferdig pilotert. Implementering pågår	Pilot: Sengepost AB4, HBEV, Bodø
Forebygging av fall	Ferdig pilotert. Implementering pågår	Pilot: Ortopedisk sengepost A5, KIRORT, Bodø
Behandling av hjerneslag	Ferdig pilotert. Implementering pågår i Lofoten og Vesterålen	Pilot: Sengepost AB4, HBEV, Bodø
Forebygging av trykksår	Pilotering pågår	Pilot: Kirurgisk-ortopedisk sengepost, KIRORT, Lofoten
Forebygging av SVK relaterte blodbainfeksjoner	Ferdig pilotert Implementering er ikke startet.	Pilot: Anestesiavdelingen, AKUM, Bodø
Samstemming av legemiddelliste	Pilotering pågår	Pilot: Medisinske sengeposter, MED, Bodø
Forebygging av overdosedødsfall	Pilotering pågår	Pilot: Korttidsenhet for rus, PHR, Bodø
Forebygging av selvmord	Mislykket pilotering, men i gang med direkte innføring	Ingen pilot. Innføres direkte i tre akutte døgnposter i PHR – klinikken, Bodø.
Ledelse av pasientsikkerhet	Deler er ferdig implementert	Pilot nasjonalt for pasientsikkerhetsvisitter

### 15.3 Eksempel på måling av tiltakspakken Urinveisinfeksjon (somatikk)

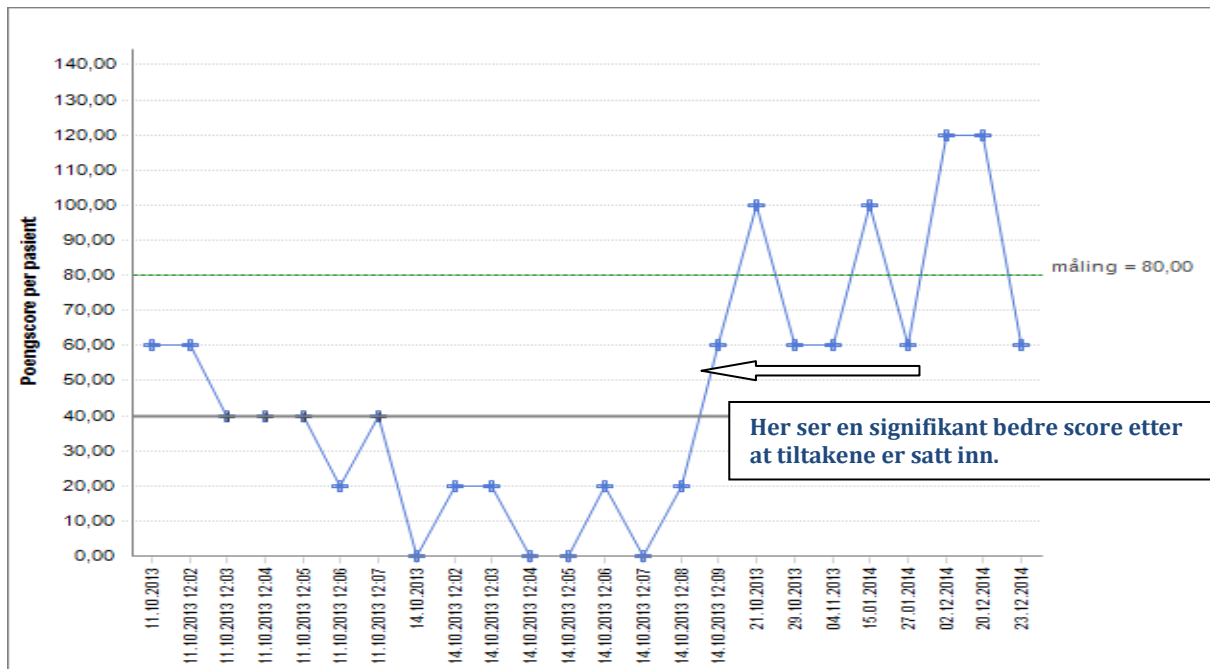
Pilotenheten AB4 for innsatsområdet *Urinveisinfeksjon* har gjort et solid arbeid og kan vise til svært gode tall for bruk av blærekateter med rett indikasjon. Pilotenheten har klart å følge effekten av sine tiltak i et år ved hjelp av registreringsverktøyet Extranet. Den hyppigste årsaken til urinveisinfeksjoner i sykehus er bruk av blærekateter.

**Figur 15-2.** Antall dager mellom hver nye urinveisinfeksjon ved sengepost AB4, Bodø, NLSH


### 15.4 Eksempel på måling av tiltakspakken Forebygging av overdosedødsfall (psykiatri)

Som eksempel på kvalitetsforbedring innen psykisk helsevern presenteres effekt av tiltakene i tiltakspakken; *Forebygging av overdosedødsfall*. Målingen viser om tiltakene i innsatsområdet er gjennomført før utskrivning. Hvis alle tiltakene er gjennomført tilfredsstillende gis en score på 120 poeng (maksimal score). Målingen utføres ved journalgjennomgang etter at pasienten er utskrevet. En viktig lærdom fra dette innsatsområdet er at pilotenheten stort sett har utført tiltakene, men ikke dokumentert det i pasientjournalen. Ved å sette fokus dokumentasjon kunne raskt se en forbedring i score. Dette viser at bevissthet rundt hva man gjør og hvordan ofte er like viktig som innføring av "nye" tiltak.

**Figur 15-3.** Figuren viser baseline score. Baseline score viser et stort forbedringspotensial før tiltakene i innsatsområdet ble iverksatt.



### Vurdering - I Trygge Hender (M)

Arbeidet med innsatsområdene I trygge hender går langsomt framover. Denne type arbeid er i all hovedsak ny for klinikkene og medarbeiderne. Arbeidet er ekstremt krevende fordi det kreves kompetanse i forbedringsarbeid, tid til å gjennomføre, evaluere og innføre, og fordi det kreves kulturendringer. De viktigste suksessfaktorene for å lykkes med dette systematiske forbedringsarbeidet i første omgang og redusere pasientskader i framtiden er; ledelsesforankring, engasjement fra "gulvet" og etablere dette arbeidet som en del av daglig drift. Arbeidet med pasientsikkerhet og bygging av varige strukturer for å redusere pasientskader, er ikke et arbeid som skal avsluttes, og prosjektorganiseringen må derfor bort. Dette krever en ekstra innsats fra klinikkene og det forventes derfor at implementeringen vil skje i etapper. De klinikkene og enhetene som er kommet veldig god i gang og vil bli brukt som positive eksempler ovenfor resten.

## 16 Dokumentflyt og epikriser (N)

Dette punktet omfatter innledningsvis også skriverestanser. Dette var imidlertid et kortsiktig prosjekt for å få kontroll med omfattende skriverestanser i foretaket og utstrakt bruk av eksterne skrivetjenester. Den endelige organiseringen av skrivetjenesten i foretaket vil mest sannsynlig bli delvis avgjort i forbindelse med omstillingsprogrammet for innflytting i K fløya. Skriverestanser tas derfor ikke med videre i denne gjennomgangen.

### 16.1 Dokumentflyt

I løpet av de fire siste årene er det gjennomført arbeidsflytprosjekt i alle klinikkene i Nordlandssykehuset. Dette har bidratt til å sikre dokumentflyten og dermed hevet kvaliteten på tjenesten. Elektronisk henvisningsflyt har hatt spesiell oppmerksomhet og det virker som om målet om full elektronisk henvisningsflyt er nådd i stor grad. Når det gjelder PHR-klinikken har man enda en jobb å gjøre da bruk av elektronisk henvisnings- og arbeidsflyt er bare delvis implementert. Intern IT følger opp dette arbeidet i PHR-klinikken.

I det videre arbeidet i HOS-prosjektet vil det på nytt rettes fokus mot elektronisk henvisnings- og generell arbeidsflyt. Områdemålet er å standardisere den elektroniske arbeidsflyten i hele Helse Nord. Det vil si at man definerer ut i fra like prosedyrer i regionen. Totalt er det utarbeidet 61 regionale pasientadministrative prosedyrer. Inn mot sammenslåing (juni 2015) vil det gjennomføres et betydelig opplæringsløp i NLSH hva gjelder innføringen av nye prosedyrer. Dette skal sikres gjennom strukturerte opplæringsplaner. NLSH skal ansette opplæringskoordinator for å ivareta kvaliteten hva gjelder opplæring og implementering. Dette skal gjøres i samarbeid med ca. 100 superbrukere som er meldt inn fra klinikkene til HOS-prosjektet.

