



Styresak 085-2018

Resultater fra kartleggingen av pasientskader ved Global Trigger Tool med klinikkvise resultater

Saksbehandler: Ida Bakke, Berit Enoksen m.fl.
Dato dok: 02.11.2018
Møtedato: 12.11.2018
Vår ref: 2010/1702

Vedlegg (t):

Innstilling til vedtak:

1. Styret tar saken til orientering, og ber om at arbeidet med å redusere pasientskader i Nordlandssykehuset HF, fortsetter med samme intensitet.

Bakgrunn:

Alle helseforetakene i Norge har fått i oppdrag å kartlegge pasientskader ved hjelp metoden Global Trigger Tool (GTT). Kartleggingen skjer kontinuerlig gjennom granskning av tilfeldig utvalgte pasientopphold retrospektivt, og rapporteres til sentrale myndigheter hvert tertial. Nordlandssykehusets styre får framlagt resultatene fra GTT analysen to ganger per år. Gjennom Nordlandssykehusets strategiske utviklingsplan har vi som et mål at pasientene våre skal motta trygge tjenester, noe resultatene fra GTT analysen bidrar til å sette fokus på.

Direktørens vurdering:

Direktøren har gjennom flere år fulgt utviklingen av GTT - resultatene nøye, og erfarer at data fra GTT-analysen har vært viktig for å konkretisere pasientskader, både for fagmiljø og ledelse. Måltallene for reduksjon av pasientskader ser ut til å være innfridd for to av tre måleparameter i Nordlandssykehuset, en utvikling som er i tråd med målet om pasientens helsetjeneste. Direktøren er tilfreds med utviklingen så langt, men erkjenner at en ytterligere reduksjon i andelen pasientskader er avhengig av at vi bruker GTT - resultatene systematisk som grunnlag for læring og konkrete forbedringstiltak. Dette er derfor arbeid som fortsatt må prioriteres i Nordlandssykehuset.

Metode og organisering i Nordlandssykehuset HF

Global Trigger Tool (GTT) er et verktøy for å avdekke og overvåke forekomsten av pasientskader som følge av medisinsk behandling og pleie hos voksne pasienter i somatikken. I Nordlandssykehuset HF har metoden vært benyttet siden 2010. GTT baserer seg på en

strukturert gjennomgang av et tilfeldig utvalg pasientopphold fra utskrivelser i en gitt periode. Med bakgrunn i data fra utvalget estimeres det totale skadenivået i foretaket, og jevnlig registreringer gjør det mulig å følge utviklingen i skadenivå over tid. Pasientskader som avdekkes blir kategorisert etter type skade og alvorlighetsgrad, hvor E er den mildeste og I mest alvorlig (død). E og F skadene utgjør mer enn 90% av den totale andelen skader.

Pasientsikkerhetsprogrammet har til hensikt å redusere pasientskader, og har i sin strategi for perioden 2014-2018 satt følgende mål:

«Ved utgangen av 2018 skal «andel pasientopphold med minst én pasientskade alle alvorlighetsgrader (E-I)» reduseres til 10,3 prosent. Det tilsvarer 25 prosent reduksjon fra 2012-nivå på 13,7 prosent»

Målsetningen er også nedfelt i Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag til de regionale helseforetakene.

Fra den nasjonale rapporten om pasientskader i 2017¹ fremkommer det at det oppstod en pasientskade under 13,7% av somatiske sykehusopphold i Norge, mot 13,9 % året før. GTT-metoden skiller ikke på om skaden kunne vært unngått eller ikke, men internasjonal forskning anslår at ca. halvparten av pasientskadene som avdekkes gjennom GTT analyse kunne vært unngått/forbygget. OECD har beregnet at pasientskader bidrar til ca. 15% av de totale sykehuskostnadene i medlemslandene

Ved å følge Pasientsikkerhetsprogrammets måltall vil Nordlandssykehuset med utgangspunkt i 2012 data ha et mål² om at ikke mer enn 13 prosent av pasientoppholdene skal medføre pasientskade. For å analysere resultatene følger vi et mål for sentraltendens over tid kalt median. Nordlandssykehuset hadde et medianskifte i 2014-15 (figur 3), hvor resultatet gikk fra ca. 15,7 prosent til 11,3 prosent Dette er fremdeles litt høyere enn det nasjonale målet på 10,3 prosent ved utgangen av 2018. De skadene vi har flest av er blødning, legemiddelskade, nedre luftveisinfeksjon, urinveisinfeksjon, post-operativ sårinfeksjon og annen infeksjon (figur 11). Dersom man summerer de ulike infeksjonene, er helsetjenesteassosierte infeksjoner, den pasientskaden som opptrer hyppigst.

