



Styresak 105-2016

Nordlandssykehusets dashbord for pasientsikkerhet og kvalitet pr oktober 2016

Saksbehandler: Jan Terje Henriksen, Benedikte Dyrhaug Stoknes, Hilde Elisabeth Normann
Dato dok: 06.12.2016
Møtedato: 13.12.2016
Vår ref: 2010/1702

Vedlegg (t): Dashbord – Kvalitet og pasientsikkerhet – oktober 2016

Innstilling til vedtak:

Styret tar dashbordet for oktober 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 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 november presenterer resultater fra kartleggingen av pasientskader på foretaksnivå for inntil første tertial 2016. I tillegg presenteres utfordringer og framdrift for innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet i Nordlandssykehuset HF, denne gang med særlig vekt på Trygg Kirurgi og Legemiddelsamstemming. Trombolysetail ved hjerneinfarkt for alle tre sykehus legges også fram i forbindelse med høstens nasjonale informasjonskampanje for hjerneslag.

Direktørens vurdering:

Pasientsikkerhet og kvalitet er et viktig satsningsområde for Nordlandssykehuset HF, og dashbordet viser at utviklingen går i rett retning. Det gjøres en god innsats daglig i foretaket for å levere så gode tjenester som mulig til våre pasienter. Det er gledelig å kunne dokumentere at innsatsen til engasjert personale gir uttelling i kvaliteten på de tjenester vi leverer. Det er en nedadgående trend på utviklingen av pasientskader. I andre halvår 2014 nådde vi to av tre målsetninger på antall pasientskader og har siden holdt oss på relativt likt nivå.

Nordlandssykehuset HF har sammen med Helse Nord RHF brukt mye tid på å videreutvikle automatisk strukturert journalanalyse verktøy slik at denne skal få en større nytteverdi for foretaket. Piloteringen av denne ble ferdig i november og er klar til implementering i de andre foretakene i Helse Nord.

Selv om det er gledelig at foretakets omfattende arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet gir uttelling for våre pasienter, viser denne styresaken at det fremdeles er rom for forbedring. Fortsatt fokus, engasjement og initiativ av våre fagpersoner er høyst nødvendig for at vi som foretak skal utvikle et tilbud som blir stadig bedre.

1. Global Trigger Tool (GTT)

Global Trigger Tool 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 HF undersøkes årlig totalt 1920¹ pasientopphold, fordelt på 240 opphold hver for klinikkene HBEV, MED, KK, PED, KIR, ORT, samt lokalisasjonene Lofoten og Vesterålen.

Internasjonal forskning anslår at ca. halvparten av pasientskadene som avdekkes med GTT kunne vært unngått. Foretaket har tidligere hatt egne resultatmål knyttet til målte pasientskader med GTT, der tallene man sammenliknet med var de første resultatene fra GTT-målinger gjort i Nordlandssykehuset HF(2010).

Helse Nord RHF har i oppdragsdokumentet 2016 for første gang oppgitt måltall for reduksjon av skader registrert ved hjelp av GTT-analyse i foretakene innen utgangen av 2018. Helse Nord RHF's mål vil for Nordlandssykehuset HF være noe mer ambisiøse enn våre opprinnelige mål i 2010. Måltall for Nordlandssykehuset etter oppdragsdokumentet, for pasientskader målt med GTT blir

- Ikke mer enn 24 pasientskader per 1000 liggedøgn. Baseline² 33
- Ikke mer enn 15 pasientskader per 100 opphold. Baseline 20
- Ikke mer enn 12 % av oppholdene har en eller flere pasientskader. Baseline 16%

Grafene i dashbordet som tilsvarer måltallene fra Helse Nord vil være «skader per 1000 liggedøgn» (figur 1), «skader per 100 opphold» (figur 2) og «andel opphold med skader» (figur 3). Måltallene er indikert med oransje linjer.

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

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

Periodiseringen er endret fra halvår i tidligere dashbord, til tertial denne gang. Bakgrunnen for dette er blant annet at tekniske utfordringer med gammel portal har ført til store forsinkelser i tilgangen til nødvendige data for analyse i teamene. Nye nasjonale krav om tertialrapportering er overholdt, og gjeldende dashbord fremstiller resultater for første tertial 2016. Tertialrapportering betyr at utvalget blir mindre, og at tallene følgelig kan ha større naturlig variasjon.

Nordlandssykehuset var tidlig med å ta i bruk GTT, og har vært tungt inne i den regionale utviklingen av GTT-portal verktøyet (tidligere NCAF). Med nytt verktøy ligger det til rette for at teamene får en bedre og teknisk mer stabil løsning. Nå som utvikling av GTT-portalen er over kan vi rette fokus inn i egen organisasjon igjen. Et overordnet fokus på foretaksnivå som samler, analyserer og bidrar i fremstilling av data vil øke nytteverdien av GTT på alle nivå. Samt på å følge

¹ Frem til 2014 var det 7 team, men ble fra 2014 øket med eget team for pediatri.

² Baseline er det tallet man sammenlikner med for å vurdere om, og hvor fort, en utvikling går i riktig retning. Baseline er oftest en måling man gjør før man i har satt i gang noen tiltak. I dette tilfellet er baseline – for alle foretak i Helse Nord - GTT resultatene fra 2012, et år da Nordlandssykehuset i større grad enn mange andre allerede var i gang med flere tiltak for å bedre pasientsikkerhet.

opp velfungerende GTT-team og ledere som er opptatt av å bruke tilgjengelige data som utgangspunkt for forbedringsarbeid.

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

Måltallet for pasientskader per 1000 liggedøgn er satt til 24. Som vist i figur 1 har det vært en nedadgående trend fra 1. halvår 2010 frem til og med 1. tertial 2016. Høyeste skadeantall per 1000 liggedøgn var i 2. halvår 2010 med 44. Laveste skadetall var 1. halvår 2015 med 28 som er steget til 29 i 1. tertial 2016. Antall pasientskader per 100 innleggelser har hatt en nedadgående trend, som vist i figur 2, og målet med 15 skader per 100 innleggelser ble nådd 2.halvår 2014. 1. tertial 2016 ligger skadetallet på måltall, dvs 15 skader per 100 innleggelser. Andel innleggelser med minst en pasientskade har også hatt en nedadgående trend fra 1 halvår 2010 til og med 1. tertial 2016, som vist i figur 3. Også for denne indikatoren ble måltallet nådd 2 halvår 2014, men har nå steget til at indikatoren ligger på måltallet som er 12 % innleggelser med minst en pasientskade.

Figur 4 viser prosentvis fordeling mellom de ulike skadetyperne. I styresak 53-2015 ble det redegjort for hvordan endringer i fordeling av skader kan vurderes. Antallet skader som skyldes infeksjoner er nå på 48 %, dvs 39 av totalt 79 pasientskader 1. tertial 2016.

Det kan synes som om andelen skader som oppstår utenfor avdeling/sykehus og utenfor spesialisthelsetjenesten er økende, se figur 5. Andelen skader innenfor avdeling/sykehus er gått fra 88 % i 2011 til 66 % i 1 tertial 2016.

