



Styresak 059-2016

Nordlandssykehusets dashbord for pasientsikkerhet og kvalitet

Saksbehandler: Benedikte Dyrhaug Stoknes, Hilde Normann, Børre Johnsen
Dato dok: 06.06.2016
Møtedato: 13.06.2016
Vår ref: 2016/110

Vedlegg (trykt): Dashbordet for mai 2016
Rapporteringsskjema for spredning, NLSH HF

Vedl. (ikke trykt): Styresak 53-2015 Nordlandssykehusets Dashbord for pasientsikkerhet og kvalitet – mai 2015/ [protokoll](#)
[Styresak 107-2015](#) Nordlandssykehusets Dashbord for pasientsikkerhet og kvalitet pr nov 2015

Innstilling til vedtak:

Styret tar dashbordet for mai 2016 til orientering

Bakgrunn:

Dashbordet er ment å være en kort oversikt over viktige og aktuelle parametere knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet. Dashbordet skal være så intuitivt som mulig og gi en forståelig presentasjon av aktuelle parametere. Det skal både gi et øyeblikksbilde, men også vise utvikling og trender. Det er et mål at Dashbordet skal være dynamisk over tid, og at data som presenteres er tilpasset gjeldende satsningsområder i foretaket.

Dashbordet for juni 2016 presenterer resultater fra kartleggingen av pasientskader for 2015 på foretaksnivå. I tillegg presenteres utfordringer og framdrift for innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet i Nordlandssykehuset. Det gis også en kort framstilling om utfordringer knyttet til smittevern.

Direktørens vurdering:

Direktøren er svært tilfreds med at den positive trenden med nedgang i pasientskader fortsetter for NLSH HF. Den kollektive innsatsen i forhold til pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring gir målbare – og imponerende resultater. Styret satte ambisiøse mål på vegne av foretaket. Likevel ser det ut som at målet er nådd etter bare to år på to av tre parametre, og trenden er entydig. Færre pasienter opplever pasientskader som følge av sitt møte med Nordlandssykehuset. Samtidig bør vi ha en viss mengde is i magen, og se om resultatene holder seg også ved neste korsvei. Foreløpig jobbes det godt med pasientsikkerhet i NLSH HF.

GTT har blitt et viktig verktøy for å monitorenne skadefrekvens og alvorlighetsgrad i NLSH. Tallene som presenteres i dashbordet er resultatet av et langsiktig arbeid lagt ned av sykepleiere og leger i den enkelte klinikk gjennom hele året. Direktøren vil berømme GTT-teamenes arbeid, særlig fordi tekniske problemer, bl.a. knyttet til verktøyet som henter triggere automatisk fra den elektroniske pasientjournalen (ASJ), har gitt betydelige forsinkelser i analysearbeidet for 2015.

Det er gledelig at vi nå ser en nedgang i helsetjenesteassosierte infeksjoner, i tråd med målsetningen til Helse Nord RHF/NLSH HF. Direktøren forstår at dette kan tilskrives både innføring av blant annet tiltakspakken for UVI, og at enhetene nå er oppmerksomme på å fjerne kateter så snart indikasjonen opphører. Et vedvarende fokus på de ulike innsatsområdene med etterlevelse av tiltakspakkene, kontinuerlige målinger og et engasjement på de ulike ledernivåene for å etterspørre resultater er nødvendig dersom NLSH skal bevare den positive trenden.

Innføringen av tiltakspakkene er fremdeles en grunnstein i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet i NLSH HF. Tiltakspakkene favner mange aktuelle områder, og gir også erfaring og kunnskap om forbedringsarbeid som også kan benyttes i andre sammenhenger. Direktøren er tilfreds med at arbeidet med revisjon av spredningsplanen er i gang, og imøteser behandlingen av revidert utkast hos direktøren i ledergruppa.

Saksfremlegg:

Kort om GTT metoden og målsetninger for NLSH:

Global Trigger Tool (GTT) er en metode for å avdekke og overvåke forekomsten av pasientskader som følge av medisinsk behandling og pleie. Metoden baserer seg på en strukturert gjennomgang av et utvalg tilfeldig utplukkede pasientjournaler fra utskrivelser i en periode. Ved Nordlandssykehuset undersøkes årlig totalt 1680 pasientopphold, fordelt på 240 opphold hver for hhv klinikkene HBEV, MED, KBARN, KIRORT, samt lokalisasjonene Lofoten og Vesterålen. Den første analysen ble gjort på data fra 2010, og disse resultatene brukes som baseline.

Internasjonal forskning anslår at ca. halvparten av pasientskadene som avdekkes med GTT kunne vært unngått¹. Styret har tidligere vedtatt at NLSH HF skal redusere unngåelige skader med 70 %². Resultatene fremstilles i dashbordet som «skader per 1000 liggedøgn» (figur 1), «skader per 100 opphold» (figur 2) og «andel opphold med skader» (figur 3). For hver av målingene som framstilles i dashbordet er målene definert slik

- Ikke mer enn 26 pasientskader per 1000 liggedøgn (baseline 40)
- Ikke mer enn 17 pasientskader per 100 opphold (baseline 27)
- Ikke mer enn 13 % av oppholdene har en eller flere pasientskader (baseline 21%)

GTT har en 5 punkts skala for gradering av alvorlighetsgrad for skaden, hvor E er minst alvorlig og I er mest alvorlig skade hvor skaden har ført til at pasienten døde:

- E- skader (forbigående skade)
- F-skader (forbigående skade som fører til forlenget liggetid på sykehus)
- G-skader (pasienten fikk varige men)
- H-skader (livreddende behandling var nødvendig)
- I-skader (pasienten døde)

Resultater etter kartlegging av pasientskader med Global Trigger Tool (GTT) i 2015³

I 2015 (2014-tall i parentes) ble det identifisert totalt 231 (311) skader på 8208 (9002) undersøkte liggedøgn. Dette tilsvarer 28 (35) skader per 1000 liggedøgn og 14 (19) skader per 100 opphold. I 11 % (15 %) av oppholdene finner teamene minst én skade. I perioden 2010-2015 er det en nedgang i skadeantall for alle parametere. NLSH har i skrivende stund nådd målene for 2 av 3 målparametere knyttet til antall pasientskader. Nedgangen synes svakest målt i antall skader per 1000 liggedøgn. Årsaken til at nedgangen er større når man beregner skader per opphold og andel opphold med skade kan være at:

- Færre opphold har pasientskade(r)
- Opphold med mer enn én skade, har færre skader enn tidligere
- Gjennomsnittlig antall liggedøgn per opphold går ned (dvs 1000 liggedøgn innbefatter flere opphold enn tidligere, data ikke vist i dashbord)

Av totalt 23 ulike skadetyper, utgjør de 13 hyppigst forekommende skadene fremdeles over 90 % av det totale skadeantallet i 2015 (figur 4). Legemiddelskader var i 2015 den vanligste skaden. Den relative andelen legemiddelskader har økt fra 5,8 % i 2014 til 12,7 % i 2015, mens andelen UVI har minket fra 15,4 % i 2014 til 11,8 % i 2015. Også for allergi har den relative andelen pasientskader økt (fra 2,9 % i 2014 til 6,1 % i 2015). Motsatt utvikling ser vi for trykksår (7,1 % i 2014 vs. 3,9 i 2015 %) og reoperasjon (4,8 % i 2014 vs. 2,2 i 2015 %). For andre skadetyper ser vi kun små forskjeller fra 2014 til 2015.