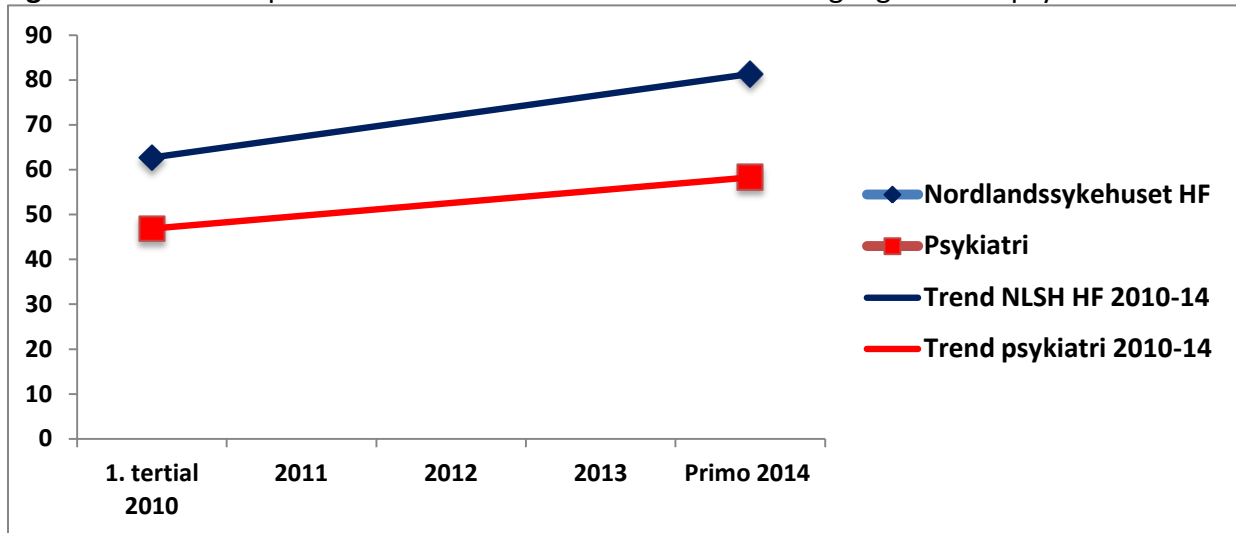
### 16.2 Epikriser

I [styresak 27/10](#) understreket styret viktigheten av å ha et fokus på epikrisetider. Målet er at 100 % av epikriser skal være sendt ut fra foretaket innen 7 dager. Epikriser skrives i to steg; det første er epikrise ved utskriving (EVU) og det andre er endelig epikrise (EE). Medisinsk kontortjeneste eller leger skriver EVU. Endelig epikrise skal inneholde følgende punkter:

- Sykeushistorie
- Kliniske funn ved innleggelsen
- Vurdering av tilstanden
- Supplerende undersøkelser
- Forløp og vurdering/behandling
- Legemidler ved utreise
- Funksjonsnivå/hjelpebehov
- Pasientkoordinator der dette er aktuelt
- Oppfølging

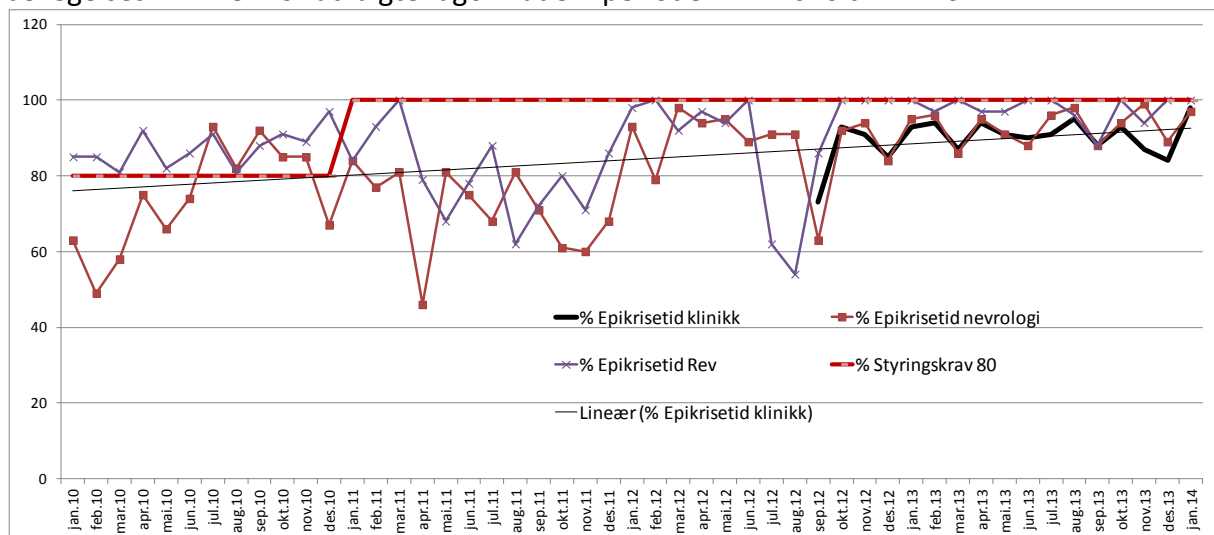
Det er kontinuerlig oppfølging av epikriser sendt innen 7 dager. Siden 2010 har det vært endringer i måten å rapportere epikrisetid på. I tillegg ble EVU innført ved årsskiftet 2011/12. Som vist i figur 16-1 viser er det en bedring i epikrisetid fra 2010 til februar 2014.

**Fig 16-1.** Trend for epikrisetid fra 2010-2014 for hele NLSH HF og fagområdet psykiatri



De enkelte klinikker følges opp med månedlig statistikk for de enkelte fagområder i klinikken og for klinikken totalt. Som et eksempel vises her resultater for Hode- og bevegelsesklinikken (figur 16-2 i perioden januar 2013 til januar 2014).

**Figur 16-2.** Eksempel: Andel (%) av epikriser sendt innen 7 dager i Hode – og bevegelsesklinikken for utvalgte fagområder i perioden 1.1.2010 til 1.2.2014\*



\*Styringskravet ble endret fra 80 % til 100 % i overgangen 2010 til 2011. Svart linje i figuren viser epikrisetiden for Hode- og bevegelsesklinikken samlet, statistikk før september 2012 er ikke tilgjengelig for klinikken samlet.

### Vurdering – Dokumentflyt og epikriser (N)

Klinikkene arbeider kontinuerlig med å optimalisere arbeidsflyten. I utviklingsprogrammet for nye K – fløya arbeider prosjektgrupper med forslag til optimale pasientforløp. Resultatet av disse prosjektene vil nok ha innvirkning på den generelle arbeidsflyt, herunder også den

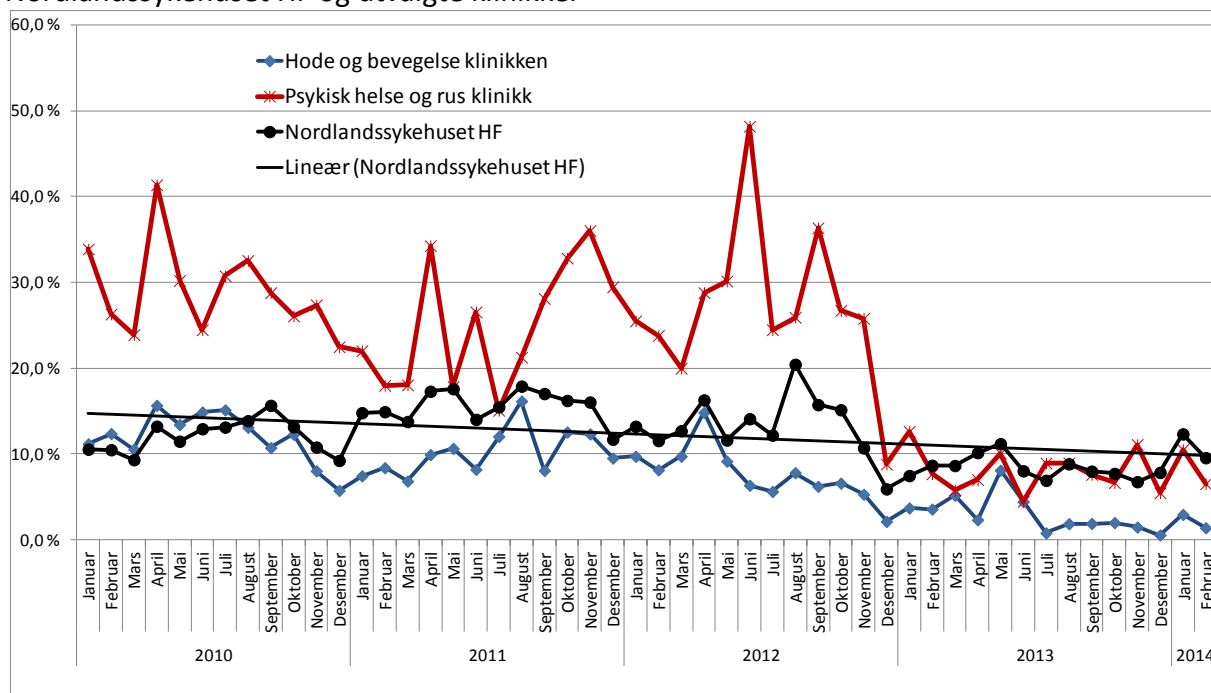
elektroniske arbeidsflyten. Også de pågående HOS prosjektene vil endre på organisasjonsstrukturen i DIPS, standardisering av navngiving på arbeidsgrupper og rydde opp i dokumenttyper i pasientjournalen. Arbeidet de fire siste årene har hevet kvaliteten på dokumentflyten i foretaket. Selv om målet med elektronisk henvisningsflyt er nådd i stor grad, så er ikke arbeidet fullført. For å vite hvordan dokumentflyten faktisk er i foretaket og om det er områder som fremdeles har forbedringspotensial vurderer vi å gjennomføre en intern revisjon av elektronisk arbeidsflyt etter at HOS prosjektet er gjennomført.

Det er et kontinuerlig fokus på epikriser sendt innen 7 dager. Vi har ennå ikke lyktes å nå myndighetskravet på 100 % epikriser innen 7 dager. Andelen epikriser sendt innen 7 dager hatt en forbedring i perioden 2010-14. Det mest effektive tiltaket har vært innføringen av EVU. I utviklingsprogrammet "Gode pasientforløp Nye Nordlandssykehuset" er det etablert en merkantil prosjektgruppe som skal se på hvordan skrivetjenesten kan bidra til å øke andelen epikriser innen 7 dager.

## 17 Ventelisterapportering og fristbrudd (O)

Ved inngangen til hver uke tas det ut klinikkvise rapporter (D-8192-NPR Venteliste - pasientliste) med truende fristbrudd for kommende to ukers periode. Disse klinikkvise rapportene sendes klinikkene ved inngangen til hver uke som et underlag for aktivt arbeid med truende fristbrudd. Ved utgangen av hver måned tas det ut rapport for oppståtte fristbrudd for rettighetspasienter i forhold til avviklede rettighetspasienter i perioden. Denne danner grunnlaget for et oppsett med fristbrudd for Nordlandssykehuset HF samlet og fordelt pr klinikk, som illustrert i figur 17-1 for utvalgte klinikker.