Figur 6 viser hvordan utviklingen av pasientskader har vært med hensyn til alvorlighetsgrad. Andelen skader i kategori E, dvs forbigående skade har gått fra 48 % i 2015 til 53 % i 1. tertial 2016. Samtidig har andelen i kategori F, forbigående skade som har ført til økt liggetid redusert fra 43% til 38 % i samme periode. Skader i kategori G (pasient får varig mèn) ligger både i 2015 og 1 tertial 2016 på 4 %, dvs 3 skader. Kategori H hvor livreddende behandling er nødvendig var i 1. tertial 2016 på 3 %, dvs to skader. I 1. tertial 2016 var det to pasienter som døde som følge av skade. Det er viktig å nevne at skader ved GTT metoden ikke tar stilling til hvorvidt skaden kunne vært unngått.

Tendensen til at en økende andel av de registrerte skadene har oppstått utenfor spesialisthelsetjenesten fortsetter, og den vanligste av disse skadene er UVI. Teamene ved NLSH Vesterålen og Medisin Bodø registrerer flest skader utenfor avdeling (figur 7). Skader utenfor spesialisthelsetjenesten er i utgangspunktet mindre relevante for sykehuset i et forebyggingsperspektiv, og seksjon for pasientsikkerhet ser behovet for å gjennomgå måten vi presenterer GTT-tall i fora der de brukes som utgangspunkt for internt forbedringsarbeid. I det følgende vil det bli presentert status for tre tiltaksområder, Trygg kirurgi, samstemming av legemiddellister, trombolysedokumentasjon for Bodø, Lofoten og Vesterålen samt status for tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet.

2. Trygg kirurgi³

Trygg kirurgi sjekkliste var et av de første innsatsområdene fra pasientsikkerhetsprogrammet som ble innført i Nordlandssykehuset⁴. Formålet med sjekkliste er å redusere avvik fra etablerte prosedyrer i forbindelse med kirurgiske inngrep, og dermed også forebygge komplikasjoner.

³

http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/l+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/_attachment/676?_ts=14999aae3c0

⁴ Docmap: PR24557 Trygg kirurgi sjekkliste

Forskning viser at sjekklista - ved riktig bruk - forhindrer komplikasjoner, reduserer antall liggedøgn og kanskje også dødelighet⁵.

Siden sjekklista virker ved å motvirke unødig variasjon i både handlinger og vurderinger i forbindelse med kirurgi, er det avgjørende at også bruken av sjekklista følger en standard. Operative enheter i Nordlandssykehuset HF gjør derfor årlige kvalitetsvurderinger av praksis. Kontroll foregår ved at en observatør tilstede på operasjonsstuen registrerer hvordan gjennomgangen av sjekklisten gjøres. Kvalitetsmålingen kan ha ulikt fokus fra år til år, men tar utgangspunkt i kjente problemområder. Kontrollen for 2016 ble gjennomført ved Nordlandssykehuset HF i Bodø, Lofoten og Vesterålen i perioden juli-oktober 2016. Til sammen er det utført 57 kontroller (23 i Bodø, 17 i Lofoten og 17 i Vesterålen)⁶.

Årets kvalitetsmåling viser at det ennå ikke er gode nok rutiner for at alle på operasjonsstuen legger ned alt arbeid, og at det er stille under gjennomgangen. Det kan også ha sammenheng med at det ikke alltid blir godt nok markert når gjennomgangen faktisk starter. Det kan også se ut som om det ennå er litt for lett å hoppe over, korte ned eller omformulere «selvfølgelige» spørsmål til gode kolleger.

3. Samstemming av legemiddellister

Samstemming av legemiddellister er en metode hvor helsepersonell i samarbeid med pasienten sikrer korrekt informasjon om hvilke legemidler pasienten faktisk bruker. Formålet er å bedre legemiddelsikkerheten for pasientene med flere delmål:

1. Flere pasienter får korrekt legemiddel under innleggelse ved sykehuset.
2. Flere epikriser har fullstendig informasjon om legemiddel ved utskrivelse, og begrunnelse for endringer.
3. Flere pasienter får med seg legemiddelliste ved utskrivelse.

Våren 2016 gjennomførte Helse Nord RHF revisjon av implementeringsarbeidet for samstemming av legemiddellister ved alle sykehusforetakene i helseregionen. Revisjonsrapporten og foretakets oppfølging vil legges fram for styret i en egen styresak.

Resultatene viser at samstemming inn i sykehus for Nordlandssykehuset HF i Bodø har stabilisert seg på rundt 80 % (figur 11). Ved Nordlandssykehuset HF i Lofoten og Vesterålen viser imidlertid resultatene et fall i medianen fra 70 % til 25 % i Lofoten og 35 % i Vesterålen. Tilbakemeldingene fra enhetene tyder på at utfordringene blant annet er knyttet til opplæring av nye leger, vikarer og turnusleger. Ved samstemming ut av sykehus (figur 12) kan det imidlertid virke som resultatene har stabilisert seg ved alle lokasjoner. Figur 10 viser at kirurgisk klinikk har jobbet godt med samstemming ut av sykehus, fra en median på 15 % i 2014 til 70 % våren 2015. Deretter ser vi et fall i målingene, men manglende datagrunnlag hindrer videre vurdering. Kirurgisk og ortopedisk klinikk har imidlertid et eget prosjekt i Bodø der farmasøyter ved hjelp av medikamentmodulen i DIPS bidrar til samstemming av legemiddellister ved innleggelse, og bidrar til økt kvalitet på legemiddelliste ved utreise. I tillegg bidrar de til kvalitetssikring av innlagte pasienters legemiddelbehandling med legemiddelgjennomgang.

Enheter i Nordlandssykehuset skal gjennomføre kvalitetsmålinger av legemiddelavsnittet i epikrisen to ganger i året. Hver epikrise gis da poeng ut fra krav i klinikkovergripende prosedyrer, med maksimalt 16 poeng. Figur 13 viser en variasjon fra 6 til 14 for i 2016 i de ulike klinikkene

⁵

http://journals.lww.com/annalsurgery/Abstract/2015/05000/Effect_of_the_World_Health_Organization_Checklist.1.aspx

⁶ Ikke alle skjema besvarer alle spørsmål. Grunnlag for scoring varierer derfor noe fra spørsmål til spørsmål.

resultater i 2016. Seksjon for pasientsikkerhet planlegger nå en ny offensiv for å styrke arbeidet med legemiddelsamstemming i samarbeid med Sykehusapoteket. Blant annet har man utarbeidet en regional epikrisemal i DIPS som skal bidra til at kvaliteten på legemiddelavsnittet i epikrisen øker.

4. Trombolysebehandling ved hjerneslag

15.000 nordmenn rammes årlig av hjerneslag, som er blant de viktigste årsakene til død og uførhet i befolkningen. Hjerneinfarkt (blodpropp) er den vanligste årsaken til hjerneslag. Ved en blodpropp kan det dø flere millioner hjerneceller i minuttet. Rask blodproppopløsende behandling kan vesentlig bedre prognosen ved akutt hjerneinfarkt. Men trombolyse-behandling må som hovedregel settes i gang innen 4,5 timer etter at symptomene oppsto.