¹ Se f.eks

<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/L%C3%A6r+om+programmet/attachment/821?ts=135855d117c> s 2

²Styresak 4-2014 Resultater fra Global Trigger Tool analysen (GTT) 1 halvår 2013 - protokoll

³ For en nærmere beskrivelse av GTT-metoden, se f.eks.:

<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/M%C3%A5linger/Artikler/attachment/671?ts=134f0f214ca>

Det er fortsatt nedgang i andel skader som har oppstått innenfor den avdelingen/fagområdet som undersøker oppholdet, eller innenfor samme lokalisasjon/foretak (figur 5). Merk at klassifiseringen «inntruffet utenfor avdeling og/eller lokalisasjon» også innbefatter skader som har oppstått mens pasienten ble behandlet innenfor et annet fagområde og/eller sykehus internt i Nordlandssykehuset HF. Andel skader som inntreffer **utenfor spesialisthelsetjenesten** økte fram til 2014 (18 %) og andelen var lik i 2015.

Figur 6 viser utviklingen over tid på et utvalgt skader knyttet til tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet. Det er foreløpig kun for UVI vi ser en tydelig samlet nedgang for perioden 2010-2015. Men fra 2014 til 2015 har det vært en reduksjon i den totale andelen helseassosierte infeksjoner fra 42 % til 35 %. Dette er blant annet knyttet til nedgangen i antall registrerte UVI.

Når det gjelder fordeling av pasientskader etter alvorlighetsgrad er det endringer fra 2014 (figur 7). Andelen E- skader (*forbigående skade*) er redusert. E-skader utgjør 48 % av skadene i 2015 mot 57 % i 2013. Andel F-skader (*forbigående skade som fører til forlenget liggetid på sykehus*) har tilsvarende økt fra 34 % i 2014 til 43 % i 2015. Siden dette er andelstall, skyldes det først og fremst at reduksjonen i E-skader er større enn reduksjonen F-skader⁴.

De alvorligste skadene utgjør samlet mellom 6-9 % av alle pasientskadene i 2011-2015. Andelen I-skader har økt fra 1 % til 2 %. De absolutte tallene er stabile, og viser at ca. 5 pasienter hvert år opplever en pasientskade som bidrar til, eller forårsaker, dødelig utgang (anslått antall pasienter med I-skade har variert mellom 5-7 i perioden 2010-15). Med nedgangen i det absolutte skadeantallet kunne man forventet en tilsvarende nedgang for I-skader. Nivået for I skader har vært relativt stabilt over flere år og det kan se ut som at tiltakene vi har iverksatt så langt ikke påvirker de alvorligste pasientskadene⁵.

2015 er det 6. året NLSH har gjennomgått skadetall målt med GTT, og tendensen har gjennom hele perioden vært den samme; det totale antallet skader går ned, og skadesammensetningen er relativt stabil.

At den totale andelen helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) faller, og spesielt at andelen UVI er redusert, er også i samsvar med resultater fra prevalensundersøkelsen⁶. Pasientskader er et komplekst fenomen som kan måles på ulike måter. Dersom flere målinger gir tilsvarende resultat, øker sannsynligheten for at resultatet gjenspeiler en reell trend. Der vi ikke har sammenlignbare målinger, og der tallene er små, kan det ta lengre tid før vi med rimelig sikkerhet kan si at endringer i GTT-tallene er uttrykk for en reell endring i pasientskadeomfanget på foretaksnivå⁷. Derimot kan en nedgang i noen skadetyper også anses som delvis måloppnåelse, selv om skaderaten totalt sett ikke har endret seg. Premisset er at endringen kan forklares ut fra konkrete tiltak mot de aktuelle skadetyperne i perioden. Nedgangen i andelen trykksårskader kan være en slik skade, der langvarig arbeid for å screene og forebygge trykksår hos risikopasienter kan ha hatt effekt på tallene for 2015.

Nordlandssykehuset er ennå ikke i mål med innføringen av tiltakspakkene fra det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. Vi tror at tiltakene over tid vil bidra til å redusere antall pasientskader innenfor aktuelle områder. Det forventes at effekt av tiltakene vil kunne vises på pasientskadestatistikken i løpet av 2015-16. Men det forutsetter at pasientene får de riktige tiltakene, utført på riktig måte. Lokale prosessmålinger som gjøres på enhetsnivå som en del av

⁴ De absolutte tallene viser en reduksjon av E-skader fra 179 til 109, mens F-skadene er redusert fra 107 til 97

⁵ «50 siste dødsfall» kan gi detaljerte data spesielt om pasientforløp med dødelig utfall, se f.eks styresak [88-2014](#)

⁶ Se eget punkt om prevalensundersøkelsen senere i styresaken.

⁷ Shojana KG et al. Trends in adverse events- why are we not improving? BMJ Qual Saf 2013;22:273-277

tiltaksprogrammene (f. eks telling av antall trykksår, antall screening for fallrisiko etc.) vil raskere kunne vise resultater og gi bedre veiledning på klinisk nivå på om tiltaket har ønsket effekt.

Prevalensundersøkelsen⁸, resultater fra 2 kvartal

Folkehelseinstituttet følger utviklingen av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) i helseinstitusjoner gjennom bl.a. prevalensundersøkelser. I disse undersøkelsene beregnes andelen pasienter med en helsetjenesteassosiert infeksjon på én utvalgt dag. Dette gjøres 4 ganger i året. Undersøkelsen for 2 kvartal ble gjennomført 11 mai 2016. Dashbordet viser data fra foretaksnivået (figur 9), og for NLSH Bodø (figur 10). Innleveringsfristen for data fra undersøkelsen er 1 juni. Derfor er det kun resultater fra Bodø som er klare til styremøtet samme måned⁹.