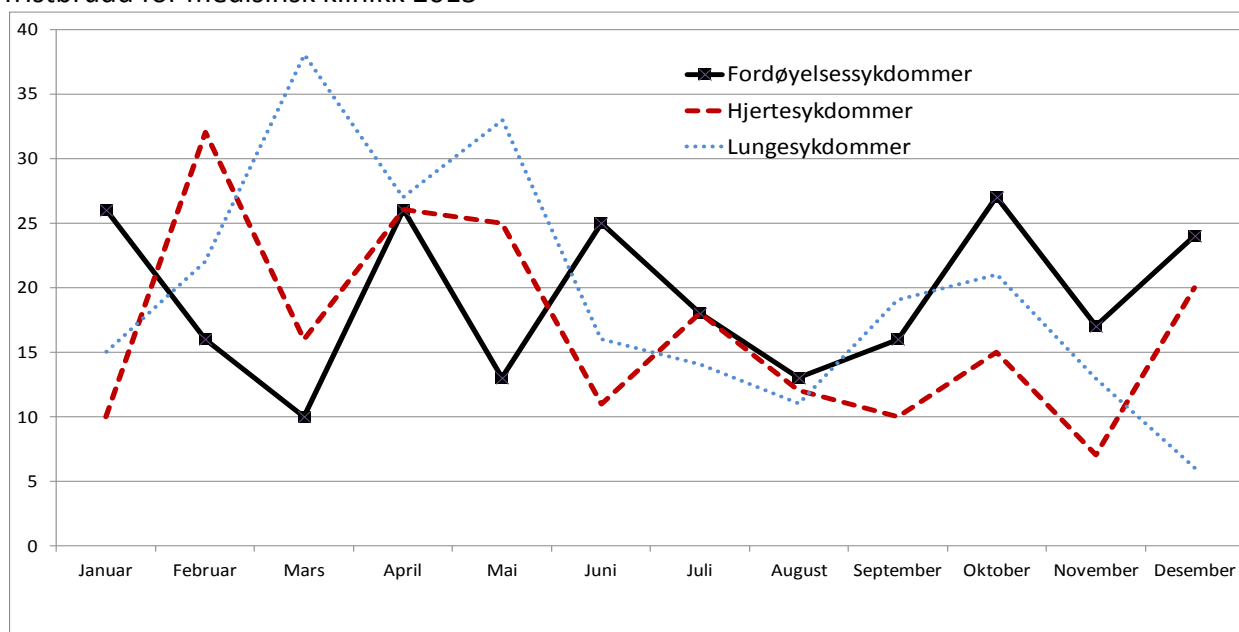
**Figur 17-1.** Fristbrudd for rettighetspasienter ved NLSH januar 2010– januar 2014 for Nordlandssykehuset HF og utvalgte klinikker





Som underlag til oppfølgingsmøter med klinikkene ses det på hvilke fagområder de ulike fristbrudd oppstår i. I figur 17-2 vises et eksempel fra medisinsk klinikk for året 2013. I medisinsk klinikk er det over tid tre fagområder som står for majoriteten av fristbrudd, fordøyelse, hjerte og lunge. Det er derfor satt inn kveldspoliklinikk for hjerte og det er satt inn ekstra ressurser på fagområdene fordøyelse og lunge.

**Figur 17-2.** Eksempel på antall fristbrudd fordelt på de tre fagområdene med høyest antall fristbrudd for medisinsk klinikk 2013



Det har også vært undersøkt hvor stort "etterslep" eller "backlogg" de enkelte klinikker har ved inngangen til hver måned. Etterslep er pasienter hvor fristbrudd er påløpt når statistikken for truende fristbrudd de neste 14 dager tas ut. Konsekvensene av etterslep, er at dagens ressurser benyttes til å behandle gårdagens fristbruddspasienter med det resultat at klinikkene har problemer med å komme seg i forkant. Som det fremgår av tabell 17-1, utgjorde pasientene med frist før januar 2014 en relativ høy andel av antall pasientbehandlinger i januar 2014. Ettersom fristbrudd måles i andel av avviklede pasienter med rett til behandling i perioden, vil det si at dersom man i en måned setter inn ekstra ressurser for å få behandlet pasienter hvor fristen er oversittet, så vil fristbruddandelen øke for den måneden. Dette kan være noe av forklaringen til at medisinsk klinikk har en høy fristbruddandel i januar 2014 samtidig som de har et høyt antall behandlede pasienter i januar 2014 som hadde frist før inngangen til januar (53 pasienter, tabell 17.1).

**Tabell 17-1.** Etterslep fristbrudd for november 2013, desember 2013 og januar 2014

"Etterslep" fristbrudd			
Klinikk	Antall pasienter behandlet i november 2013 med frist i tidligere måned	Antall pasienter behandlet i desember 2013 med frist i tidligere måned	Antall pasienter behandlet i januar 2014 med frist i tidligere mnd
HBEV	7	1	6
KIRORT	16	14	19
KvinneBarn	2	3	11
Medisinsk klinikk	25	26	53
PHR	5	2	4
<b>Totalt</b>	<b>55</b>	<b>46</b>	<b>93</b>

## Vurdering – Ventelisterapportering og fristbrudd (O)

Det er noe varierende hvordan klinikkene rapporterer om korrigeringer av truende fristbrudd internt kontra rapportering i DIPS som underlag for NPR rapporteringen. Dette arbeides det nå med å få på plass rutiner for. Vi ligger på en feilmargen under 1 % i forhold til NPR tallene. I det store bildet så er det to sentrale bemerkninger til arbeidet med å få oversikt over og få bort fristbrudd. For det første fungerer vår nye rapportering godt. Den gir tilstrekkelig oversikt og kunnskap til å kunne få bort de fristbruddene der problemet ganske enkelt kan la seg løse. For de andre erkjenner vi at det innenfor enkelte fagområder ikke finnes varige og bærekraftige løsninger i dag. Her gjennomfører vi både kortsiktige interne tiltak som for eksempel kveldspoliklinikker, økt innleie av personell etc. I tillegg vurderes fortløpende å bruke private avtalespesialister og å gjøre større bruk av fritt sykehusvalg der dette er praktisk mulig. Det er også startet et arbeid med aktivitetsstyrt arbeidstidsplanlegging som ventes å ha en mer langvarig effekt på styring av ressurser og følgelig også på ventelister og fristbrudd. Det vil ta tid før dette tiltaket vil gi resultater på ventelister og fristbrudd, fordi det krever en omfattende kulturendring innen turnus- og arbeidsplanlegging der det skal gjennomføres.

## 18 Styreopplæring (P)

Dette siste vedtakspunktet i [styresak 42/10](#), *”Det utvikles en møteplan med innlagte tema og foredrag som underbygger og understøtter styrets kunnskap og involvering i kvalitetsarbeidet i foretaket”* ble foreslått av styret selv. Utkast til program for *”Ledelse av pasientsikkerhet for styret ved Nordlandssykehuset 2011-2012”* ble vedtatt i styresak 58/11.

Nordlandssykehuset HF ble pilot i Pasientsikkerhetskampanjens program for involvering av styrene i pasientsikkerhetsarbeidet. Det ble i samarbeid mellom Seksjon for kunnskapsbygging, Seksjon for organisasjonsutvikling og Seksjon for pasientsikkerhet utarbeidet en plan for styrets opplæring. Planen tok utgangspunkt i *”Getting Started Kit; Governance Leadership; The How-to Guide for Leadership for Safety.”*<sup>30</sup> *The Patient Safety First Campaign, NHS UK 2009*<sup>31</sup> og *”Getting Boards on Board: Engaging Governing Boards in Quality and Safety”*.<sup>32</sup> *The Joint Commission Journal on Quality a Patient Safety, April 2008, Volume 34 Number 4.*<sup>33</sup>

Det ble gjennomført 4 samlinger der følgende tema ble gjennomgått:

- Pasientsikkerhet og pasientsikkerhetskultur
- Kvalitet om kvalitetsarbeid
- Hvordan skape en organisasjon som over tid holder fokus på pasientsikkerhet og kvalitet? Kan et godt eksempel hjelpe oss videre på veien? Besøk i Jönköping
- Et styre for pasientsikkerhet?

I tillegg deltok styret på den nasjonale pasientsikkerhetskongressen i Bodø høsten 2011.

<sup>30</sup> [Getting Started Kit: Governance Leadership -”Boards on Board”](#)

<sup>31</sup> [The Patient Safety First, NHS UK 2008-10 - The campaign review](#)

<sup>32</sup> [Conway J. Getting boards on board: engaging governing boards in quality and safety.](#)

<sup>33</sup> [Getting Boards on Board: Engaging Governing Boards in Quality and Safety](#)

Etter at programmet var gjennomført ble det gjennomført en evaluering. Styremedlemmene ga tilbakemelding på at kurset hadde gitt økt fokus på oppdraget, og ført til at styremedlemmene ble mer kjent og trygge. I tillegg opplevde de at opplæringen hadde tydeliggjort styrets og andres roller samt gitt et bredere perspektiv på foretak og foretaksdrift og på kompleksiteten i foretaket. Styremedlemmene ga uttrykk for at de så behov for flere diskusjonssaker i styremøtene, at det er nødvendig å sette konkrete mål for pasientsikkerheten, og påpekte at mellomledere er en kritisk gruppe. Programmet hadde tydeliggjort styrets behov for kulturbygging og de så at styret trenger mer kunnskap og kompetanse. I [styresak 43/12](#), hvor det ble gjort følgende vedtak der administrerende direktør bes om og:

- 1) Bidra til at andelen styresaker som omhandler pasientsikkerhet og kvalitet på årsbasis utgjør minst 25 %.
- 2) Arrangere halvårlege styreseminar med fokus på pasientsikkerhet, kvalitet og brukermedvirkning.
- 3) Utvikle pasienthistorier som verktøy for styrets arbeid med pasientsikkerhet, kvalitet og brukermedvirkning
- 4) Påse at foretaket iverksetter regelmessige målinger av pasient- og brukeropplevelser og at resultatet av disse forelegges styret.

