



Styresak 017-2018

Kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet ved Nordlandssykehuset HF 3-2017

Saksbehandler: Benedikte D. Stoknes, Terje Svendsen, Bente Jensen m. fl.
Dato dok: 13.04.2018
Møtedato: 24.04.2018
Vår ref: 2010/1702

Vedlegg (t): Rapport for kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet i Nordlandssykehuset HF 2017

Innstilling til vedtak:

1. Styret viser til saksutredningen og ber om at kunnskapen fra ulike målinger og verktøy settes i sammenheng med strategisk utviklingsplan, og brukes som grunn for de tiltak som iverksettes innenfor arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet

Direktørens vurdering:

Kvalitet og pasientsikkerhet handler om mange og ulike aspekter ved sykehusdrift, både knyttet til direkte pasientbehandling og til systemene vi etablerer rundt pasientbehandlingen. Det er derfor mange forhold som skal på plass før Nordlandssykehuset kan nå sin visjon om å være ledende på kvalitet. En forutsetning for å nå dette ambisiøse målet er at alle deler av organisasjonen, både med og uten direkte pasientkontakt, må bli gode på å drive kontinuerlig kvalitets- og forbedringsarbeid.

Direktøren erkjenner at en viktig forutsetning for å lykkes er at vi på foretaksnivå har et helhetlig og dekkende system for kvalitet, pasientsikkerhet og forbedring, med fokus på pasienter, pårørende og deres behov. Dette er et pågående, kontinuerlig arbeid som vil involvere de fleste av våre ansatte. Det er derfor et ledelsesansvar å sørge for at forbedringsarbeidet, stort som smått, alltid blir oppfattet som en prioritert oppgave for Nordlandssykehusets medarbeidere.

I et slikt system vil kompetanseheving og læring på tvers av klinikker, enheter, staver, fag og profesjoner måtte vektlegges, på mange områder i større grad enn det vi får til i dag. Gjennom det videre arbeidet med konkretisering og implementering av strategisk utviklingsplan vil læringen på tvers sammen med nødvendig kompetanseheving være helt sentrale element.

Hovedtrekk fra rapporten «Kvalitet og pasientsikkerhetsarbeidet ved Nordlandssykehuset HF 1-2018

Styret får presentert en oversikt over statusen for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i Nordlandssykehuset. Denne rapporten berører følgende områder:

- Foretakets arbeid med styrende dokumenter i kvalitetssystemet, Docmap
- Status for pasientsikkerhetsarbeidet – innføring og bruk av Trygg kirurgi sjekklista
- Smittevern: Prevalensundersøkelsen 2017
- Smittevern: Smittevernvisitter 2017
- Tilsynssaker opprettet av Fylkesmannen 2017 – status
- Eksterne tilsyn og revisjoner 2016/2017 – status

Nedenfor er noen hovedtrekk i den vedlagte rapporten belyst.

Foretakets arbeid med styrende dokumenter i kvalitetssystemet, Docmap

Dette er andre gang vi rapporterer etter det nye nasjonale klassifiseringssystemet for avvik og pasienthendelser. Siden kategoriseringen er vesentlig endret, kan vi ikke sammenlikne resultatene før og etter endringen. Det totale antall meldinger har over flere år holdt seg relativt stabilt.

Meldingene omhandler et stort antall ulike områder, og har til dels ulik saksgang. Kompleksiteten gjør at det er utfordrende å få til en god flyt i saksgangen, særlig dersom hendelsene involverer mange aktører. For å forebygge lang saksbehandlingstid har foretaket etablert et system for å overvåke saksflyten for avvik og pasienthendelser. Med dette systemet forventer vi at flyten i saksgangen vil forbedres.

Pasientsikkerhet – Trygg kirurgi sjekklista

Trygg kirurgi sjekklista er et av tiltakene fra pasientsikkerhetsprogrammet som har vært lengst i drift i Nordlandssykehuset. Både internasjonal og nasjonal forskning på bruken av trygg kirurgi sjekklisten har vist at sjekklista – riktig brukt – i vesentlig grad skaper økt pasientsikkerhet og reduserer risikoen for skader for de pasientene som må gjennomgå en operasjon.

Nordlandssykehuset må derfor fortsatt arbeide for riktig bruk av sjekklista for å optimalisere effekten på pasientsikkerheten. Fagmiljøet i stor grad har tatt eierskap til utviklingen av bruken av sjekklista, og flere ildsjeler passer på at målinger blir etterspurt, gjennomført og presentert for de berørte.

Smittevern, NOIS data og smittevernvisitter

Sykehusinfeksjoner er knyttet til ekstra lidelse for pasientene, dårligere prognose, og henger også tett sammen med en annen vesentlig utfordring for sykehusene – antibiotikabruk. Siden prevalensdataene baserer seg på inneliggende pasienter 4 av 365 dager i året, skal det store endringer over tid til før man med sikkerhet kan si at tallene er uttrykk for en reell endring i andelen helsetjenesterelaterte infeksjoner. Men tallene gir likevel et godt utgangspunkt for forbedringsarbeid. Nordlandssykehuset har nettopp startet opp med tverrfaglig gjennomgang av dype postoperative infeksjoner. Dette blir et viktig arbeid, da vi har et forbedringspotensial og at disse infeksjonene har konsekvenser for pasientene som rammes. Smittevernvisitter er et ganske nytt tiltak som har som målsetting å adressere lokale problemstillinger knyttet til smittevern.

Tilsyn og revisjoner

Varslingsaker til Statens helsetilsyn holder seg stabilt, mens det har vært en liten økning i antallet tilsynssaker. I 9 av sakene har Fylkesmannen konkludert med «pliktkrudd». Det jobbes kontinuerlig med endringer i organisering og rutiner med formål å forhindre gjentakelser.

KVALITET- OG
PASIENTSIKKERHETS-
ARBEIDET VED
NORDLANDSSYKEHUSET HF
3-2017



Kvalitet og pasientsikkerhetsutvalget, Nordlandssykehuset HF

Innhold

1. Innledning	3
2. Status styrende dokumenter og hendelser	4
Det nasjonale klassifiseringssystemet	4
Styrende dokumenter i Nordlandssykehuset	5
Antall meldte hendelser og antall meldere	5
Fordeling av ulike hendelser i Nordlandssykehuset	6
Saksbehandlingsflyt.....	8
Hendelsestyper etter nasjonal klassifisering 2017	9
Fordeling på årsakstype	9
Pasienthendelser meldt i perioden 2015-2017 og andel sendt over til Helsedirektoratet i henhold til §3-3.....	10
3. Status for pasientsikkerhetsarbeidet og utvalgte innsatsområder	11
Trygg kirurgi - sjekklista	11
Krav ved gjennomføring av trygg kirurgi sjekklista	12
Kvalitetsvurdering av bruken av sjekklista	12
4. Smittevern: Prevalens 2017 – oppsummering	13
Hvilke type infeksjoner er ser vi?.....	14
Vurdering av de ulike infeksjonstypene	15
5. Smittevernvisitter i 2017	17
Blærekateter.....	18
Sentralt og perifert venekateter (SVK/PVK).....	18
Antibiotikabruk.....	19
Smitterisiko - antrekk	20
6. Status for tilsynssaker opprettet av Fylkesmannen 2017	21
7. Oversikt/status på eksterne tilsyn (systemtilsyn) og revisjoner for 2016/2017	22

I saken finnes det lenker til dokumenter som inngår i foretakets internkontrollsystem. Lenkene virker innenfor foretakets brannmurer. Innsyn i dokumentene kan også skaffes ved å henvende seg til foretaket, f.eks. via postmottak@nlsh.no

1. Innledning

Ved å presentere Nordlandssykehuset kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid i en samlet rapport, gjør man det enklere for foretaksledelsen å prioritere satsningsområder og tiltak i tråd med behovet for kontinuerlig og målrettet forbedringsarbeid for læring og kvalitetsheving. Samlet rapportering av kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet vil også kunne bidra til mer hensiktsmessige diskusjoner rundt organiseringen av arbeidet i foretaket.

Kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalget gjennomgår tre ganger per år grunnlaget for den tertialvis rapporten til styret. Rapporten er utarbeidet etter diskusjoner i utvalget, og innholdet vil variere ut fra hvilke data som er tilgjengelige og oppdatert på gjeldende tidspunkt, og med hvilke områder utvalget ønsker å løfte fram.

Kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg i Nordlandssykehuset¹ skal ha oversikt over totaliteten og systematikken i foretakets samlede kvalitets og pasientsikkerhetsarbeid. Rapporten med statusoppdatering er en del av dette arbeidet, og legges frem for styret tertialvis i mars, juni og november. Denne rapporten er en statusoppdatering per 1 mars 2018.

¹ [RL0026](#) Kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalget for Nordlandssykehuset HF (*lenke virker innenfor brannmuren*)

2. Status styrende dokumenter og hendelser

Presentasjonen av tall knyttet til styrende dokumenter² og behandling av uønskede hendelser er en del av et pågående arbeid med å definere et sett med mål knyttet til Nordlandssykehusets kvalitetssystem og forbedringsarbeid. Etablering av nøkkeltall som kan følges over tid vil bidra til en bedre oversikt over styrings- og avvikssystemet, og hvilke effekt det har på foretakets systematiske forbedringsarbeid.

Foretaket har tradisjonelt kun rapportert pasienthendelser som er meldepliktige i henhold til spesialisthelsetjenestelovens §3-3. Fra januar 2017 ble felles nasjonalt klassifiseringssystem for uønskede hendelser implementert og tatt i bruk i Helse Nord³. Det nye systemet gjelder både for avvik (hendelser som ikke direkte involverer pasient) og pasienthendelser. Siden avvik også kan *føre til* pasienthendelser har en fra 2017 valgt å bruke den nasjonale klassifiseringen også på avvik.

Det nasjonale klassifiseringssystemet

Et godt klassifikasjonssystem gir større mulighet til å identifisere både alvorlig systemsvikt og områder for læring og forbedring. Det bidrar også til oversikt over problem- og risikoområder der man ved å iverksette tiltak kan redusere risikoen for at tilsvarende hendelser skjer på nytt⁴.

- Det nasjonale klassifiseringssystemet er bygget opp etter de samme prinsippene World Health Organization (WHO) bruker i sitt klassifikasjonssystem. De fleste hovedgruppene i WHO-klassifikasjonen er beholdt. Kategorier som har vist seg ikke å ha verdi i lærings- og forbedringsarbeid verken lokalt, nasjonalt eller internasjonalt er forkastet.
- Brukergrensesnittet skal være enkelt, og kategoriene skal beskrives med enkle hjelpetekster og operasjonelle definisjoner.
- Klassifikasjonssystemet kan brukes på alle typer uønskede pasienthendelser og nesten-uhell, også hendelser som ikke er meldepliktige til Helsedirektoratet i henhold til spesialisthelsetjenesteloven §3-3.

Ett- eller flervalgssystem: For «medvirkende faktorer/årsaker» kan man velge flere kategorier, da det kan være flere medvirkende årsaker til én uønsket hendelse. For øvrige kategorier må man velge én kategori. Underkategoriene skal være gjensidig utelukkende. Foretakets egne hendelsestyper kan brukes på avvik der nasjonale typer ikke er dekkende.

Nordlandssykehuset har følgende hendelsestyper i sitt avvikssystem:

Nasjonale klassifikasjonstyper:

1. Pasientadministrasjon
2. Diagnostikk / utredning
3. Behandling og pleie
4. Fall og uhell

² Med styrende dokumenter menes regelverk, målsetninger, retningslinjer, prosedyrer, maler etc. som inngår i virksomhetens internkontrollsystem.