Innhenting og fremstilling av skadedata

Nordic Clinical Framework (NCAF)³ gir mulighet for enkel framstilling med en sortering av hvor skaden oppstod; om det er innenfor eller utenfor avdeling, eller utenfor spesialisthelsetjenesten. F. eks dersom pasienter fra kommunal institusjon blir innlagt i sykehus med nedre luftveisinfeksjon registreres det som skade i GTT, men utenfor spesialisthelsetjenesten. Skader som oppstår utenfor egen institusjon er mindre interessant som utgangspunkt for eget forbedringsarbeid, selv om det for pasienten ikke spiller noen rolle hvor skaden oppstår.

¹ https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1471/IS-2757_Pasientskader%20i%20Norge%202017%20m%C3%A5lt%20med%20Global%20Trigger%20Tool%20.pdf

² 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%)

³ Elektronisk verktøy som brukes i automatisk triggersøk og registrering av GTT-funn. Har nylig fått rapportfunksjon med grafiske fremstillinger i Visual Analytics /SAS Virksomhetsportal.

En nyvinning er at NCAF nå gir tilgang til skadetallsrapporter i datavarehuset til Helse Nord (Visual Analytics). Enkel tilgang til data åpner for nye muligheter til å identifisere skader og problemområder, og gjør det mulig å følge utviklingen over korte og lengre tidsperioder. Vi får nå oversikt over skadelister med kommentarer som beskriver skaden i større detalj. Dette gir også bedre utgangspunkt for læring. Alle granskere, foretaksledelse og definerte ledere i ulike klinikker har fra oktober/november fått tilgang til rapportene. Seksjon for pasientsikkerhet vil tilby gjennomgang av løsningen for de GTT-teamene som ikke kjenner datavarehuset fra tidligere.

Resultater for Nordlandssykehuset HF 2010-18

Nordlandssykehuset frekvens for pasientskader holder seg relativt stabil. I 2014-2015 så vi et medianskifte for antall pasientskader per 1000 liggedøgn (figur 2), fra 34 til 27 skader. Siden har medianen holdt seg stabil, noe om betyr at målet på ikke mer enn 25 skader ennå ikke er nådd. Når det gjelder antall pasientskader per 100 innleggelser (figur 1) og andel innleggelser med minst en pasientskade (figur 3) er målene innfridd.

I årene fram til 2017 har andelen alvorlige pasientskader vært stabil. Antall alvorlige pasientskader (G, H og I-skader) er redusert til 10 i 2017 og til sammenlikning var det 22 i 2015 og 19 alvorlige skader i 2016 (absolutte tall). En så betydelig reduksjon kan representere en reel endring, men det er for tidlig å konkludere basert på et års-resultat.

Klinikkvise resultater

Det er noe variasjon i de ulike klinikkens resultater, men ikke nok til at det utgjør medianskifte. To avdelinger utmerker seg med å ha medianskifte for antall pasientskader per 1000 liggedøgn. Det gjelder for kirurgisk og medisinsk avdeling i Bodø, der måltallet om ikke mer enn 25 skader pr 1000 liggedøgn er nådd med god margin.

Kirurgisk avdeling Bodø

Kirurgisk avdeling i Bodø gransker ca. 6,5 prosent av alle innleggelser. I 2012-2013 observeres et medianskifte (figur 4), og skadefrekvensen har stadig sunket i klinikken. Da reduksjonen i siste perioden var større enn tidligere, gjøres det nå en gjennomgang av data med hensikt å kvalitetssikre at analysen gjennomføres i henhold til metodestandard. Slik kvalitetssikring gjøres hver gang finner resultater som har økt eller blitt redusert utover det som kan forventes hos et eller flere team.