Vedrørende punkt 1 føres det kontinuerlig oppdatert logg over styresaker som omhandler pasientsikkerhet og kvalitet på hjemmesiden til Seksjon for pasientsikkerhet på Nordlandssykehuset intranett (PULSEN). Dersom man unntar godkjenning av innkalling og sakliste, referatsaker etc. er denne målsetningen tilnærmet oppnådd for 2013. Når det gjelder styreseminarer med fokus på pasientsikkerhet og kvalitet har det stort sett vært arrangert halvårlege ettermiddagsseminar i forkant av et styremøte. Høsten 2013 ble det i forbindelse med den regionale pasientsikkerhetskonferansen, arrangert et halvdagsseminar der alle styrene/foretaksledelsen i Helse Nord var invitert til å delta. Programmet var utarbeidet av Seksjon for pasientsikkerhet og hadde internasjonale foredragsholdere. I løpet av våren vil et forslag til bruk av pasienthistorier utviklet av seksjon for pasientsikkerhet styrebehandles. Vedrørende punkt 4 er mer regelmessige og strukturert målinger av pasient- og brukeropplevelser en del av den vedtatte strategi for kvalitet og pasientsikkerhet 2014-2017.

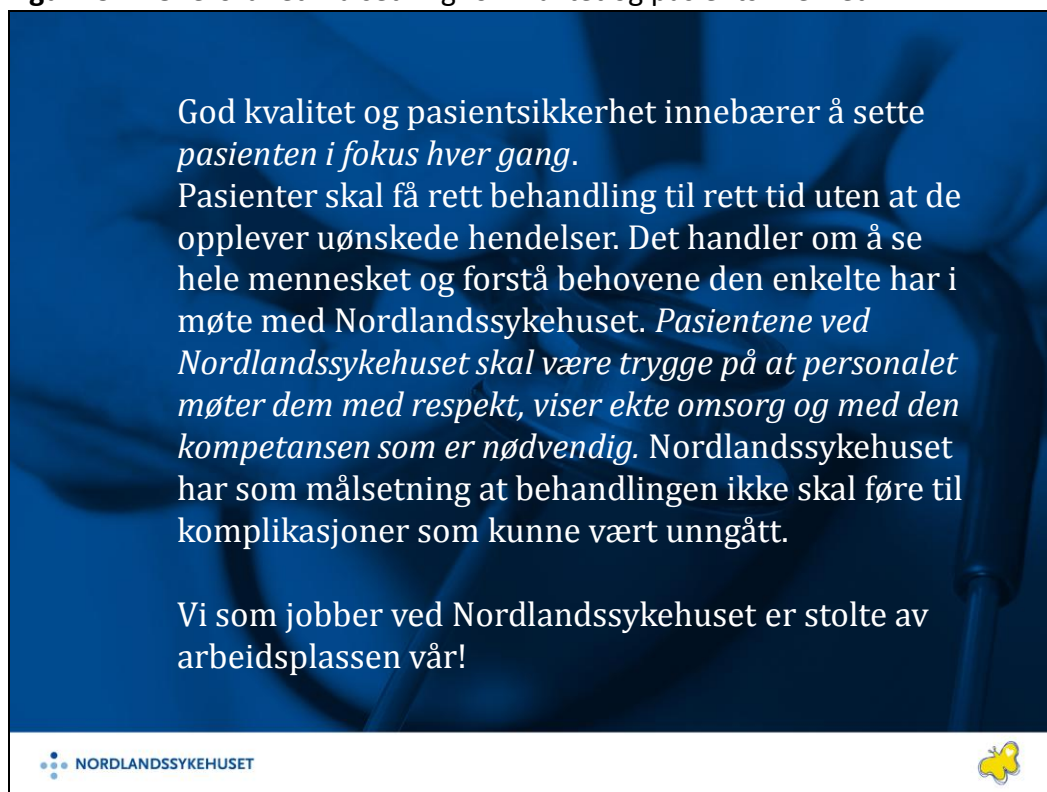
### **Vurdering – Styreopplæring (P)**

Det nåværende styret har gitt uttrykk for at de er tilfredse med måten administrerende direktør underbygger og understøtter styrets kunnskap og involvering i kvalitetsarbeidet i foretaket. I Pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender 24-7." er "Ledelse av pasientsikkerhet" kommet til som et eget innsatsområde der styreinvolvering er et av tiltakene. Styreopplæring er bare en del av denne tiltakspakken. Tiltaket omfatter kompetansebygging og forankring av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet på alle ledelsesnivå i foretakene. I tråd med dette og styrets tidligere beslutninger, arbeides det nå med å sette sammen et nytt opplæringsprogram for det nye styret som oppnevnes senere i år. Det er også tatt initiativ overfor styreleder for på sikt å etablere et underutvalg for kvalitet i styret etter inspirasjon fra foretaksstyrer i USA med stort fokus på kvalitet i egen organisasjon.

## 19 Kvalitets – og pasientsikkerhetsstrategien 2013-17 (Q)



Styret vedtok i mai 2013 ([styresak 41/13](#)) Strategisk plan for kvalitet og pasientsikkerhet 2013 – 2017. Etter styrevedtaket ble det engasjert et kommunikasjonsbyrå for å gi råd om hvordan det kan arbeides med strategien for at den skal få en faktisk betydning for kvalitet og pasientsikkerhet og ikke ende opp som en flott strategi på "glanset papir" uten praktisk betydning. På bakgrunn av de råd som ble gitt ble det høsten 2013 og i januar 2014 gjennomført en mengde fokusgruppeintervjuer med den hensikt å komme opp med spesifikke måltall for hver klinikk og avdelinger/enheter på Nordlandssykehuset HF. I arbeidet kom det frem en stor variasjonsbredde av parametere i de ulike klinikker og enheter. Styret ble presentert resultater så langt, med strategisk plan for kvalitet og pasientsikkerhet i [styresak 3/14](#) Statusrapport om operasjonalisering av foretakets strategi for kvalitet og pasientsikkerhet – klinikkvise parametere (omtalt i kapittel 9). Denne presentasjonen til styret viste at arbeidet med å operasjonalisere strategien slik at den får en praktisk betydning for kvalitet og pasientsikkerhet er en kontinuerlig pågående prosess og hvor ansatte må være en naturlig del av prosessen. Strategien har et overordnet målbilde som vist i figur 19-1. Figur 19-2 – 19-5 viser hele strategien fordelt på de fem hovedområdene: Pasientbehandling, Pasienttilfredshet og brukermedvirkning, Forskning og utdanning og Våre ansatte.

**Figur 19-1.** Overordnet målsetning for kvalitet og pasientsikkerhet



God kvalitet og pasientsikkerhet innebærer å sette *pasienten i fokus hver gang*.  
Pasienter skal få rett behandling til rett tid uten at de opplever uønskede hendelser. Det handler om å se hele mennesket og forstå behovene den enkelte har i møte med Nordlandssykehuset. *Pasientene ved Nordlandssykehuset skal være trygge på at personalet møter dem med respekt, viser ekte omsorg og med den kompetansen som er nødvendig*. Nordlandssykehuset har som målsetning at behandlingen ikke skal føre til komplikasjoner som kunne vært unngått.

Vi som jobber ved Nordlandssykehuset er stolte av arbeidsplassen vår!

 NORDLANDSSYKEHUSET 

Figur 19-2. Pasientbehandling

## Pasientbehandling

"Kunnskap, forståelse og ferdigheter satt i system til pasientens beste"

Hvor er Nordlandssykehuset nå?	Hvor skal Nordlandssykehuset?	Hva skal vi gjøre for å komme dit?
<p>Enkelte av våre klinikker har startet et arbeid med standardiserte og systematiske forløp for noen pasientgrupper.</p> <p>Vår IKT og infrastruktur er tilrettelagt for å bidra til en mer effektiv pasientbehandling.</p>	<p>Alle klinikker skal utvikle og innføre standardiserte pasientforløp for de vanligste pasientgruppene.</p> <p>Elektronisk arbeidsflyt skal sikre god kommunikasjon og informasjonsutveksling.</p>	<p>Vi skal ha koordinatorfunksjon slik det er beskrevet i "Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator".</p> <p>Vi skal gi ansatte tilgang til og opplæring i gode IKT løsninger som understøtter tverrfaglig samarbeid.</p>
<p>Vi har ikke god nok systematikk og effektivitet i våre pasientforløp og samarbeidet internt og med primærhelsetjenesten er ikke godt nok. Dette utgjør en risiko for at pasientskader og uheldige hendelser inntreffer.</p>	<p>Vi skal redusere pasientskader som kan forebygges med 80 % innen utgangen av 2017.</p> <p>Vi skal benytte kvalitetsregistre systematisk i arbeidet med å evaluere og forbedre pasientbehandlingen.</p>	<p>Vi skal innføre og videreutvikle innsatsområdene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen.</p> <p>Vi skal utvikle og innføre fagprosedyrer etter metoden Kunnskapsbasert praksis.</p> <p>Vi skal ta i bruk relevante kvalitetsregistre innen alle fag og bruke opplysninger fra disse registrene systematisk i forbedringsarbeidet.</p>

**"Jeg skal ta ansvar for å sette pasienten i fokus hver gang!"**




Figur 19-3. Pasienttilfredshet og brukermedvirkning

## Pasienttilfredshet og brukermedvirkning

"Forbedringsarbeid – et felles ansvar og til felles nytte"

Hvor er Nordlandssykehuset nå?	Hvor skal Nordlandssykehuset?	Hva skal vi gjøre for å komme dit?
<p>Pasopp undersøkelsen 2011 plasserte Nordlandssykehuset under landsgjennomsnittet for indikatoren "pleiepersonell".</p> <p>Vi har startet et arbeid for å styrke representativ brukermedvirkning.</p>	<p>Vi skal innen utgangen av 2017 plasseres blant de 30% beste foretakene i Pasopp undersøkelsen.</p> <p>Vi skal ha et system for representativ brukermedvirkning som er kjent og entydig.</p>	<p>Vi skal videreutvikle Verdibasert hverdag med fokus på ansatte og kommunikasjon.</p> <p>Vi skal utvikle og gjennomføre prosjektet "Et vennligere sykehus".</p> <p>Vi skal gjennomføre årlige pasienttilfredshetsundersøkelser innenfor alle klinikkene i Nordlandssykehuset.</p> <p>Vi skal utvikle sentral kompetanse på gjennomføring og analyser av brukerundersøkelser.</p>