Det har i mange år vært utfordringer knyttet til registreringspraksis for infeksjonstall i NLSH, noe som har gjort at resultatene fra målingene har vært usikre. NLSH har tradisjonelt rapportert svært høye infeksjonstall, uten at tallene nødvendigvis avspeilet virkeligheten. Det har også vært store svingninger i tallene fra måling til måling, noe som også kan være et uttrykk for at registreringspraksis har vært for tilfeldig i den enkelte klinikk. Vi ser nå at svingningene i tallene er mindre for de siste målepunktene. Noe variasjon må man likevel regne med, da tilfeldige endringer i pasientgruppen (f.eks. økt andel gastrokirurgiske operasjoner) vil gi relativt økt risiko for infeksjoner.

Tallene for andre kvartal viser et gledelig lavt resultat for den totale andelen registrerte infeksjoner (sort linje). Seksjon for smittevern opplever at de siste årene har både kunnskap om praktisk smittevern og registrering av tiltak, risiko og resultater har fått større fokus. Internrevisjoner seksjon for smittevern gjør på den enkelte sengepost viser at infeksjonsforebyggende tiltak kommer stadig mer på plass. For eksempel mener seksjonen å se en bedring i etterfølgelsen av retningslinjene for arbeidsantrekk og overholdelse av forbudet mot ringer og klokker. I tillegg ser vi framgang i etterlevelsen av håndhygiene, selv om det her fremdeles er forbedringspotensial. Blant annet er det fremdeles for mange ansatte som ikke har tatt det obligatoriske e-læringskurset i håndhygiene.

Smittevernvisitter¹⁰ er et relativt nytt tiltak i NLSH HF. Seksjon for smittevern har tro på at dette kan bidra til å øke bevisstheten rundt basale smittevernrutiner og lokale smittevernutfordringer. Så snart slike visitter er gjennomført i noe større omfang enn pr d.d., ønsker seksjon for smittevern å fremstille data også fra smittevernvisittene. Slike tall kan være hjelp i analysen av hvor skoen trykker mest lokalt, og hvor det er aller viktigst å få satt inn tiltak.

Status for arbeidet med tiltaksprogrammene i Pasientsikkerhetsprogrammet¹¹

Pasientsikkerhetsprogrammet er bygget opp rundt definerte innsatsområder der risikoen for pasientskader er kjent og betydelig, forbedringspotensialet er stort, og man vet det eksisterer virksomme tiltak. Programmet består av tiltakspakker, med formål å forebygge risiko og/eller sikre kvalitet i behandlingen på innsatsområdene. Nordlandssykehuset er omfattet av 10 av tiltakspakkene, og pakkene skal innføres i «alle relevante enheter» i hvert foretak. I tillegg omfatter spredningskartet fra og med dette dashbordet også framdriften for ProAct/PedSafe. Dette er verktøy som styret tidligere har vedtatt innført i foretaket¹², og som også samsvarer med den kommende tiltakspakken «tidlig oppdagelse av forverret tilstand». NEWS og PEVS er skåringsverktøyene som brukes i hhv ProACT og PedSafe.

⁸ Se Folkehelseinstituttet, <http://www.fhi.no/artikler/?id=63093>

⁹ NLSH Lofoten og NLSH Vesterålen er registreringene nesten ferdige, men i skrivende stund ikke fullstendige. Vi anslår at tilgjengelige tall er tilstrekkelig til å gi et bilde på foretaksnivå, men manglende data vil gi for stor usikkerhet for en evt framstilling på sykehusnivå for Lofoten og Vesterålen.

¹⁰ For mer informasjon, se f.eks <http://intranett.nordlandssykehuset.no/forsiden/starter-opp-med-smittevernvisitter-article133809-736.html> eller DocMap <PR 332286> Smittevernvisitt UNN HF (intranett)

¹¹ Se www.pasientsikkerhetsprogrammet.no

¹² Se styresak 88-2014 Analyse av 50 siste dødsfall ved Nordlandssykehuset 2013

Pakkene rulles ut etter en spredningsplan som er vedtatt av direktøren i ledergruppa¹³. Pakkene innføres i linja, mens Seksjon for pasientsikkerhet veileder og tilrettelegger ved behov. Behovet for å revidere spredningsplanen har over tid blitt tydelig. utfordringene er knyttet til konkretisering av svar på to vesentlige spørsmål:

1. Hva er en «relevant enhet»?
2. Hva er kriteriene for når en tiltakspakke er «innført»?

Den opprinnelige spredningsplanen ble laget før man hadde oversikt over hvilke praktiske konsekvenser innføringen ville få generelt, og ikke minst hvordan tiltakene lot seg innpasse i den enkelte enhets drift. Både på nasjonalt og lokalt hold har innføringen av tiltakspakkene vært preget av at veien har blitt til mens man går. En liknende innføring har ikke tidligere vært gjort i Norge, og både tiltakspakkens innhold, samt balansen mellom standardisering og lokal tilpasning, blir stadig justert. Seksjon for pasientsikkerhet er i kontinuerlig dialog med pasientsikkerhetsprogrammet for å avklare spørsmål knyttet til hvordan tiltakene skal forstås. Pasientsikkerhetsprogrammet er på sin side avhengig av dialogen med helseforetakene for å kunne tilpasse krav og tiltak til den praktiske hverdagen.

Spørsmålet om relevans er knyttet til nytteeffekten av summen av alle obligatoriske tiltak i pakkene, gitt enhetens pasientsammensetning og behandlingstilbud. Siden målinger inngår som obligatorisk krav i alle pakkene, må forekomsten av det som måles være stor nok til at måltallene gir data som er relevant i enhetens forbedringsarbeid. F.eks. bør en enhet ha et visst antall kateterdøgn i løpet av en gitt periode, før det gir verdi å måle antall kateterassosierte UVI. Noen av enhetene som er røde på dagens spredningskart (figur 11) har så få kateterdøgn at de vil bli tatt ut ved neste revisjon. Denne grensen må nødvendigvis settes på pragmatisk grunnlag. Det betyr ikke at enheter som bare unntaksvis har pasienter med kateter, ikke også skal følge klinikkovergripende prosedyrer for innleggelse, eller ved behov iverksette tiltak for å unngå urinveisinfeksjoner. Men de vil ikke måles jevnlig på gjennomføringen av alle obligatoriske tiltak, slik enheter omfattet av spredningsplanen blir.

Spørsmålet om når en pakke er «innført» dreier seg om å konkretisere minimumskrav for innføring som kan være gjeldende for mange ulike virksomhetsområder. Dette, sammen med at det til syvende og sist er opp til den enkelte enhetsleder å rapportere om hvor hun synes enheten står, gir usikkerhet til aggregerte spredningsdata. I tillegg er tiltakspakkene under stadig revisjon, slik at kravene kan endre seg underveis. Dette fører til utfordringer både for enhetene, og for foretaket. Vi vet at tilsvarende problemstillinger er aktuelle også for andre helseforetak, og vi har tatt initiativ til et regionalt samarbeid om et felles utgangspunkt for hvordan «innført» skal defineres.