Klinikken har følgende kommentar til det gode resultatet:

- Fast overlegestab er kommet på plass de senere år (nå har vi 6 spesialister i gastroenterologisk kirurgi)
- Det er tatt i bruk mer skånsomme kirurgiske metoder som reduserer risikoen for infeksjoner (laparoskopi og robotassistert kirurgi)
- Redusert bruk av kateter som en følge av nye kirurgiske metoder
- Det er gjennomført omfattende kvalitetsregistreringer; både nasjonale kvalitetsregister og riktig utfylling av NOIS-meldinger
- Innføring av preoperative sjekklister (K2/sengepost til operasjon) og Trygg kirurgi-sjekklister.
- Fall-forebyggende arbeid

- Ernæringscreening gjennomføres. Særlig fokus på ernæring under oppholdet medfører bedre prognose og tidligere utskriving.
- Det dokumenteres grundigere (slik at neste lege er bedre oppdatert på situasjonen)
- Innføring av NEWS-score (scoringverktøy for tidlig oppdagelse av forverret tilstand)
- Bruk av IMATIS-tavle (elektronisk tavle med pasientopplysninger)

De to skadetyper som viser størst reduksjon i Kirurgisk avdeling er urinveisinfeksjoner og postoperative sårinfeksjoner.

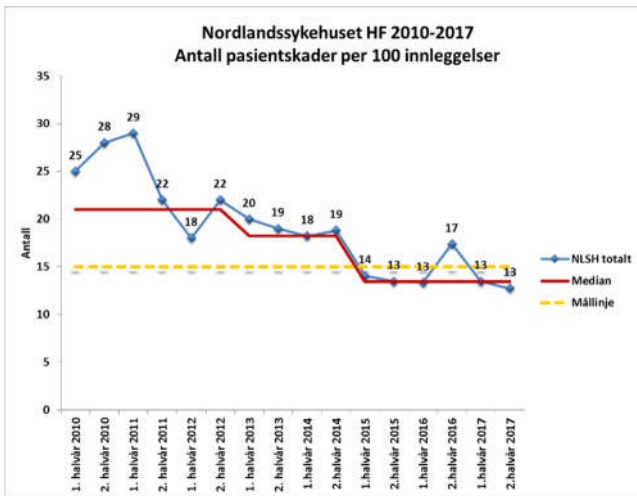
Medisinsk avdeling Bodø

Medisinsk avdeling Bodø hadde medianskifte i 2014-2015 (figur 8), og ligger godt under måltallet er ikke mer enn 25 pasientskader per 1000 liggedøgn. Medisinsk team Bodø gransker 4% av pasientoppholdene sine. Forbedringen kan sees på som et resultat av fokus på kontinuerlig kvalitetsforbedring og arbeid med å implementere rutiner for god pasientbehandling på alle nivå, både internt i medisinsk klinikk, og fra overordnet nivå i Nordlandssykehuset Medisinsk klinikk har også gjennomført forbedringsprosjekter knyttet til pasientskader avdekket ved GTT, som har gitt effekt.

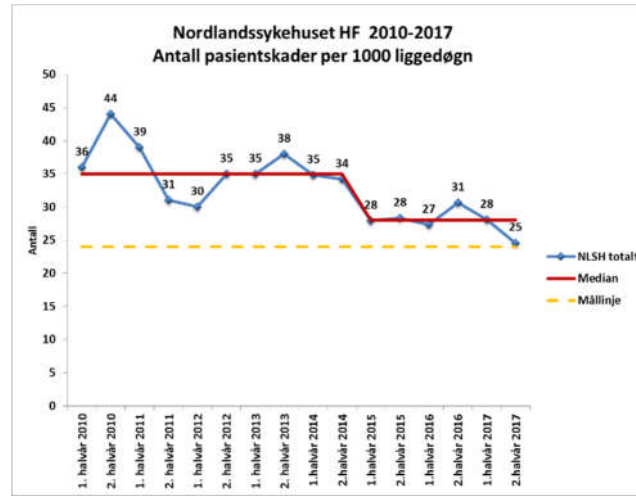
Eksempler på praktisk bruk av funn fra GTT og avviksmeldinger