**"Jeg skal ta ansvar for å sette pasienten i fokus hver gang!"**




Figur 19-4. Forskning og utdanning



Figur 19-5. Våre ansatte

## Våre ansatte

"Vår viktigste ressurs"

Hvor er Nordlandssykehuset nå?	Hvor skal Nordlandssykehuset?	Hva skal vi gjøre for å komme dit?
Vi mangler en overordnet kompetanseplan for kunnskapsutvikling og rekruttering.	Vi skal ha gode planer for å dekke eget kompetansebehov ved å rekruttere og beholde kompetent personell.	Vi skal utarbeide en overordnet kompetanseplan, inkludert IKT systemer, med oversikt over eksisterende og fremtidige behov, samt ønsket kunnskapsutvikling og rekruttering av ansatte.
Vi har vedtatt at bedret pasientsikkerhet og kvalitet skal være et viktig tiltak for å bedre tilbudet til våre pasienter. Det gjenstår mye arbeid før vi har lyktes med dette.	Vi skal videreutvikle en kultur basert på kvalitet, respekt og trygghet i møte med pasienter, pårørende og ansatte. Pasienter og pårørende skal oppleve at de blir hørt og sett. Deres kunnskap og behov skal respekteres og tas hensyn til.  Vi skal ha en kultur preget av åpenhet, der vi lærer av uønskede hendelser og pasientskader, og bruker disse erfaringene i forbedringsarbeidet vårt.	Våre ledere har en viktig rolle og et særlig ansvar for kulturutviklingen i Nordlandssykehuset. Lederrollen skal styrkes ved å etablere et ledernetverk.  Vi skal etablere en kulturenhet i den nye HR avdelingen, som skal arbeide med felles kulturutvikling i Nordlandssykehuset.

**"Jeg skal ta ansvar for å sette pasienten i fokus hver gang!"**

### Vurdering – Strategi for kvalitet og pasientsikkerhet for 2013-2017 (Q)

Det har vært en omfattende prosess med å gi strategi for kvalitet og pasientsikkerhet 2013 – 2017 et innhold og utforming som har en praktisk betydning for arbeidet i Nordlandssykehuset. For at strategien skal få en praktisk betydning er det viktig at det arbeides kontinuerlig i klinikker og avdelinger/enheter med å gi de ulike områdene et innhold som er relevant for de ansatte. Det er klinikkene selv som må gi strategien et innhold. I utviklingen av måleparametere må de ansatte har et forhold til, og muligheten til å påvirke, de målinger som gjennomføres. Det vil derfor være meningsløst å sette kvantifiserbare mål dersom det ikke har vært gjennomført systematiske målinger tidligere. Dette betyr at for mange vil arbeidet i 2014 bestå i å utvikle og gjennomføre målinger for å få en oversikt over hvilket nivå klinikker, enheter og avdelinger ligger på. Deretter vil det være mulig å tallfeste konkrete målsetninger for perioden 2015 – 2017. Dette arbeidet er avgjørende for et "bottum-up" engasjement og for å gjøre satsningen på pasientsikkerhet og kvalitet til en naturlig del av daglig drift.

## 20 Tilsyns – og NPE - saker ved Nordlandssykehuset HF (R)

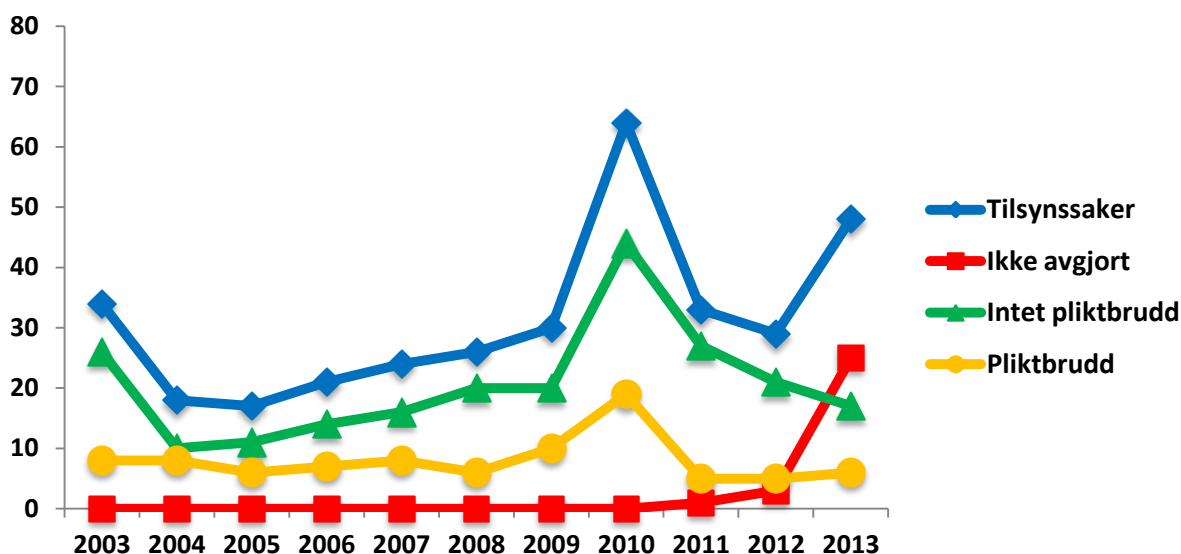
### 20.1 Tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF

Figur 20-1 viser antall tilsynssaker mottatt Nordlandssykehuset HF fra 2003-2013. Det har vært en jevn stigning i antall tilsynssaker, inntil 2010, hvor det ble en kraftig økning (Kreftkirurgisaken). Etter dette har det vært en positiv utvikling, før 2013, med ny relativt kraftig økning. Tabellen viser også hvor mange av klagesakene som har endt med pliktbrudd



for sykehuset. På grunn av små tall, er det vanskelig og konkludere isolert i forhold til tallene.

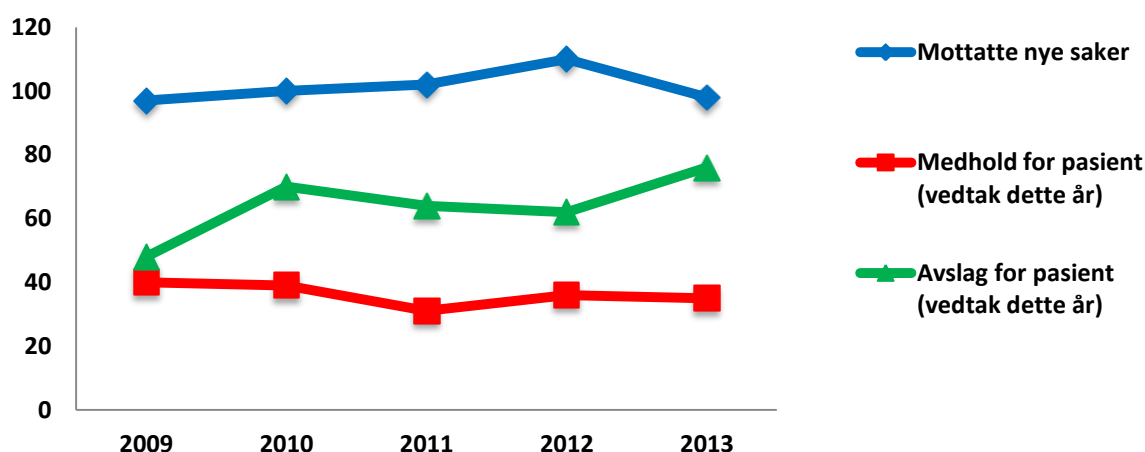
**Figur 20-1.** Trend i antall tilsynssaker ved Nordlandssykehuset HF i perioden 2003-2014.



## 20.2 Saker fra Norsk pasienterstatning (NPE) for Nordlandssykehuset HF

Figur 19-2 viser utviklingen i antall mottatte erstatningskrav pr år via NPE, hvor pasienter krever erstatning fra Nordlandssykehuset HF p behandling eller mangel på behandling har medført en pasientskade. Tabellen viser også utviklingen i henholdsvis medhold og avslag for pasienter, etter at kravene er behandlet i NPE.

**Figur 20-2.** Trend i antall Norsk pasienterstatning (NPE) for Nordlandssykehuset HF



## Vurdering – Tilsynssaker og NPE klager (R)

På grunn av små tall for antall tilsynssaker, er det vanskelig å konkludere noe i forhold til tallene for et enkelt år. Det vises blant annet man pr 10.03.14 bare har mottatt 3

tilsynssaker. Dette skulle tilsi et snitt på ca 15 tilsynssaker for hele 2014, som ville være oppsiktsvekkende lavt. Når det gjelder NPE - saker har det vært en svak økning i antall mottatt krav de senere år, fram til 2013, hvor det ble en nedgang i mottatte krav. På landsbasis har det fra 2009 (3939 krav) til 2013 (5065) vært en økning på omlag 25 prosent, mens det ved Nordlandssykehuset HF for perioden har vært et tilnærmet stabilt antall krav. Dette trekker klart i retning av at Nordlandssykehuset HF har hatt en positiv utvikling, sett i forhold til utviklingen på landsbasis.