Dagens spredningskart er basert på rapportering med en versjon av det vi håper etter hvert skal bli et tydeligere og enklere system for monitorering og rapportering for tiltakspakkene¹⁴. Skjema er sendt til alle relevante enheter omfattet av gammel spredningsplan, og har form som en «selvangivelse». Kravene i selvangivelsen er basert på kravene i tiltakspakken, men det er også mulighet for å legge inn lokale krav og fortolkninger. I utgangspunktet gir alle punkter avkrysset grønn farge, ingen kryss rød farge, og noen kryss gul farge. Kravet om at «målinger har vært brukt aktivt til å justere forbedringsarbeid» er lagt inn fordi det nasjonalt jobbes med å gjøre det til et felles krav for alle tiltakspakkene. Men kryss i denne ruta har i dette dashbordet ikke vært avgjørende for grønn markering, da kravet ikke ennå er gjeldende.

¹³ ProAct/PedSafe er ikke omfattet av den opprinnelige spredningsplanen. Spredning her er bestemt av seksjon for pasientsikkerhet i samarbeid med den enkelte klinikk.

¹⁴ Med unntak av ProAct/Ped Safe der prosjektleder har vurdert gjennomføring pr enhet og satt fargekoder.

2016

Dashbord – Kvalitet og pasientsikkerhet Nordlandssykehuset HF

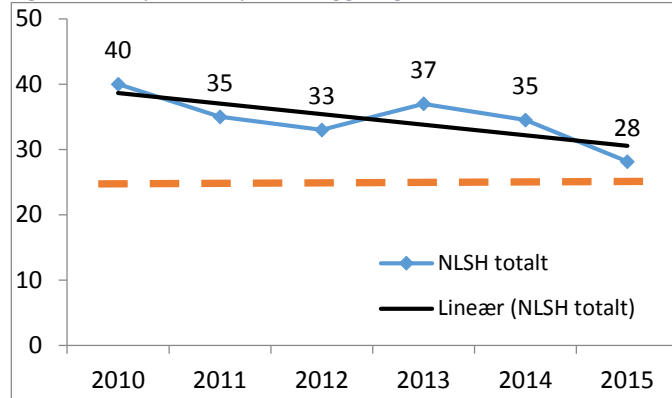


Seksjon for pasientsikkerhet

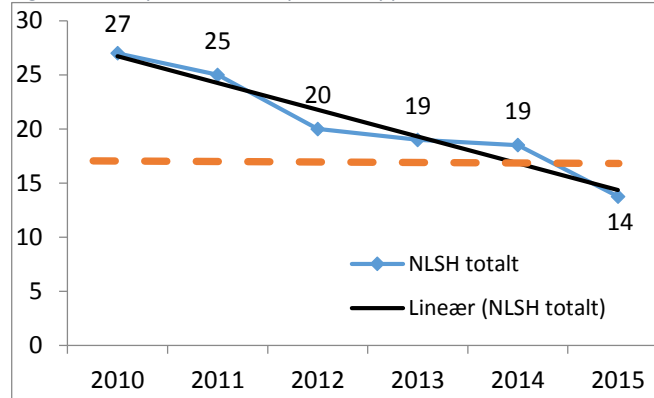
Nordlandssykehuset HF

Mai 2016

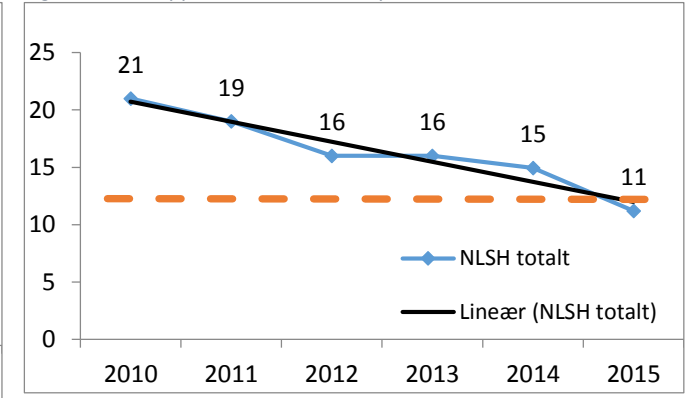
Figur 1 Andel pasienter pr 1000 liggedøgn, NLSH HF



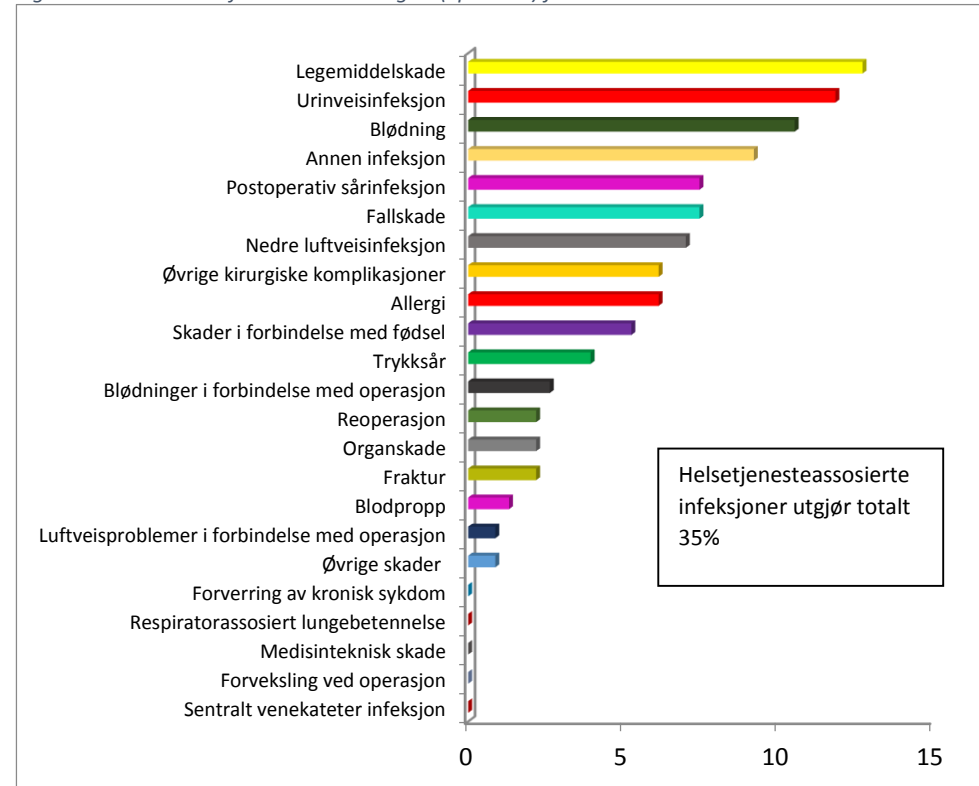
Figur 2 Antall pasientskader per 100 opphold, NLSH HF