Hode- og bevegelsesklinikken har dannet et forbedringsteam bestående av klinikkssjef, enhetsledere, avdelingsoverleger, avdelingsleder og sykepleier fra sengepost. Representant fra seksjon for pasientsikkerhet deltar også. Teamet bruker data fra GTT og avvikssystemet for å identifisere forbedringsområder. Et eksempel på et identifisert forbedringsområde fra GTT er håndtering av PEG (percutan endoskopisk gastrostomi), som er en metode for å tilføre ernæring direkte inn i magesekken. Gjennom GTT ble det avdekket tilfeller med infeksjon i nyetablert PEG. Det viste seg at en ny type sonde var tatt i bruk uten at prosedyre for hvordan denne skulle håndteres etter inngrepet var på plass. Dette skapte usikkerhet på avdelingene som skulle ivareta pasienten og dermed sannsynlighet for stellet ikke ble utført riktig med økt risiko for infeksjon. Etter gjennomgangen ble det besluttet å lage en ny klinikkovergripende prosedyre.

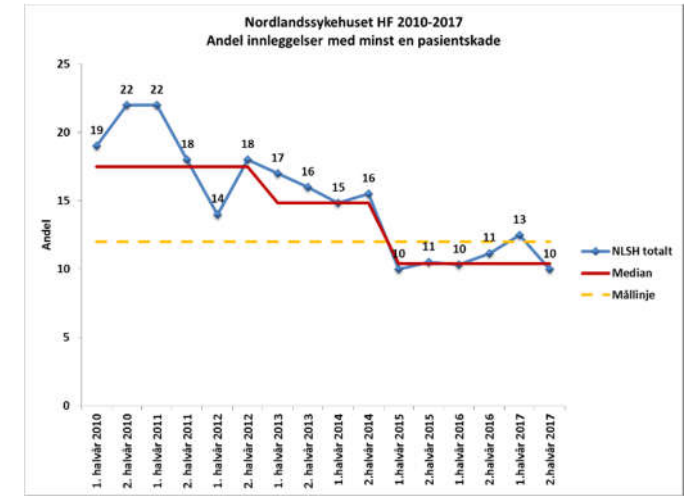
Et annet eksempel er fallforebygging. Ved gjennomgang av avviksmeldinger ble det funnet seks fall på 11 uker. Man avdekket at bare tre av de seks pasientene hadde blitt fallscreenet for risiko slik rutinen tilsier. Dermed ble det satt nytt fokus på fallscreening og det ble innført tiltak for å ivareta pasientene med fallrisiko. Forbedringsarbeidet pågår fortsatt, og vil i tillegg til å være «månedens rutine» med informasjon som henges opp ulike steder i avdelingen, også bli tatt opp på neste personalmøte.



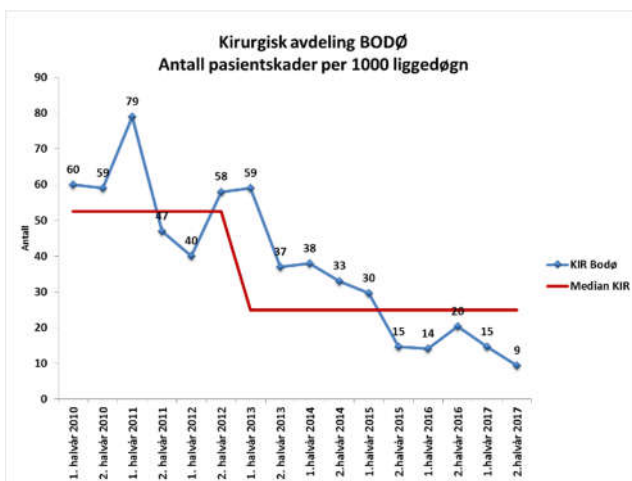
Figur 1 Antall pasientskader per 100 innleggelser



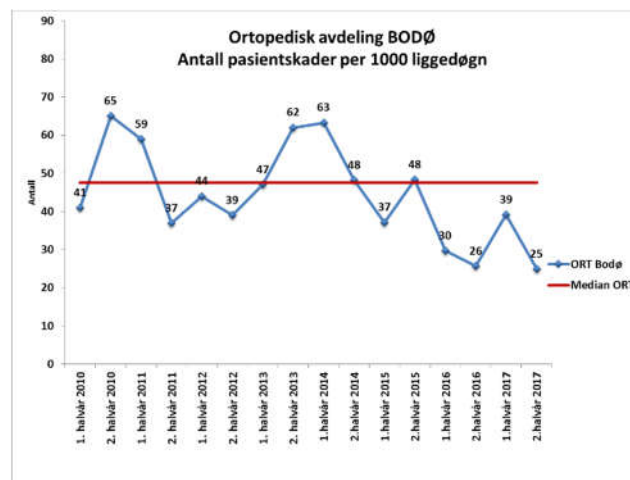
Figur 2 Antall pasientskader per 1000 liggedøgn



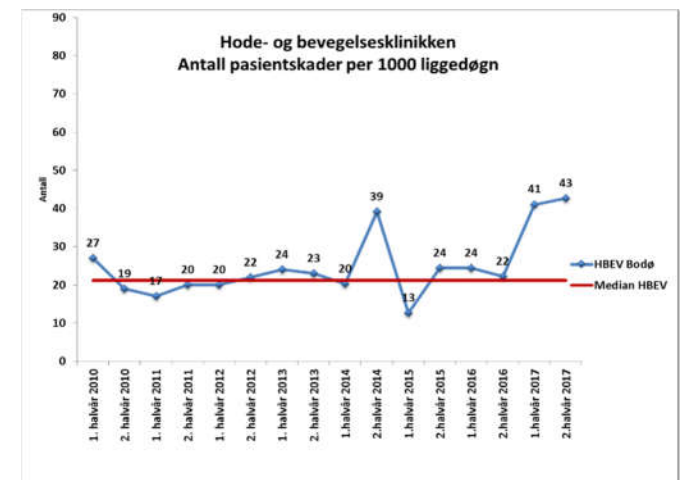
Figur 3 Andel innleggelser med minst en pasientskade



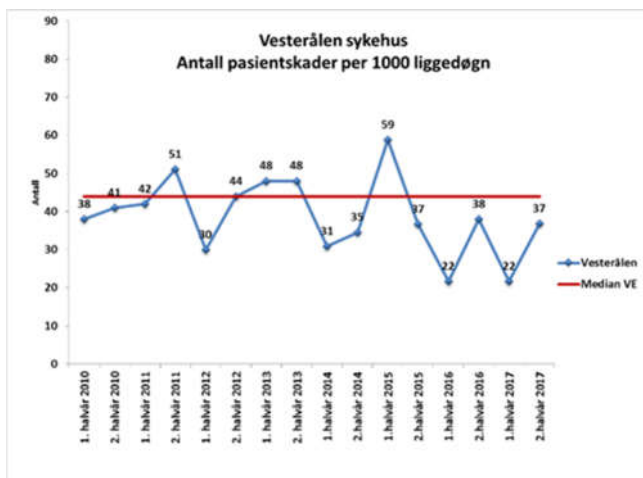
Figur 4 Antall pasientskader per 1000 liggedøgn kir. avd. Bodø



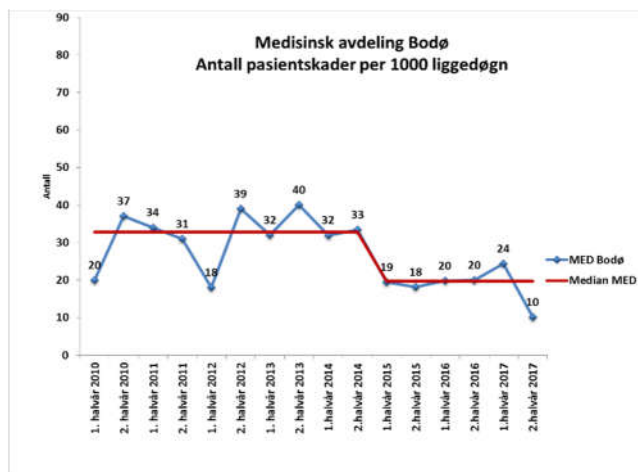
Figur 5 Antall pasientskader per 1000 liggedøgn ort. avd. Bodø



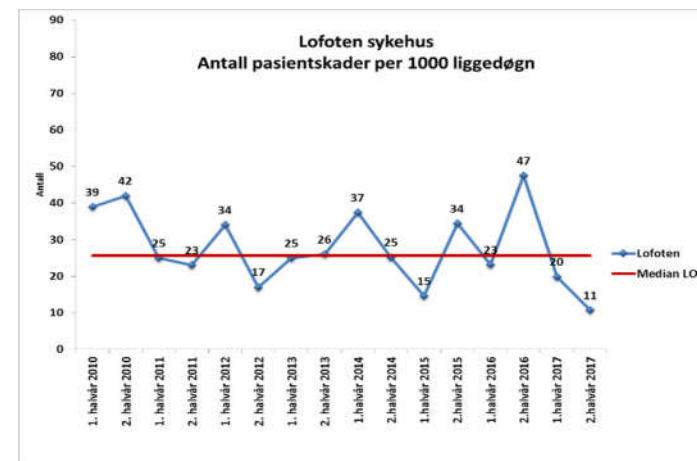
Figur 6 Antall pasientskader per 1000 liggedøgn HBEV klin. Bodø



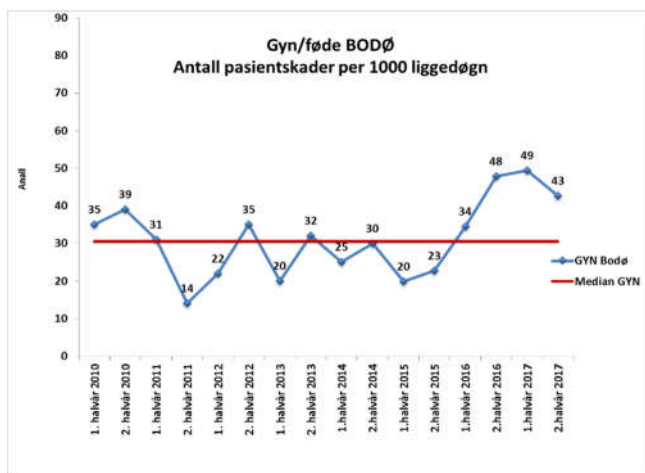
Figur 7 Antall pasientskader per 1000 liggedøgn, Vesterålen



Figur 8 Antall pasientskader per 1000 liggedøgn, med. Avd. Bodø

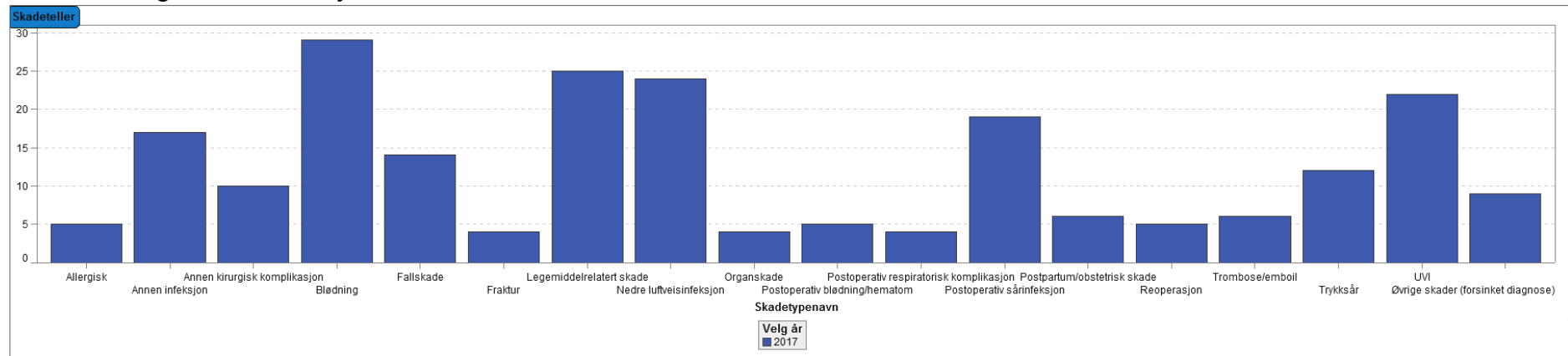


Figur 9 Antall pasientskader per 1000 liggedøgn, Lofoten



Figur 10 Antall pasientskader per 1000 liggedøgn Gyn/føde Bodø

Skadefordeling for Nordlandssykehuset i 2017



Figur 11 Skadefordeling for Nordlandssykehuset i 2017