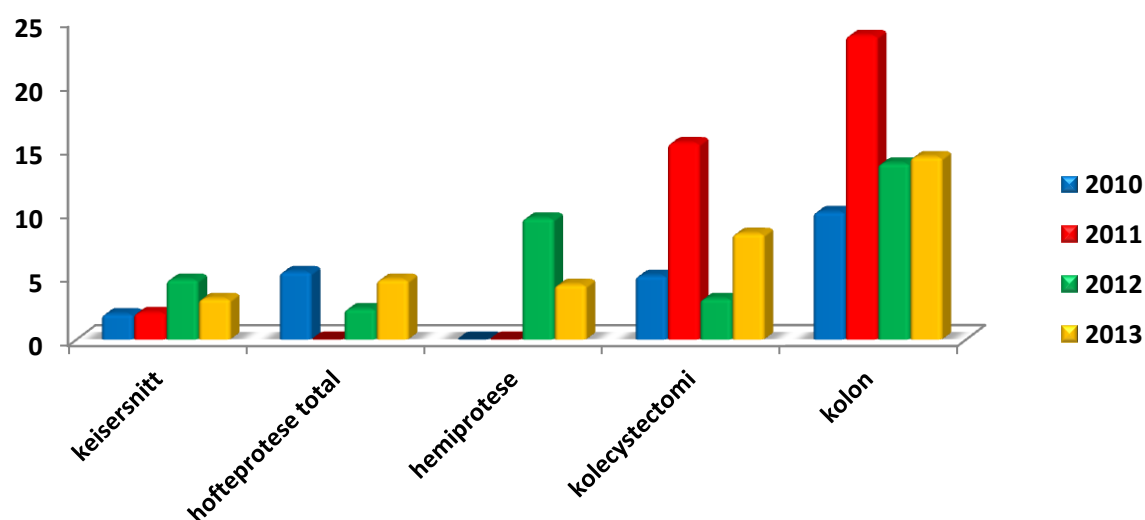
## 21 NOIS register data (S)

Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehjem og spesialisthelsetjenesten (NOIS) er et landsomfattende register som overvåker antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner hos pasienter i sykehus, dagkirurgiske klinikker og sykehjem gjennom systematisk fortløpende eller periodisk innsamling av data. Registreringen gjøres kontinuerlig for følgende operative inngrep:

- Keisersnitt i nedre uterinsegment (KK)
- Innsetting av totalproteser/hemiprotoser i hofteledd (KIRORT)
- Gallelaprascopi/ -laprotomi (KIRORT)
- Colonreseksjoner (KIRORT)

I figur20-1 vises trenden for andelen nye infeksjoner fordelt etter type inngrep i perioden 2010-13 i Bodø. Tall for Lofoten og Vesterålen vises ikke, da de fleste inngrepene utføres sjelden og det derfor blir små tall. Etter keisersnitt og total hofteprotese ligger andelen infeksjoner under 5 %, mens det for kolecystectomi og kolonreseksjoner er en relativt høy andel infeksjoner rundt 10-15 %. Hvis vi ser bort fra en topp i 2011 er tallene relativt stabile.

**Figur 21.1.** Andel nye infeksjoner fordelt på type inngrep, data fra Nordlandssykehuset Bodø 2010-13\*



\*Data for 2012 er fra perioden 1. september til 31. desember og data for 2013 er fra perioden 1. januar til 30. april.

## Vurdering – bruk av NOIS data (S)

Helsetjenesteassosierte infeksjoner er den hyppigste årsaken til pasientskader ved Nordlandssykehuset kartlagt ved GTT – metoden (kapittel 7). Det er metodologiske utfordringer med den nasjonale NOIS registreringen. Først og fremst er det foreløpig vanskelig å få ut relevante rapporter fra DIPS. Det tar videre lang tid før data blir tilgjengelige for foretaksledelsen i en anvendelig form. Det er behov for en ny gjennomgang av rutiner for både NOIS registreringen og prevalensundersøkelsen i vårt foretak. Vi er kjent med at andelen postoperative infeksjoner er høy innenfor kolonkirurgi og hofte hemiprotoser. Helsetjenesteassosierte infeksjoner skal være et fokus for forbedringsarbeid i Nordlandssykehuset i tiden framover. For at dette skal være mulig er det nødvendig med en revisjon av datafangst både for NOIS og prevalensregistrering og rapportering.

## 22 Pasientforløpsarbeid (T)

Systematisk pasientforløpsarbeid var ikke et fokusområde da vi startet satsningen innen kvalitet og pasientsikkerhet i 2010. Myndighetskrav innen kreftbehandling og det store regionale FIKS prosjektet har imidlertid ført til at oppmerksomheten på trygge, effektive og målbare pasientforløp er erkjent i store deler av vår organisasjon. Vi vil her påpeke to veldig forskjellige satsninger på forbedringsarbeid som omfatter pasientforløp i NLSH HF.

### 22.1 80 % av kreftpasienter skal få behandling innen 20 dager

Dette myndighetskravet kom i 2012 og Nordlandssykehuset hadde allerede da relativt gode resultater. Etter dette har det vært en meget målrettet oppmerksomhet for å oppfylle dette kravet fra de berørte avdelingene i Kirurgisk- ortopedisk, medisinsk og diagnostisk klinikk. Dette engasjementet har hele tiden vært et "bottom up" engasjement sprunget ut fra de enkelte fag. Resultatene fra høsten 2013 viser at vi er svært nær å oppfylle myndighetskravet også for lungekreft og tykktarmskreft, i tillegg til at vi har nådd målet for brystkreft. Nordlandssykehuset har de beste resultatene i regionen og er best (tykktarmskreft) eller blant de beste nasjonalt (lunge og bryst). Det er spesiell grunn til å rette oppmerksomheten mot resultatet for lungekreft. NLSH HF har en moderne "best practice" utredning på samme måte som andre norske avdelinger som behandler lungekreft. Det har lenge vært en oppfatning at det vil være vanskelig å nå målet om at 80 % av lungekreftpasientene skal være behandlet innen 20 dager, fordi utredningen krever til dels invasive prosedyrer og at den faktisk er meget tidskrevende. Vårt resultat viser at det er mulig å nærme seg den politiske målsettingen samtidig som det ikke går på bekostning av det som ansees som god faglighet.

**Tabell 22-1.** Andel pasienter behandlet innen 20 dager for perioden mai - september 2013

	NLSH HF	UNN HF	Helse Nord	Nasjonalt gjennomsnitt
Lungekreft	72,4	44,1	52,7	40,8
Brystkreft	85,7	68,9	75,3	58,8
Tykktarmskreft	78,3	30,0	57,3	57,3

Dette pasientforløpsarbeidet er drevet frem av fagmiljøene våre uten en påtvunget metodikk eller tilnærming. Tilnærmingen har først og fremst vært preget av dialog på tvers av avdelinger og klinikker med en felles forståelse av pasientens behov. NLSH HF er stolte over resultatet av dette arbeidet og vi mener at måten det er gjort på kan ha overføringsverdi til andre. Vi deler gjerne.

## *22.2 Nye interne pasientforløp for innflytting i K-fløya*

Dette er et meget omfattende omstillingsprosjekt som berører hele organisasjonen i Bodø. Når vi nå får nye 15000 kvadratmeter er det forventninger både fra eier, RHF, foretaksledelse og det enkelte fagmiljø at vi skal modernisere vår virksomhet. Ressursutnyttelsen skal optimaliseres, plunder og heft skal bort og pasienten skal settes i sentrum. Dette er et krevende omstillingsprogram med et stort antall prosjektgrupper med meget bredt engasjement. Statusbeskrivelsen foreligger og arbeidet med å lage nye modeller er i gang. Det blir utformet 60-70 pasientforløp i forprogramfasen. I 34 delprosjekter er vel 280 ansatte involverte i arbeidet, enten som medlem i prosjektgrupper eller som referansepersoner. Noen er med i flere grupper. Det er videre oppnevnt brukerrepresentanter for 30 delprosjekter. Vi kan ikke legge frem resultater ennå men vil understreke at innsatsen bak dette omstillingsprogrammet strekker vår kapasitet og våre ressurser til sine yttergrenser. Blant annet gjennomfører vi et stort undervisningsprogram i systematisk forbedringsarbeid hvor forelesningene er besøkt av flere hundrede medarbeidere. Det er hentet forelesere fra de mest spennende fagmiljø innen pasientforløp og forbedringsarbeid i Skandinavia. Omstillingsprogrammet er altså meget omfattende, dristig, nyskapende og absolutt nødvendig for at NLSH HF skal kunne fortsette som en slagkraftig institusjon med et bredt tjenestetilbud for befolkningen i hele Nordland fylke. Dette er en helt nødvendig forutsetning for å holde regionen faglig samlet og for å sikre at vår universitetsklinikk i Tromsø sikres den nødvendige tilgang på pasienter til at deres fagmiljø kan trygges og blomstre.

### **Vurdering – pasientforløpsarbeid (T)**

Vi konstaterer med tilfredshet at vårt pasientforløpsarbeid for kreftpasienter gir gode resultat for pasientene. Dette er et arbeid som også omfatter våre samarbeidende sykehus i Nordland fylke. Det er særlig betryggende at dette er et arbeid solid forankret i fagmiljøene. Vi mener at dette arbeidet har overføringsverdi til andre som strever med å nå myndighetskravene.

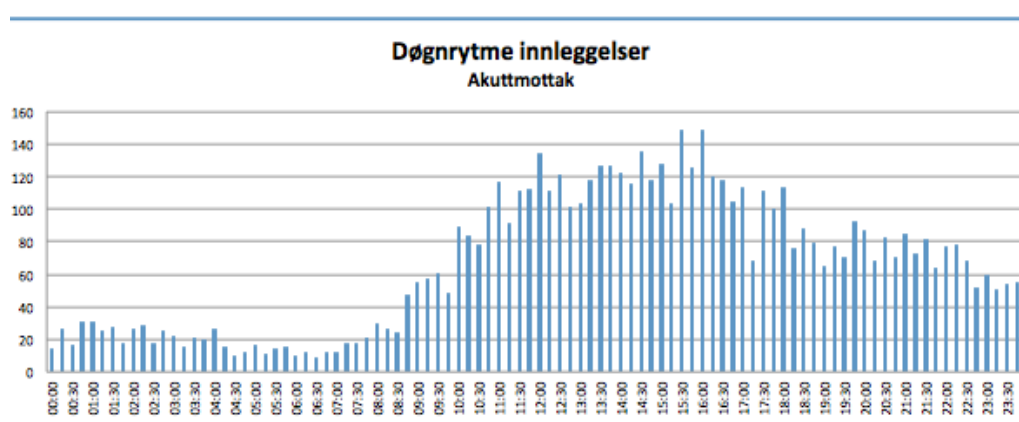
Det store omstillingsprogrammet for innflytting i K - fløya har primært fokus på pasientforløp. Dette er et meget krevende program som strekker våre ressurser til det ytterste. Programmet er imidlertid nødvendig og må lykkes dersom vi skal klare å beholde et bredt tjenestetilbud for folk i Nordland fylke og for at vi skal være den samarbeidspartneren Universitetssykehuset i Nord Norge trenger for å sikre sin universitetsklinikkfunksjon.