En årsak til for sen behandling er at pasienter venter for lenge med å kontakte helsevesenet. Flere informasjonskampanjer har de siste årene hatt som mål å gi økt kunnskap om symptomer på hjerneslag i befolkningen, den siste iverksatt i slutten av oktober dette året. Et annet tiltak for å få ned tiden til behandling, er å strømlinjeforme akuttkjeden rundt hjerneslagpasientene, såkalt «Slagalarm». Siden 2013 er slagalarm innført i alle sykehusene i NLSH. Tiden det tar fra pasienten ankommer akuttmottaket til trombolysebehandling er gitt, kalles «dør-til-nål» tid.

Trombolysetall for NLSH Lofoten

Slagalarm Lofoten ble startet fra juni 2015. Slagalarmen er et resultat av samarbeid mellom faggrupper i ulike klinikker (hode og bevegelse, akum, medisin, diagnostisk klinikk samt drift og eiendom), samt mellom sykehusene i Bodø og i Lofoten. I 2015 fikk man på plass prosedyren "slagalarm Lofoten"⁷ som med lokale tilpasninger som stort sett er lik prosedyren man har i Bodø. Slagalarm Lofoten kan utløses av AMK Bodø og lokalt på akuttrommet i Lofoten.

Ca. 50 pasienter rapporteres årlig til Norsk Hjerneslagregister fra NLSH Lofoten. I årene 2013 – 2015 ble det gitt 2-3 trombolyser årlig. I 2016 er det hittil gitt 8 trombolyser med slagalarm⁸. To pasienter ble overflyttet universitetssykehus i Tromsø og Trondheim for vurdering av endovaskulær behandling (dvs at man behandler blodkar innenfra ved bruk av kateter, innført via lysken). Det er så langt ikke sett komplikasjoner etter trombolysebehandling i Lofoten.

Det er gjort et betydelig arbeid for å få ned tiden det tar fra pasienten ankommer akuttmottaket, og til oppstart av trombolyse, såkalt dør-til-nål tid. Målinger før etablering av slagalarm viste at den korteste tiden var på 45 minutter. Etter oppstart er median dør-til-nål tid 31 minutter.

Trombolysetall for NLSH Vesterålen

Slagenheten i Vesterålen er tilknyttet tun 1 på medisinsk sengepost. I tillegg til slagenhet har tun 1 også akutte og planlagte medisinske innleggelse, samt ivaretar 4 rehabiliterings-senger. For slagpasientene er det også etablert en slagpoliklinikk, som er et samarbeid mellom medisinsk og HBEV klinikker⁹.

Selv om det er små tall viser trombolysetallene for 2016 en reduksjon i både antall og andel trombolysebehandling ifht toppåret 2015. Man ligger likevel omtrent på samme nivå som 2014 med to måneder igjen av året. Men fagmiljøet ser med bekymring på at det samtidig er en reduksjon i andel trombolyser under 40 minutter, samt i andel som blir innlagt på sykehuset innen 4 timer etter symptomdebut. De er derfor i gang med å planlegge korrigerende tiltak. Lokale undersøkelser har tidligere vist at mange pasienter blir forsinket ved at de ikke kommer direkte til sykehuset, men tar veien via fastlegen. Dette kan tyde på at kunnskapen om slag og tidlig slagbehandling fremdeles er for lav, både i befolkningen generelt og på legekantorene.

⁷ Docmap: PR38064 Slagalarm og trombolysebehandling ved hjerneslag NLSH Lofoten

⁸ I ett tilfelle viste det seg at pasientens symptomer likevel ikke skyldtes hjerneinfarkt (såkalt stroke mimic)

⁹ <http://intranett.nordlandssykehuset.no/forsiden/har-apnet-slagpoliklinikk-article129164-736.html>

Trombolysedall for NLSH Bodø

Prosjekt slagalarm Bodø startet i september 2013 for å forbedre akuttbehandling av hjerneslag ved NLSH Bodø. Arbeidet har teamarbeid vært tverrfaglig og på tvers av klinikker. Prosjektgruppen har utført en omfattende jobb for å strømlinjeforme pasientforløpet ved akutt hjerneslag og for å redusere dør-til-nål tid. Ved siste måling var median dør-til-nål tid for 2016 på 25,5 minutter. Før prosjektstart var median dør-til-nål tid 53 minutter. Resultater blir presentert jevnlig for alle avdelinger og for klinikkledelse. Nevrologisk avdeling Nordlandssykehuset HF Bodø mottok i mai 2016 Legeforeningens kvalitetspris for arbeidet¹⁰.

Ved Nordlandssykehuset HF Bodø innlegges ca 200 pasienter årlig med diagnosen hjerneslag. Av disse utgjør ca 85 % hjerneinfarkter. Trombolyseandelen for Bodø var i 2015 på 20,2 % og med dette har Bodø også i 2015 oppfylt nasjonal kvalitetsindikator for trombolysebehandling ved hjerneslag, som ligger på 20%. I 2014 var det gitt 39, i 2015 var det gitt 36 trombolysen i Bodø og hittil i 2016 er det gitt 34 trombolysebehandlinger (per 31.10.16). Det ligger an til at vi også for 2016 vil nå mål om 20 % trombolyseandel.

Nevrologisk avdeling Bodø har samarbeidet med eget slagalarm-prosjekt i Lofoten og ønsker å være en rådgiver for de andre sykehusene i forhold til slagbehandling og utvikling av egne slagprosedyrer. Det er utviklet felles AMK-prosedyre og ambulansesprosedyre ved hjerneslag for Bodø, Lofoten og Vesterålen. Avdelingen arrangerte tverrfaglig fagdag om hjerneslag med 102 deltakere den 30.09.16. Videre vil en arbeide for å opprettholde gode resultater med jevnlig møter i team slagalarm og teamtreninger og en vil arbeide sterkere ut mot prehospitaletjeneste. Nevrologisk avdeling skal i gang med et større forskningsprosjekt med oppstart i januar 2017. Prosjektet vil identifisere prehospitale forsinkelsesfaktorer for Nordlandssykehuset HF, Helgelandssykehuset HF og UNN Tromsø og sammenlikne dette med tilsvarende data fra Akershus Universitetssykehus. I 2016 har så langt én pasient blitt overflyttet UNN Tromsø for vurdering av endovaskulær behandling (trombektomi eller «blodproppfisking»). Tidsfaktoren er ved trombektomi like viktig som for trombolyse. Avstanden til UNN Tromsø er derfor en utfordring for hjerneslagpasienter fra Nordland. Andelen pasienter som har behov for et slikt tilbud er anslått til ca 10-20 % av slagpasientene, og etter hvert som tilbud og utstyr blir bedre kan det tenkes at en større andel kan ha nytte av slik behandling.