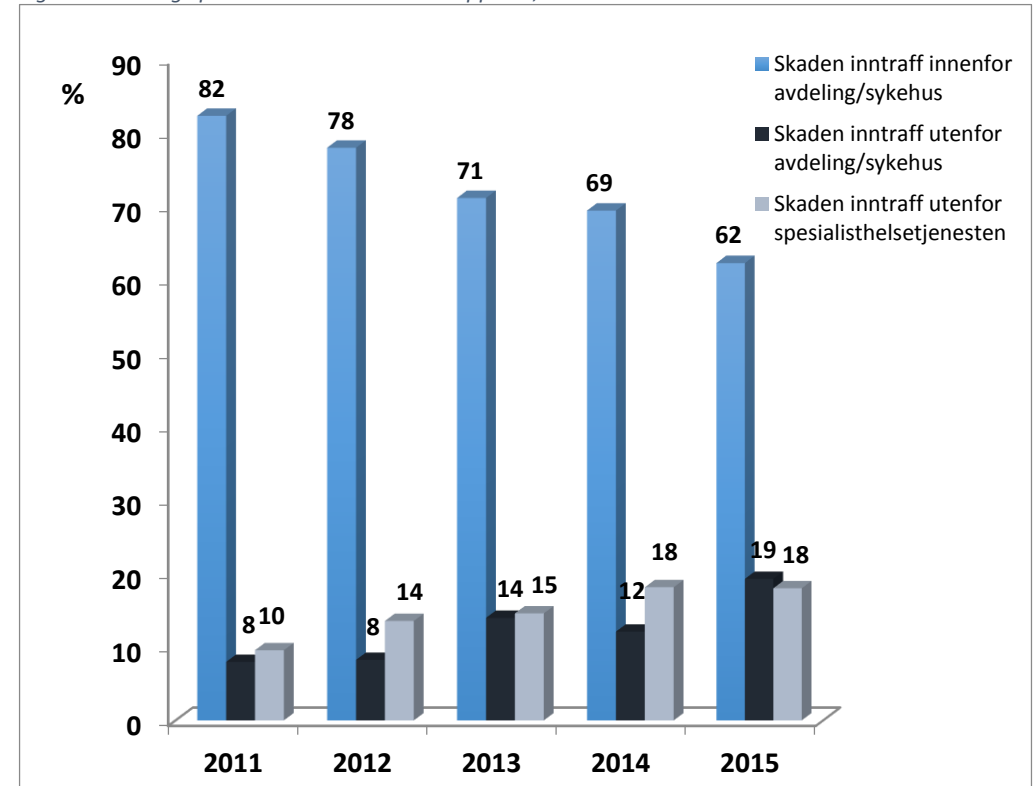
Figur 3 Andel opphold med minst en pasientskade



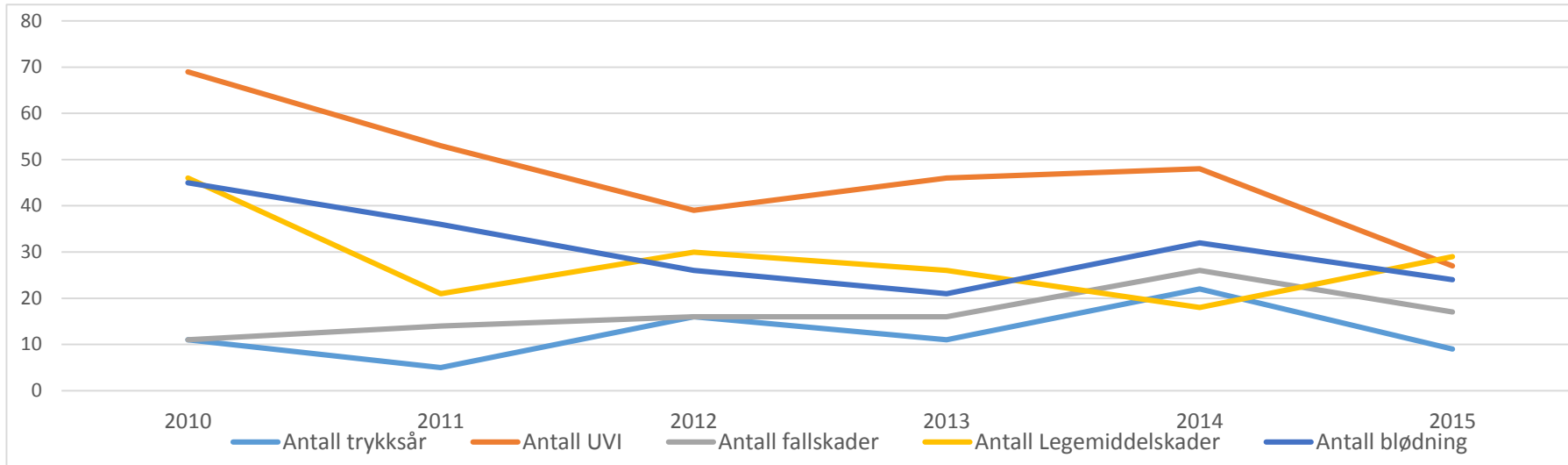
Figur 4 Pasientskader fordelt etter kategori (i prosent) for NLSH HF



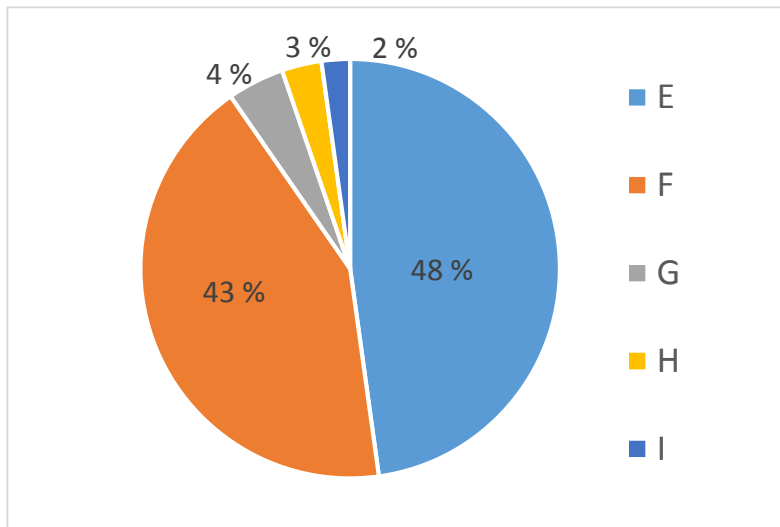
Figur 5 Fordeling i prosent etter hvor skaden oppstod, NLSH HF 2010-2014