## 23 Andre prosjekt med betydning for pasientsikkerheten i perioden (U)

### 23.1 Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTs)

13. mai 2013 tok Nordlandssykehuset i bruk RETTS i Akuttmottaket og ambulansetjenesten i Bodø og Fauske, før man etter hvert inkluderte resten av ambulansesonen i Salten. Nylig hadde vi oppstart av RETTS i Lofoten, og i skrivende stund er vi i gang med opplæring og innføring i Vesterålen. RETTS har vært et stort løft for klinikken, og et svært nødvendig tiltak for å ivareta pasientsikkerheten i til tider hektiske akuttmottak.

**Figur 23-1.** Tallene bak "Døgnrytme innleggelser" hentet fra våre egne RETTS - registreringer



#### Metoden

RETTs er et graderingssystem for hastegrad (triagesystem) utviklet ved Sahlgrenska Universitetssjukhus i Sverige. Verktøyet gir grunnlag for sortering, prioritering og risikoidentifisering av voksne pasienter i Akuttmottak. De viktigste faktorene som påvirker utfall og prognose for den enkelte pasient, er tid til første legetilsyn og tid til behandlingsstart. Ved hjelp av dette verktøyet har vi nå fått en sorteringskompetanse som sørger for at riktig pasient blir prioritert til riktig tid. Fastsettelsen av hastegrad i RETTS bygger på to ting:

- vitalparametre (fri luftvei, respirasjonsfrekvens, oksygenmetning, puls, blodtrykk, og bevissthetsnivå)
- kontaktårsak

#### Hastegrader

RETTs har fire hastegrader, hvor pasientene sorteres til Rød, Oransje, Gul eller Grønn hastegrad. I tillegg finnes en blå kategori for pasienter som ikke trenger triage på grunn av helt enkle problemstillinger som mindre bruddskader etc. I denne kategorien legger vi også barn under 16 år, som ikke skal triageres etter den voksne versjonen av RETTS.

Hastegraden i RETTS utgjør en beslutningsstøtte for hvor lenge det bør gå før pasienten skal tilses av kompetent lege. I tillegg legger den føringer for grad av sykepleiers tilstedeværelse, og hvor i Akuttmottaket pasientene skal tas hånd om. Hastegraden kan også legge til rette for standardisert pasientmottak, prøvetaking og andre undersøkelser.

### Undervisning og implementering.

Prehospital klinikk er stolt av RETTS - prosjektet, og har laget sitt eget undervisningskonsept. Et triage - system omhandler basal akuttmedisin. Vi har hatt fokus på;

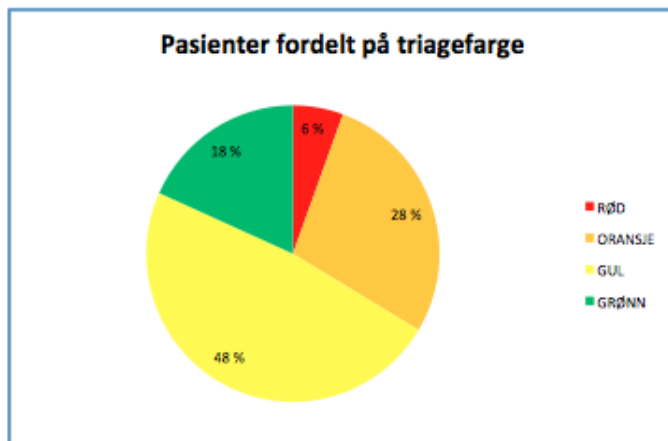
- Måling og observasjon av vitalparametre
- RETTS som triage-verktøy
- Kommunikasjon av hastegrad (håndtering, visualisering, registrering)

Vi har gjennomført kurs for sykepleierne i akuttmottaket, samt ambulansefagarbeiderne i hele Salten. RETTS inngår også som en naturlig del av undervisningen i introduksjonskurset for turnuslegene. I tillegg til å ha innført RETTS på våre egne tre sykehus, har arbeidsgruppa for RETTS vår vært så heldige å få være med å bidra med undervisning i Helgelandssykehuset som også skal innføre systemet.

### Kvalitetsparametre

Da det ikke foreligger gode muligheter for å hente ut virksomhetsdata for Akuttmottaket i DIPS, har klinikken valgt å etterregistrere data fra observasjonskurvene. Vi bestemte oss tidlig for at andel triagerte pasienter skulle monitoreres, og dette har blitt vårt viktigste kvalitetsparameter. Andel triagerte pasienter ligger på 89 % (per 1.2.14). På tross av ambisiøse mål om 100 % andel triagerte pasienter, er klinikken fornøyd med dette. Fordelingen av triagefarge er slik figur 1 viser. Vi har grunn til å tro at den reelle andelen triagerte pasienter er høyere. Dette kan skyldes måten vi registrerer data på.

Figur 23-2. Pasienter fordelt på hastegrad



Vi har i skrivende stund talldata fra over 8000 pasienter. Dette gir oss selvsagt mulighet til interessante dypdykk. For eksempel er vi nysgjerrige på om pasientene som ligger lenge (> 5 timer) har noen fellesnevner.

### Annen viktig innsikt

Registreringen har også gitt oss annen viktig innsikt. Døgnrytmeprofilen vår, som kommer frem i første figur er et resultat av dette. Da vi også registrerer hvilken kontaktårsak pasientene kommer med, kan vi nå si mye om hvilke problemstillinger ø-hjelps pasientene

oftest kommer med. Dette tror vi vil gi nyttige bidrag for å kunne standardisere pasientforløp gjennom akuttmottaket. Dette er et uttalt mål for klinikken i organisasjonsutviklingsprogrammet.

De tre største kontaktårsakene i Akuttmottaket er *magesmerter, brystmerter og infeksjon* (ESS 4,5 og 6). Dette er en vanlig trend også andre steder. Hos oss utgjør også *skade på ekstremitet* (ESS 33 og 34) en stor andel fordi vi har kirurgisk poliklinikk tillagt akuttmottaket på vakttid.

#### **Veien videre med RETTS.**

Helsedirektoratet går langt i å hentyde at triage i norske akuttmottak er kommet for å bli. Det er snarere snakk om å lage en form for *nasjonal standard* på triage - metode. Prehospital klinikk er derfor veldig glad for at vi har kunnet være "på ballen" i denne sammenheng. Triage omhandler basal akuttmedisin, og innføringen har gitt sykepleierne tiltrengt kompetanseheving og faglig identitet.

Enkle grep satt i et fornuftig system kan ha stor innvirkning på kvalitet i helsevesenet. RETTS er et godt eksempel på dette. Observasjonskompetansen og fokuset på vitalparametre kan med fordel utvikles også i observasjonsenheten og i sengepost. Til dette finnes spennende verktøy som MEWS (moderated early warning score), som vi opplever er en naturlig forlengelse av RETTS -prosjektet.



## 23.2 Prosjekt slagalarm

### Bakgrunn for prosjektet

Det dør to millioner hjerneceller hvert minutt ved ischemisk hjerneslag. Det er viktig at det arbeides raskt i alle ledd fra prehospitalt og ved AMK til alle de involverte avdelinger på sykehuset som akuttmottak, laboratoriet, røntgenavdelingen og nevrologisk avdeling. Trombolysebehandling ved hjerneslag tilbys pasienter med akutt hjerneinfarkt og hvis behandling kan gis innen 4,5 time etter symptomdebut. Door-to-needle time (DNT) er tiden fra pasienten ankommer sykehuset til trombolysebehandling igangsettes. Denne tiden kan vi ansatte på NLSH Bodø påvirke. Vi startet derfor **"Prosjekt slagalarm"** i juni 2013. Ved prosjektets start satt vi som prosessmål at 80 % av trombolysepasienter skal ha door-to-needle time under 30 minutter.