Det regionale fagrådet for hjerneslag arrangerte i september slagkonferansen i Sandnessjøen med hovedtema «trombektomi i Helse Nord». Der ble det besluttet at en videre må se på organisering av trombektomitilbud og arbeide for å se om slikt tilbud bør opprettes ved NLSH Bodø da tilbud i Bodø vil gi raskere behandling både for de som har Bodø som akuttstasjon (ca 85.000) og for Helgelandspasientene. Fagrådet vil utarbeide en rapport fra denne konferansen.

5. Status for arbeidet med tiltakspakkene i Pasientsikkerhetsprogrammet

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 HF er omfattet av 10 av tiltakspakkene. I tillegg omfatter spredningskartet også framdriften for ProAct/PedSafe, se figur 14. Dette er et konsept som styret tidligere har vedtatt innført i foretaket, og som også samsvarer med den kommende tiltakspakken «tidlig oppdagelse av forverret tilstand»¹¹. NEWS og PEVS er skåringsverktøyene som brukes i hhv ProACT og PedSafe. Tiltakspakkene innføres i linja, mens Seksjon for pasientsikkerhet veileder og tilrettelegger ved behov.

¹⁰ <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-nevrologisk-forening/Nyheter/Kvalitetspris-til-Nevrologisk-avdeling-Nordlandssykehuset-Bodo/>

¹¹ Se styresakene 88/2014 Analyse av 50 siste dødsfall ved Nordlandssykehuset 2013 og 108/2015 Status ProAct og PedSafe

De ulike tiltakspakkene skal innføres i «alle relevante enheter» i hvert foretak. Pakkene rulles ut etter en spredningsplan som er vedtatt av direktøren i ledergruppa. Det har lenge vært jobbet med en betydelig revisjon av spredningsplanen, denne planlegges styrebehandlet første kvartal 2017. En del av revisjonsarbeidet har bestått i en gjennomgang av grunnlaget for at en enkelt enhet skal innføre en tiltakspakke. Det er forventet at ny spredningsplan vil stille krav til færre enheter å innføre de ulike pakkene, og kravene vil nå være mer samkjørt fra klinikk til klinikk.

Det er flere hvite felter i spredningsplanen som presenteres for styret i november. Noe av dette kan forklares med at vi denne gangen ikke har stilt krav om rapportering til enheter som nok står i gjeldende spredningsplan, men som med all sannsynlighet ikke vil være omfattet av revidert spredningsplan. Dette gjelder f.eks. fødeavdelingene, som tidligere har vært omfattet av «samstemming» og «UVI». Fødeavdelingene vil bli unntatt fra revidert spredningsplan fordi deres pasientgruppe i all hovedsak verken bruker to eller flere legemidler, eller har behov for urinkateter. Også spredningen av «Overdose» vil bli mer begrenset enn først antatt.

Målingene viser at det jobbes med tiltakspakkene rundt omkring i foretaket, men at enkelte tiltakspakker, og enkelte tiltak får mindre oppmerksomhet enn andre. Selv når vi justerer for at flere enheter tas ut av målingene for UVI, er dette en tiltakspakke enhetene samlet jobber med i mindre grad enn før. Det oppgis flere årsaker til dette. For det første har både kateterbruk og tallene på UVI gått betydelig ned de siste årene, og flere enheter oppgir også at UVI ikke lenger er et problem. Det er imidlertid foretatt en betydelig revisjon av de foretakets prosedyrer for innleggelse og håndtering av permanent urinkateter. For det andre følges nok rutiner for indikasjon og seponering i større grad enn det fremgår av våre rapporter. For det tredje var dette en av pakkene som først var klar for utrulling i Nordlandssykehuset HF. Flere enheter melder at det å ha fokus på alle tiltakspakkene samtidig ikke er overkommelig. De velger derfor noen tiltakspakker som de har fokus på over en periode.

Fall er en av tiltakspakkene som har høyt fokus på tvers av enhetene. Alle enhetene som er med melder at de screener pasientene rutinemessig, og at det utarbeides individuelle tiltak der man avdekker fallrisiko. Tiltakspakken stiller også krav om legemiddelgjennomgang¹² for alle pasienter med høy fallrisiko. Flere klinikker har leger som gjør dette for enkeltpasienter, og KIRORT får også bistand fra sin farmasøytressurs i noen tilfeller. Flere enheter melder at det tidvis kan være vanskelig å gjennomføre på grunn av tilgang til legeressurs samt leger med kompetanse på legemiddelgjennomgang. Dette betyr at selv om foretaket er godt i gang er det fremdeles utfordringer som må løses før vi kan si at dette området er tilfredsstillende.

Trykksår jobbes det også godt med. De aller fleste pasienter blir screenet, og får egne tiltak når risiko blir oppdaget. At AKUM er hvite, er et uttrykk for at de har tilpassede prosedyrer for forebygging av trykksår for ALLE sin pasienter. De vil derfor også tas ut av spredningsplanen ved neste korsvei.

¹² <https://legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/rad-til-helsepersonell/legemiddelgjennomgang>

2016

Dashbord – Kvalitet og pasientsikkerhet Nordlandssykehuset HF



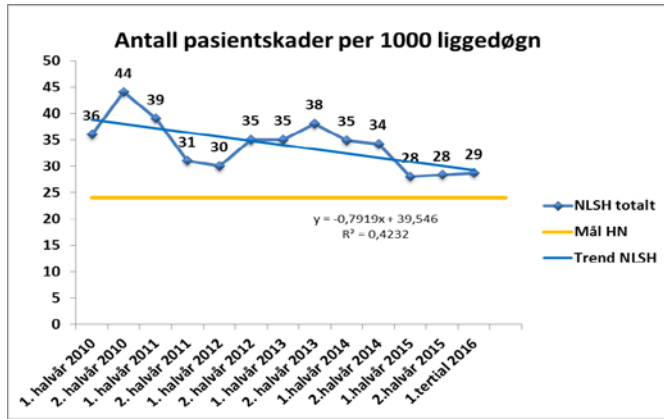
November 2016

Seksjon for pasientsikkerhet

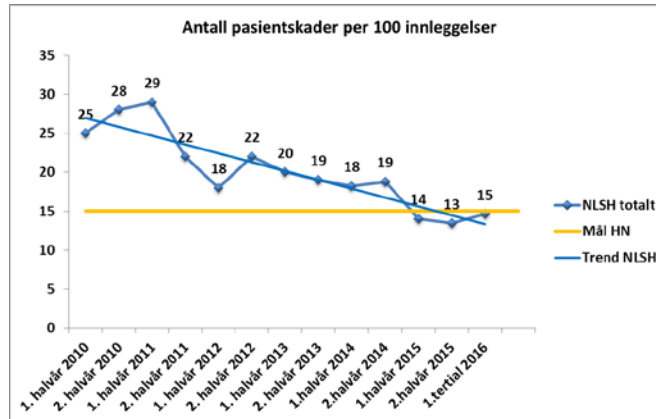
Nordlandssykehuset HF

Global Trigger Tool

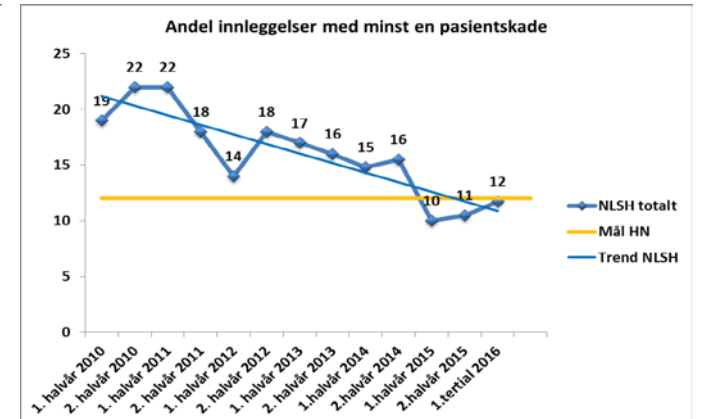
Figur 1 Andel pasienter pr 1000 liggedøgn, NLSH HF