³ [MS0227](#) Oppdragsdokument 2017 fra Helse NORD til helseforetakene, s 11 pkt 2 (*lenke virker innenfor brannmuren*)

⁴ Dette er i henhold til [RL5683](#) Brukerveiledning for klassifisering av uønskede hendelser og nesten-uhell, vedlegg 5 (*lenke virker innenfor brannmuren*)

5. Dokumentasjon / informasjon
6. Infeksjon
7. Legemidler og blodprodukter
8. Medisinsk utstyr
9. Pasientadferd

Foretakets egne klassifikasjonstyper:

10. Administrative rutiner
11. Helse, miljø og sikkerhet (HMS)
12. Laboratorium
13. Matsikkerhet
14. Teknisk

Innføringen av nasjonal klassifisering har gjort at foretaket har tilpasset tidligere betegnelser på flere hendelse- og årsakstyper knyttet til avvik og pasienthendelser. Til og med juni 2017⁵ inngikk noen hendelse- og årsakstyper som nå er utgått i rapporteringen. I aktuell styresak er disse erstattet med nye hendelse- og årsakstyper i tråd med det nasjonale klassifiseringssystemet. Samlet gjør disse endringene at det i en overgangsfase blir vanskelig å sammenligne resultater direkte. Etter noen tid vil det igjen være mulig å sammenstille og se på utvikling av de ulike hendelse- og årsakstypene.

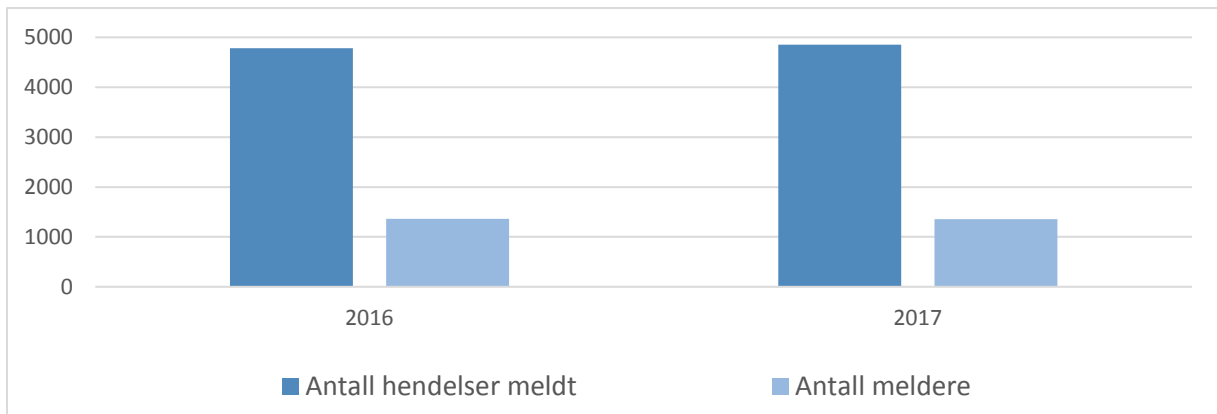
Styrende dokumenter i Nordlandssykehuset

Nordlandssykehuset har 16433 styrende dokumenter i sitt kvalitetssystem, Docmap. Styrende dokumenter blir ved utgivelse gitt revisjonsdato to år frem i tid. Ved siste registrering hadde 6 % av styrende dokumenter passert revisjonsdato. Disse dokumentene er fortsatt gyldige og i bruk. Manglende revisjon innebærer risiko for at dokumenter i bruk ikke er oppdatert i henhold til gjeldende myndighetskrav, beslutninger, organisatoriske løsninger, rutiner og andre relevante styringsdokumenter. Foretaket tilstreber at dokumenter revideres innen revisjonsfristen. Dette gjøres i dag ved at dokumentansvarlig får et varsel før revisjonsfristen utløper. I tillegg overvåker kvalitetssystemets systemadministrator antall dokumenter hvor revisjonsfristen ikke er overholdt.

Antall meldte hendelser og antall meldere

Antall meldte hendelser i Nordlandssykehuset har sesongvariasjoner, men holder seg stabilt sammenlignet med fjoråret. Ca. 30 % av ansatte melder minst en hendelse årlig.

⁵ [Styresak 059-2017](#) Statusrapport – Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i Nordlandssykehuset HF 1 – 2017

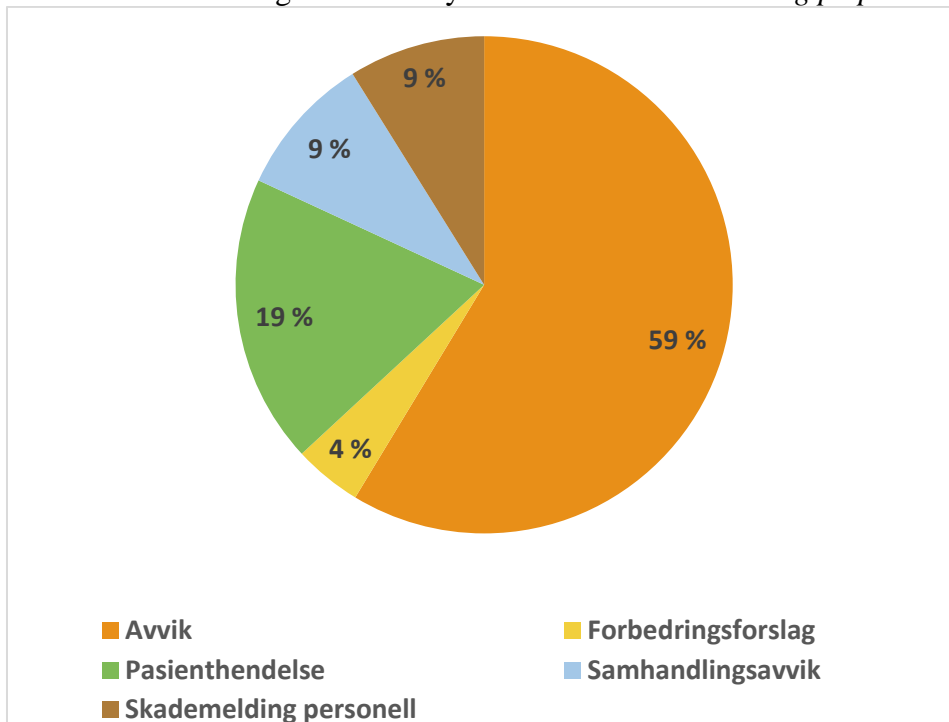


Figur 1 Antall meldte hendelser i forhold til unike meldere i NLSH 2016 og 2017

Foretaket tilstreber at ansatte skal ha lav terskel for å melde. Lav terskel øker sjansen for å identifisere forbedringsområder, kunne iverksette tiltak og forhindre gjentakelse av uønskede hendelser. Dette bidrar igjen til at meldte hendelser skaper læring og forbedring. Arbeidet med å øke andelen unike meldere videreføres i strategisk utviklingsplan.

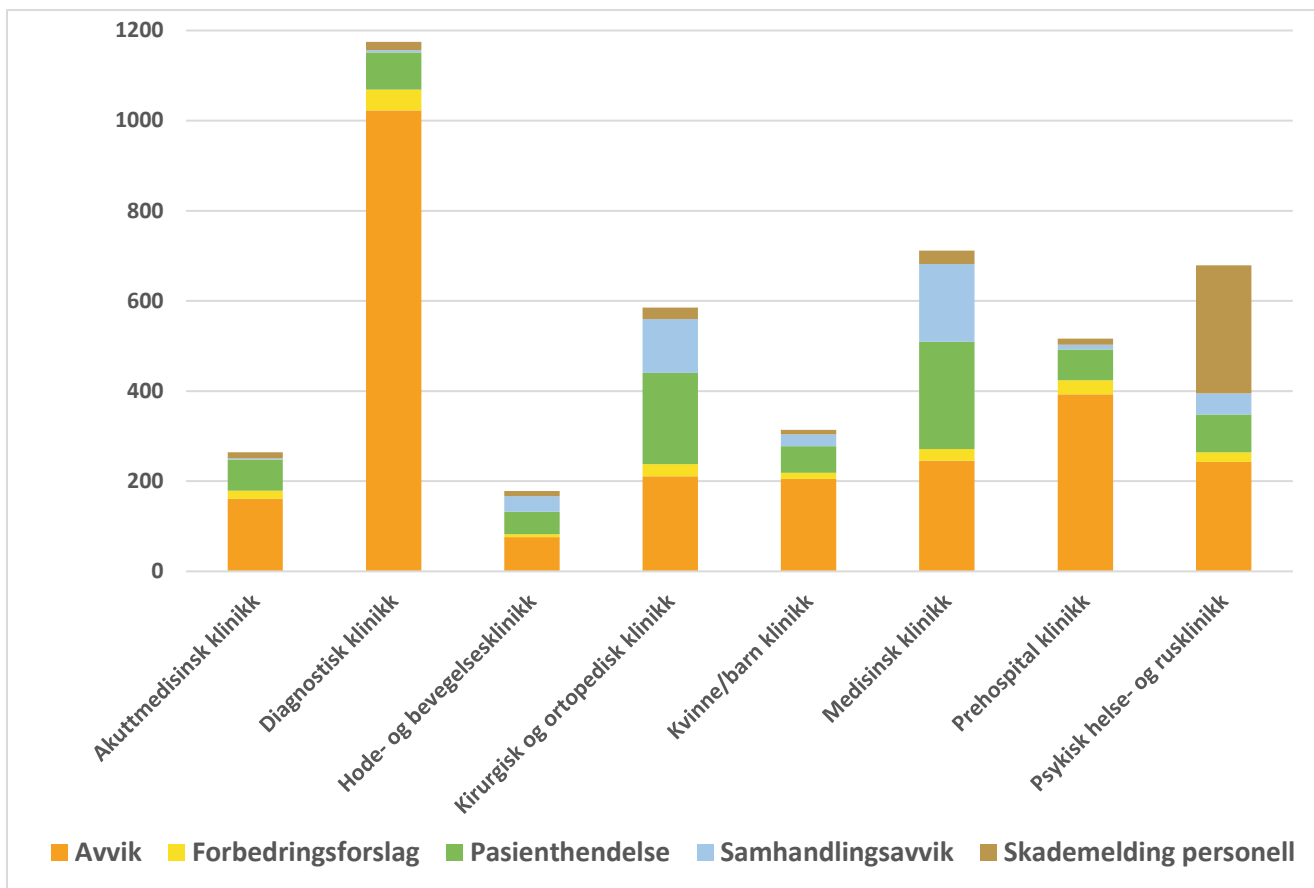
Fordeling av ulike hendelser i Nordlandssykehuset

Ansatte kan velge mellom fem ulike hendelser når de melder. Disse er *avvik* (hendelser som ikke direkte involverer pasient), *forbedringsforslag*, *pasienthendelser*, *samhandlingsavvik* mellom kommuner og Nordlandssykehuset samt *skademelding på personell*.



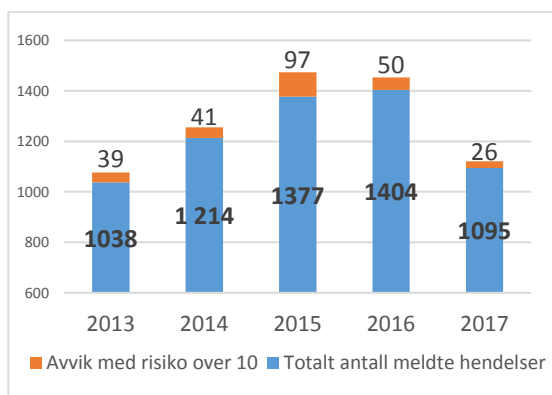
Figur 2 Fordeling av ulike hendelser i Nordlandssykehuset i 2017

Av alle registrerte hendelser i 2017 er 59 % avvik og 19 % pasienthendelser. Fordelingen av antall hendelser pr. klinikk kan blant annet forklares med den enkelte klinikk pasientgruppe, tjenestetilbud og arbeidsflyt. Vi har ikke grunnlag for å si om hendelser er under- eller overrapportert, men tallene gir et bilde av hvilke type hendelser ulike klinikker melder.

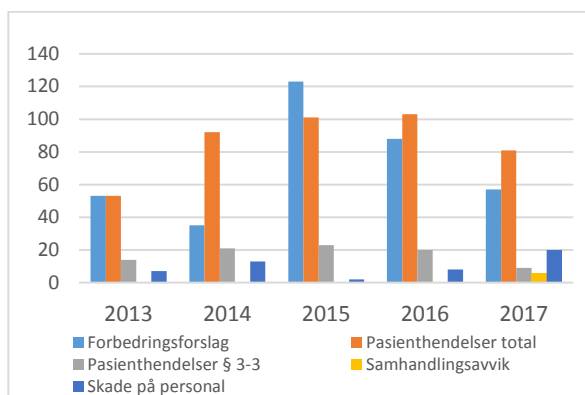


Figur 3 Fordeling av ulike hendelser pr klinikk i NLSH for 2017

Diagnostisk klinikk rapporterer den største andelen avvik. Klinikken har utarbeidet en egen rapport som ser på utvikling og fordeling av hendelser fra 2013, med forslag til tiltak. Mengden standardiserte arbeidsprosesser, analyser og røntgenundersøkelser i Diagnostisk klinikk tilsier at antall meldte avvik vil være høyere enn for foretaket for øvrig. Trenden i klinikken viser en gradvis økning i rapporterte hendelser fra 2013 til 2015, mens tallene de siste årene viser en nedgang (figur 4). Klinikken har jobbet aktivt over tid for at registrering av uønskede hendelser skal være et viktig verktøy i, forbedringsarbeidet.



Figur 4 Diagnostisk klinikk - Totalt antall meldte hendelser og avvik med risiko over 10 (5x5matrise)



Figur 5 Diagnostisk klinikk - andre typer hendelser og avvik

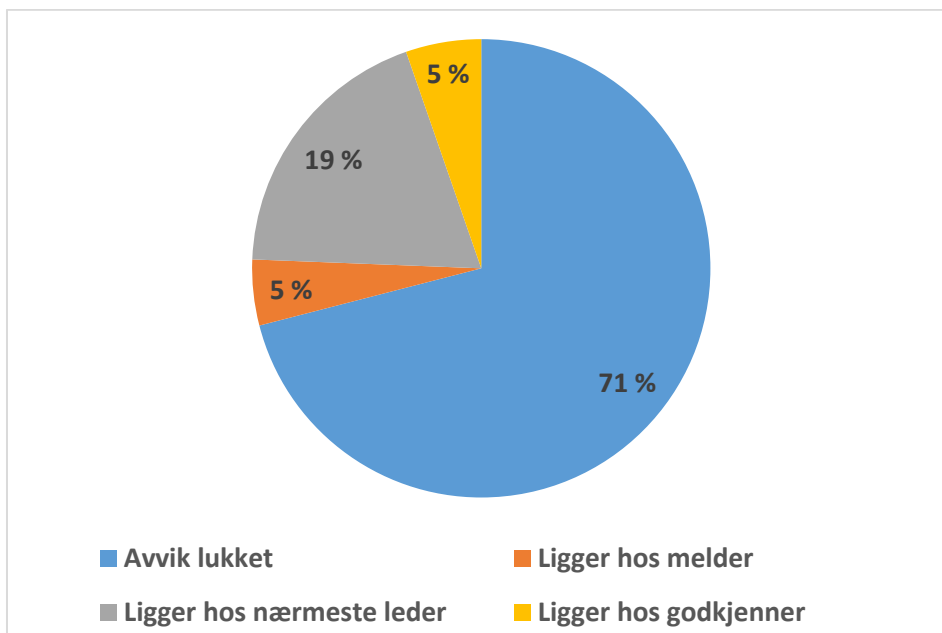
Diagnostisk klinikk ønsker fokus på forbedringsmeldinger, da det er bedre å være i forkant og skape forbedring før avvik oppstår. Diagnostisk klinikks rapport viser videre fordelingen av øvrige hendelser (figur 5). Antall forbedringsforslag har økt, med en topp i 2015. Nedgangen i 2017 tilskrives flere forhold. Elektronisk rekvirering av laboratorieanalyser (ERL) medfører færre steg og manuelle rutiner i disse prosessene, noe som gir færre feilkilder. I tillegg har avvik knyttet til feil i rørpostanlegget gått kraftig ned i forhold til året før. Dette gir også reduksjon i *alvorlige* avvik, da blodprodukter på avveie ofte blir klassifisert som «alvorlig avvik». Antall alvorlige pasienthendelser meldt til Helsetilsynet fra Diagnostisk klinikk har vært stabilt.

Psykisk helse og rusklinikk har den største andelen hendelser med skademelding på personell. Dette er tidligere redegjort for i styresak [078 – 2017](#) Tertialrapport 2-2017, under punkt 4.1 HMS.

Saksbehandlingsflyt

Meldinger i avvikssystemet som ikke blir behandlet og lukket på en forsvarlig måte utgjør også en risiko. Foretaket overvåker derfor flyten i saksbehandlingen:

- 71 % av hendelsene er lukket.
- 5 % av ligger hos melder
- 19 % ligger hos nærmeste leder (hoveddelen av saksbehandlingen foregår her)
- 5 % ligger hos godkjenner i påvente av tilbakemelding fra andre aktører (f.eks. kvalitetsutvalg og kommuner)

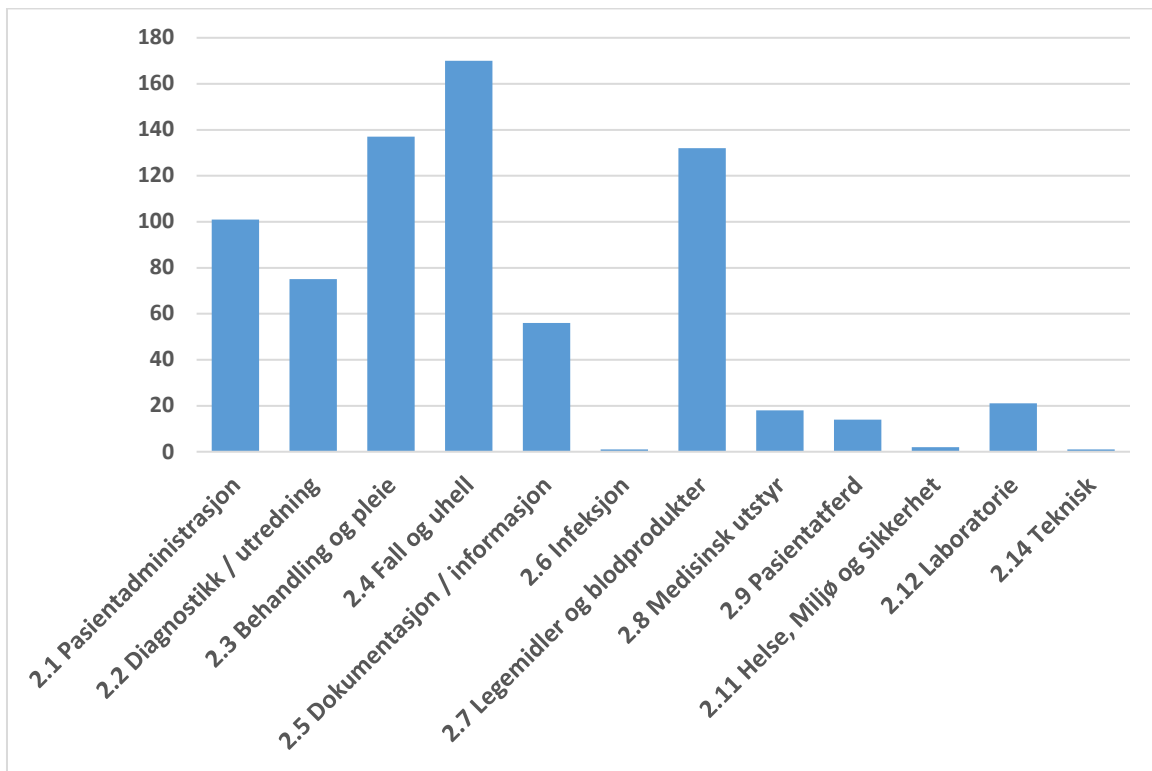


Figur 6 Alle hendelser meldt i 2017 – saksbehandlingsflyt pr 2.2.2018

Tallene er tatt ut kun en måned etter tertialslett. Det betyr at hendelser med mange involverte i saksbehandlingen ofte ikke vil være ferdigbehandlet. I noen tilfeller vil saksbehandlingstiden bli lengre fordi hendelsen skal behandles i Kvalitets- og skadeutvalgene, før de kan lukkes. Foretakets systemadministrator overvåker dette fortløpende, og følger opp klinikker og staber ved å sende ut oversikt over det som ligger hos melder til klinikksjefene. Saksbehandlingsflyt vil også bli behandlet i en egen sak i direktørens ledergruppe.