### Det begynte med en prosedyre – og ble til et prosjekt

Nevrologisk avdeling planla en ny prosedyre blant annet med tanke på å starte trombolysebehandlingen på CT - laben. I stedet for at vi utarbeidet en prosedyre som vi deretter delte ut til klinikkene opprettet vi **"Prosjekt slagalarm"** ledet av LIS - lege Ida Bakke. Prosjektleder Ida Bakke har fått mulighet til å delta i det skandinaviske utdanningsprogrammet "Nordisk opplæringsprogram for forbedringsarbeid" og arbeidsmetoden for prosjektet har tatt utgangspunkt i teori fra "System of Profound Knowledge"

**Bilde 23-1.** Team slagalarm, opprettet i september 2013



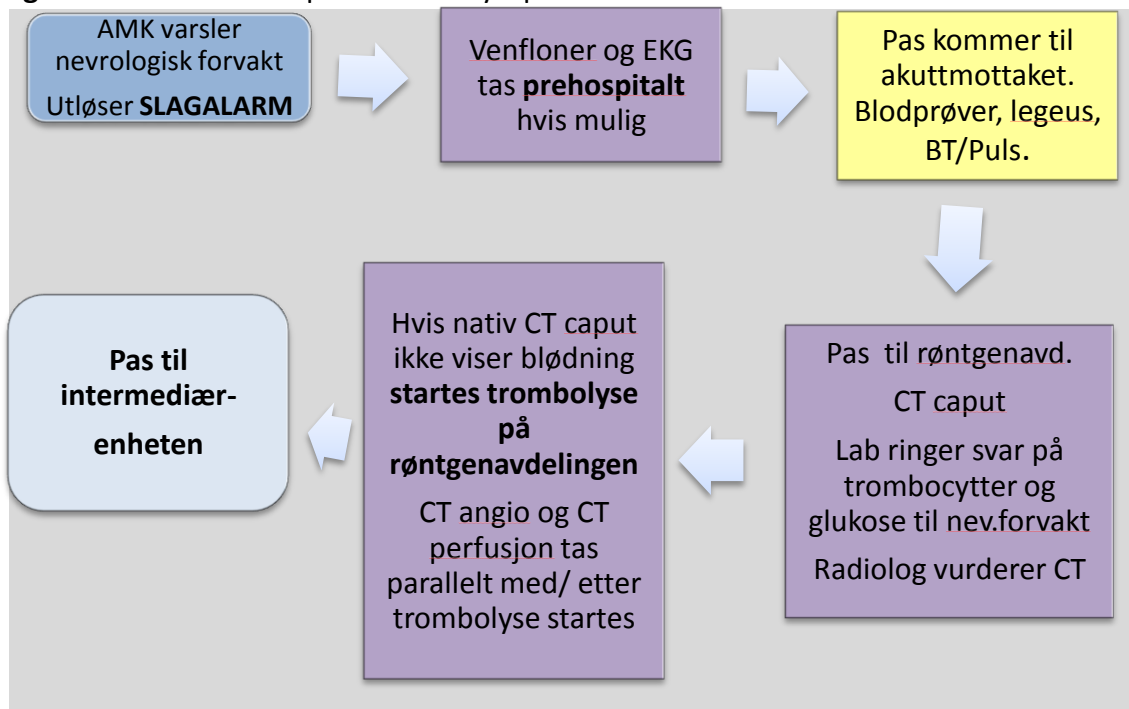
TEAM SLAGALARM: Kristoffer Jakobsen (sykepleier akuttmottak), Gunhild G. Enget (sykepleier AMK), Jeanette Andersen (radiograf radiologisk avdeling), Ida Bakke (Prosjektleder/LIS nev.avd). Renate Linchausen (sykepleier nev.avd) var ikke tilstede da bildet ble tatt.

Det som er unikt med prosjektet er at vi arbeider tverrfaglig og på tvers av klinikker. På denne måten har vi lyktes å nå ut til alle avdelingene. Samtidig oppnår vi mer respekt for hverandres fagområder og utfordringer. For eksempel viste det seg at radiografene hadde to

ulike protokoller ved trombolyse noe som gjorde det uklart hvilken som skal tas. Dette var noe neurologisk forvakt ikke kjente til ved rekvirering av ø-hjelps undersøkelse. Sykepleiere i akuttmottak og prehospitalt personale var usikker på hvilken størrelse venefloner skulle ha. Vi hørte også om usikkerhet blant sykepleierne på neurologisk avdeling om doseringer og praktisk bruk av Actilyse (trombolyse). Uklare oppgaver gjør det mer stressende i en akuttsituasjon. I prosedyren har vi tenkt på små detaljer og det fremkommer tydeligere hvem som har ansvar for hva ved mottak av pasienter.

Vi opplever at avdelingene har mer eierskap til en prosedyre de har vært med å utforme ned til minste detalj. Figur 1 viser pasientforløp slik det er etter den nye prosedyren er innført. Team slagalarm har gått igjennom alle ledd pasientforløpet for å finne tidsbesparende faktorer. Noen av endringene vi har innført er slagalarm (trombolysealarm) som utløses av AMK, trombolysescalling og trombolyseskoffert til sykepleier ved neurologisk avd., infusjonsstativ til trombolyse på røntgenavdeling og at trombolysebehandlingen startes på røntgenavdelingen.

**Figur 23-3.** Pasientforløp for trombolysepasienter



For å gjøre prosedyren synlig hadde vi "Prosedyre Kick-off" samme dag som prosedyren ble utgitt i Docmap. Denne dagen delte vi ut 150 lommeformater med prosedyre slagalarm, klementiner og twist. Vi arrangerte samme dag quiz for de ansatte om hjerneslag med premiering til 4 vinnere som fikk en kinobillett hver. Det var en sak på Pulsen om prosjekt slagalarm på "Kick-off dagen". Vi har presentert resultater på e - post, på kvalitetstavler, på morgenmøter og på internundervisning.

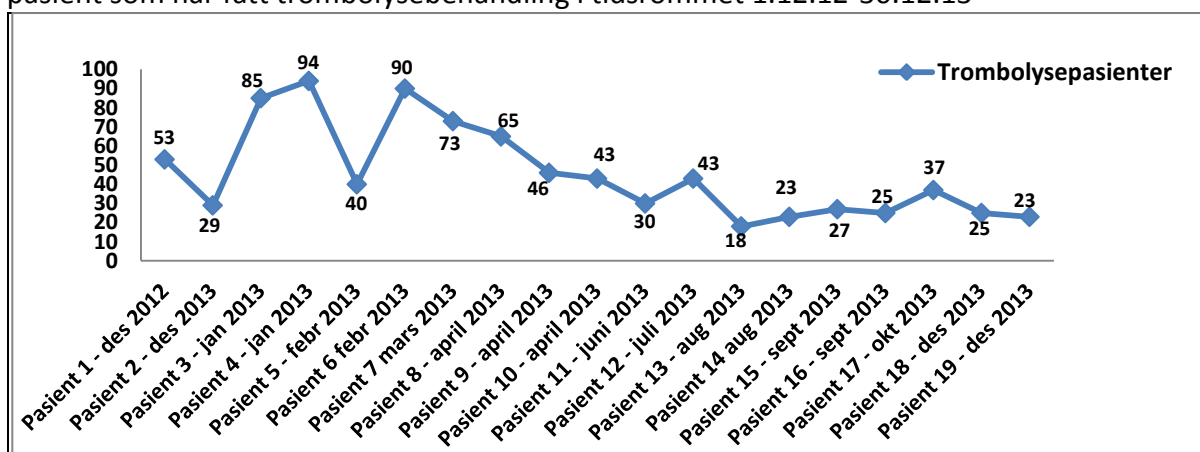
### Resultater

Siden vi startet med å gi trombolyse på CT - laben i august har vi hatt en klar resultatforbedring. Det er fra august 2013 til desember 2013 gitt 6 trombolysen på under 30

minutter og en på 37 minutter, det vil si at 86 % av trombolysebehandlingene er gitt på under 30 minutter i denne perioden.

Pasientene får nå raskere trombolysebehandling. Vi har etablert en skriftlig prosedyre som beskriver de enkeltes arbeidsoppgaver ved mottak av trombolyssekandidater. Denne er utgitt i Docmap og i tillegg trykket på plakater og i lommeformater.

**Figur 23-4.** Seriediagram hvor hvert enkelt punkt viser "door-to-needle" time for en enkelt pasient som har fått trombolysebehandling i tidsrommet 1.12.12-30.12.13



Ikke alle resultater kan måles i tall. Men vi vil påstå at vi opplever et bedre samarbeid og klima mellom avdelingene og har bedre forståelse av hverandres oppgaver. Vi ser økt engasjement fra de andre klinikkene for slagpasientene. Sykepleierne i mottaket er fokuserte og prioriterer trombolyssekandidater til umiddelbart pasientmottak ved ankomst sykehuset og de etterspør hvordan det har gått med pasientene etter trombolyse. Røntgenavdelingen fører opp hver enkelt trombolysedepasient i egen bok med kommentarer til egen innsats.

### Videre plan

Hovedmålet videre er å sikre at slagpasientene fortsatt får rask og riktig behandling. Vi har fra januar 2014 endret prosessmålet fra 80 % til at 90 % av pasienter skal ha DTN under 30 minutter og vi vil fortsatt ha fokus på resultater. Videre ønsker vi å arbeide prehospitalt med prosjekt slagalarm. AMK går igjennom sine sjekklister for hjerneslagpasienter og vi planlegger et møte i februar med fagansvarlig for ambulansetjenesten. I mottaket har vi startet jobb med å få varlingsknapp for slagalarm på samme måte som det er for traumealarm.

I forbindelse med prosjektet har røntgenavdelingen tatt initiativ til å se på mulighet for å tilby trombolysebehandling til pasienter som våkner med slagsymptomer (wake-up stroke). Dette er et tilbud som praktiseres på noen andre norske sykehus. Røntgenavdelingen legger da til rette for at vi får tilgang på utvidet billediagnostikk akutt som for eksempel ø-hjelps MR. Prosedyren "wake-up stroke" er nå på høring i Docmap.

Vi håper at prosjekt slagalarm kan videreutvikles og gi et enda bedre samarbeid også preshospitalt. I tillegg har vi fått en brukerepresentant som stiller til brukerintervju. Vi har planlagt lokal folkeopplysning med "stands" under hjerneuka i uke 11. Vi har allerede vært i

kontakt med medisinske sengeposter i Vesterålen og Lofoten vedrørende oppdaterte kriterier for seleksjon av trombolysedikandidater. Modellen med et tverrfaglig team som består av klinikere kan brukes til andre liknende prosjekter i Nordlandssykehuset.

**Vurdering – andre prosjekt med betydning for pasientsikkerhet i perioden (U)**

Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTTS), og prosjekt slagalarm er to gode eksempler på kvalitetsforbedrende tiltak som setter pasienten i fokus. Disse tiltakene er tatt med i oppsummeringen for å vise at Nordlandssykehuset har engasjerte medarbeidere som uavhengig av føringer fra myndigheter, styret eller foretaksledelse får til å sette i gang med gode tiltak som fremmer pasientsikkerhet og kvalitet. Det er ønskelig med flere tiltak av denne typen, og den videre satsningen på pasientsikkerhet og kvalitet er med på å muliggjøre dette.