Figur 2 Antall pasientskader per 100 opphold, NLSH HF



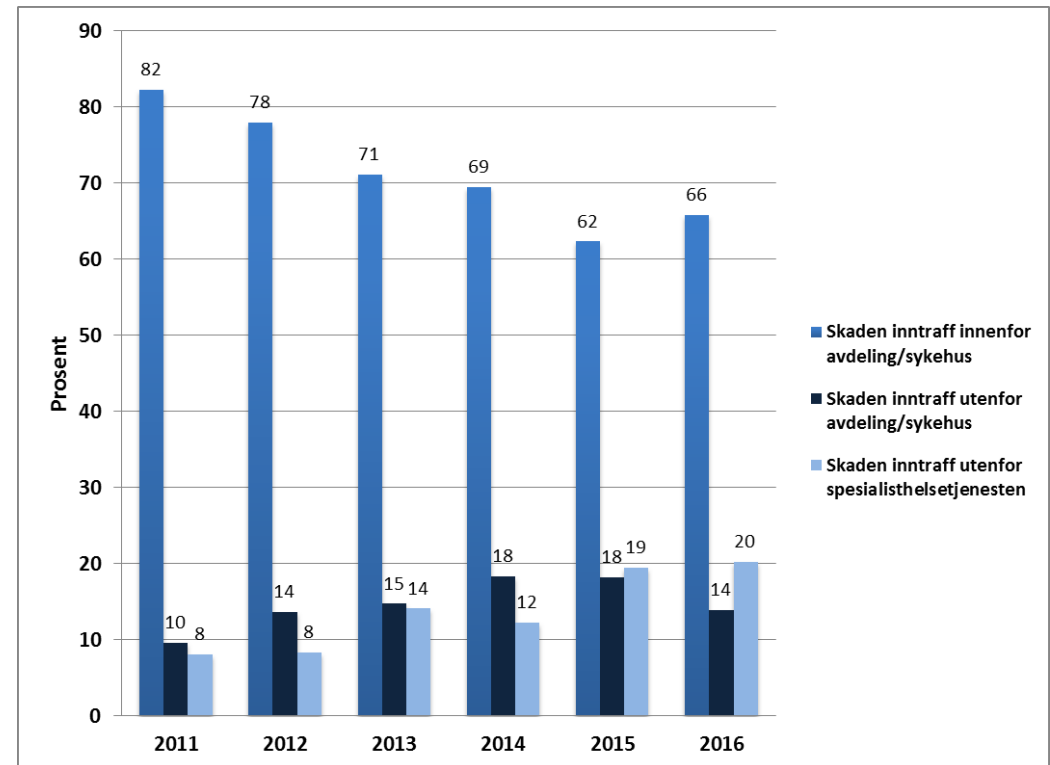
Figur 3 Andel opphold med minst en pasientskade



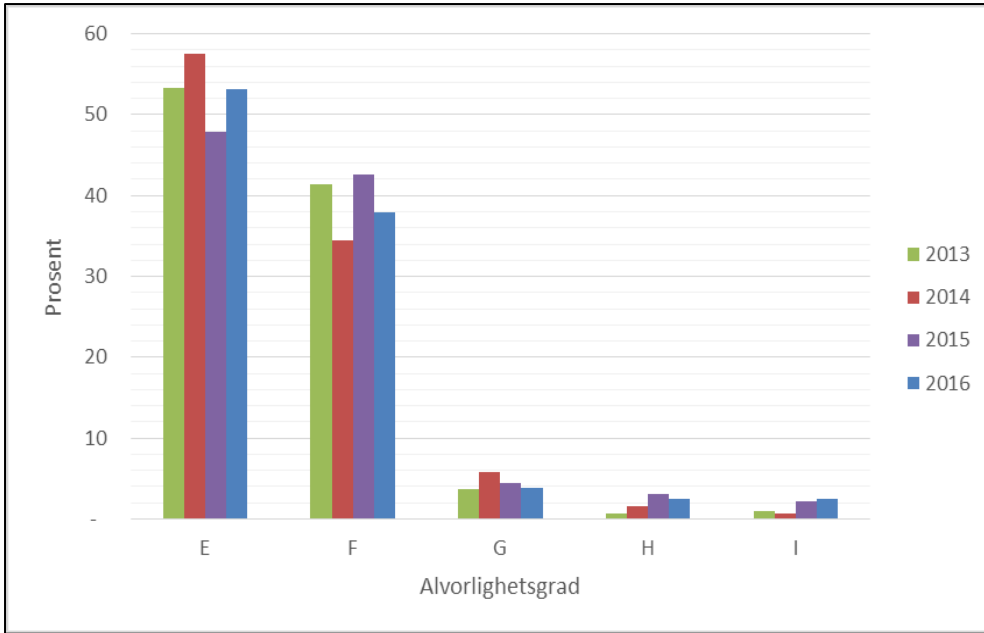
Figur 3 Pasientskader fordelt etter kategori for NLSH HF, 1. tertial 2016



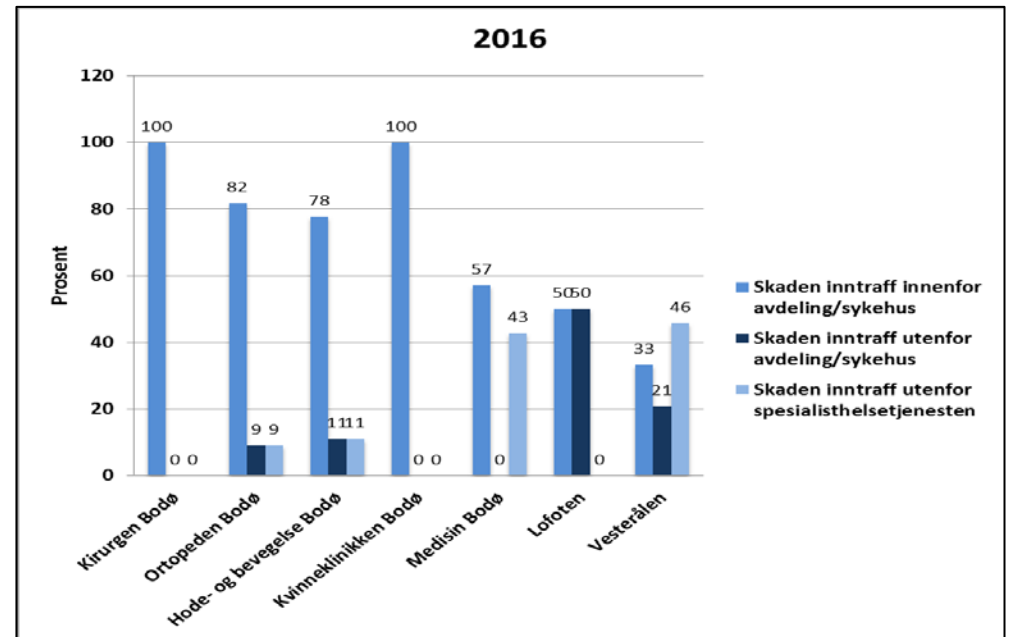
Figur 5 Fordeling i prosent etter hvor skaden oppstod, NLSH HF 2011-2016