Hendelsestyper etter nasjonal klassifisering 2017

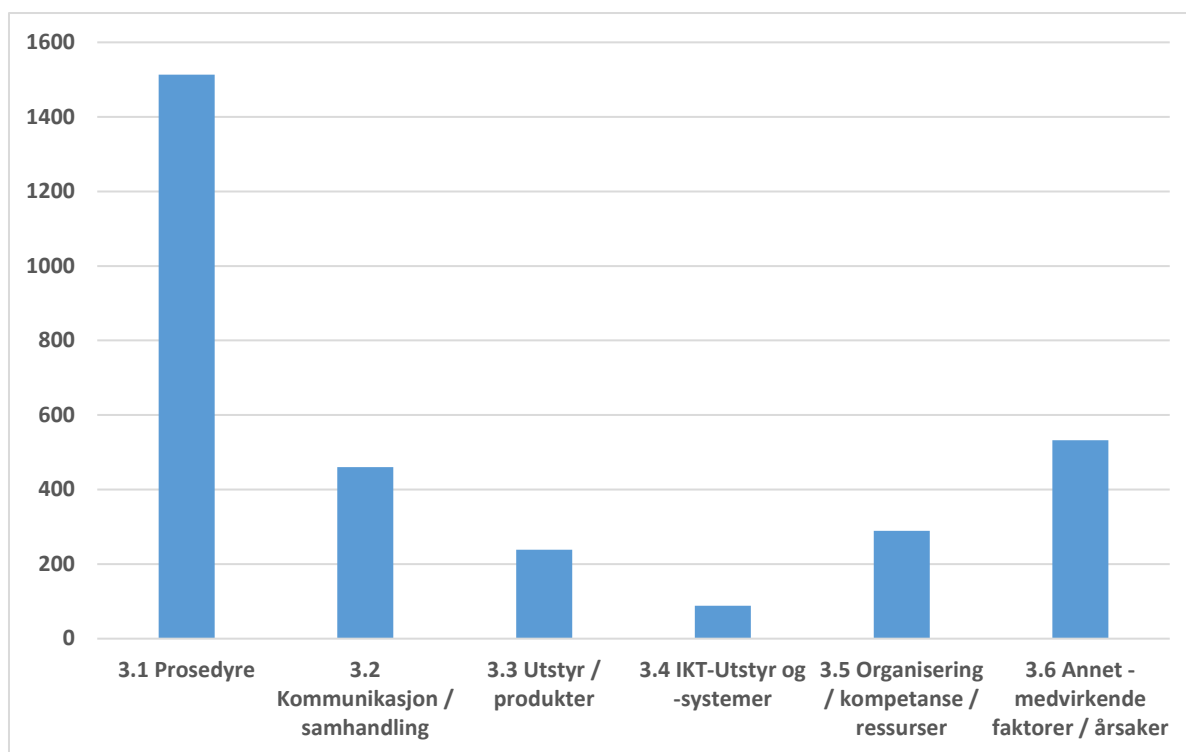
Hendelsestyper for avvik og pasienthendelser klassifiseres nå i henhold til nasjonal klassifisering av uønskede hendelser og nesten-uhell. I tillegg til de ni ulike hendelsestypene som ligger i det nasjonale klassifiseringssystemet har vi beholdt noen foretaksspesifikke klassifiseringer for forhold som ikke dekkes av de nasjonale. Man kan kun velge en enkelt hendelsestype for hver hendelse. Siden klassifiseringen nylig er tatt i bruk, er det for tidlig å se etter mønster i utviklingen.



Figur 7 Hendelsestyper i Nordlandssykehuset for 2017, etter nasjonal klassifisering for avvik og pasienthendelser

Fordeling på årsakstype

For 2017 er fordelingen av avvik og pasienthendelser for første gang gjort etter den nye nasjonale klassifiseringen. 30% av avvik og pasienthendelser i Nordlandssykehuset er knyttet til årsakstypen «3.1 Prosedyre», hvorav 83 % av hendelsene tilhører underkategorien «prosedyre ikke fulgt».



Figur 8 Fordeling på årsakstyper etter nasjonal klassifisering for avvik og pasienthendelser. Kun de oftest forekommende kategoriene for Nordlandssykehuset i 2017 presenteres i grafen

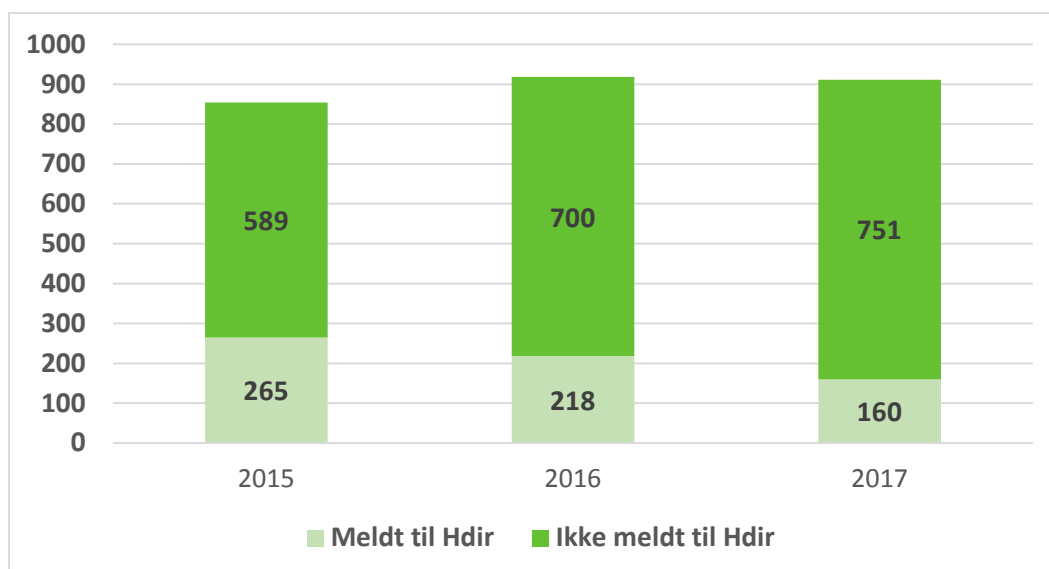
Foretaket må i sitt systematiske arbeid med uønskede hendelser rette enda større fokus på denne årsakstypen og se på:

- Bakenforliggende årsaker til prosedyrer ikke følges
- Hvordan disse meldingene er fordelt mellom ulike virksomheter
- Vurdere tiltak som kan føre til varig reduksjon av denne årsakstypen

Pasienthendelser meldt i perioden 2015-2017 og andel sendt over til Helsedirektoratet i henhold til §3-3

Antallet pasienthendelser som meldes i Nordlandssykehuset har holdt seg stabilt i perioden 2015-2017, men vi ser en nedgang i antall meldinger som samtidig meldes Helsedirektoratet (Spesialisthelsetjenesteloven § 3.3⁶). En forklaring kan være at ansatte har blitt flinkere til å vurdere hva som er meldepliktig eksternt. Alle pasienthendelser som *ikke* blir meldt til Helsedirektoratet, blir også gjennomgått av sekretær i Kvalitets-/skadeutvalg med tanke på meldeplikt.

⁶ Hendelser som er meldepliktig til Helsedirektoratet er hendelser som har ført til betydelig skade på pasient, forhold som kunne ha ført til betydelig skade på pasient og skade forvoldt av pasient på medpasienter



Figur 9 Totalt antall pasienthendelser meldt 2015 – 2017. Grafen viser også fordeling mellom hva som er meldt/ikke meldt til Helsedirektoratet

3. Status for pasientsikkerhetsarbeidet og utvalgte innsatsområder

Pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder har over år vært et sentralt element i pasientsikkerhetsarbeidet i Nordlandssykehuset. Innsatsområdene er bygd opp i form av «tiltaks pakker» som skal forebygge risiko og/eller sikre kvalitet i behandlingen. Tiltakene fokuserer på områder der **risikoen** for pasientskader er kjent og betydelig, **forbedringspotensialet** er stort, og hvor man vet det eksisterer **tiltak som har effekt**.

Nordlandssykehuset HF omfattes av 13 innsatsområder. I denne rapporten vil status for «Trygg kirurgi-sjekklista⁷» bli nærmere behandlet.

Trygg kirurgi - sjekklista

Trygg kirurgi sjekklisten er en kvalitetssikring av at operasjonsteamet utfører riktig operasjon på riktig pasient og på riktig kroppsdel samtidig som operasjonsteamet bevisstgjøres på mulige risikoer knyttet til inngrepet. Sjekklisten gjennomgås muntlig og er et verktøy for å sikre god kommunikasjon i operasjonsteamet. En kvantitativ telling av andel operasjoner der lista er utført gjøres månedlig, og målet er 100% bruk av sjekklisten. Resultater presenteres på kvalitetstavlen for de ansatte i enhetene. I tillegg gjennomføres årlig evaluering av *kvaliteten* på utførelsen av sjekklista. Evalueringen gjøres separat i operasjonsenhetene i Bodø, Vesterålen og Lofoten.

Ved innføringen av sjekklista i 2010 var det utfordrende å få med hele personalgruppen på gjennomføringen. Noen opplevde listen som unødvendig, og mente den ikke tilførte noe nytt. Holdningen til sjekklisten har imidlertid endret seg, og vi registrerer nå ingen motstand til bruk av sjekklisten. Sjekklisten blir etterspurt av mange, også i legegruppen.

⁷ Mer informasjon, se <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/trygg-kirurgi>

Krav ved gjennomføring av trygg kirurgi sjekklista

- Sjekklistens tre deler skal alle leses opp i sin helhet, og uten omformuleringer
- Ved gjennomgangen skal alt annet arbeid legges ned, og sjekklista skal ha full oppmerksomhet
- Operasjonsteamet responderer muntlig på spørsmålene, og utfører tiltak der dette er nødvendig

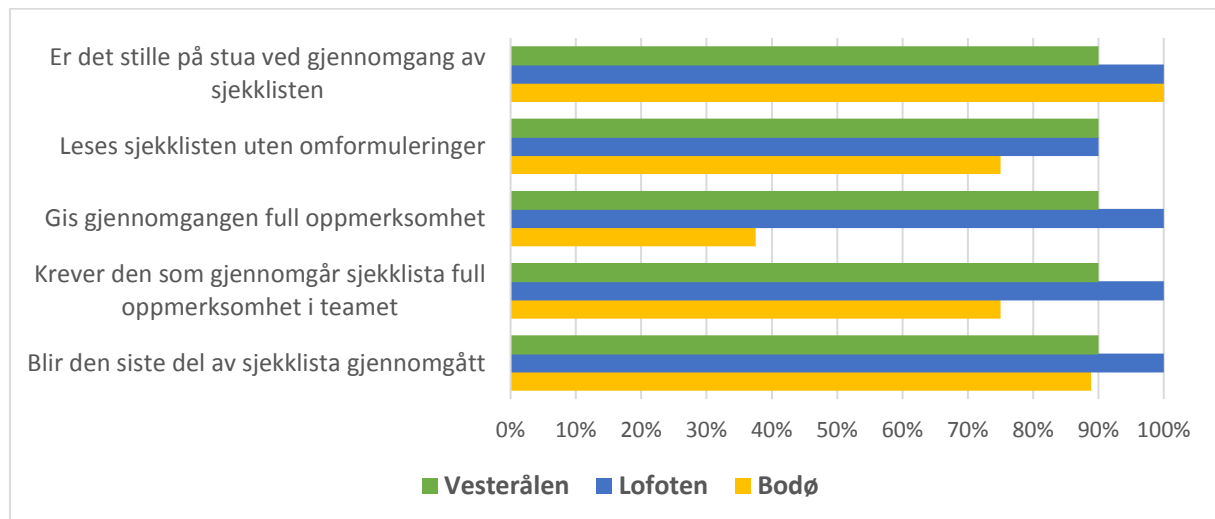
Kvalitetsvurdering av bruken av sjekklista

Kvalitetsvurderinger gjøres ved at stedlig personell vurderer gjennomføringen av sjekklista ved tilfeldig utvalgte inngrep. Tema for evalueringen varierer fra år til år, ofte avhengig av siste års resultat. Operasjonsteamet vet at evaluering pågår, men ikke hvilke sjekkpunkter som vektlegges. Sjekkpunktene registreres fortløpende med en todelt skala: *utført* eller *ikke utført* etter retningslinjen. Observasjonene sammenfattes og presenteres i et felles resultat.