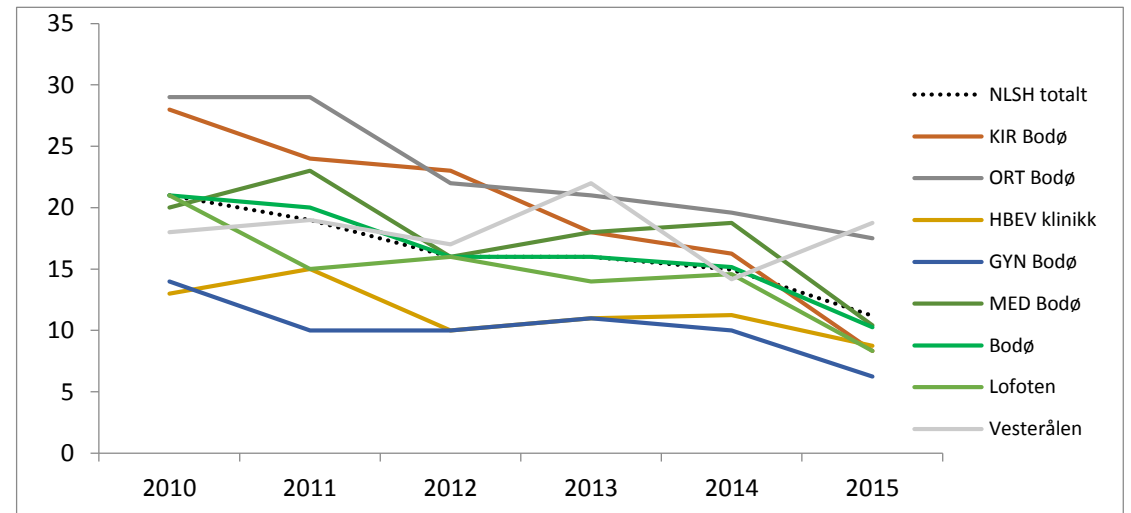
Figur 6 Utvikling i antall registrerte skader for et utvalg skader relevante for tiltakspakkene "i trygge hender", NLSH HF