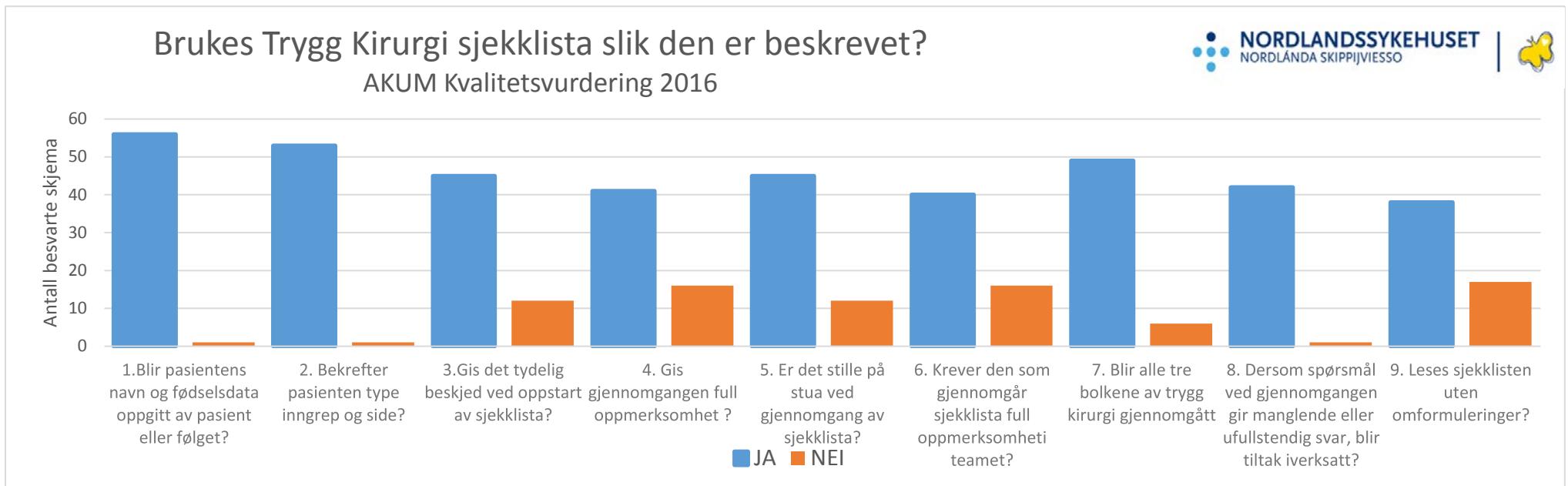
Figur 6 Pasientskader fordelt etter alvorlighetsgrad 2013-2016, NLSH HF



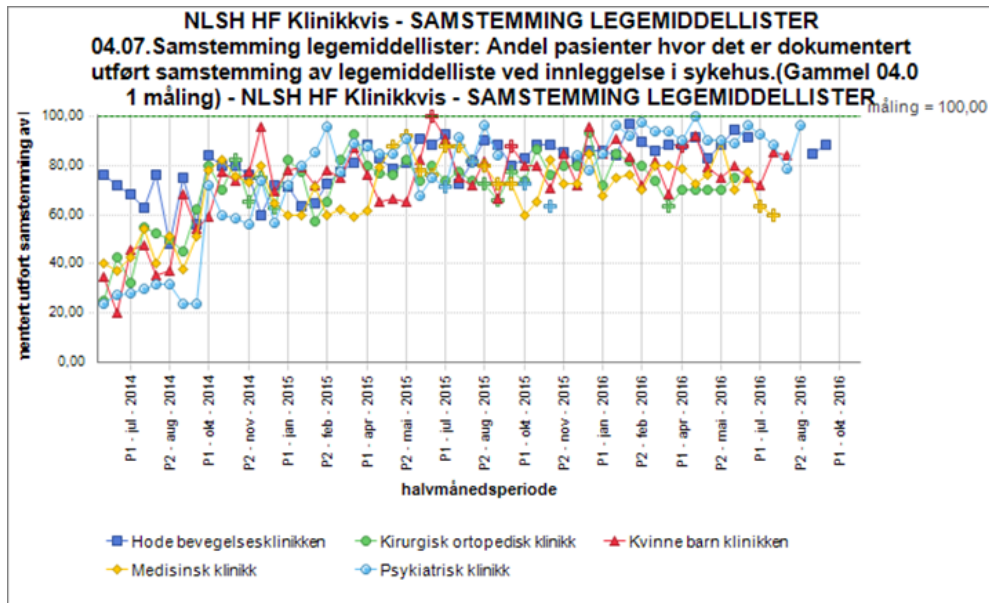
Figur 7 Fordeling av skade etter klinikk og lokalisasjon 2016, 1. tertial



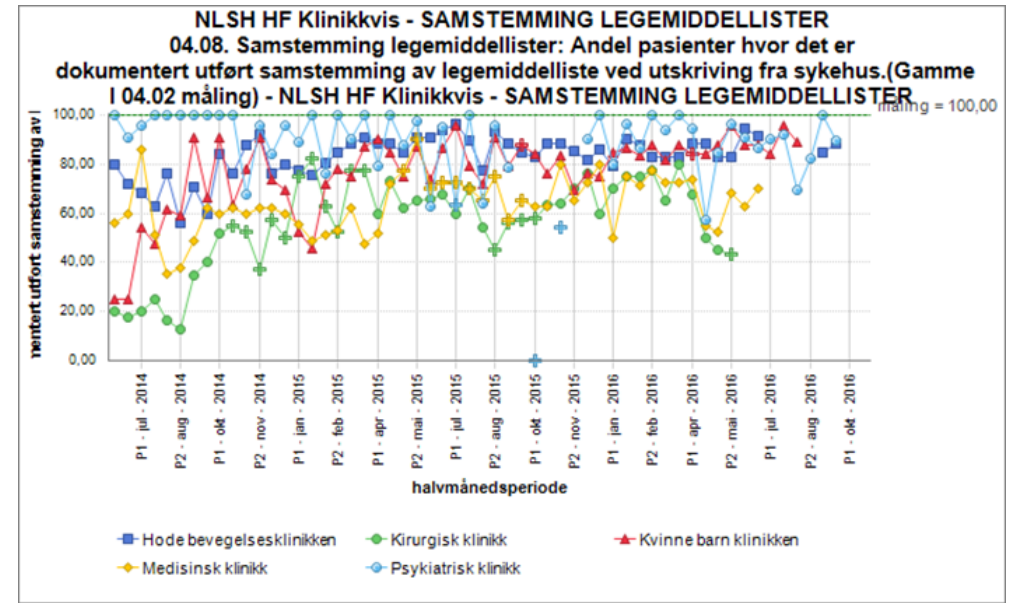
Figur 8 Resultater fra kvalitetsvurderingen av Trygg kirurgi sjekklista NLSH 2016



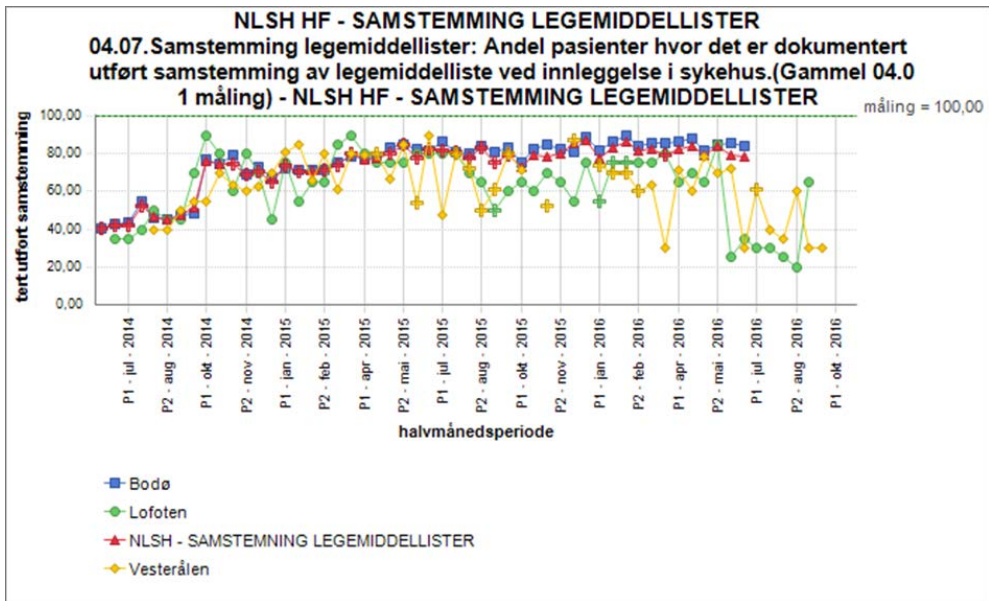
Figur 9 Klinikkvis samstemming av legemidler ved innleggelse



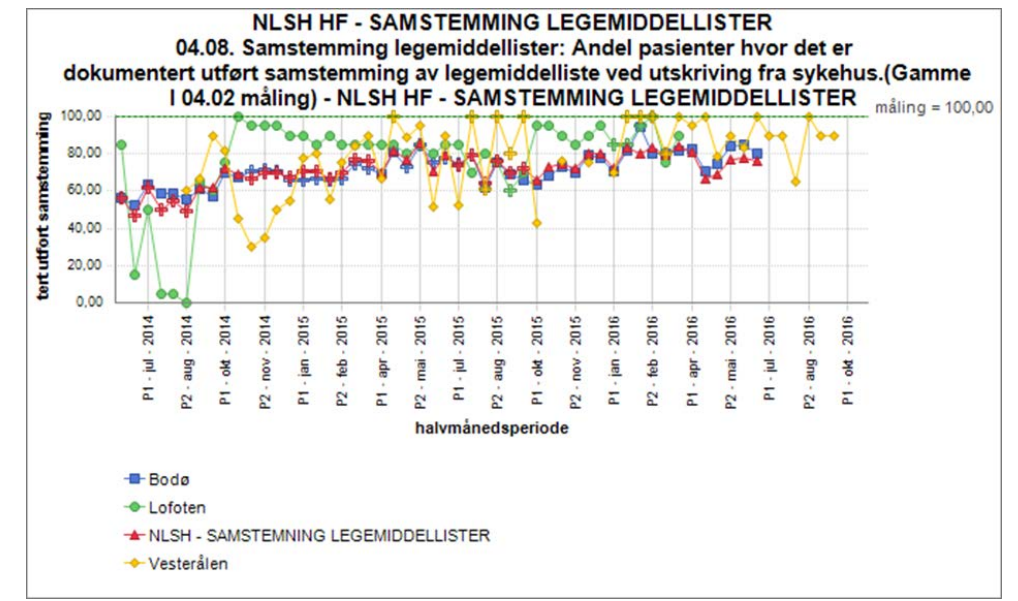
Figur 10 Klinikkvis samstemming av legemidler ved utskrivelse



Figur 11 Samstemming av legemidler ved innleggelse basert på lokalisasjon

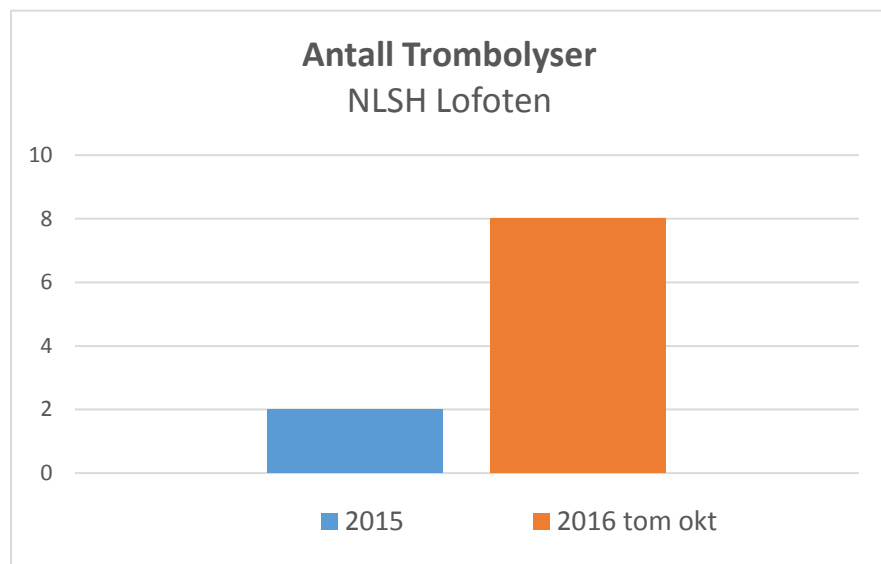


Figur 12 Samstemming av legemidler ved utskrivelse basert på lokalisasjon

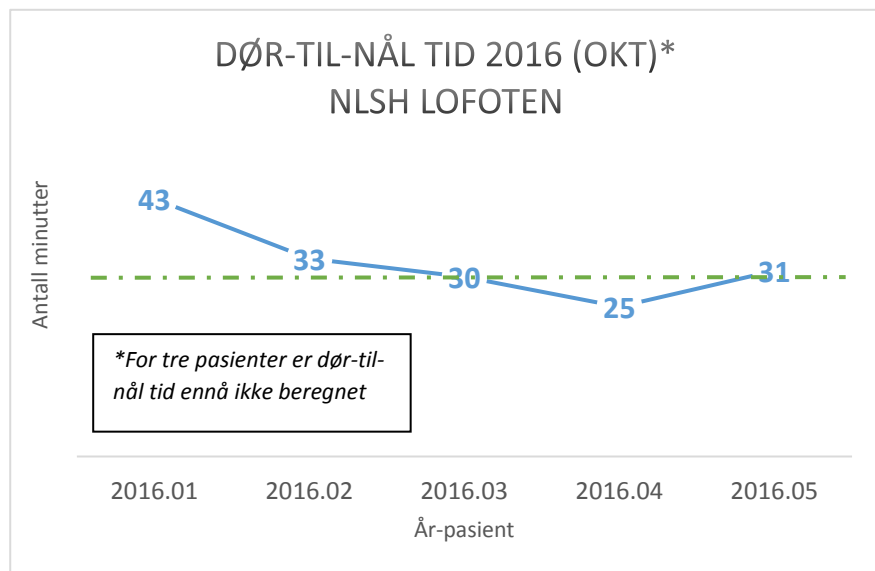


Trombolysetall

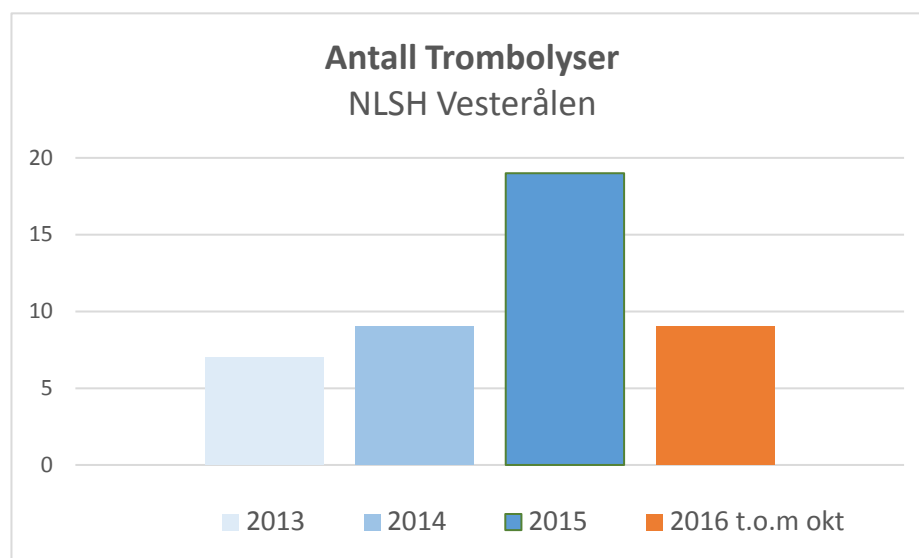
Figur 15 Antall årlige trombolyser NLSH Lofoten.



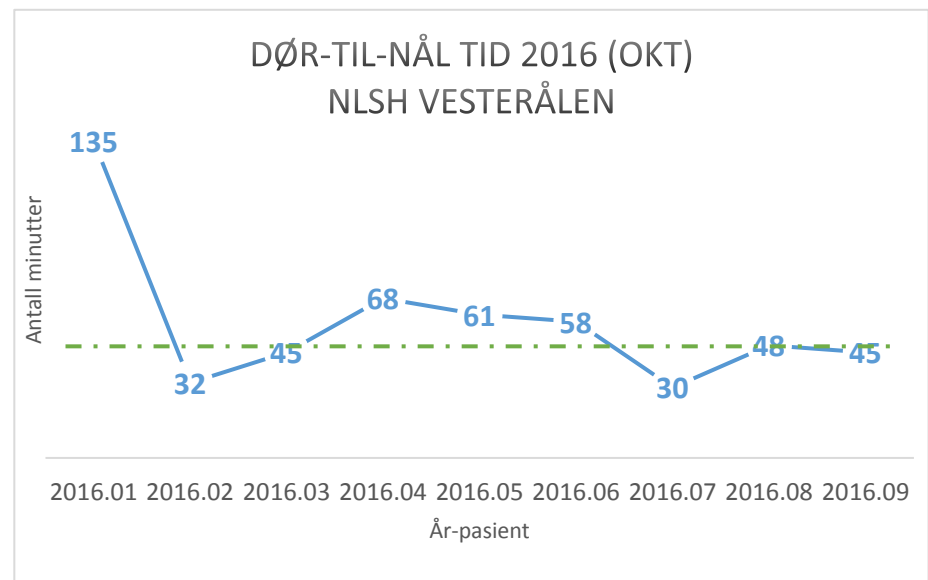
Figur 17 Dør-til-nål tid pr pasient NLSH Lofoten (Stiplet linje er mediantid)

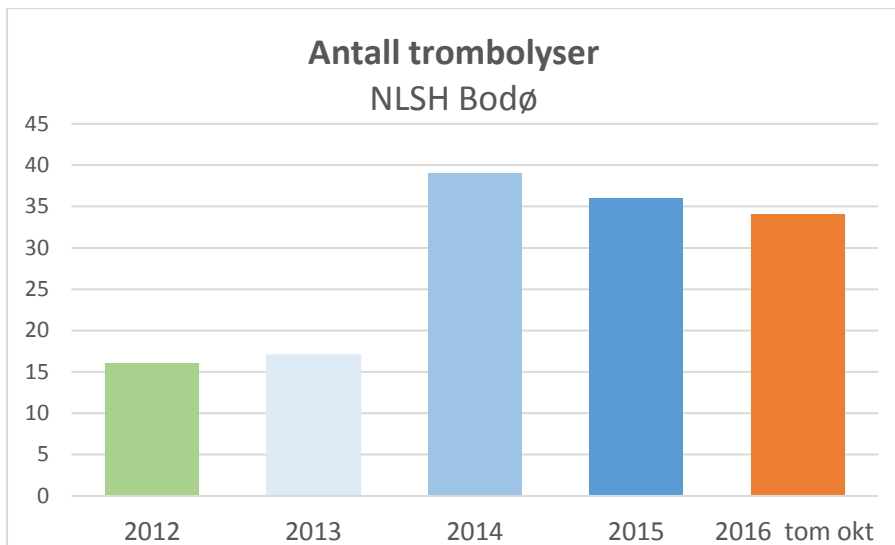


Figur 16 Antall årlige trombolyser i NLSH Vesterålen.



Figur 18 Dør-til-nål tid pr pasient NLSH Vesterålen (Stiplet linje er mediantid)





Figur 19 Antall årlige trombolyser NLSH Bodø.

Figur 20 Dør-til-nål tid pr pasient NLSH Bodø. Andel trombolysepasienter med dør-til-nål tid innenfor gitte tidsintervaller