Tema	2012	2014	2017
Har vi total stillhet på stua ved gjennomføring av sjekklista?	92%		100%
Blir alle 3 deler i sjekklista gjennomført?		86%	89%
Blir lista lest opp uten omformulering?	74%		86%
Krever den som leser sjekklisten full oppmerksomhet fra teamet?		75%	89%

Tabell 1 Tema og resultat for kvalitetsvurdering 2012, 2014 og 2017

Tabell 1 viser eksempler på tema som har vært tatt opp ved mer enn en gjennomgang. Erfaringen så langt er at kvaliteten på arbeidet med gjennomføringen av listen blir bedre, men at vi fortsatt ikke er i mål



Figur 10 Trygg kirurgi: Kvalitetssjekk 2017. Tabellen viser andel positive svar ved hver lokasjon

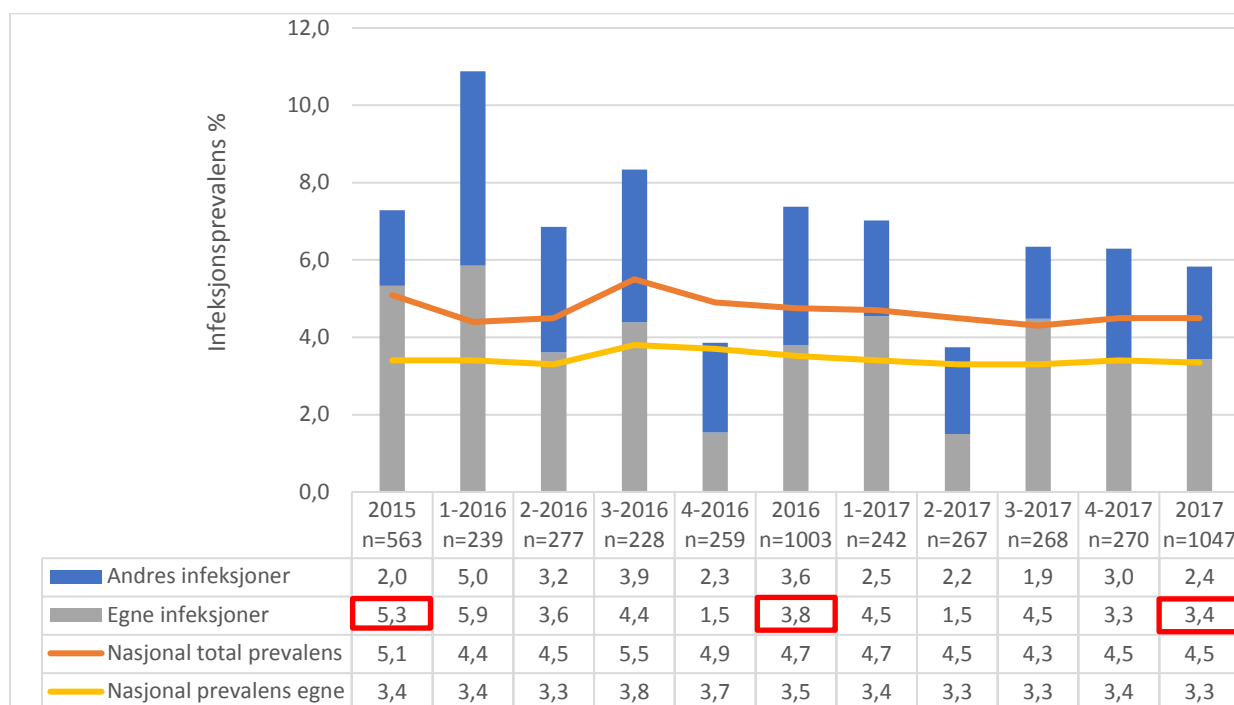
Resultatene viser ganske konsekvent svakere resultater for Bodø sammenliknet med Lofoten og Vesterålen (Figur 10). Når «kvalitet» vurderes etter en todelt skala (svaret er enten «ja» eller «nei») er det betydelig risiko for at ulikheter i skjønn mellom de som vurderer forklarer noe av variasjonen i resultatene mellom de tre lokasjonene. For eksempel vil vurderingen av begrepet «full oppmerksomhet» alltid i noen grad innebære skjønn. Ved neste evaluering skal en og samme person gjør evalueringen ved alle lokasjonene, noe som vil øke tryggheten for at teamene vurderes etter samme kriterier.

4. Smittevern: Prevalens 2017 – oppsummering

Fire dager i året, én dag hvert kvartal, gjennomføres Norsk overvåkingssystem for antibiotika bruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS-PIAH⁸). På registreringsdagen registreres både *helsetjenesteassosierte infeksjoner* (HAI) og antibiotikabruk. I aktuell rapport gjennomgås tall for HAI.

En utfordring ved slike målinger er at pasientforløp ofte krysser institusjonsgrensene. I forbedringsarbeid er det naturlig å skille mellom «Andres infeksjoner» som viser til HAI oppstått i et annet helseforetak eller sykehjem, og «Egne infeksjoner» som har oppstått i foretaket der registreringen ble gjort. Nasjonal kvalitetsindikator på helsenorge.no⁹ omfatter også kun «egne infeksjoner».

I NOIS-PIAH inngår **obligatorisk registrering** av urinveisinfeksjoner, luftveisinfeksjoner, postoperative sårinfeksjoner og blodbaneinfeksjoner. Disse infeksjonstypene benevnes derfor «obligatoriske infeksjoner». Helseforetakene kan også velge å registrere andre type infeksjoner. I Nordlandssykehuset er dette bare gjort ved ett tilfelle (4. kvartal 2017). Vi fant da to mage/tarm-infeksjoner, men disse inngår ikke i figur 10.



Figur 11 Total andel sykehusassosierte infeksjoner. Kun obligatoriske infeksjoner er tatt med. Røde rammer markerer tall for «egne infeksjoner» for årene 2015, 2016 og 2017

Forekomsten av *egne infeksjoner* var henholdsvis 4,5% og 3,3% i 3. og 4. kvartal. Dette er en økning fra 2. kvartal (1,5%), men da var forekomsten til gjengjeld spesielt lav. Samlet for året er forekomsten 3,4%. I oppdragsdokumentet fra Helse Nord er det for 2018 angitt en målsetning om < 3,5% infeksjoner. Nordlandssykehuset er i 2017 i så vidt innenfor målet. Det

⁸ NOIS – Norsk overvåkingssystem for antibiotika bruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner.

PIAH – Prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk i helseinstitusjoner.

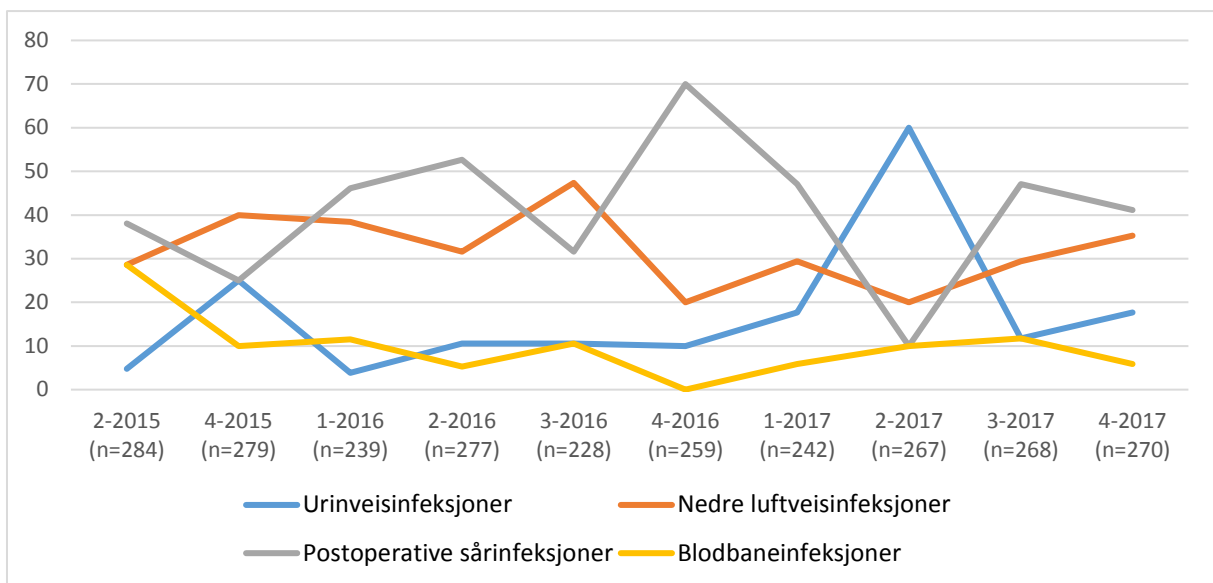
Se <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/nois/>

⁹ <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/infeksjoner>

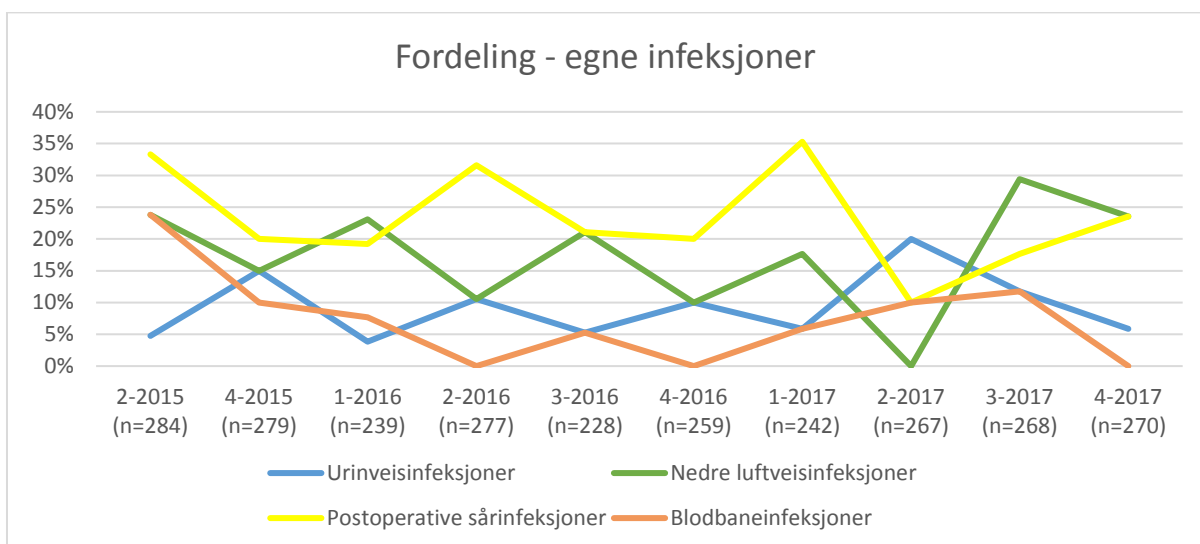
er likevel viktig at det infeksjonsforebyggende arbeidet fortsetter og helst intensiveres på de områdene der vi har flest infeksjoner.

Hvilke type infeksjoner er ser vi?

Figur 12 viser den prosentvise fordelingen av «obligatoriske infeksjoner». Figur 13 viser fordelingen mellom «obligatoriske infeksjoner» oppstått på i eget foretak. Den totale andelen er alltid 100%, dvs. at hvis en infeksjonstype reduseres vil andelen av de andre øke uten at det totale antallet nødvendigvis øker. Grafene kan imidlertid gi en pekepinn på hvor stort problem en infeksjonstype er. Ønsker man presise tall må man studere kurven for hver enkelt infeksjonstype, eller gruppe av infeksjoner.



Figur 12 Hver infeksjonstypes andel av det totale antallet infeksjoner (obligatoriske infeksjoner – egne og andres)



Figur 13 Hver infeksjonstypes andel av det totale antallet infeksjoner (obligatoriske infeksjoner - kun egne infeksjoner)

Prevalenstallene viser status på bare fire av årets 365 dager, og vil derfor alltid måtte baseres på små tall. Det totale antallet registrerte infeksjoner varierte mellom ti og sytten ved

undersøkelsene i 2017. Prosentutslagene vil derfor bli store selv ved små variasjoner i infeksjonsstall.

Vurdering av de ulike infeksjonstypene

Tallene for urinveisinfeksjoner er på eller under nasjonalt nivå. Nordlandssykehuset har hatt fokus på urinveisinfeksjoner i pasientsikkerhetsarbeidet og kanskje er det det vi ser resultatet av nå. Forekomsten av blodbaneinfeksjoner er også lave.

Det største antallet infeksjoner i 2017 utgjøres av nedre luftveisinfeksjoner og postoperative sårinfeksjoner. I gjennomgang av tallene for 2017 medregnes også tall som ikke er fremstilt grafisk i rapporten. Forekomsten av overflatiske infeksjonene ligger rundt nasjonale gjennomsnittstall, for dype infeksjoner er tallene våre lavere enn nasjonalt.

Derimot ligger forekomsten av infeksjoner i organ/hulrom¹⁰ høyere enn det nasjonale snittet. Denne infeksjonstypen har en forekomst på mellom 0,4 - 1,7% oppstått i Nordlandssykehuset mot 0,3 - 0,5% nasjonalt. Foretaket har nylig startet arbeidet med å opprette en tverrfaglig gjennomgang i etterkant av dype (inkludert dype og organ/hulrom) infeksjoner registrert i NOIS-POSI, vår kontinuerlige oppfølging av visse kirurgiske inngrep. Dette vil i stor grad omfatte infeksjonene som påvises gjennom prevalensundersøkelsen. Etter planen vil første tverrfaglige gjennomgang gjennomføres i mars måned.

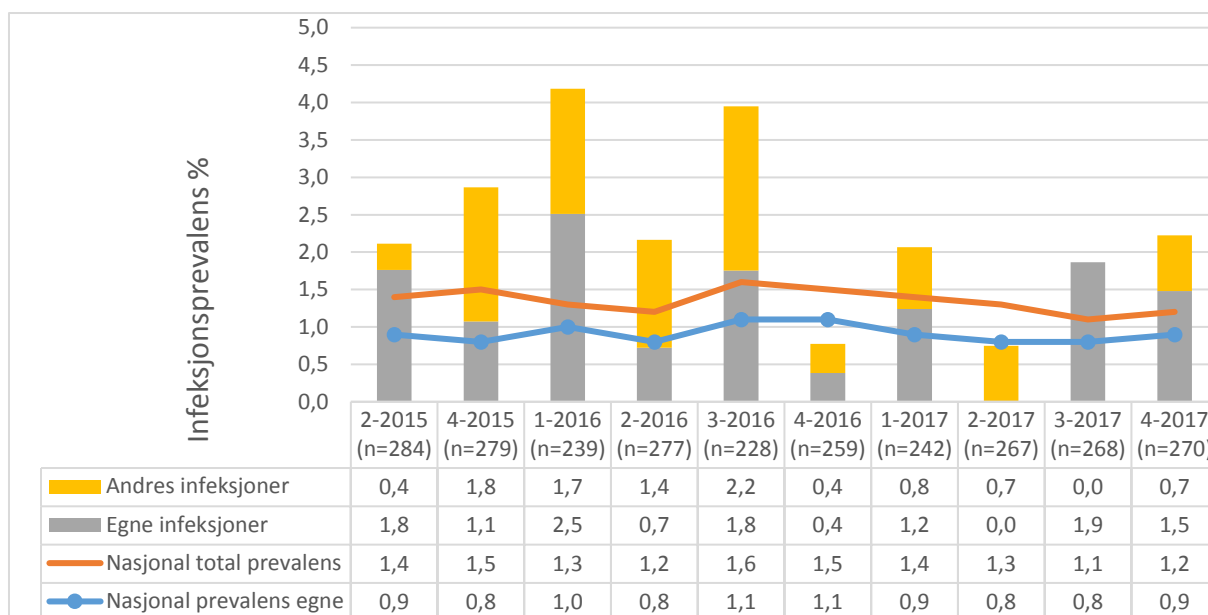
Når vi ser på andelen pasienter som får infeksjon etter en operasjon, ligger dette lavere enn det nasjonale gjennomsnittet på tre av fire målinger i 2017.



Figur 14 Forekomst av postoperative sårinfeksjoner, 2015-2017

Nedre luftveisinfeksjoner: Det siste året hatt vi hatt en forekomst av nedre luftveisinfeksjoner på 0,0 - 1,9% oppstått i Nordlandssykehuset mot 0,8 - 0,9% nasjonalt.

¹⁰ Infeksjoner i organ/hulrom er også en type dyp infeksjon, men telles separat



Figur 15 Forekomst av nedre luftveisinfeksjoner i Nordlandssykehuset, 2015-2017

Dette er en infeksjonstype seksjon for smittevern ikke har jobbet systematisk med tidligere og hvor kunnskapsgrunnlaget for forebyggende tiltak er mindre enn ved andre infeksjoner. Seksjonen har nylig hatt en gjennomgang på forekomst av nedre luftveisinfeksjon i en av klinikkene. Denne gjennomgangen var for liten til å avdekke noen økt risiko for infeksjon i avdelingen, men denne typen arbeid kan utvides til andre klinikker for å kartlegge evt. forbedringsområder. Seksjon for smittevern jobber også med å oppdatere prosedyrer på området.

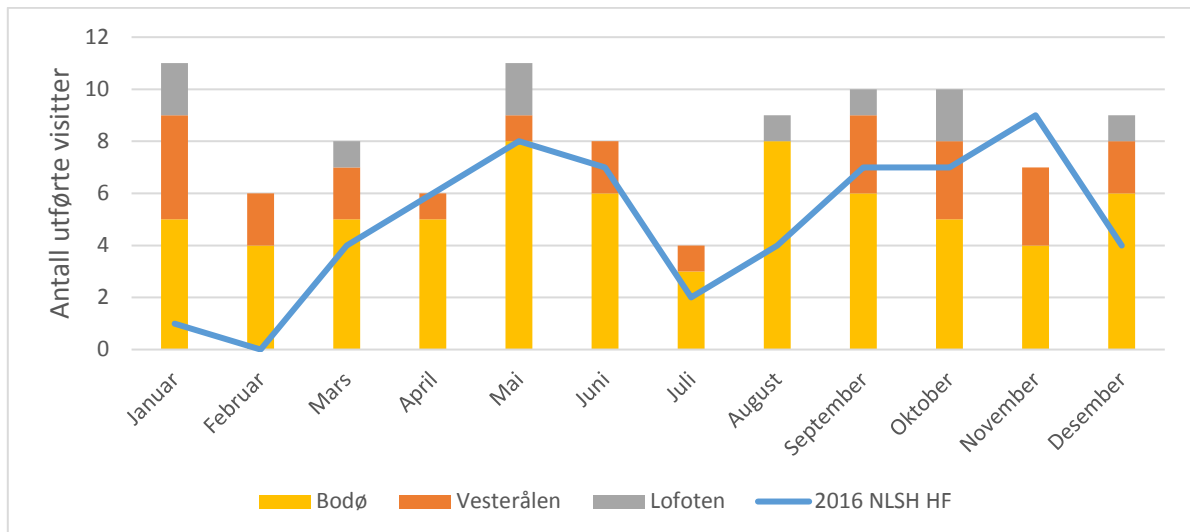
Prevalensrapporten er distribuert i hele helseforetaket. Her vises resultatene på foretaksnivå og sykehusnivå. I tillegg har alle klinikker fått tilsendt en oversikt over resultatene i egen klinikk til bruk i eget forbedringsarbeid.

5. Smittevernvisitter i 2017

Smittevernvisitt er et tiltak som skal bidra til å redusere antallet helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) på den enkelte enhet. Den første smittevernvisitten i Nordlandssykehuset ble gjennomført i 2016. Smittevernvisittene kom i gang på litt forskjellig tid på de tre somatiske sykehusene. I 2016 ble det utført 59 visitter i foretaket (41 i Bodø sentrum, 14 i Lofoten og fire i Vesterålen). I 2017 økte tallet til 99 visitter totalt fordelt på 19 avdelinger. Gjennom smittvernvisittene er forholdene rundt oppholdet til 1023 pasienter kartlagt i løpet av 2017.

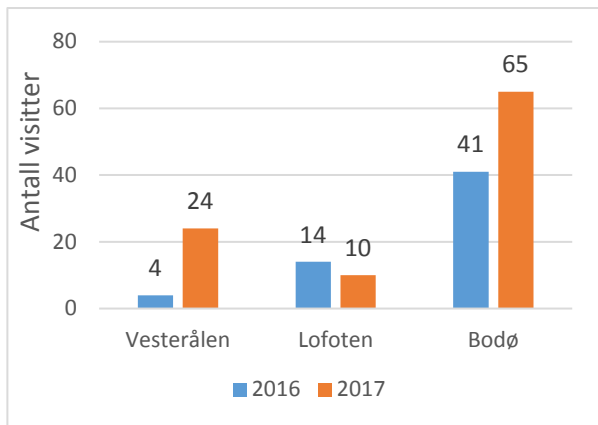
Lege og sykepleier på hver avdeling er ansvarlig for gjennomføring av smittevernvisitten. Selve visitten gjøres gjerne sammen med smittevernkontakten¹¹ på avdelingen. Skjema for smittevernvisitt fylles ut og sendes seksjon for smittevern.

Fokusområder på visittene har vært blærekateter, venekateter, antibiotikaforeskriving, håndhygiene, arbeidsantrekk, pasientplassering og renhold. I tillegg til rapporten som beskriver resultatene på sykehus- og foretaksnivå, vil hver avdeling få tilsendt egne resultater. Lokale resultater fremlegges også foretaksledelsen.

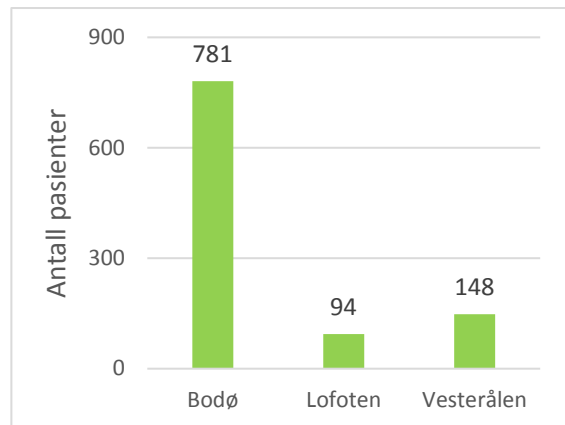


Figur 16 Antall gjennomførte smittevernvisitter pr måned i 2017. Tall for Bodø, Vesterålen og Lofoten

¹¹ Alle enheter skal ha en smittevernkontakt som blant annet skal bidra til fokus på smittevern i egen enhet, se [FB0776](#) Smittevernkontakt (*lenke virker innenfor brannmuren*)



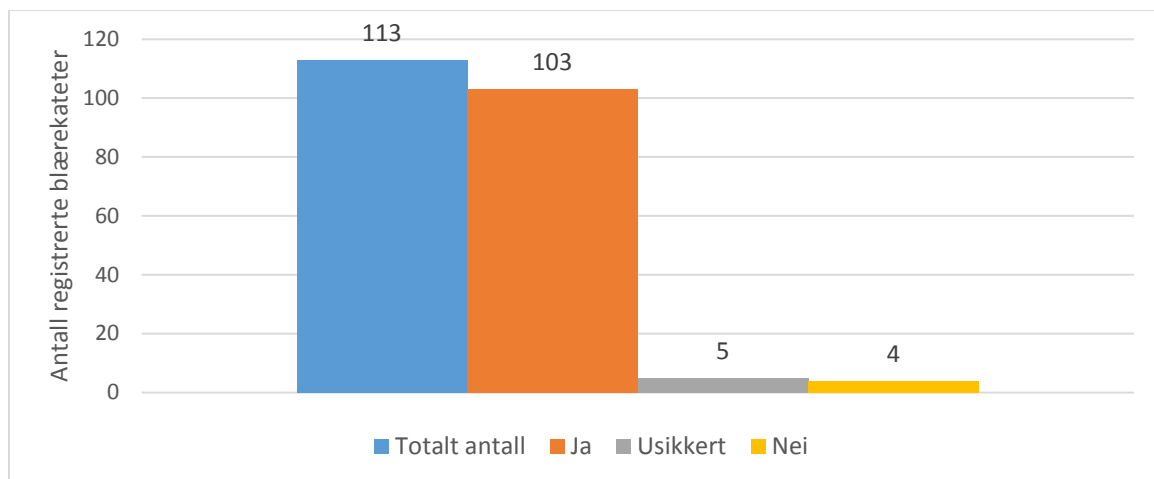
Figur 17 Antall gjennomførte smittevernvisitter i 2016 og 2017 for Bodø, Lofoten og Vesterålen



Figur 18 Antall pasienter innlagt ved gjennomføring av smittevernvisitter i 2017 for Bodø, Lofoten og Vesterålen

Blærekateter

Av 113 pasientene som hadde blærekateter forelå det indikasjon hos 103, dvs. 91%. Et resultat vi er tilfreds med, selv om det kan ytterligere forbedres.



Figur 19 Pasienter registret med blærekateter under smittevernvisitter 2017. Vurdering av indikasjon på måletidspunkt

Sentralt og perifert venekateter (SVK/PVK)

Under visittene ble det registrert 39 pasienter som hadde SVK og 447 pasienter med PVK (venflon). Resultatene viser at mange har inneliggende PVK uten at det er et reelt behov for denne tilgangen. Bruk av PVK gir alltid økt risiko for infeksjon i form av tromboflebitt¹². Å unngå/fjerne PVK når behovet ikke er tilstede er derfor et viktig infeksjonsforebyggende tiltak. I henhold til vår prosedyre om perifere venekanyler skal de byttes hvert 3. døgn hos voksne. Disse retningslinjene følges.

¹² Overflattisk årebetennelse. Vanlig komplikasjon ved FORKLARING

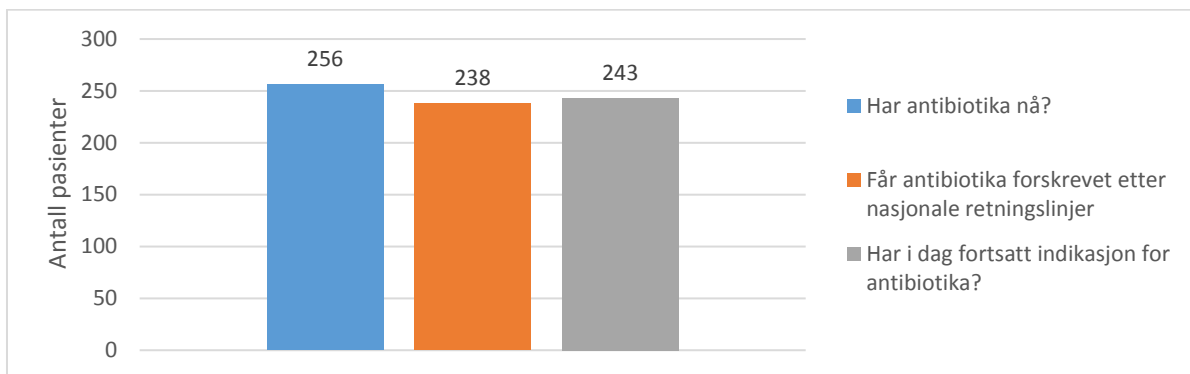
Ikke alle avdelinger bruker aseptisk (steril) teknikk ved stell av SVK. Dette spørsmålet er det også mange enheter som ikke har svart på, sannsynligvis fordi de ikke har hatt pasienter med SVK inneliggende på avdelingen.

Antibiotikabruk

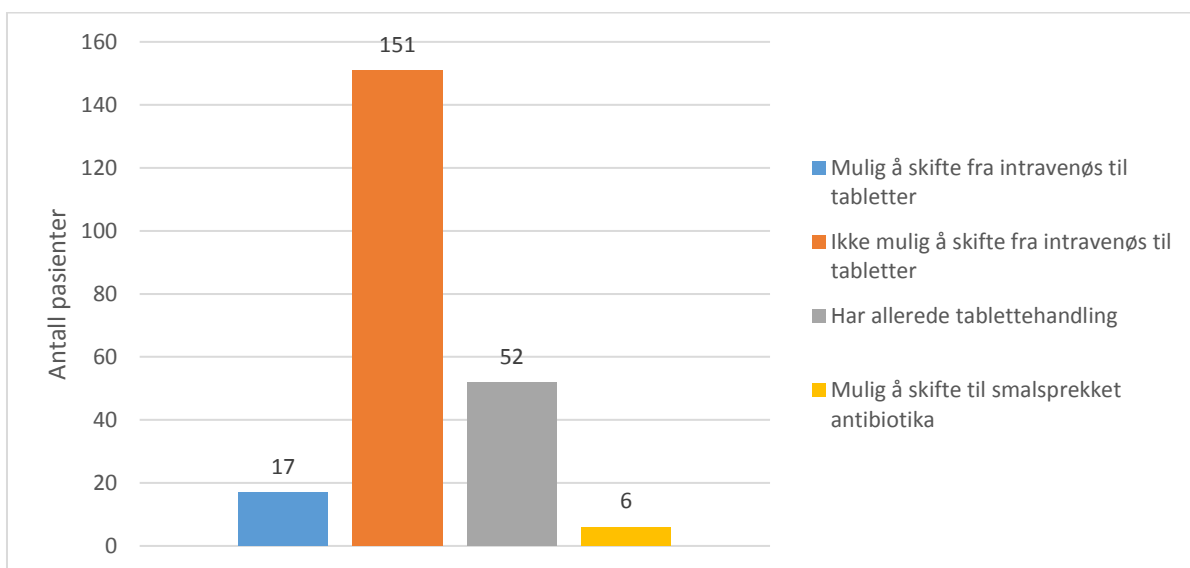
Dette punktet handler om etterlevelse av nasjonale retningslinjer for antibiotikaforskriving, samt revurdering, nedtrapping og avslutning av behandling der det er mulig.

På visittdagen fikk 256 pasienter antibiotika. 238 av disse (93%) fikk antibiotika etter gjeldende retningslinjer. Hos 13 (5%) av disse forelå det ikke lenger indikasjon for behandlingen, dvs. at behandlingen burde vært avsluttet.

Konklusjon antibiotika: For å minske antibiotikabruken kunne vi hos 5% avslutte antibiotikabehandlingen, 7% av pasientene kunne gå over til tabletter mens 2 % av pasientene kunne gå over til mindre resistensdrivende medikamenter.



Figur 20 Antibiotikaforskriving. Figuren viser totalt antall pasienter som står på antibiotika på måletidspunktet, antall som får antibiotika foreskrevet etter nasjonale retningslinjer, og antall har gyldig indikasjon på måletidspunktet. De to siste gruppene kan være delvis overlappende

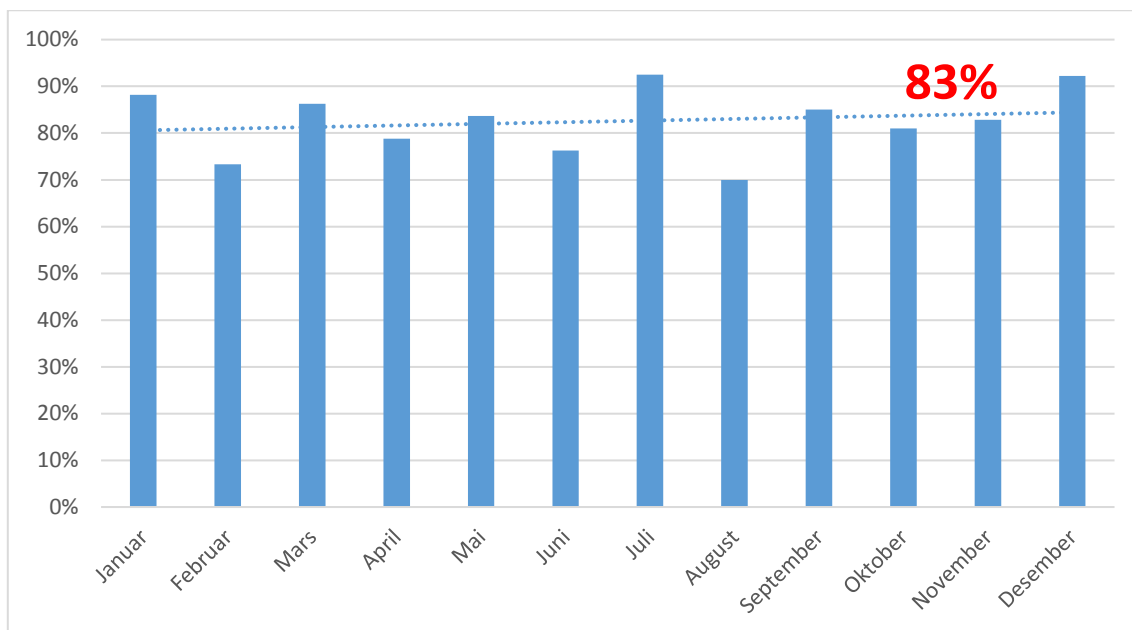


Figur 21 Antibiotika. Figuren viser resultater av antibiotikarevurdering gjort på smittevernvisitten

Smittorisiko - antrekk

Hvor mange av de 10 først observerte ansatte er korrekt antrukket?

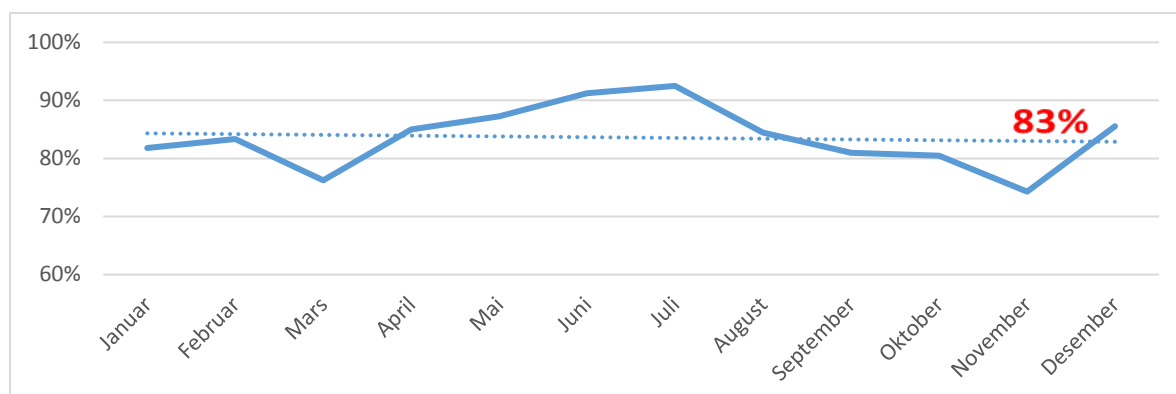
Dette punktet handler om at ansatte skal være korrekt antrukket slik at risikoen for smitte til sårbare pasienter skal være lavest mulig. For eksempel vil bruk av ringer, armbåndsur eller langermet antrekk være til hinder for gjennomføring av korrekt håndhygiene. Totalt var 83% av de ansatte korrekt antrukket. Dette tallet er uendret siden 2016.



Figur 22 Andel ansatte med korrekt arbeidsantrekk under smittevernvisitten

Hvor mange av de 10 først observerte ansatte har gjennomført håndhygienekurs i campus¹³?

E-læringskurset i håndhygiene er obligatorisk for alle ansatte i foretaket. Ved smittevernvisittene har gjennomsnittlig 83% gjennomført dette kurset. De som blir undersøkt har nesten alle direkte pasientkontakt, slik at man bør kunne forvente at alle gjennomfører kurset.



Figur 23 Smittevernvisitt: andel undersøkte ansatte som har gjennomført håndhygienekurs

¹³ «Campus» er Helse Nord's e-læringsplattform

Hensyn til smitterisiko ved pasientplassering på post

De aller fleste svarer at de tar hensyn til smitterisiko ved pasientplassering, men ikke alle har svart på spørsmålet.

Generell rengjøring på pasientrom, toaletter og fellesarealer

Noen avdelinger har kommentert forhold de ønsker å forbedre, resultatene kommenteres til hver enkelt avdeling. Gjennomgående synes det å være tilfredsstillende forhold.

6. Status for tilsynssaker opprettet av Fylkesmannen 2017

Fylkesmannen i Nordland har åpnet 49 tilsynssaker mot Nordlandssykehuset i 2017.

Status for disse sakene er:

- 18 av sakene er ikke avgjort
 - 22 saker har Fylkesmannen avgjort med «intet pliktbrudd»
 - Ni saker har Fylkesmannen avgjort med «pliktbrudd»
-
- ✓ Fem av sakene med pliktbrudd gjaldt forsinket utredning/oppfølging. For fire av disse er rutiner/organisering av tjenesten endret og for en har gjeldende rutiner blitt tatt opp og gjennomgått på ny.
 - ✓ To av sakene gjelder uforsvarlig oppfølging av innlagt pasient. Det er i en av sakene innført nye rutiner og saken er lukket hos Fylkesmannen. Den andre saken følges for endelig lukking med frist i mars.
 - ✓ Et pliktbrudd omhandler informasjon til pasienten, men ble ikke vurdert til at helsehjelpen har vært uforsvarlig.
 - ✓ Et av sakene ble det konstatert pliktbrudd hos helsepersonell pga. feildosering av medisin.

	2014	2015	2016	2017
Antall	38	39	39	49

Tabell 2 Opprettede tilsynssaker mot Nordlandssykehuset, 2014-2017

	2014	2015	2016	2017
Antall	13	15	12	15

Tabell 3 Varslingssaker til Statens helsetilsyn (§3-3a meldinger), 2014-2017

7. Oversikt/status på eksterne tilsyn (systemtilsyn) og revisjoner for 2016/2017

Styret gis en oversikt på eksterne tilsyn/revisjoner som skal eller er gjennomført. Når tilsynet/revisjonen er lukket og styret er informert, fjernes saken fra oversikten. Resterende blir stående inntil de nødvendige tiltak er gjennomført, tilsyn/revisjoner er lukket og behandlet i styret.

Det er varslet/gjennomført totalt 21 tilsyn og eksterne revisjoner hvorav fem er lukket etter at foretaket har svart opp tilsynsmyndighetene. Resterende er i prosess i form av:

- Tilsyn/revisjon er gjennomført men foretaket ikke har fått rapport.
- Foretaket har fått rapport og utarbeider plan for lukke avvik.
- Tilsyn/revisjon er varslet men ikke gjennomført.

Nordlandssykehus er og skal være en lærende organisasjon. Både eksterne tilsyn/revisjoner og interne revisjoner utført på en enhet skal også brukes til forbedring i andre enheter i foretaket der dette er relevant. Dette gjøres ved at rapportene fra eksterne tilsyn/revisjoner sendes ut til de klinikkene og avdelingene hvor innholdet i rapporten er relevant. Klinikk/stabssjef og senterleder **har ansvar for** at resultat av gjennomførte revisjoner og tilsyn brukes til læring på i egen klinikk, stab eller senter. Foretaket overvåker og følger opp at alle eksterne tilsyn og revisjoner blir lukket, samt at styret blir informert om status for dette arbeidet.

Oversikt/status på eksterne tilsyn (systemtilsyn) og revisjoner for 2017/2018.

Saksnr. i ePhorte	Utført av og revisjonstema:	Tilsyn/ Revisjonsdato	Anbefalinger/avvik/ Forbedringer	Status, er revisjon/tilsyn lukket.	Ansvar for oppfølging/lukking:	Styrebehandlet i NLSH HF
2016/21	Melding om internrevisjon - Samstemming av legemiddellister	08.03.2016	Det ble gitt 3 anbefalinger	Anbefalingene er svart opp. Revisjonen er lukket	Seksjonsleder Benedikte Stoknes	Orienteringssak til styret November 2017
2016/3073	Datatilsynet, brevkontroll med helseforetakenes behandling av helseopplysninger til intern kvalitetssikring etter helsepersonloven §26	Svarfrist på spørsmål var 22.12.2016	Det ble ikke avdekket noen avvik	Foretaket fikk rapport fra Datatilsynet den 2.2.2018	Asbjørn Jørgensen, avdelingsleder for Kvalitet og e-helse	Referatsak til styret i april 2018
2016/2632	Internrevisjonen i Helse Nord, Risikostyring i Nordlandssykehuset HF	05.12.2016	Foretaksspesifikk notat er mottatt. Observasjoner og vurderinger fra internrevisjonen vil bli fulgt opp	Foretaket satt i gang en prosess for å svare opp resultatene fra revisjonen.	Kvalitet og e – helse ved Asbjørn Jørgensen / Sverre A Sittlinger	Styresak i mai 2018
2016/2560	Fylkesmannen i Nordland, tilsynet omfatter identifisering og behandling av pasienter med sepsis eller mistanke om sepsis i somatisk akuttinnlegg.	Del 1. 11 til 12/1 – 2017 Del 2. 18/10 til 7/11 2017 Del 3: April 2018	Det ble i dette tilsynet gitt et avvik.	Ny oppfølging fra fylkesmannen i april 2018	Prehospital klinikk ved Harald Stordahl	Det vil bli lagt frem ny orienteringssak til styret når del 3 av tilsynet er gjennomført i april 2018
2016/3420	Statens Helsetilsyn, kartlegging innen fødselsomsorgen, anmodning om oversendelse av opplysninger	Frist for oversendelse av opplysninger settes til 6/1 - 2017	I prosess, foretaket har ikke mottatt tilsynsrapport.		Klinikkisjef Nina Jamissen	
2017/306	Internrevisjonen i Helse Nord, Henvising og ventetid i Nordlandssykehuset HF	Revisjon ble gjennomført: 10/4, 19 og 20/4 - 2017	Det ble gitt 10 anbefalinger	NLSH arbeider videre med anbefalingene som ble gitt etter revisjonen ref. styresak 084-2017.	Trine Kaspersen SKSD	Orienteringssak til styret 4/10 – 2017 og ny sak (juni 2018) til styret når pålegg er lukket
2017/820	Internrevisjonen i Helse Nord RHF, klinisk fagrevisjon - NSTEMI	Revisjonen ble gjennomført 5 og 6 april 2017	Rapport er mottatt den 27/10 – 2017.	For NLSH ble det gitt 4 foretaksspesifikke- samt et felles NLSH/UNN forbedringsområde.	Ansvarlig for oppfølging av denne revisjonen er Hallvard Cock, avdelingsleder Hjerte.	Styresak juni 2018

2012/2529	Riksrevisjonen, intervju i forbindelse med oppfølging av Effektivitet i sykehus	April 2017	I prosess, ikke mottatt rapport.		Klinikkisjef Øystein Johansen	
2017/914	Hadsel kommune Varsel om ordinært tilsyn ved Nordlandssykehuset Stokmarknes	7/4 - 2017	Det ble i dette tilsynet gitt 1 avvik.	Tilbakemelding fra foretaket sendt over 12.12.17. Hadsel kommune lukker tilsynet den 12.12.17	D&E ved Bernt Toldnes	Referatsak til styret i februar 2018.
2017/2590	Nordlandsnett, tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr	27/1 - 2017	Rapport 90529, Kløveråsveien 2. viste 4 avvik mens Rapport 90531, Thalleveien 37 viste 2 avvik.	Foretaket har fått muntlig beskjed om at avvikene er lukket Nordlandsnett.	D&E ved Bernt Toldnes	Referatsak til styret når formelt svar fra Nordlandsnett foreligger.
2017/2193	Internrevisjonen i Helse Nord - Antibiotikabruk i Nordlandssykehuset	27/11 - 2017	Foretaket har mottatt foreløpig rapport. Det ble gitt 7 anbefalinger	Det vil bli laget en plan for å svare opp de anbefalingene som ble gitt.	Seksjonsleder for smittevern Bente Karin Jensen	Sak til styret våren 2018
2017/2645	DIREKTORATET FOR SAMFUNNSSIKKERHET OG BEREDSKAP (DSB) Tilsynet utføres på elektriske anlegg og elektrisk utstyr	18 og 19/10 - 2017	Tilsynet er gjennomført, mottatt rapport det ble gitt 2 avvik	Tilsynet er LUKKET	Kontaktperson for tilsynet er Per-Ingve Norheim HR	Styresak 010-2018
2017/1344	Helse Nord, klinisk fagrevisjon – adjuvant kjemoterapi etter tykktarmskreft	Gjennomføring 7 – 8 november 2017	I prosess ikke mottatt rapport		Kontaktperson, Enhetsleder Mona Stemland	
	Riksrevisjonen, Forvaltningsrevisjon om effektiv bruk av legeressurser	Første leveranse fra NLSH HF er satt til 29/9 - 2017	I prosess		Kontaktperson som koordinerer dette for foretaket er Eva Remnes	
2017/2505	Arbeidstilsynet, melding om tilsyn ved PHR – klinikken, Vesterålen DPS	19/9 – 2017 kl. 12 til 15:00.	Det ble varslet om 4 pålegg etter tilsynet.	Tilsynene er svart opp. 2 av påleggene er oppfylt. Frist for å lukke de to siste påleggene er satt til 23/2 og 28/4 - 2018	Ansvarlig: Trude Grønland/ Desirée Iselin Høgmo	Orienteringssak til styret i mai 2018
2017/1576	Arbeidstilsynet, tilsyn vaskeriet og samdriftskjøkken i NLSH Vesterålen	13/6 - 2017	Det ble i disse tilsynene varlet om 4 pålegg.	Tilsynene er svart opp, 2 av 4 pålegg lukket og ny frist for å lukke de to andre påleggene er satt til 23/2 og 28/4	Drift og Eiendom ved Vibeke Mikalsen	Styresak i mai 2018