Figur 7 Pasientskader fordelt etter alvorlighetsgrad (%) i 2015, NLSH HF

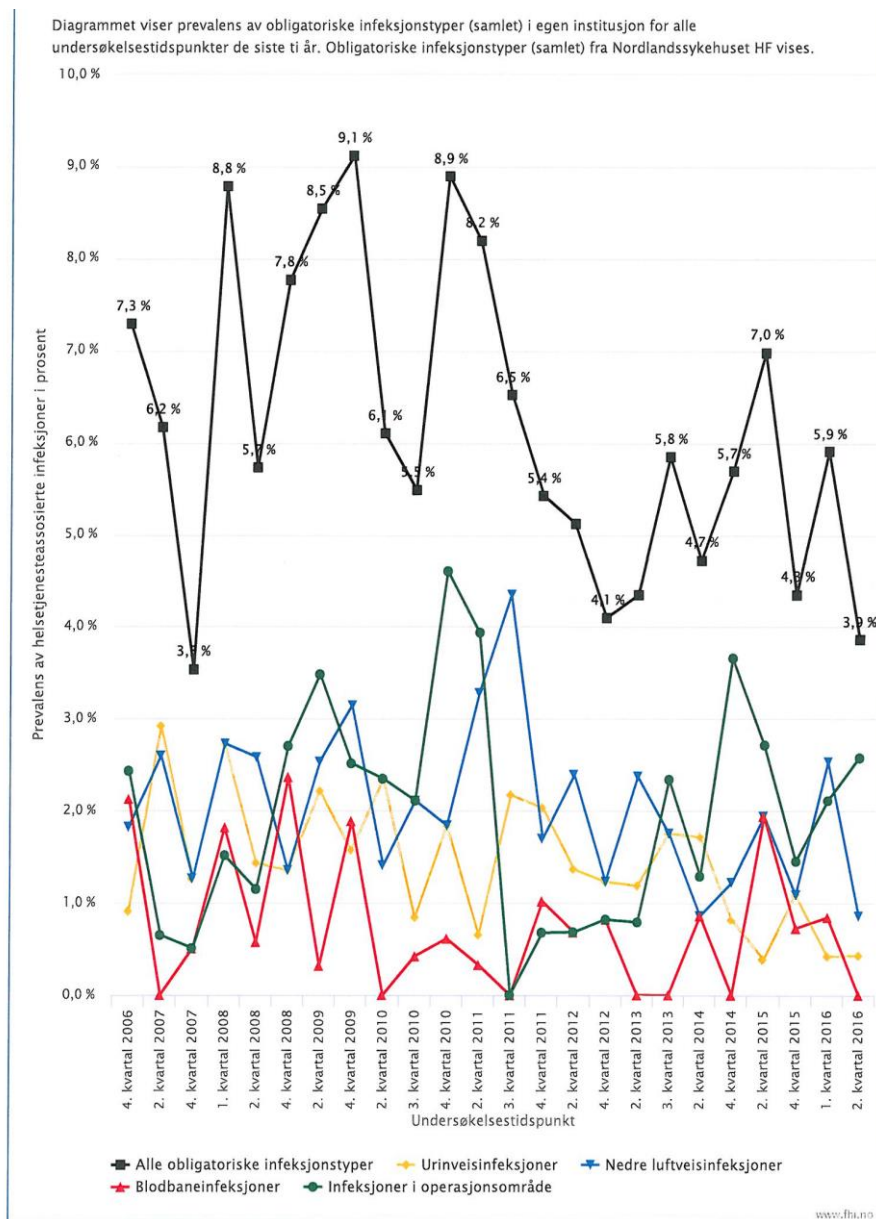


Figur 8 Andel opphold med skade etter klinikk og lokalisasjon 2010-2015, NLSH HF

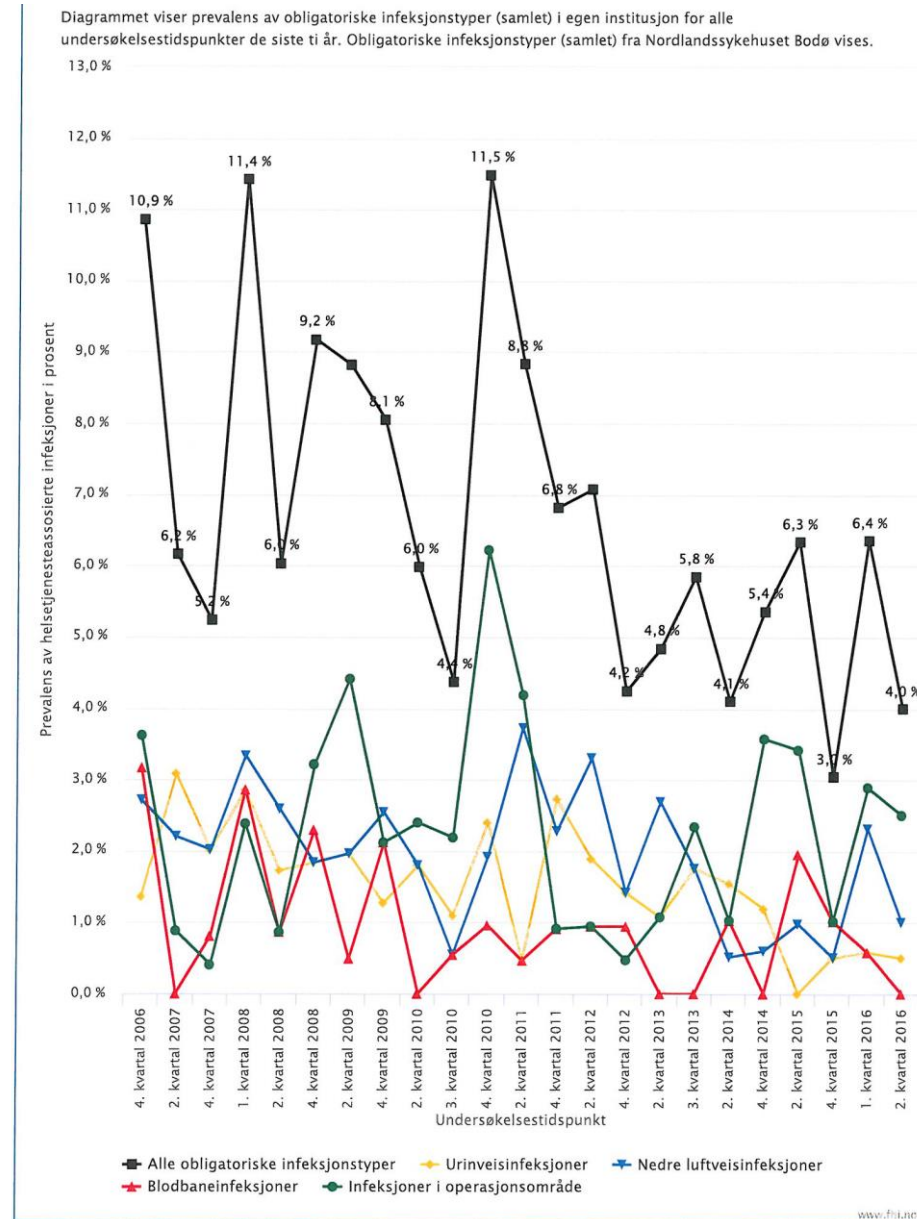


Prevalensundersøkelsen, 2 kvartal 2016

Figur 9 Prevalens av obligatoriske infeksjonstyper NLSH HF,



Figur 10 Prevalens av obligatoriske infeksjonstyper, NLSH Bodø



Spredning av innsatsområdene

Del II: Rapportering på drift av innsatsområdene



Hovedprinsipp for «tiltaks pakken er innført» er (nasjonale krav):

- Obligatoriske tiltak den enkelte pakke er innført, og inngår i ordinær drift
- Det gjennomføres jevnlig resultatmålinger på enhetsnivå (kontinuerlig og/eller kontroll)
- Resultater av målinger har vært brukt aktivt til å justere forbedringsarbeid

Unntak: Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet har åpnet for lokal tilpasning og tolkning av innholdet i innsatsområdene. Foretaket, ved med.dir/fagsjef, kan gi lokale presiseringer av hva "tiltaks pakke innført" betyr i foretaket. Slike presiseringer skal begrunnes eksplisitt i spredningsplanen, i merknadsfeltet for kriterier knyttet til hvert innsatsområde.

Status for tiltakspakkene, Nordlandssykehuset HF

Nordlandssykehuset skal tre ganger årlig rapportere på framdriften arbeidet med innsatsområdene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Det er et mål at denne rapporteringen er så enkel og entydig som mulig.

Vi prøver nå ut rapportering som en «selvangivelse» (se side 2). Punktene under hvert innsatsområde representerer minimumskrav til at man kan si at pakken er innført.

Enhetsledere setter «X» foran punkter de mener beskriver status på egen enhet. Kommentarer er valgfrie.

Rapporter fra hver enhet vil bli aggregert i et skjema der enhetene framstår med en farge for hver pakke. Fargende har følgende betydning:

- Alle ordinære punkter huket av – enheten er grønn, pakken er innført
- Ingen ordinære punkter huket av – enheten er rød, innføring ikke igangsatt
- Noen ordinære punkter huket av – enheten er gul, i gang med innføring/ikke helt i mål
- «Ikke omfattet av spredningsplanen» er huket av – enheten er grå/skal ikke måles

Status gjelder til neste kontrollmåling. For mer informasjon om målinger, se:

- Måleveiledning – Hva skal måles, og hvor lenge skal det måles?¹
- Extranet – hvordan komme i gang med extranet²

1

http://intranett.nordlandssykehuset.no/getfile.php/NLSH_bilde%20og%20filarkiv/Pulsen/Pasientsikkerhet/Veiledning%20for%20m%C3%A5linger_HEN4.pdf

² http://intranett.nordlandssykehuset.no/getfile.php/NLSH_bilde%20og%20filarkiv/Pulsen/Pasientsikkerhet/Veileder%20Extranet.pdf

Skjema for kontrollmåling

Kryss av for påstander som beskriver situasjonen i egen enhet.

Ferdig skjema sendes: pasientsikkerhet@nlsh.no, med kopi til egen klinikkledelse

Navn/rolle/dato	Enhet	Klinikk



Samstemming av legemiddellister:

- Samstemming INN gjennomføres rutinemessig i enheten
- Samstemming UT gjennomføres rutinemessig i enheten
- Opplæring i samstemming inngår i legenes nyansattopplæring
- Kvalitetsmålinger utføres minimum hver 6 måned*
- Det gjennomføres jevnlig resultatmålinger (kontinuerlig eller kontroll)
- Resultatene av målingene har vært brukt aktivt til å justere forbedringsarbeid

- Vår enhet er ikke omfattet av spredningsplanen for dette innsatsområdet

***Foretakets merknad:** Krav om samstemming gjelder i utgangspunktet hver gang helsepersonell overtar behandlingsansvaret for en pasient. I NLSH har vi av praktiske hensyn valgt å starte med pasienter som legges inn på sengepost. Spredningsplanen er derfor foreløpig avgrenset til slike døgnposter, men grunnlaget for denne avgrensingen må vurderes for hver revisjon.

Ansvar for samstemming er en legeoppgave i sykehus, selv om også farmasøyter i noen tilfeller kan gjøre jobben. I NLSH, som i de fleste sykehus, er legestabene primært organisert på siden av sengepostene. Et godt samarbeid mellom sykepleiere på post og legestaber er avgjørende for å få til rutinemessig samstemming.

Enhetens kommentar:



Forebygging av kateterassosierte urinveisinfeksjoner (UVI)

- For alle pasienter med urinveiskateter, blir indikasjon vurdert daglig
- Det gjennomføres jevnlig resultatmålinger (antall nye UVI måles kontinuerlig)
- Resultatene av målingene har vært brukt aktivt til å justere forbedringsarbeid

- Vår enhet er ikke omfattet av spredningsplanen for dette innsatsområdet

Enhetens kommentar:



Sentralt venekateter

- Alle nye SVK legges inn etter gjeldende prosedyre ELLER vår enhet legger ikke inn SVK selv
- For alle pasienter med SVK blir indikasjon vurdert daglig ELLER vår enhet har ikke innlagte pasienter (legestab)
- Det gjennomføres jevnlig resultatmålinger (kontinuerlig eller kontroll)
- Resultatene av målingene har vært brukt aktivt til å justere forbedringsarbeid

- Vår enhet er ikke omfattet av spredningsplanen for dette innsatsområdet

Foretakets merknad: *Utfordringen for målinger knyttet til SVK-pakken er at personell som legger inn SVK (anestesilegene) ikke tilhører samme organisatoriske enhet som personell som daglig vurderer indikasjon (sengepost). For å følge intensjonen om «alle kryss=grønn markering» er kravene formulert slik at de kan dekke både legestab og sengeposter.*

3

Enhetens kommentar:



Forebygging av fall

- Fallscreening gjennomføres rutinemessig for pasienter i målgruppa
- For risikopasienter utarbeides rutinemessig individuelle tiltak for å redusere fallrisiko
- Legemiddelgjennomgang gjøres for alle pasienter med forhøyet fallrisiko ELLER - Enheten bruker medikamentmodulen i DIPS, ELLER gjennomfører andre tiltak for å minske risiko knyttet til bruk av legemidler**
- Informasjon om høy fallrisiko og tiltaksplaner følger pasienten til neste omsorgsnivå
- Det gjennomføres jevnlig resultatmålinger (kontinuerlig)
- Resultatene av målingene har vært brukt aktivt til å justere forbedringsarbeid

- Vår enhet er ikke omfattet av spredningsplanen for dette innsatsområdet

Foretakets merknad: *Kravet om legemiddelgjennomgang (LMG) for alle risikopasienter er pr i dag ikke gjennomførbart i foretaket. Det er pr d.d verken tilstrekkelig kompetanse/kapasitet i legegruppa, eller kapasitet hos farmasøytene til å kunne gi et slikt tilbud i det omfang som nasjonale krav stiller. Det synes likevel urimelig at kapasitet i en annen organisatorisk enhet skal forhindre grønn markering på en sengepost som ellers har gode rutiner for fallforebygging.*

Det betyr ikke at foretaket er uenig i at legemidler utgjør en vesentlig risikofaktor for fall, og at tiltak knyttet til vurdering av legemidler skal iverksettes ved behov. Det er derfor sterkt ønskelig at legemiddelgjennomgang vurderes for de pasientene man anser kan ha aller mest nytte av det. Farmasøytene kan i noen grad være hjelpelige. Bruk av medikamentmodulen i DIPS er også særlig viktig for pasienter med forhøyet fallrisiko. Modulen vil i seg selv oppfylle noen av tiltakspunktene i en LMG.

Enhetens kommentar:



Trykksår

- Trykksårsscreening gjennomføres rutinemessig etter retningslinjene.
- Tilpassede tiltak gjennomføres for høyrisikopasienter
- Informasjon trykksårrisiko og tiltaksplaner følger pasienten til neste omsorgsnivå
- Det gjennomføres jevnlige resultatmålinger (kontinuerlig)
- Resultatene av målingene har vært brukt aktivt til å justere forbedringsarbeid

- Vår enhet er ikke omfattet av spredningsplanen for dette innsatsområdet

Kommentar:

4



Behandling av hjerneslag

- Det gjennomføres jevnlige prosessmålinger (kontinuerlig eller kontroll)
- Resultatene av målingene har vært brukt aktivt til å justere forbedringsarbeid

- Vår enhet er ikke omfattet av spredningsplanen for dette innsatsområdet

Foretakets merknad: Registreringene fra hjerneslag vil i løpet av 2016 slås sammen med registreringene fra hjerneslagregisteret. Sammenslåingen vil effektueres samtidig som en ny, revidert hjerneslagpakke offentliggjøres. Den nye pakken vil ha andre tiltak og krav. Foretaket stiller derfor ikke krav om egne målinger i Extranet for hjerneslagpakken fra 1.1 2016, da registreringer i Hjerneslagregisteret ansees som et tilstrekkelig utgangspunkt for lokalt forbedringsarbeid. Fram til ny pakke er offentliggjort vil pakkens krav anses oppfylt dersom enheten har oppdaterte, pålagte registreringer i Hjerneslagregisteret.

Enhets kommentar:



Trygg kirurgi

- Sjekklista brukes rutinemessig på alle inkluderte operasjoner
- Det gjennomføres jevnlige, planmessige resultatmålinger (kontinuerlig eller kontroll)
- Det gjennomføres årlige kvalitetsvurdering på bruk av sjekklista
- Resultatene av målingene har vært brukt aktivt til å justere forbedringsarbeid

- Vår enhet er ikke omfattet av spredningsplanen for dette innsatsområde

Enhets kommentar:



Forebygging av selvmord

- Pasienter i risikogruppen blir rutinemessig vurder for selvmordsfare
- Informasjon om risiko nedtegnes i journalen etter gjeldende standard
- Pasienter har en kriseplan ved permisjon/utskrivning
- Det gjennomføres jevnlig prosessmålinger (kontinuerlig eller kontroll)
- Resultatene av målingene har vært brukt aktivt til å justere forbedringsarbeid

- Vår enhet er ikke omfattet av spredningsplanen for dette innsatsområder*

Enhetens kommentar:



Forebygging av overdose

- Pasienter har en kriseplan ved permisjon/utskrivning
- Det gjennomføres jevnlig prosessmålinger (kontinuerlig eller kontroll)
- Resultatene av målingene har vært brukt aktivt til å justere forbedringsarbeid

- Vår enhet er ikke omfattet av spredningsplanen for dette innsatsområder*

Enhetens kommentar: