

Pasientsikkerhetskampanjen midtveisrapport

 Trygg kirurgi	 Behandling av hjerneslag
 Samstemming av legemiddellister	 Infeksjon ved sentralt venekateter
 Riktig legemiddelbruk i sykehjem	 Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten
 Trykksår	 Fall
 Urinveisinfeksjoner	 Forebygging av selvmord
 Forebygging av overdosedødsfall	

Innholdsfortegnelse

1.	Sammendrag	4
2.	Mandat og mål for pasientsikkerhetskampanjen	7
3.	Metode.....	8
4.	Resultater fra journalundersøkelse med Global Trigger Tool – for 2010-2011	17
5.	Status og resultater pasientsikkerhetskultur	20
6.	Ledelse av pasientsikkerhetsarbeidet	22
7.	Brukermedvirkning i kampanjen	24
8.	Status og resultater for innsatsområder i kampanjen	26
8.1	Trygg kirurgi og postoperative sårinfeksjoner	26
8.2	Om legemidler	30
8.3	Samstemming av legemiddellister	31
8.4	Riktig legemiddelbruk i sykehjem	36
8.5	Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenester	41
8.6	Behandling av hjerneslag	42
8.7	Infeksjon ved sentralt venekateter	43
8.8	Forebygging av trykksår	44
8.9	Forebygging av urinveisinfeksjoner i forbindelse med bruk av kateter	45
8.10	Reduksjon av fall i helseinstitusjoner	46
8.11	Forebygging av selvmord i psykiatriske døgnposter	47
8.12	Forebygging av overdosedødsfall etter utskrivning fra institusjon	48
9.	Kompetansebygging.....	49
10.	Utfordringer	51
	Vedlegg 1: Ordliste.....	52
	Vedlegg 2: Deltakerlister	56
	Vedlegg 3: Status for spredning av kampanjens tiltak og innsatsområder	64

Forord

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender* gjennomføres i spesialist- og primærhelsetjenesten i perioden 2011 - 2013, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Kampanjen har tre hovedmål:

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

En bredt sammensatt styringsgruppe, ledet av helsedirektøren, har ansvaret for alle sentrale beslutninger i kampanjen.

Kampanjen drives av et sekretariat i Nasjonal enhet for pasientsikkerhet ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Sekretariatet søker regelmessig råd fra tilknyttede ekspertgrupper, arbeidsgrupper, pilotprosjekter, utviklingsentre for sykehjem og hjemmetjenester og kampanjens fagråd om kampanjens faglige innsatsområder, brukermedvirkning, spredning, implementering og målinger.

Alle regionale og lokale helseforetak har kampanjeledere som bistår og veileder helseforetakene ved implementeringen av kampanjens tiltak og målinger, og ved gjennomføringen av nasjonale læringsnettverk. En rekke andre organisasjoner og enkeltpersoner har bidratt i planleggingen, gjennomføringen og oppfølgingen av innsatsområder i pasientsikkerhetskampanjen, og det er deres bidrag som er bakgrunnen for at vi kan vise til resultater allerede halvveis i kampanjeperioden.

Denne rapporten er ment å gi beslutningstakere og andre interesserte i helsetjenesten et overblikk over status for pasientsikkerhetskampanjen, midtveis i kampanjeperioden.

Rapporten er utarbeidet av sekretariatet for pasientsikkerhetskampanjen:

Cecilie Dahl, rådgiver

Roar Sørensen, seniorrådgiver

Ellen Deilkås, seniorrådgiver

Johnny Advocaat-Vedvik, rådgiver

Vibeke Bostrøm, seniorrådgiver

Anne-Grete Skjellanger, sekretariatsleder

1. Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet har igangsatt en pasientsikkerhetskampanje som skal gjennomføres i spesialist- og primærhelsetjenesten i perioden 2011-2013.

Kampanjens tre hovedmål er å:

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

For å gjøre pasientsikkerhetskampanjens resultater målbare har styringsgruppen for kampanjen vedtatt at:

- Pasientskader som kan forebygges skal reduseres med 20 prosent innen utgangen av 2013, og med 50 prosent i løpet av fem år.
- Over 25 prosent av kommunene skal være aktivt involvert i kampanjen og ha implementert ett eller flere av tiltakene innen utgangen av 2013.

Kampanjens mål skal nås ved å innføre konkrete forbedringstiltak på utvalgte innsatsområder. Følgende kriterier har ligget til grunn for valg av innsatsområder: stort forbedringspotensial, tiltak som er dokumentert effektive og som har gode metoder for å måle effekt av tiltakene, samt tiltak som har bred støtte i fagmiljøene. I tillegg er det utviklet tiltak for ledelse og brukermedvirkning som går på tvers av innsatsområdene i kampanjen.

Resultater hittil

For å følge med på om kampanjen oppnår forbedringer over tid, har vi etablert målinger for å beregne omfanget av pasientskade ved hjelp av Global Trigger Tool (GTT). I tillegg måles pasientsikkerhetskultur. Vi ser allerede at pasientsikkerhet er definert som konkrete oppgaver i helseforetakenes oppdragsdokumenter, som er en forutsetning for at arbeidet prioriteres i styringslinjen. Det observeres at pasientsikkerhet er tema på styremøter i helseforetakene og i foretaksmøter. Dette tolker vi som at varige strukturer for arbeidet med pasientsikkerhet er i ferd med å bli etablert.

Pilotprosjektene som er gjennomført så langt viser tegn til forbedringer på sine respektive innsatsområder. Det samme gjør læringsnettverkene med deltagere fra helseforetak og kommuner som er gjennomført på de samme innsatsområdene. Mer enn 1000 helsepersonell har foreløpig deltatt pasientsikkerhetskampanjens samlinger. Kampanjen kan også vise til at enkeltpersoner har fått et bedre liv og unngått skader som en direkte følge av kampanjens innsatsområder og tiltak.

Et eksempel er innsatsområdet *trygg kirurgi og postoperative sårinfeksjoner*, som er det innsatsområdet som har kommet lengst. Resultater fra læringsnettverket for *trygg kirurgi* viser at om lag tre av fire operasjoner berørt av kampanjen har blitt utført i tråd med kampanjens tiltak på dette området. Mange team kan vise til betydelig økning i bruken av sjekklisten. For eksempel har Arendal sykehus hatt en økning fra 30 prosent til 80 prosent i andel operasjoner hvor sjekklisten er benyttet. Vi gjør oppmerksom på at enkelte foretak var i gang med sjekklisten for trygg kirurgi før kampanjen startet opp.

Resultater fra det nasjonale læringsnettverket *riktig legemiddelbruk i sykehjem*, som har vært gjennomført i alle utviklingssykehjemmene i landet, viser at mange deltakende sykehjem har oppnådd forbedringer på alle tiltakene i tiltakspakken. Pasienter berørt av kampanjens tiltak har fått kvalitetssikret legemiddelbehandlingen ved at legemiddelrelaterte problemer har blitt løst, kvaliteten på legemiddellisten har økt ved at indikasjon oppføres på alle legemidler, og helsepersonell har sikret en tettere overvåking av legemiddelbehandlingen samt dokumentert dette i elektronisk pasientjournal (EPJ).

Norge er trolig det første landet i verden hvor alle sykehus har kartlagt omfanget av pasientskader og skadetyper gjennom journalundersøkelse basert på tilfeldige utvalg. Dette gjøres ved hjelp av metoden Global Trigger Tool (GTT). Resultatene plottes i tidsserier som gjør det mulig å vurdere statistisk om det skjer en forbedring eller forverring over tid ved det enkelte helseforetak. Antallet journaler som undersøkes i det enkelte helseforetak er ikke tilstrekkelig stort til at foretakenes resultater kan sammenlignes. Hensikten med den nasjonale målingen er å skape et utgangspunkt for å følge nasjonal forbedring over tid. Så langt i kampanjen er resultatene oppsummert nasjonalt to ganger.

Andel pasientopphold med pasientskade i alle kategorier er ut fra målingene beregnet likt for 2011 og 2010, nemlig ca 16 prosent. Det samme gjelder andel pasientopphold med skade som medførte forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser som begge år lå på ca 9 prosent. Andel opphold med pasientskade som bidro til at pasienten døde var 0,66 (95 % CI 0,48-0,83) i 2010 og 0,37 (95 % CI 0,28-0,46) i 2011 (henholdsvis 33 identifiserte dødsfall i 2010 og 23 i 2011). Internasjonal forskning viser at vurderinger av om en pasientskade bidrar til pasientens død er beheftet med betydelig usikkerhet og tallene må derfor tolkes med stor forsiktighet.

Det vil trolig ta flere år og mye innsats for å oppnå statistisk sikre endringer i de nasjonale beregningene av pasientskade (målt ved GTT). Målet er at journalundersøkelsen skal kunne vise eventuelle endringer i beregnet pasientskade på nasjonalt nivå, og lokalt nivå i helseforetakene, parallelt med nasjonale tiltak som for eksempel pasientsikkerhetskampanjen.

Erfaring tilsier at forbedringsarbeid tar tid. Gjennom kampanjen iverksettes rutiner for kontinuerlig forbedring, som skal hjelpe helsetjenesten å iverksette innsatsområder og tiltak knyttet til pasientsikkerhet. Dette arbeidet har så vidt startet og implementeres i ulik hastighet i foretak og kommuner.

Våren 2012 ble pasientsikkerhetskulturen kartlagt ved alle sengeposter, poliklinikker, operasjonsavdelinger og øvrige behandlingssenheter i den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten. Medarbeidere som er ansatt i stillingsbrøker mindre enn 30 % deltok ikke i undersøkelsen. Medarbeidere som ikke er ansatt i en bestemt klinisk behandlingssenheter, kartlegges i tilknytning til den administrative enhet de er ansatt i. Svarandelen var på ca 70 prosent i 2/3 av helseforetakene. Foretakene er nå i gang med å definere og implementere tiltak på bakgrunn av egne resultater.

Forutsetninger for å lykkes i siste del av kampanjeperioden

Kampanjen opplever stor motivasjon for pasientsikkerhetsarbeid i helsetjenesten. Det er bred enighet om og tilslutning til innsatsområdene og foreslåtte tiltak, og konkurransen om å være pilotprosjekter på nye innsatsområder har vært stor. Det mest utfordrende i kampanjen har vært å fastsette gode måleparametre som gjenspeiler både effekter av kampanjen og samtidig viser om pasientsikkerheten bedres. En annen forutsetning for suksess er et nært samarbeid mellom kampanjesekretariatet og helsetjenesten. Et slikt samarbeid er etablert med alle helseforetak, men på grunn av organiseringen av kommunehelsetjenesten er det betydelig mer krevende å spre kampanjen i kommunehelsetjenesten. Det har også vært utfordrende å drive en så vidt omfattende kampanje med knappe sentrale ressurser. Disse utfordringene er: full spredning i spesialisthelsetjenesten og involvering og forankring i ledelsen i kommunehelsetjenesten.

Full spredning i spesialisthelsetjenesten:

Kampanjens tilnærming til implementering ved å spre innsatsområder og tiltak gjennom pilotprosjekter og læringsnettverk er en start, men det avgjørende er at ledelsen ved foretakene sørger for at dette blir spredt til alle relevante avdelinger. Kampanjen har arbeidet med en spredningsmodell som kalles 1-20-alle. I dette ligger at en tiltakspakke piloteres ved ett foretak, evalueres og videreføres i justert form i en enhet i hvert av foretakene. Når alle foretak har fått erfaring med tiltaket, har de selv det fulle ansvar for videre implementering i hele virksomheten. De endelige anbefalingene bygger på erfaringene som gjøres underveis. Det er etablert læringsnettverk for å støtte denne prosessen. Deltakelse i læringsnettverkene har vært frivillig, noen få foretak/sykehus har valgt å stå utenfor læringsnettverkene.

Involvering av kommunene: Det er ikke etablert tilsvarende struktur for kampanjearbeidet i kommunene som i spesialisthelsetjenesten. Kampanjens tilnærming til implementering i kommunehelsetjenesten har vært å henvende seg til rådmenn og helse- og sosialledere i kommunene samt utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. Utviklingssentrene er

knutepunkt for fagutvikling og forskning i egne fylker og derfor forespurt av kampanjen om å fremme implementering av enkelte innsatsområder og tiltak, samt bidra til å formidle relevant informasjon om kampanjen. Norge har 429 kommuner og vel halvveis i kampanjen er to – tre kommuner i hvert fylke i gang med ulike innsatsområder og pasientsikkerhetstiltak. Alle utviklingssentrene viser stor entusiasme og er godt i gang med å implementere tiltakene for innsatsområdet *riktig legemiddelbruk i sykehjem*. Likevel er det en utfordring å forankre kampanjen på øverste administrative nivå i kommunene, samt involvere kommuner på alle relevante innsatsområder.

2. Mandat og mål for pasientsikkerhetskampanjen

Høsten 2009 ga Helse- og omsorgsdepartementet Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i oppdrag å forberede en nasjonal kampanje for pasientsikkerhet. Kampanjen skulle forankres i et sekretariat lagt til Nasjonal enhet for pasientsikkerhet i Kunnskapssenteret. Helse- og omsorgsdepartementet formulerte formålet med kampanjen slik:

”Å redusere uønskede hendelser på utvalgte innsatsområder i kampanjeperioden. Tiltakene som iverksettes skal være kunnskapsbaserte, og resultatene av kampanjeinnsatsen skal være målbar. Målet er også at kampanjen skal legge grunnlaget for varige resultater, både på innsatsområdene og på kvalitet og pasientsikkerhet generelt.”

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten definerte begrepet pasientsikkerhet som:

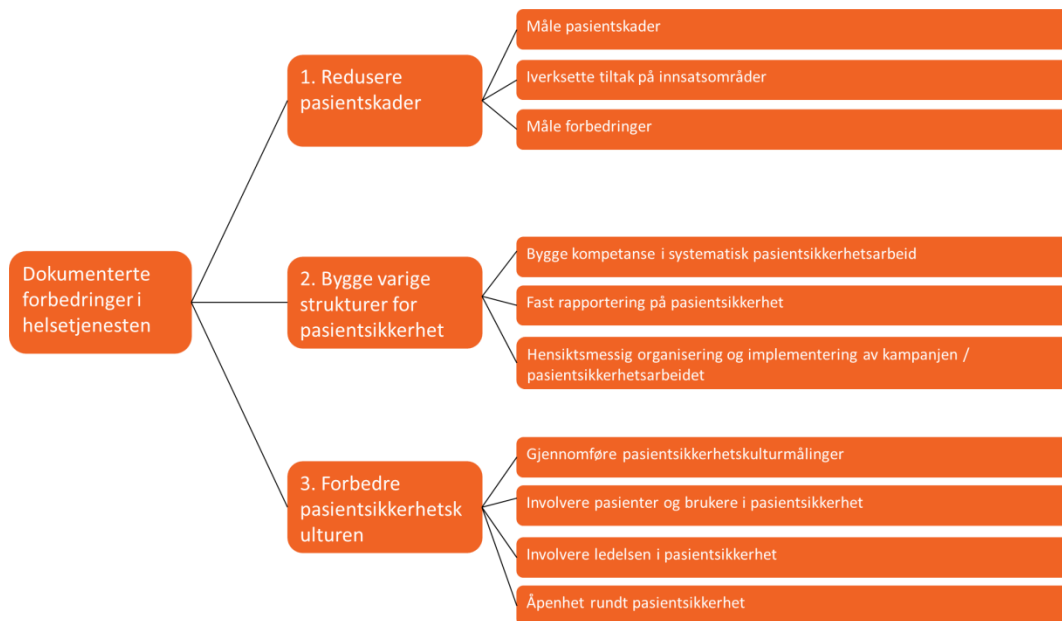
Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser.

Definisjonen tar høyde for at pasientsikkerhet både innebærer tiltak som reduserer kjent risiko forbundet med helsetjenestene i tillegg til kontinuerlige prosesser for å overvåke og analysere helsetjenestens resultater og identifisere nye risikoområder.

På bakgrunn av dette formulerte kampanjens styringsgruppe følgende tre hovedmål for pasientsikkerhetskampanjen:

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

Driverdiagrammet under gir en oversikt over aktiviteter i regi av kampanjen for å nå kampanjens tre hovedmål.



Figur 1: Driverdiagram som viser hvilke aktiviteter som pågår for å nå målene i kampanjen

3. Metode

Valg av innsatsområder

I mandatet for pasientsikkerhetskampanjen definerte Helse- og omsorgsdepartementet følgende formål: "å redusere uønskede hendelser på utvalgte innsatsområder i kampanjeperioden". Departementet satte også som forutsetning at innsatsområdene legemiddelhåndtering og sykehus/sykehjemsinfeksjoner skulle ivaretas og at tiltakene som skulle iverksettes så langt det er/var mulig være kunnskapsbaserte. Resultatene av kampanjeinnsatsen skulle også være målbare.

Styringsgruppen for pasientsikkerhetskampanjen gav sin støtte til at sekretariatet involverte helsetjenesten i arbeidet med å velge ut innsatsområder ved:

- Å etablere et fagråd som kunne bistå og gi råd til sekretariatet om valg av innsatsområder, implementering og forskning i kampanjen
- Å etablere ekspertgrupper som kunne bidra i konkretisering av innsatsområdene

Våren 2010 ba kampanjesekretariatet samtlige norske helseforetak om innspill på hvilke innsatsområder man burde satse på i en nasjonal kampanje.

Innspillene gjenspeilte en bred støtte til Helse- og omsorgsdepartementet sin prioritering av innsatsområdene infeksjoner og legemiddelhåndtering. I tillegg foreslo flere av helseforetakene innsatsområder som har vært benyttet i tilsvarende kampanjer i andre land. Psykisk helsevern og hjerneslag var to forslag som ikke var dekket av departementets føring eller andre lands kampanjer.

Sekretariatet sammenfattet ulike målsettinger og tiltak presentert i kampanjer fra Canada, Danmark, England, Skottland og USA. Reduksjon av unødige dødsfall, infeksjoner og legemiddelskader gikk igjen i de ulike kampanjene.

Kriteriene for å vurdere innsatsområdene ble basert på anbefalingene i rapporten "Pasientsikkerhet i sykehus - kunnskap eller kampanje?". I tillegg inkluderte man et kriterium om at innsatsområdene skal ha støtte i norske fagmiljøer. Innsatsområdene ble vurdert ut i fra følgende kriterier:

1. Områder med stort potensial for klinisk forbedring i Norge
2. Tiltak som er dokumentert effektive
3. Gode data og metoder for å evaluere effekt av tiltak
4. Støtte i norske fagmiljøer

Kampanjens fagråd gjennomførte en formalisert konsensusprosess for å komme fram til en anbefaling av innsatsområder for en norsk kampanje. Denne konsensusprosessen forløp som en tre-trinns evaluering. Først ble dokumentasjon for innsatsområdet identifisert og gjort tilgjengelig. Deretter vurderte fagrådets medlemmer innsatsområdet hver for seg med hensyn til de fire ovennevnte kriterier. Til slutt utarbeidet et samlet fagråd en endelig rangering av innsatsområdene som vist i tabellen på neste side.

Kampanjens videre arbeid med innsatsområdene har bygget på fagrådets prioriteringer. Alle områdene listet opp i tabellen omfattes av kampanjen med unntak av ventetid kreft, tidlig rehabilitering ved hoftebrudd og mobile akutt-team.

Som forarbeid til konsensusprosessen laget Kunnskapscenteret hurtigoversikter over effekten av tiltak innenfor 11 innsatsområder. Arbeidet innebar systematiske litteratursøk og vurdering av oppsummert forskning og kunnskapsbaserte retningslinjer. I tillegg ble hvert innsatsområde kort beskrevet på egne faktaark. Faktaarkene og hurtigoversiktene utgjorde beslutningsgrunnlaget for konsensusprosessen.

Rangering	Innsatsområde	Vurdering
1	Sikker kirurgi	Godt egnet
2	Legemiddelfeil- og skader	Godt egnet
3	Postoperative sårinfeksjoner	Godt egnet
4	Urinveisinfeksjoner	Godt egnet
5	Infeksjoner i forbindelse med sentralt venekateter	Mulig
6	Behandling av hjerneslag	Mulig
7	Ventetid kreft	Mulig
8	Fall i institusjoner	Mulig
9	Trykksår	Mulig
10	Tidlig rehabilitering ved hoftebrudd	Ikke egnet
11	Mobile akutt-team	Ikke egnet

Tabell 1: Fagrådets vurdering av innsatsområdene

I figuren på neste side gis en oversikt over kampanjens endelige valg av innsatsområder utarbeidet med utgangspunkt i fagrådets prioriteringsliste.



Figur 2: Pasientsikkerhetskampanjens offisielle innsatsområder

Valg av målinger og dokumentasjonsverktøy

Målinger er avgjørende for vellykket forbedringsarbeid. Kampanjen har derfor valgt å gjennomføre strukturerte journalgjennomganger (GTT) og måling av pasientsikkerhetskultur. Disse målingene vil bidra til at sykehus kan identifisere forbedringsområder og -tiltak, og vil være en markør for om kampanjen når to av sine hovedmål: *reduere pasientskader* og *forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten*.

Likeledes utgjør målinger et sentralt element i kampanjens 11 innsatsområder. For hvert innsatsområde gjennomføres både prosessmålinger og (med noen få unntak) resultatmålinger, som vist i tabell 2. For samtlige innsatsområder er det etablert en evidensbasert tiltakspakke.

Prosessmålingene gir de deltagende enheter et konkret mål på i hvor stor grad tiltakspakken gjennomføres på de respektive innsatsområdene. Resultatmålingene belyser om implementeringen av tiltakspakken har hatt ønsket effekt. Dette gjøres ved at man overvåker kritiske verdier som eksempelvis antall fall med skade per 1000 liggedøgn og antall dager mellom hver urinveisinfeksjon. Figuren under illustrerer de ulike nivåene av målinger i Pasientsikkerhetskampanjen.



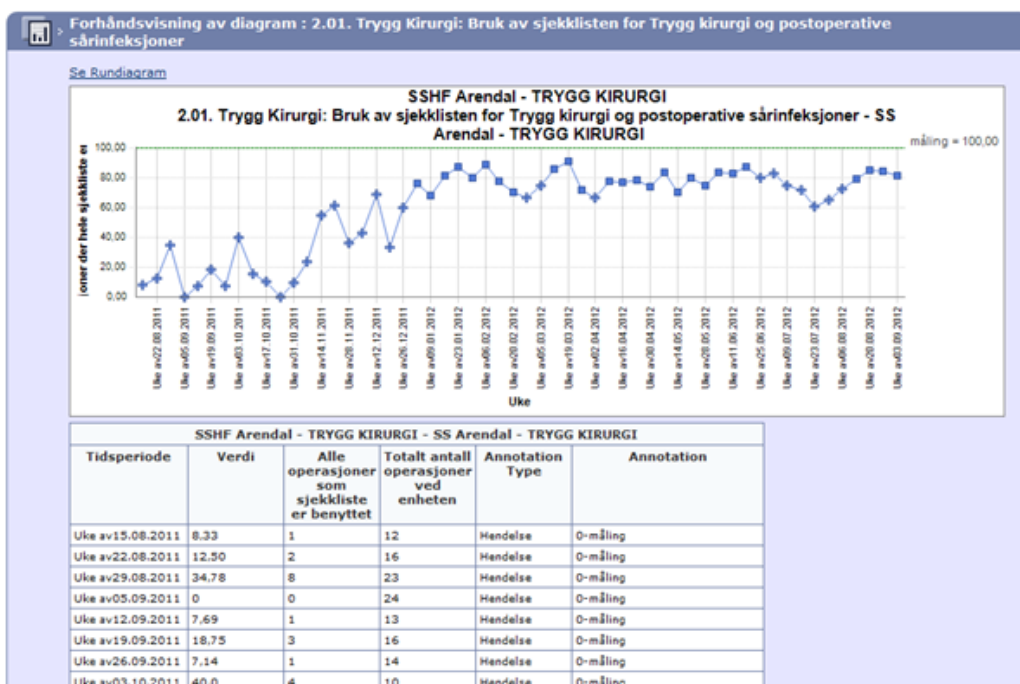
Figur 3: Nivåer av måling knyttet til Pasientsikkerhetskampanjen

Det er grunn til å anta at kampanjens tiltak for å styrke pasientsikkerheten og redusere pasientskader vil påvirke målinger som ikke er i kampanjens regi. Eksempler på slike målinger er sykehusjustert dødelighet, diagnosespesifikk dødelighet, dødelighet innen diagnose relaterte grupper med lav forventet dødelighet, pasienterfaringer og NOIS (Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner) når det gjelder infeksjonsområdene. Disse indikatorene vil supplere kampanjens øvrige resultatindikatorer, og kunne bidra til å dokumentere effekten av kampanjen.

For å dokumentere målingene som inngår i kampanjen benyttes Extranet, en nettbasert database utviklet av amerikanske Institute for Healthcare Improvement (IHI) som er tilpasset og oversatt til norsk. Extranet er et prosessforbedringsverktøy som også har vært benyttet av liknende kampanjer i andre land.

Samtlige målinger utført i forbindelse med alle innsatsområdene og for GTT, er samlet i Extranet hvor alle enheter som deltar i kampanjen er tildelt egen teamhjemmeside. Alle målinger i Extranet fremstilles i lokale tidsserier for at den enkelte post/enhet fortløpende skal kunne vurdere graden av implementering og effekten av sine egne tiltak. Teamene kan hente ut ulike rapporter generert på grunnlag av egne data og systemet gir også muligheter til å aggregere data. Det er den enkelte enhet som har eierskap til egne data. Sekretariatet har i tillegg tillatelse til å aggregere data fra enhetene for fremstilling av nasjonale tall.

Diagrammet under er hentet fra en hjemmeside i Extranet og gir et eksempel på en tidsserie relatert til bruk av sjekklister for trygg kirurgi.



Figur 4: Utskrift fra Extranet-registrering

I tillegg til at Extranet fungerer som et dokumentasjonsverktøy gir systemet også tilgang til statistisk prosesskontroll (SPC), et statistikkverktøy utviklet for forbedringsarbeid. SPC kan typisk benyttes til nivåkontroll og variasjonskontroll. Samtlige team har tilgang til denne SPC-modulen for analyse av egne prosesser.

Oversikt over kampanjens målinger

Tabellen under gir en oversikt over de ulike målingene som inngår i kampanjen. De to første radene tar for seg GTT og kultur, mens de resterende viser målinger fordelt på innsatsområdene.

Område	Måling 1	Måling 2	Måling 3	Måling 4	Måling 5	Måling 6
	Obligatoriske målinger					
	Valgfrie målinger					
	Alternative målinger (tre kombinasjonsmuligheter)					
	Tall som er tilgjengelige for helseforetakene gjennom etablert NOIS-overvåking (NOIS-intensiv kommer i 2013)					
GTT	Andel pasienter med pasientskade					
Kultur	Andel ansatte med positiv opplevelse av pasientsikkerhetskultur	Andel av behandlingsenhetene som har bearbeidet resultatene fra undersøkelsen og iverksatt tiltak.				
Trygg kirurgi	Andel pasienter som får en postoperativ sårinfeksjon (NOIS-POSI)	Andel operasjoner der kampanjens sjekklister for Trygg kirurgi og POSI er benyttet.	Andel pasienter som får korrekt hårfjerning	Andel pasienter som får vurdert risiko for hypotermi og målt temperatur	Andel pasienter som får korrekt ordinert og adm. antibiotika-profylakse	
Samstemming av legemiddel-lister	Andel pasienter med legemiddelliste TOTALT ved innleggelse i sykehus	Andel pasienter med legemiddelliste fra FASTLEGE ved innleggelse i sykehus	Andel pasienter med samstemt legemiddelliste ved utskriving	Kvalitetsmåling av legemiddel-avsnittet i epikrise		
Legemiddel-gjennomgang i sykehjem	Andel langtidspasienter som har hatt legemiddel-gjennomgang siste halvår	Andel legemidler med indikasjon	Andel pasienter med plan for oppfølging av legemiddel-behandling	Gjennomsnitt antall faste legemidler med ATC-kode	Gjennomsnitt antall faste legemidler uten ATC-kode	Gjennomsnitt antall behovs-legemidler
Hjerneslag	Andel pasienter som erfarer pasientskade	Andel pasienter som legges på slagenhet	Andel pasienter som mottar alle relevante deler av tiltakspakken	Etterlevelse av tiltakspakken per pasient		
Fall	Antall fall per 1000 pasientdøgn	Andel av innkomne pasienter som får en faglig vurdering av fallrisiko	Andel pasienter med fallrisiko som får tiltak dokumentert i pasientjournal			
Trykksår	Andel pasienter som får trykksår	Andel pasienter som screenes for trykksårerisiko ved innleggelsen	Andel pasienter med risiko for trykksår som revurderes for trykksårerisiko			
UVI	Antall dager mellom hver urinveisinfeksjon	Antall nye urinveisinfeksjoner pr. 100 kateterdøgn	Andel pasienter med aktuelt og relevant behov for blærekateter			
SVK-infeksjoner	Antall dager mellom hver SVK relaterte infeksjon (NOIS-intensiv)	Andel SVK-innleggelse hvor samtlige sjekklisterpunkter er fulgt	Andel pasienter med aktuelt og relevant behov/indikasjon for SVK			

Tabell 2: Konkrete målinger i Pasientsikkerhetskampanjen

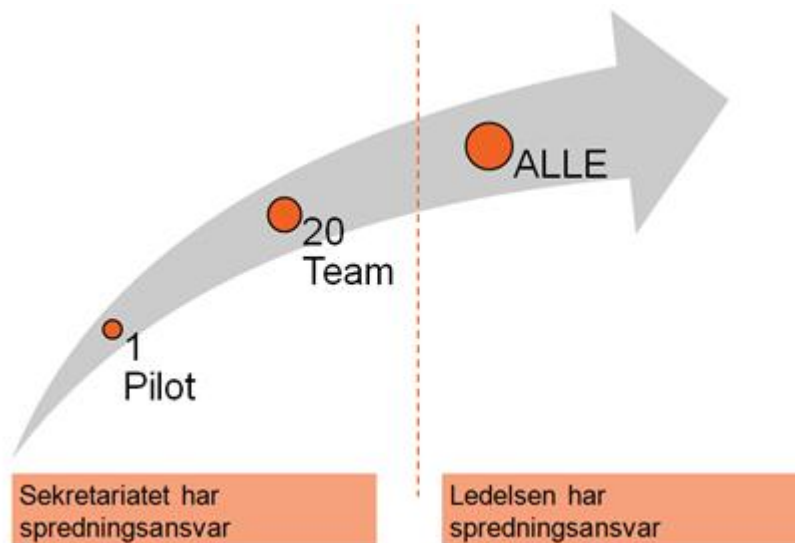
Valg av metode for implementering og spredning i kampanjen

Erfaringsmessig vet vi at endring og forbedring i helsetjenesten er krevende og tar tid. Vi vet også at det er vanskelig å skape varige resultater. Studier har vist at selv etter 17 år er kun 14 % av ny kunnskap fra forskning implementert i helsetjenesten (1). Det er med andre ord ikke nødvendigvis kunnskap om hva vi bør gjøre som mangler, men derimot kunnskap om hvordan vi kan implementere det vi allerede vet i helsetjenesten.

Av denne grunn har kampanjesekretariatet i så stor grad som mulig lagt til rette for og støttet helsetjenesten i implementering av tiltakene på innsatsområdene. I tillegg til å tilby veiledning, opplæring, manualer, tiltakspakker, målingsdatabase, infomateriell og øvrige verktøy, har sekretariatet blant annet arrangert samlinger for å komme i gang med det enkelte innsatsområde, såkalte læringsnettverk.

Implementeringsplan

Kampanjesekretariatet har en overordnet spredningsplan omtalt som "1-20-alle". I det ligger at kampanjen først benytter et pilotteam for å teste ut en kunnskapsbasert tiltakspakke og målinger som er utarbeidet eller gjennomgått av en ekspertgruppe. Etter endt pilotperiode på ca 3 måneder utarbeider piloten en prosjektrapport med sine anbefalinger til sekretariatet om punkter i tiltakspakken og målingene som eventuelt bør justeres.



Figur 5: Kampanjens overordnede spredningsplan

I etterkant av hvert pilotprosjekt inviterer sekretariatet alle helseforetak og kommuner til deltagelse i et læringsnettverk med plass til rundt 200 deltakere fordelt på 20 team. Læringsnettverk benyttes for samtlige innsatsområder og er et tilbud til de helseforetak og kommuner som ønsker tettere oppfølging og veiledning under implementeringen av respektive innsatsområders tiltakspakke og målinger.

Læringsnettverk som metode bygger på The Breakthrough Series (gjennombruddsmetoden) utviklet av Institute for Healthcare Improvement (2). I Norge har Legeforeningen i samarbeid med Sykepleierforbundet fasilitert tverrfaglige gjennombruddsprosjekter. I kampanjesammenheng består et læringsnettverk av tre samlinger spredt over ni måneder. Helseforetakene og kommunene deltar med tverrfaglige team som til daglig arbeider i og med de prosessene som skal forbedres. Teamene som deltar skal være det samme igjennom hele læringsnettverket, og de skal sammen med lokal ledelse planlegge, iverksette, kontrollere og korrigere tiltakene mellom samlingene.

- **Første samling:** Teamene blir presentert for kampanjen, forbedringsmetodikk, tiltakspakken, målinger, teori om gruppedynamikk og får god tid til arbeid med eget prosjekt.
- Mellom første og andre samling implementerer teamene tiltak og målinger. Sekretariatet gjennomfører en felles telefonkonferanse med alle teamene for å utveksle erfaringer og løse utfordringer knyttet til tiltak og målinger.
- **Andre samling:** Teamene blir presentert for statistisk prosesskontroll, utveksler erfaringer på tvers av team og sykehus og får god tid til arbeid med eget prosjekt.
- Mellom andre og tredje samling implementerer teamene tiltak og målinger. Sekretariatet gjennomfører en felles telefonkonferanse med alle teamene for å utveksle erfaringer og løse utfordringer knyttet til tiltak og målinger
- **Tredje samling:** Teamene presenterer resultater fra eget prosjekt (både foredrag og poster), utveksler suksessfaktorer og fallgruver erfaringer på tvers av team og sykehus og får tid til å arbeide med implementeringsstrategi i eget sykehus/kommune.

Etter avsluttet læringsnettverk vil teamene spille en sentral rolle i den videre spredning av tiltakene internt i det enkelte helseforetak eller kommune.

I forbindelse med læringsnettverkene underskriver administrerende direktører og virksomhetsledere kontrakter med kampanjesekretariatet, for å sikre videre spredning internt i virksomheten etter avsluttet læringsnettverk. For å ivareta og styrke videre implementering av tiltakene arrangerer kampanjesekretariatet årlige ledersamlinger for ledere i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

4. Resultater fra journalundersøkelse med Global Trigger Tool – for 2010-2011

Bakgrunn

Alle helseforetak og offentlig finansierte sykehus har fra og med 2010 undersøkt tilfeldige utvalg av journaler to ganger per måned. Hensikten er å følge omfang av pasientskader i eget helseforetak, og følge seg selv over tid.

Journalundersøkelsene utføres etter manualen for Global Trigger Tool (GTT) utviklet av Institute for Healthcare Improvement i USA. GTT gir mulighet til å kunne følge omfang av pasientskade over tid, innenfor knappe tidsrammer. Metoden baseres på at ti tilfeldige (og avsluttede) pasientopphold trekkes to ganger hver måned. Disse journalene granskes så av helsepersonell etter en standardisert oppskrift for å se om det tilkom pasientskade knyttet til medisinsk behandling før, under eller etter oppholdet.

Pasientskade ved Global Trigger Tool defineres som: "utilsiktet fysisk skade som har oppstått som et resultat av medisinsk behandling eller som behandlingen har bidratt til, som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang" (3-5). I desember 2011 forelå baseline beregning for omfanget av pasientskade i granskede pasientopphold fra 2010 (6). Det er viktig å understreke at en pasientskade etter denne definisjonen ikke betyr at det nødvendigvis er gjort en feil i behandlingen. En pasientskade kan ha oppstått fordi det har vært utført et inngrep med stor risiko for uønsket utfall hos en pasient med en svært alvorlig medisinsk tilstand, og det kan også være en såkalt påregnelig komplikasjon. Internasjonal forskning viser at omtrent halvparten av pasientskader avdekket på denne måten, kunne ha vært unngått (7-9).

Vurderinger av om en skade kunne vært forebygget tas ikke med, fordi mulighetene til å kunne forebygge skader kan endre seg over tid. Hensikten med å følge omfanget av skader er nettopp å motivere til å utvikle mulighetene for å forebygge dem. Vurderinger av om det er gjort feil, utelates fordi det ville kreve mer bruk av tid, enn det som vurderes som hensiktsmessig for å kunne gjennomføre prosedyren i praksis. Det ville også innebære økt utøvelse av skjønn, som reduserer konsistensen i gjennomføringen.

GTT resultatene plottes i tidsseriegrafer, og endringer over tid kan si om man ser en positiv eller negativ utvikling i nivået for skade. Fremgangsmåten avdekker 95 % av pasientskadene, som er dokumentert i journalene som er trukket ut som stikkprøver (10). Helseforetakene er pålagt å undersøke minimum 240 pasientjournaler per år. Antallet er tilstrekkelig til å angi utviklingen av pasientskader over tid i det enkelte helseforetak forutsatt at resultatene analyseres i tidsserier. Antallet er ikke tilstrekkelig til å angi nivået av pasientskade i det enkelte helseforetak, og kan ikke

brukes til å sammenligne resultater mellom helseforetak. Dersom en ønsker å kunne angi nivået av pasientskade i middels til store helseforetak må minimum 2000 journaler undersøkes per helseforetak per år. Det vil øke helseforetakets tidsramme for gjennomføring fra anslagsvis 12 dagsverk per år til 5 månedsverk.

Teamene som gjennomfører journalundersøkelsen består av to sykepleiere og en lege. De har fått opplæring på samme standardiserte kurs i regi av Pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender*. På nasjonalt nivå samles anonymisert informasjon om skadene som identifiseres i hvert helseforetak, i tillegg til informasjon om hvor mange pasientopphold som de granskede oppholdene er trukket fra. Denne informasjon brukes til å estimere omfanget av pasientskader nasjonalt.

Nå foreligger beregninger for omfanget av pasientskade etter gransking av pasientopphold fra 2011. Over tid vil resultatene kunne fortelle om det skjer en endring i omfanget av pasientskade i norsk helsevesen.

Alle helseforetak og de fleste offentlig finansierte sykehus har levert resultater for 2011. 9808 pasientopphold fra hele 2011 er gransket av 47 team fordelt på alle helseforetak og offentlig finansierte private sykehus. Helseforetakenes resultater er vektet i forhold til deres totale antall pasientopphold i 2011.

Kartlegging av pasientskader er per i dag ikke etablert i primærhelsetjenesten, men ut i fra tilsyn og forskning vet vi at pasientskader også oppstår i kommunehelsetjenesten. Helsetilsynet konkluderte etter tilsyn med 67 norske sykehjem i perioden 2008-2010 at området legemidler og oppfølging av pasientene utgjør en risiko for pasientsikkerheten (11). Skader knyttet til fall, infeksjoner og legemiddelrelaterte problemer i sykehjem og hjemmetjenester er områder med stort forbedringspotensial (12). For at dette skal tas i bruk i kommunehelsetjenesten må systematisk journalgjennomgang tilpasses og valideres for kommunehelsetjenesten.

Resultater

16 prosent av pasientoppholdene omfattet minst en skade i de nasjonale målingene i både 2010 og 2011, og 9 prosent av oppholdene omfattet pasientskade som medførte forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser. I undersøkelsen fra 2011 ble det identifisert 23 pasienter der pasientskade bidro til at pasienten døde. I undersøkelsen fra 2010 var tallet 33 pasienter.

Dette er andre gangen at omfanget av pasientskade beregnes for norsk spesialisthelsetjenesten. Andel pasientopphold med pasientskade er omtrent likt i alle kategorier for 2011 og 2010. Det samme gjelder andel pasientopphold med skade som medførte forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser.

Tolkning av resultatene og forbedringer

Utenlandsk forskning viser at vurderinger av om en pasientskade bidrar til pasientens død er beheftet med betydelig usikkerhet. Utenlandsk forskning viser at vurderinger av om en pasientskade bidrar til pasientens død er beheftet med betydelig usikkerhet. Usikkerheten knytter seg til at tallene er små og at forskning viser at vurderinger av hvordan en pasientskade kan knyttes til pasientens død, er vanskelige å reprodusere. Slike vurderinger bør sannsynligvis avgjøres i konsensusprosesser, hvis de skal brukes til å lage nasjonale beregninger. Tallene for pasientskader som bidrar til død må derfor tolkes med stor forsiktighet.

For å utveksle erfaringer mellom granskningsteamene, arrangerte pasientsikkerhetskampanjens sekretariat et seminar våren 2012, som samlet team fra nesten alle helseforetak og sykehus. Det ble da avklart noen misforståelser knyttet til fortolkningen av definisjonen for skade og hvordan den skal anvendes. Når dødsfallene ble gjennomgått i anonymisert format, fremstod ingen informasjon som kunne tyde på at noen av disse mest alvorlige skadene var vurdert feil.

Det er nødvendig å gjennomføre samlinger for GTT teamene med regelmessige mellomrom, for å gjennomgå eksempler på pasientskade, og harmonisere helseforetakenes tolkninger av definisjonen og vurderinger. Det er også viktig å sikre gjennom lederlinjen at helseforetakenes GTT resultater presenteres i tidsserier og ikke på måter som er statistisk illegitime, som for eksempel som tverrsnittsresultater. Statistisk feil fremstilling av resultatene undergraver undersøkelsens tillit hos fagpersonell i helsetjenesten.

I kontakt med granskningsteamene kommer det frem at teamene liker arbeidet, men at de ønsker seg mer kontakt med andre team og mer oppfølging for å føle seg sikrere på vurderingene de gjør. De har også bedt om at vi på nasjonalt nivå kvalitetssikrer anonymisert informasjon fra dem om pasientskadene som har ført til død, siden denne informasjonen er blitt så sterkt vektlagt av mediene. En kvalitetssikring vil gjøre dem tryggere på at de ikke bidrar til å feilinformere. Dette er planlagt.

Granskningsteamene har opplevd relativt liten lokal etterspørsel av informasjonen som de fremskaffer. De har liten innblikk i hvordan resultatene brukes av lokal ledelse.

Veien videre

Journalundersøkelsen er etablert og vil kunne vise eventuelle endringer i beregnet pasientskade på nasjonalt nivå, parallelt med nasjonale tiltak. Det vil trolig ta flere år og mye innsats for å oppnå statistisk sikre endringer i de nasjonale beregningene av pasientskade.

Det er aktuelt å samarbeide med andre land om hvordan journalundersøkelse på nasjonalt nivå kan standardiseres. Det er opprettet kontakt med de som arbeider med journalundersøkelse som metode i Danmark, Finland, Sverige og USA. Det er relevant å styrke dette samarbeidet gjennom et felles utviklingsprosjekt.

Det vil også være fornuftig å forske på prosedyrens anvendelse i Norge for å teste dens pålitelighet, og gyldighet i forhold til andre mål på pasientsikkerhet, som for eksempel pasientsikkerhetskultur, 30 dagers dødelighet for sykehus, infeksjonsrater, osv.

5. Status og resultater pasientsikkerhetskultur

Bakgrunn

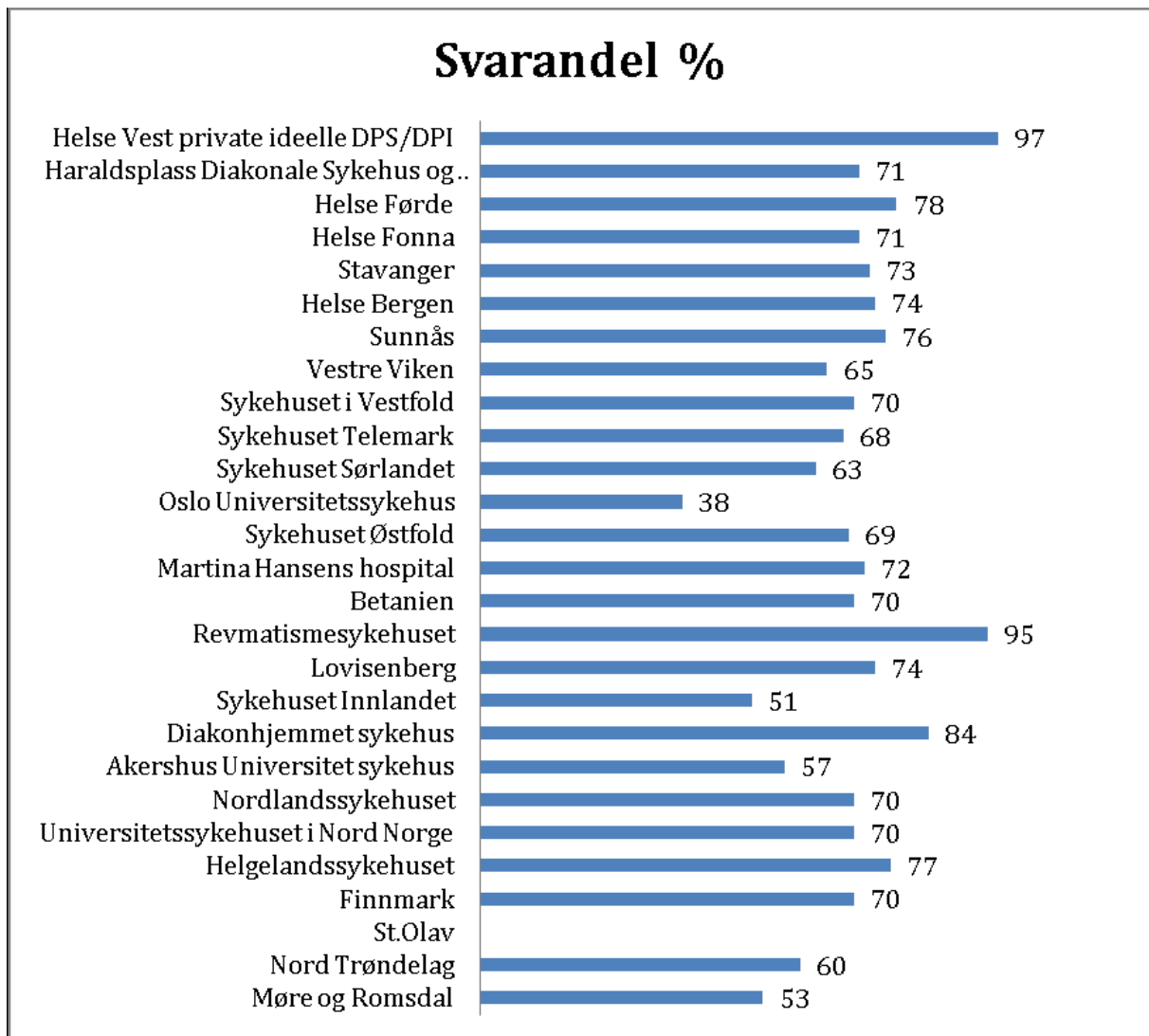
Ett av de tre målene til *I trygge hender*, er å forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. For å kunne vurdere om pasientsikkerhetskulturen er blitt bedre, vedtok kampanjens styringsgruppe at pasientsikkerhetskulturen skulle måles ved hjelp av et spørreskjema som kartlegger ansattes opplevelse av hvordan pasientsikkerhet prioriteres.

Målingene foregår over samme lest som medarbeiderundersøkelser. Det innebærer at helseforetakene er juridisk ansvarlig for undersøkelsene. Det er viktig at pasientsikkerhetskulturundersøkelsene er forankret hos foretakets tillitsvalgte og verneombud.

Undersøkelsen ble utført med det internasjonalt anerkjent spørreskjemaet "Safety Attitudes Questionnaire" (SAQ), som er oversatt og validert for norske forhold (14). Dette spørreskjemaet har blitt benyttet i pasientsikkerhetskulturmålinger ved over 2 000 sykehus i elleve land, og har tidligere blitt benyttet ved Akershus Universitetssykehus.

På grunnlag av svarene beregnes sikkerhetsklima og teamarbeidsklima for den enkelte kliniske enhet. Forskning fra USA har vist at målinger av sikkerhetsklima kan forutsi hvilke sengeposter eller kliniske enheter det oppstår flest og færrest uønskede hendelser og pasientskader, som for eksempel medikamentfeil og urinveisinfeksjoner (15). Det ble vist at pasientskader var hyppigere på sengeposter og poliklinikker hvor færre enn 60 prosent av de ansatte rapporterte et godt sikkerhetsklima, enn i enheter der mer enn 60 prosent av medarbeiderne rapporterte et godt sikkerhetsklima.

Det viser seg også at variasjonen i sikkerhetsklima er betydelig større mellom behandlingssenheter på lavt nivå i organisasjonen enn høyere opp. Variasjon i sikkerhetsklima mellom eksempelvis sengeposter er større enn mellom avdelinger, og variasjonen mellom enhetene avtar jo høyere man kommer opp i hierarkiet man kommer. Variasjonen er liten på klinikk-, sykehus- og helseforetaksnivå. Det blir derfor anbefalt at tiltak for å forbedre sikkerhetsklima følges av målinger som viser resultater på sengepost- og poliklinikknivå.



Tabell 3: Svarandel for pasientsikkerhetskulturerundersøkelsen i prosent.

Gjennomføring av pasientsikkerhetskulturerundersøkelsen

Våren 2012 ble pasientsikkerhetskulturen skåret av alle medarbeidere som hadde pasientkontakt i den offentlige finansierte helsetjenesten i Norge. Svarandelen var på cirka 70 prosent i 2/3 av helseforetakene.

Styringsgruppen har vedtatt at resultatene av målingen, sikkerhetsklima og teamarbeidsklima skal rapporteres sentralt på helseforetaksnivå og analyseres på nivå 2 i organisasjonen eller lavere. Videre har styringsgruppen bedt de regionale helseforetakene vurdere om det er mulig å analysere på lavere nivå enn nivå 2. Dette fordrer imidlertid støtte blant de tillitsvalgte ved sykehusene.

Bearbeiding og formidling av resultater intern i helseforetakene

Den 1. september 2012 var fristen for helseforetak og sykehus med offentlig finansiering til å rapportere fra pasientsikkerhetskulturundersøkelsen. De aller fleste foretak har bearbeidet og formidlet resultatene av undersøkelsen på post/poliklinikk- nivå.

Veien videre

Målingene skal nå bearbeides inne i de enkelte behandlingseenhetene med tiltak som tverrfaglige pasientsikkerhetsmøter og pasientsikkerhetsvisitter i regi av foretaksdirektørene. Tiltakene bør rettes mot enhetene med svake resultater eller ved sider av virksomheten der enhetene skårer dårlig. Enhetene med gode resultater kan bistå med veiledning. Målingene bør følges opp og benyttes i det nasjonale arbeidet med forbedring av ledelse og kultur i helsetjenesten.

6. Ledelse av pasientsikkerhetsarbeidet

Forskning viser at styrenes rutiner for å følge opp pasientsikkerhetsresultater og tiltak påvirker risikojustert dødelighet og kvalitet knyttet til pasientbehandlingen (16;17). Ledelse av pasientsikkerhetsarbeid har derfor vært et tilbakevendende tema på styringsgruppemøter i kampanjen. Kampanjens strategi er at tiltak skal besluttes og gjennomføres i lederlinjen. Lederne for de regionale helseforetakene sitter i kampanjens styringsgruppe og kan bidra til dette. I tillegg er kampanjen tema i oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet. For å støtte opp under ledernes arbeid med pasientsikkerhet har kampanjesekretariatet oversatt og tilrettelagt en rekke ledelsesverktøy:

Veileder for ledelse av pasientsikkerhetsarbeid

Veilederen er en oversiktlig plan for hvordan en leder kan arbeide med pasientsikkerhet. Veilederen ble brukt i den engelske pasientsikkerhetskampanjen og bygger på amerikanske Institute for Healthcare Improvement sine anbefalinger for ledelse av pasientsikkerhetsarbeid.

Måling av pasientskade med Global Trigger Tool

I tillegg til nasjonal beregning av pasientskade, brukes data fra måling av pasientskade til å lage en grafisk fremstilling av hvordan omfanget av pasientskade i helseforetakene utvikler seg over tid. Grafen lages i Extranet, et webverktøy som kampanjesekretariatet har oversatt og tilrettelagt. Extranet omtales i metode-kapittelet.

Måling av pasientsikkerhetskultur

Som nevnt tidligere i rapporten har kampanjens styringsgruppe vedtatt at måling av pasientsikkerhetskultur skal gjennomføres som et utgangspunkt og en mulighet for ledere til å

arbeide med forbedring av pasientsikkerhetskulturen. Ved å analysere resultatene til den enkelte enhet kan ledelsen sette inn adekvate tiltak på riktig sted.

Veileder for pasientsikkerhetsvisitter

Veilederen beskriver rammen og innholdet for hvordan en direktør gjennomfører en pasientsikkerhetsvisitt. En pasientsikkerhetsvisitt er et times langt besøk til en sengepost, poliklinikk eller en avdeling, hvor direktøren stiller et tverrfaglig utvalg av personalet spørsmål om hva de mener er de største risikoene for pasientene der. Spørsmålene som stilles er definert på forhånd. Visitten munner ut i at ledelsen noterer og prioriterer tre risikoforhold som skal følges opp og som ledelsen loggfører at behandles på relevant nivå og slutføres. Pasientsikkerhetsvisitter reduserer forskjellen i hvordan ledere og deres underordnede oppfatter at pasientsikkerheten ivaretas (3). Pasientsikkerhetsvisitter kan være en måte å følge opp målingene av pasientsikkerhetskultur. Målingene avdekker variasjon i ansattes oppfatninger om pasientsikkerhetskultur i ulike organisatoriske enheter, som kan være nyttig å kjenne til når toppledelsen skal prioritere hvilke behandlings- enheter de skal gå pasientsikkerhetsvisitt til først.

Veileder for tverrfaglige pasientsikkerhetsmøter

Tverrfaglige pasientsikkerhetsmøter er fora hvor ansatte og ledere kan identifisere mekanismer for uønskede hendelser og lære av dem. Læringen foregår i henhold til en sirkulær modell hvor man tar utgangspunkt i resultater for eller analyser av mekanismer for uønskede hendelser, prioriterer, og planlegger tiltak, og følger egne resultater over tid etter modell fra Deming's sirkel eller PDSA-sirkelen (plan, do, study, act). Tverrfaglige pasientsikkerhetsmøter gjentas jevnlig og anbefales gjennomført en gang hver måned i hver behandlingsenhet. De kan også iblant gjennomføres på tvers av flere behandlingsenheter som samarbeider om pasienter.

Lederforankring

Kampanjen har gjennomført en ledersamling og planlegger en ny ledersamling i januar 2013. Formålet er å gi ledere en orientering om kampanjens innsatsområder og sikre forankring slik at innsatsområdene blir implementert. Kampanjens sekretariat ser ytterligere behov for å tilby arenaer hvor ledere kan få praktisk erfaring i bruk av konkrete verktøy for ledelse av pasientsikkerhet. Det har dessverre ikke vært kapasitet til å prioritere dette arbeidet slik at et slikt opplegg har blitt realisert.

Pilot

Nordlandssykehuset har pilotert kampanjens veileder for ledelse av pasientsikkerhet og veilederen for pasientsikkerhetsvisitter. Nordlandssykehuset erfarte at tiltakene i veilederne var nyttige. De har positiv erfaring med å involvere foretaksstyret i pasientsikkerhetsarbeidet. Nordlandssykehusets erfaringer bidrar til å spre interessen for hvordan ledere kan arbeide med pasientsikkerhet.

7. Brukermedvirkning i kampanjen

Brukermedvirkning er avgjørende for en god og velfungerende helsetjeneste. Pasienter og brukeres kunnskap og erfaringer bør være sentrale i utvikling og forbedring av tjenestetilbudet.

Brukermedvirkning er nedfelt i lov om spesialisthelsetjenester og blir omtalt i Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Sekretariatet har invitert brukerne selv til å definere tiltak for brukermedvirkning i kampanjen. En arbeidsgruppe med representanter fra ulike pasient- og brukerorganisasjoner har foreslått følgende tre tiltak, som senere har blitt vedtatt av styringsgruppen:

1. I pasientens fotspor (toppledere følger pasienter i eget foretak)
2. Pasientambassadørprogram
3. Pilotprosjekt i kommune og foretak på brukermedvirkning knyttet til pasientsikkerhet

I tillegg til disse tiltakene har de ansvarlige for innsatsområdene ved hvert helseforetak og undervisningssykehjem blitt oppfordret til å aktivt involvere brukerne i arbeidet med implementering av de respektive innsatsområder. Et foretak som har lyktes med det er Helse Førde HF. Der deltar brukerne i implementering av tiltakspakken for *samstemming av legemiddellister* i foretaket. Brukerne har også bidratt på kommunikasjonssiden.

Pilotprosjekter

I spesialisthelsetjenesten er to helseforetak valgt ut som pilotprosjekter, mens én kommune er valgt som pilotkommune.

I pasientens fotspor: Helgelandssykehuset HF

Hensikten med pilotprosjektet er at sykehusledelsen skal oppleve sykehuset fra pasientens ståsted og slik synliggjøre forbedringsområder. Ved Helgelandssykehuset HF har foretaksledelsen fulgt 2-4 pasienter hver gjennom pilotprosjektet *I pasientens fotspor*. Foretaksdirektør og tre avdelingsdirektører følger utvalgte pasienter for å lære mer om hvordan pasientene opplever møtet med sykehuset.

Det har blitt gitt generell informasjon om pilotprosjektet til medarbeidere gjennom møter og artikler på Intranettet. Tillitsvalgte er informert om prosjektet på tillitsvalgtmøter. Sykehuspersonalet er i de fleste tilfellene ikke informert om hvilke pasienter direktøren følger. Dette for å unngå å påvirke situasjonen mer enn nødvendig. Dette ble klarert med tillitsvalgte før oppstart.

Pasienter mottar et brev med informasjon om prosjektet og hensikten. Deretter tar direktøren kontakt med pasienten per telefon. Direktørene mottar på forhånd ikke andre helseopplysninger enn navn, telefonnummer og hvilken undersøkelse pasienten skal til. Annen informasjon avhenger av hva som kommer frem gjennom det aktuelle møtet. Dersom pasienten ønsker å delta på prosjektet møter da direktøren pasienten på sykehuset og følger ham eller henne i behandlingen.

Erfaringene så langt er positive. Både pasienter og personale har uttrykt at de setter pris på at ledelsen er til stede og viser interesse for pasientsikkerhet og hvordan pasientene har det. Læringspunkter fra piloten vil bli oppsummert i en egen pilotrapport. Deretter vil spredning av tiltaket bli vurdert.

Brukermedvirkning i foretak: Vestre Viken HF

Ved Vestre Viken HF er det satt i gang et pilotprosjekt som ser på hvordan brukermedvirkning kan bedre pasientsikkerheten på systemnivå. Overordnet skal brukerne inkluderes i arbeidet med kampanjens innsatsområder ved foretaket. I tillegg er kommunikasjon, formidling av pasienthistorier og likemannsarbeid blant områdene prosjektet dekker.

Prosjektet skal være brukerstyrt. Representanter fra brukerutvalget deltar aktivt og er med på å definere prosjektet. Dette er under arbeid.

Brukermedvirkning i kommune: Undervisningssykehjemmet Rokilde

Kristiansund kommune ved Undervisningssykehjemmet Rokilde ser på hvordan brukermedvirkning kan bedre pasientsikkerheten i kommunehelsetjenesten. Rokilde undervisningssykehjem har tidligere deltatt i forbedringsprosjektet "Med pasientens øyne"(18). Erfaringer herfra trekkes med i pilotprosjektet.

Brukerdeltakelse i utvalg og råd samt kommunikasjon med brukere og pårørende er de viktigste områdene i prosjektet. Arbeidet vil bli knyttet til det sykehjemmet allerede gjør på innsatsområdet *riktig legemiddelbruk i sykehjem*.

Veien videre

Det vil bli utarbeidet rapporter for hvert pilotprosjekt. Rapportene vil oppsummere erfaringer, foreslå tiltak og gi anbefalinger om spredning i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Det arbeides også med å etablere et Pasientambassadørprogram, som er et nettverk av pasienter og pårørende som har erfart pasientskader. Danmark har pasientambassadørene og deres historier bidratt til viktig læring blant helsepersonell. På grunn av lite ressurser har ikke sekretariatet kommet i havn med å etablere et slikt program. Det er heller ikke valgt ut pasienter til nettverket. Sekretariatet

er i dialog med arbeidsgruppen, brukerorganisasjoner og Norsk pasientsskadeerstatning (NPE) for å få innspill og fremdrift på området.

8. Status og resultater for innsatsområder i kampanjen

Innsatsområdene i kampanjen har en utviklingsprosess fra etablering av tiltakspakke, via pilotprosjekt til ferdigstilling av tiltakspakke og nasjonal spredning gjennom et læringsnettverk. Gjennom kampanjens spredningsmodell har over 700 deltakere fra helsetjenesten deltatt i læringsnettverk, og i løpet av høsten og våren 2013 vil læringsnettverk for seks nye innsatsområder starte opp noe som vil involvere om lag 1000 nye deltakere.

Det er midtveis kampanjen for tidlig å vise frem endelige resultater. Likevel er de foreløpige resultater knyttet til aktiviteter og prosessmål, gode. Pilotprosjektene har også vist gode resultater, og med tiden håper vi at dette også vil vises i nasjonale resultater.

8.1 Trygg kirurgi og postoperative sårinfeksjoner

Hvorfor trygg kirurgi?

Kirurgisk behandling redder liv og opprettholder funksjon og livskvalitet for pasienter. Operasjoner er likevel alltid forbundet med fare for komplikasjoner.

I Norge var 370 000 pasienter innlagt i kirurgiske avdelinger i 2007. Studier fra industrialiserte land viser at det oppstår alvorlige komplikasjoner i mellom tre og 17 prosent av inngrepene. Dødeligheten er mellom 0,4 prosent, og 0,8 prosent [1]. Dette er høyt tall, og den store variasjonen tyder på at forbedring er mulig.

En betydelig del av komplikasjonene er forbundet med infeksjoner. Infeksjoner medfører økt sykkelighet og dødelighet. Postoperative sårinfeksjoner (POSI) er én av de tre vanligste, helsetjenesteervertete infeksjonene.

Tiltakspakke

Formålet med tiltakspakken trygg kirurgi, med fokus på postoperative sårinfeksjoner (POSI) er å redusere komplikasjoner i tilknytning til kirurgi, med hovedfokus på postoperative sårinfeksjoner.

Tiltakspakken består av fire tiltak:

1. Bruk av sjekklisten for trygg kirurgi og postoperative sårinfeksjoner
2. Sikre at hårfjerning blir gjort korrekt før operasjon
3. Sikre at pasient ikke blir nedkjølt
4. Sikre forsvarlig valg av og administrering av antibiotika som profylakse

Endringer i tiltakspakkene kan forekomme. Den til en hver tid nyeste versjon av tiltakspakkene for kampanjens 11 innsatsområder finner man lenket opp på [kampanjens hjemmeside](#). Målingene knyttet til innsatsområdene vises for øvrig i tabell 2 i metodekapittelet.

Pilotprosjekt

Et pilotprosjekt ble i 2011 gjennomført ved Kvinneklinikken, Haukeland universitetssjukehus. Ved avslutning av pilotprosjektet benyttet kvinneklinikken sjekklisten for trygg kirurgi i 96 prosent av operasjonene. Infeksjonsregistreringen i NOIS viser en betydelig reduksjon i forekomsten av postoperative sårinfeksjoner ved hysterektomi (gjennomføres ved kvinneklinikken) fra perioden før til etter pilotprosjektet, noe som tilsvarer om lag 70 prosent reduksjon, fra 13,1 siste halvår 2010 til 3,9 siste halvår 2011. Med utgangspunkt i erfaringene fra piloten har tiltakene blitt testet og satt i verk ved sykehus over hele landet i løpet av 2012. Kirurgiske team fra over 20 sykehus har deltatt i kampanjens læringsnettverk, som hadde oppstart desember 2011 med to påfølgende samlinger i februar og mai 2012.

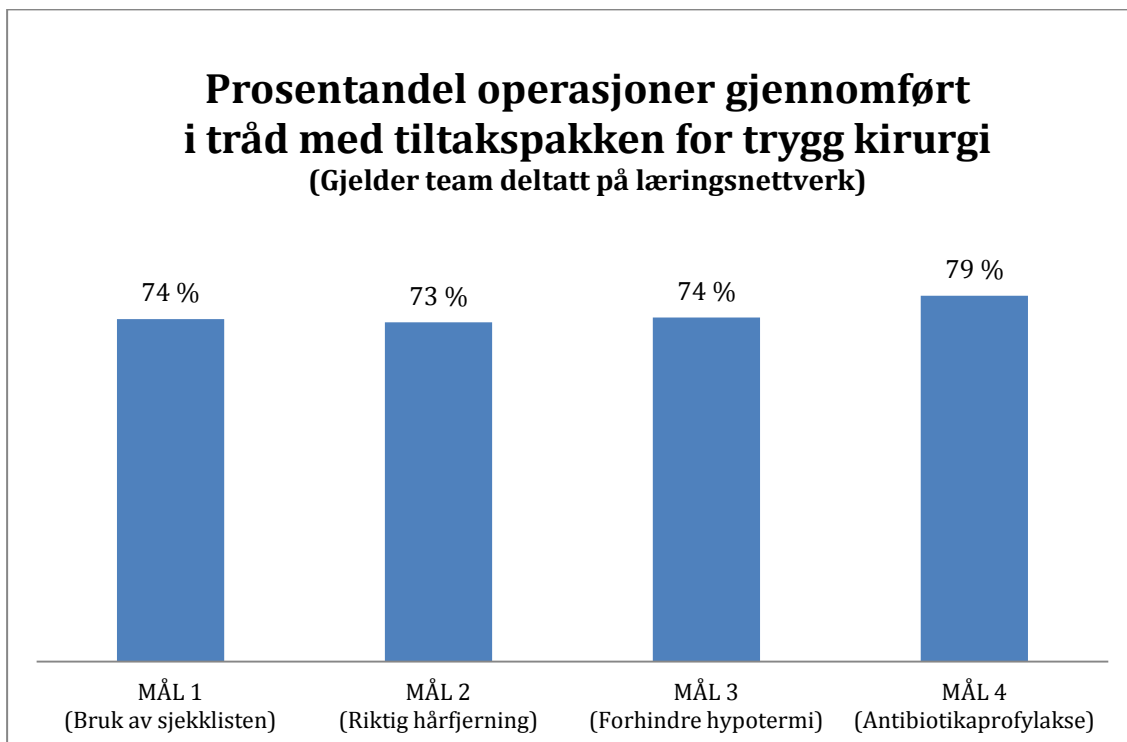
Nasjonalt læringsnettverk og foreløpige resultater

Læringsnettverket for innsatsområdet *trygg kirurgi* hadde sin siste samling 31. mai og er nå avsluttet. Læringsnettverket ble arrangert av sekretariatet for kampanjen i samarbeid med Helse Midt RHF. Resultatene for perioden januar t.o.m. juni 2012 viser at 3 av 4 operasjoner ble utført i tråd med innsatsområdets tiltakspakke, alle *trygg kirurgi*-team sett under ett. Brytes tallene ned på team-nivå observeres for øvrig en betydelig spredning i prosessmåloppnåelse teamene i mellom. Eksempelvis kan 2 av 3 team vise til en gjennomsnittlig prosessmåloppnåelse på mellom 70 prosent og 100 prosent, innsatsområdets fire mål sett under ett. I den skriftlige evalueringen av læringsnettverket oppgav deltagerne at de var svært fornøyde med læringsnettverket.

I løpet av læringsnettverkets første halvår (januar-juni 2012) har mer enn 40.000 operasjoner blitt loggført i forbindelse med målet "Bruk av sjekklisten" hvorav 3 av 4 er utført i tråd med tiltakspakken.

Diagrammet under gir en oversikt over prosentvis prosessmåloppnåelse for innsatsområdets 4 mål.

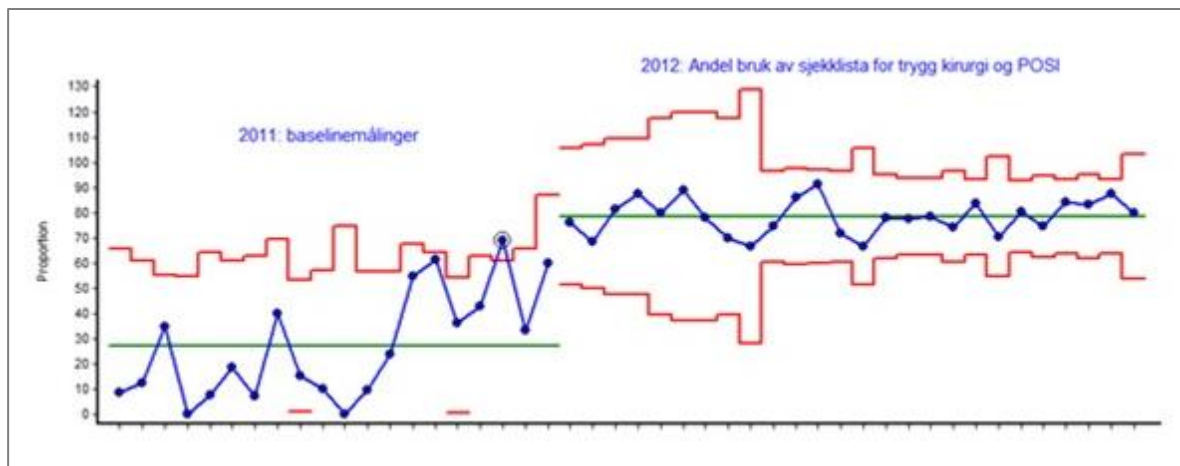
Tall fra samtlige operasjoner foretatt av team tilknyttet læringsnettverket for *trygg kirurgi* i perioden januar – juni 2012 er aggregert, og prosentandelen operasjoner gjennomført i tråd med tiltakspakken for *trygg kirurgi* er beregnet.



Tabell 4: Prosentandel operasjoner gjennomført i tråd med tiltakspakken for trygg kirurgi

For tidsperioden januar t.o.m. juni 2012 viser de samlede tallene at om lag 3 av 4 operasjoner utført av team tilknyttet læringsnettverket for trygg kirurgi har blitt utført i tråd med tiltakspakken for innsatsområdet *trygg kirurgi*. Det er variasjon i grad av prosessmåloppnåelse mellom teamene.

Statistisk prosesskontroll benyttet på en av kampanjeteamenes tidsserier



Tabell 5: Etterlevelse av sjekklisten for trygg kirurgi for teamet fra Arendal sykehus

Mer enn femti trygg kirurgi team foretar registreringer i kampanjens nettbaserte database Extranet. Kampanjens team kan følge egne resultater over tid ved å plote sine måledata i en tidsserie. Så snart et team har registrert et tilstrekkelig antall målepunkter (16-20 punkter) kan man ta i bruk statistisk prosesskontroll. Dette statistikkverktøyet kan benyttes til å fastslå nivået prosessen ligger på og om prosessen er statistisk stabil.

Diagrammet over illustrerer statistisk prosesskontroll benyttet på måledataene fra teamet fra Arendal sykehus som deltar i læringsnettverket for *trygg kirurgi*. Venstre del av diagrammet viser baseline-målinger foretatt *i forkant* av at læringsnettverket ble iverksatt. I høyre del av diagrammet er måledataene fra temaets deltakelse i læringsnettverket plottet (januar-juni 2012) og her fremgår det at teamet har stabilisert seg på et høyere nivå enn før kampanjen ble iverksatt. Diagrammet viser at prosessmåloppnåelsen har økt fra et snitt på om lag 30 prosent i forkant av læringsnettverket til om lag 80 prosent i kampanjeperioden.

Veien videre

I henhold til "forventninger til helsetjenesten" vedtatt av styringsgruppen 14.3.2012 (19) skal foretakene lage spredningsplaner og sørge for at tiltakspakken blir implementert i alle relevante avdelinger. Etter hvert som avdelinger og team starter implementering av tiltakspakken, er det forventet at de registrer sine data i Extranet. Teamene som deltok på læringsnettverket skal også fortsette å registre data ut kampanjeperioden 31.12.2013. På den måten kan det monitoreres om det er oppnådd vedvarende forbedringer både lokalt, regionalt og nasjonalt.

Ledelsen skal bidra til å spre tiltakene til alle relevante avdelinger i sine respektive foretak. Kampanjemålingene har per dags dato for mange team pågått i for kort tid til å benytte metoden statistisk prosesskontroll. Etter hvert vil alle team kunne ta i bruk dette statistikkverktøyet til å følge prosessen fortløpende på mer objektivt vis. Målet er at effekten av tiltakene skal kunne observeres blant annet som redusert infeksjonsforekomst i sykehusets infeksjonsregistreringssystem og NOIS.

8.2 Om legemidler

Riktig legemiddelbruk innebærer at pasienten får stilt riktig diagnose og mottar rett behandling. Dette innebærer valg av riktig virkestoff, styrke, dosering og formulering. Klinisk relevante legemiddelinteraksjoner må unngås, hvis mulig. I tillegg er det svært viktig at pasienten får opplæring i legemiddelbruk og mestring av egen sykdom (20).

I perioden 2008-2011 ble 7756 meldinger om uønskede hendelser registrert hos meldesentralen i Statens helsetilsyn (21). Av disse meldingene gjaldt 14 % hendelser knyttet til legemiddelfeil (21). Helsetilsynet anslår at legemiddelfeil på sykehus medfører minst 10-15 dødsfall og 50-100 alvorlige skader per år(22). Tallene fra meldesentralen sier imidlertid lite om den reelle forekomsten av uønskede hendelser eller skader på grunn av høy grad av underrapportering (22).

Mange eldre har flere sykdommer og bruker dermed mange ulike legemidler samtidig, noe som bidrar til å øke risikoen for feilbruk. Aldersgruppen over 70 år har flest legemiddelbrukere (23), og rundt 90 % av personer > 70 år og eldre får utlevert legemidler på resept (24). Forskning viser at en tredjedel av den aldrende befolkningen er eksponert for feil legemiddelbehandling, og eldre kvinner er i særskilt risiko (25). I tillegg er eldre også mer sårbare for bivirkninger og andre legemiddelrelaterte problemer (26). Minst én av ti sykehusinnleggelse av eldre på medisinsk avdeling skyldes feil bruk av legemidler (27).

Avvik i legemiddelbehandling kan bestå av feil i oversikten over pasientens medisiner, svikt i kommunikasjon mellom behandlere, og manglende oppfølging av helsetjenesten. Dette kan føre til at pasientene får feil type legemiddel, for få, for mange eller feil dose, eller kombinasjoner av legemidler som fører til skade. Feilmedisinering fører hvert år til unødig lidelse for mange pasienter, i tillegg til at det påfører samfunnet store utgifter. Årsaker til feilmedisinering kan være at legemiddellisten ikke er samstemt eller oppdatert, samt at legemiddelbehandlingen for den enkelte pasient ikke er kvalitetssikret ved strukturert legemiddelgjennomgang (28). En systematisk legemiddelgjennomgang har til hensikt å avdekke og forebygge legemiddelrelaterte problemer og at det angis tiltak for å løse de avdekkede problemene (26).

Kampanjen har iverksatt tiltakspakker for sykehus, fastleger, sykehjem og hjemmetjenester. Kampanjen har som målsetting at tiltakspakkene bidrar til å sikre at pasienter både har en samstemt legemiddelliste og riktig legemiddelbehandling. Samstemming av legemidler handler om at sykehuset, fastlegen, hjemmetjenesten, sykehjemmet, pårørende og pasienten selv skal ha lik informasjon om pasientens faste medisiner. Det krever tverrfaglig samarbeid, kompetanse, prosedyrer og en helhetlig tilnærming til et legemiddelforløp på tvers av avdelinger og tjenestenivåer.

8.3 Samstemming av legemiddellister

Hvorfor samstemming av legemiddellister?

Samstemming av legemidler handler om at sykehuset, fastlegen, hjemmetjenesten, sykehjemmet, pårørende og pasienten selv skal ha lik informasjon om pasientens faste medisiner.

Formålet med legemiddelsamstemming er å sikre at legemiddelopplysninger overføres korrekt ved overganger i pasientforløpet, eksempelvis mellom sykehuset, fastlegen, hjemmetjenesten og sykehjemmet. Slik vil alle berørte parter, inklusive pasienten selv, ha lik og korrekt informasjon om pasientens legemidler. Prinsippet for samstemming er at man ved hver overgang i pasientforløpet iverksetter tiltak for å sikre at det ikke er utilsiktede endringer (seponeringer, doseendringer eller nye ordinasjoner) som det ikke er indikasjon for. Dersom det er uoverensstemmelser i regnskapet kan det oppklares, og redegjøres for i dokumentasjon.

Manglende legemiddelsamstemming er kjent som et betydelig pasientsikkerhetsproblem både nasjonalt og internasjonalt. Mulighet for feil kan handle om feil ordinasjon, feil administrasjon, feil dose, feil pasient, samt manglende koordinering og informasjonsoverføring. Problemet er særlig aktuelt hos kronikere og eldre som ofte er i kontakt med ulike deler av helsetjenesten.

I dag mangler det gode rutiner i Norge for å sikre at pasientens medisinliste er oppdatert. Ny forskrift om fastlegeordning i kommunene understreker fastlegens ansvar for å holde legemiddellisten oppdatert (29).

Legemiddelbruk og samstemming av legemiddellister spesielt, er et komplekst område. Basert på erfaringer fra 13 andre kampanjeland, viser dette området seg å være særlig vanskelig å oppnå forbedringer på, og ingen kan vise til vedvarende resultater.

Tiltakspakke

Kampanjetiltakene vil bidra til å endre holdninger og rutiner for *samstemming av legemiddellister* i helsetjenesten. Vurdering og kontroll av pasientens legemidler bør ideelt sett skje på alle trinn i omsorgskjeden, men denne tiltakspakken er i første omgang avgrenset til forløpet fastlege – sykehus.

Følgende tiltak har blitt testet av deltakere i et nasjonalt læringsnettverk våren 2012:

1. Fastlegen gir alle pasienter oppdaterte medisinlister som oppbevares i veske eller lommebok. Listen tas med ved annen kontakt med helsevesen.
2. Listen danner utgangspunktet for "faste medisiner" i sykehusjournalen
3. Endringer i listen ved sykehuset skal begrunnes og journalføres
4. Utskrivende (epikriseskrivende) sykehuslege tar utgangspunkt i listen over faste medisiner ved innkomst, og samstemmer mot faste medisiner ved utreise. (Uttrekk av epikriser gjøres via sykehusenes elektroniske journalsystem, DIPS)

Pilotprosjekt

Et pilotprosjekt ble i 2011 gjennomført i Vestre Viken HF, Bærum sykehus ved Medisinsk avdeling og Geriatri, slag og rehabiliterings-avdelingen. Pilotens fokus har vært rutiner for samstemming av legemidler ved overganger mellom helsetjenestenivåer. Pilotens mål har vært å prøve ut metoder for å kvalitetssikre samstemming av pasientens legemiddelinformasjon ved innleggelse i sykehus og tilbakeføring til fastlegen.

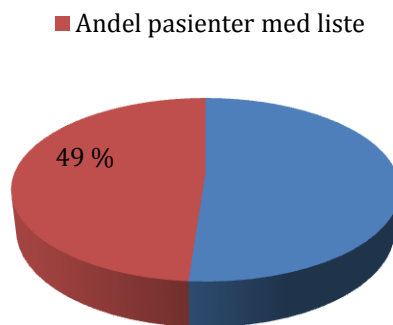
Nasjonalt læringsnettverk og foreløpige resultater

Med utgangspunkt i erfaringene fra piloten har tiltakene blitt testet og satt i verk ved sykehus over hele landet i løpet av 2012. Team fra over 20 sykehus har deltatt i kampanjens læringsnettverk, som hadde oppstart november 2011 med to påfølgende samlinger i februar og mai 2012.

Læringsnettverk for innsatsområdet hadde sin siste samling 24. mai. Læringsnettverket ble arrangert av sekretariatet for kampanjen i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF.

De påfølgende diagrammer gir en oversikt over måloppnåelsen for dette innsatsområdets tre første målinger per første halvår av 2012. Her vises andel pasienter som hadde med legemiddelliste ved innleggelse i sykehus, hvor stor del av disse listene der pasientens fastlege utgjorde kilden, samt andel pasienter med samstemt legemiddelliste ved utskrivning fra sykehus. Da det ikke tidligere har vært målt på disse parameterne kan det ikke sies noe om sikkert om man har oppnådd en forbedring i løpet av kampanjeperioden. Tallene gir med andre ord kun et bilde av situasjon slik den var i perioden desember 2011 t.o.m. juni 2012.

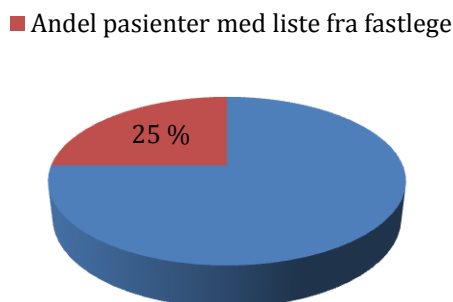
**Prosentandel pasienter med legemiddelliste ved sykehusinnleggelse des 2011 - juni 2012
(Gjelder team deltatt på læringsnettverk)**



Tabell 6: Prosentandel pasienter med legemiddelliste ved innleggelse i sykehus

Måling 1 gjelder andel pasienter som har med legemiddelliste ved innleggelse i sykehus. Deltakende team har registrert 25 pasienter fortløpende (som fast benytter 2 eller flere legemidler/naturlegemidler) fra et fast tidspunkt hver annen uke. Aggregering av pasienttallene fra læringsnettverkets team ved slutten av læringsnettverk viser at om lag halvparten av pasientene hadde med seg legemiddelliste ved innleggelse i sykehus.

**Prosentandel pasienter med legemiddelliste fra fastlege ved sykehusinnleggelse des 2011 - juni 2012
(Gjelder team deltatt på læringsnettverk)**

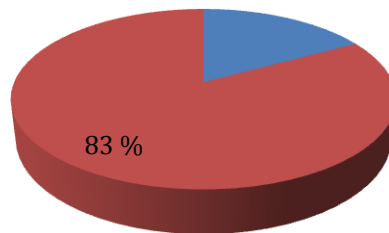


Tabell 7: Prosentandel pasienter med legemiddelliste fra fastlege ved sykehusinnleggelse

Registrering av måling 2, dvs. om kilden til legemiddellisten er pasientens fastlege, er foretatt samtidig med registreringen av ovennevnte måling 1. Aggregering av pasienttallene fra læringsnettverkets team for perioden desember 2011 t.o.m. juni 2012 viser at 1 av 4 pasienter hadde med seg legemiddelliste fra *fastlegen* ved innleggelse i sykehus. Sammenstilling av resultatene fra måling 1 og 2 viser at om lag halvparten av pasientene som har med legemiddelliste ved innleggelse i sykehus oppgir sin fastlege som kilden til legemiddellisten.

Prosentandel pasienter med samstemt legemiddelliste ved utskriving fra sykehus des 2011 - juni 2012 (Gjelder team deltatt på læringsnettverk)

■ Andel pasienter med samstemt legemiddelliste ved utskrivelse



Tabell 8: Prosentandel pasienter med samstemt legemiddelliste ved utskriving fra sykehus

Måling 3 gjelder andel pasienter som har samstemt legemiddelliste ved utskriving fra sykehus. Deltakende team har registrert 25 pasienter fortløpende (som fast benytter 2 eller flere legemidler/naturlegemidler daglig, regelmessig eller ved behov), fra et fast tidspunkt hver annen uke. Aggregering av pasienttallene fra læringsnettverkets team for perioden desember 2011 t.o.m. juni 2012 viser at 83 prosent av pasientene hadde samstemt legemiddelliste ved utskriving.

Måling 4 gjelder kvalitetsmåling av legemiddelavsnittet i epikrise (kvaliteten bedømmes ut fra en poengskala fra 0 til 16). Total sett deltar 21 team i forbindelse med dette målet, hvorav 5 team kan vise til en tidsserie som strekker seg over 4 kvartal. Så langt observeres ingen klare trender i måledataene. Tallene viser at:

- Det er stor variasjon teamene i mellom mht poengsummen som oppnås – dvs. kvaliteten på legemiddelavsnittet i epikrisen.

- Noen team kan vise til forbedringer over tid, mens andre viser jevnt nivå eller sågar noe reduksjon i kvaliteten.

Veien videre

Som tidligere nevnt er *samstemming av legemiddellister* et komplekst område som ingen kampanjeland kan vise til resultater på. Gitt denne utfordringen, har en arbeidsgruppe fulgt læringsnettverket for å vurdere hvordan tiltakspakken fungerer i praksis.

Arbeidsgruppen har gitt sine anbefalinger. Deres anbefaling er at tiltakspakken beholdes slik den er, men at det legges til et tiltak knyttet til legemiddelanamnese inn og ut av sykehus og et tiltak knyttet til legemiddelgjennomganger for utvalgte risikopasienter. Saken er hørt i fagrådet, som gir sin tilslutning til at tiltakene legges til i tiltakspakken. For å støtte teamene i implementering av den reviderte tiltakspakken, arrangeres det et nytt læringsnettverk den 13. og 14. februar 2013. Ledelsen skal deretter bidra til å spre tiltakene til alle relevante avdelinger i sine respektive foretak.

8.4 Riktig legemiddelbruk i sykehjem

Hvorfor riktig legemiddelbruk i sykehjem?

Helsetilsynet har funnet store mangler ved rutiner for legemiddelgjennomgang av pasienter i sykehjem (11). En tredjedel av sykehjemspasientene bruker minst ett uhensiktsmessig legemiddel (30).

Tiltakspakke

Tiltakene som innføres skal optimalisere legemiddelbehandlingen av alle langtidspasienter på sykehjem og dermed redusere pasientskade. Tiltaket som omhandler innføring av strukturerte legemiddelgjennomganger i sykehjem bygger på anbefalinger i den nasjonale veilederen for legemiddelgjennomganger fra Helsedirektoratet (28) og Norsk legemiddelhåndbok (26). Følgende tiltak har blitt implementert av deltagere i et nasjonalt læringsnettverk:

1. Tverrfaglige legemiddelgjennomganger ved innkomst, halvårs- og årskontroller, og etter sykehusopphold samt der det er behov for ekstra oppfølging.
2. Opprette registreringstype "legemiddelgjennomgang" i pasientjournal
3. Pleieplan med observasjoner og rapporter innen 24 timer i henhold til oppfølging av forskrivning
4. Tverrfaglige undervisnings- og casemøter i avdelingene

Pilotprosjekt

Resultatene fra pilotprosjekt ved Nygård sykehjem i Vestfold viser at legemiddelgjennomganger fremmer det tverrfaglige samarbeidet, avdekker legemiddelrelaterte problemer og bidrar i vesentlig

grad til endringer av pasientens legemiddelbehandling. For noen pasienter betyr det en seponering av legemidler, dosejustering og for andre nye legemidler. Et eksempel er en langtidspasient ved sykehjemmet som fikk endret medisiner og justert doseringer gjennom pilotprosjektet. Fra å være avhengig av hjelp til det meste, fikk han gradvis gjenvunnet funksjoner, og ble så selvhjulpen at han kunne utskrives fra sykehjemmet.

Lokalt læringsnettverk og foreløpige resultater

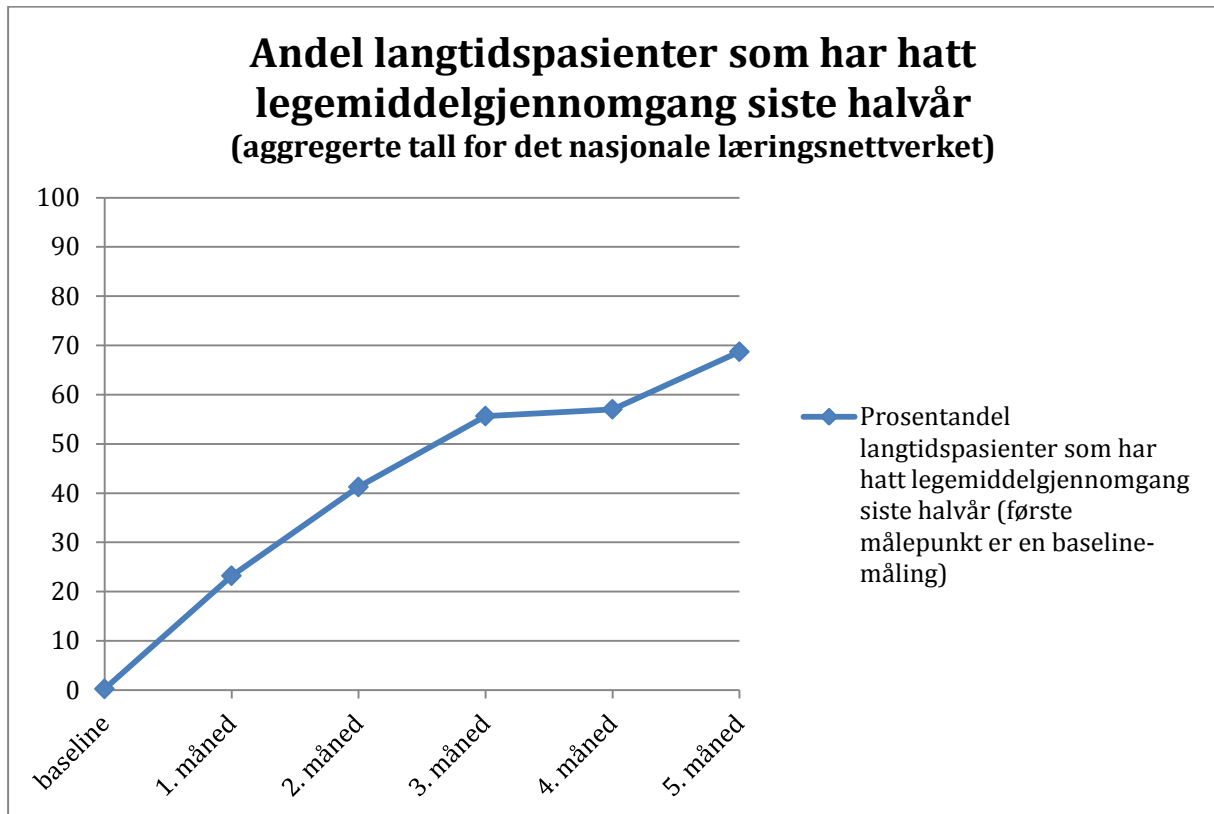
Det har vært gjennomført et lokalt læringsnettverk i Vestfold med 11 sykehjem fra 11 av totalt 14 kommuner i fylket. 10 av 11 sykehjem har oppnådd forbedringer på alle tiltakene i tiltakspakken. Gjennomføring av legemiddelgjennomganger, indikasjon på legemiddellisten, oppfølging og dokumentasjon av legemiddelbehandlingen og nedgang i legemiddelbruk er eksempler på forbedring. Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold er pådriver for videre spredning i eget fylke. Utviklingssenteret har gjennomført en fjerde nettverkssamling 8. november 2012. Teamene kan fortsatt vise til forbedringer, men opprettholdelse av resultatene som ble oppnådd i læringsnettverksperioden er krevende for sykehjemmene.

Nasjonalt læringsnettverk og foreløpige resultater

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er i sin helhet kommunalt forankret, og det er etablert sentra i alle fylker som årlig mottar tilskudd over statsbudsjettet. I oppdragsbrevet til Utviklingssenteret for 2011 og 2012 fra Helsedirektoratet er sentrene oppfordret til å delta i pasientsikkerhetsarbeid. Utviklingssentra har sine overordnede oppdrag nedfelt i nasjonal strategi, og har etablerte nettverk med alle kommuner i eget fylke (31). Utviklingssentrene sine unike dialog med kommunene kan være nøkkelen til gode spredningsmodeller for innføring av kunnskapsbaserte tiltak og pasientsikkerhetsarbeid.

Det nasjonale læringsnettverket med deltagere fra alle utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjeneste (ett i hvert fylke) hadde sin andre samling 13. juni og mange begynte allerede da å vise betydelig forbedring. Ved tredje samling kan mange sykehjem vise til forbedringer på alle fire målinger. Læringsnettverket ble arrangert av sekretariatet for kampanjen i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF.

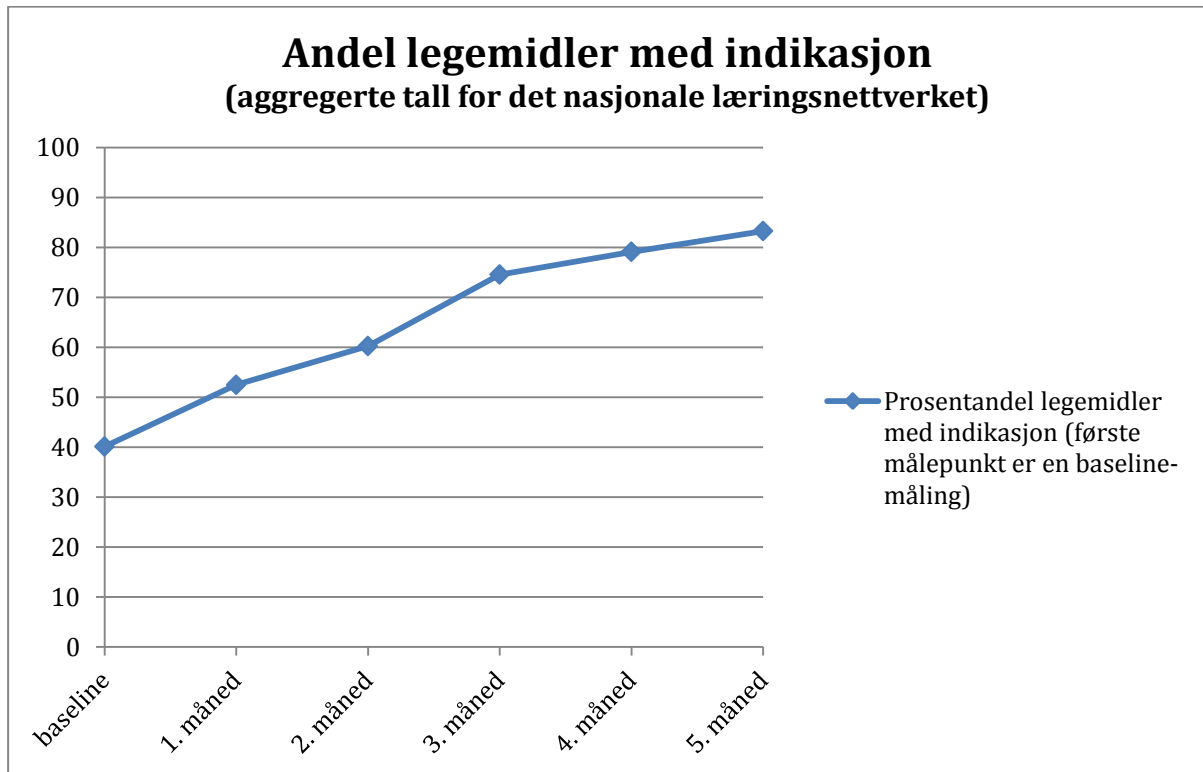
På de neste sidene presenteres de foreløpige resultatene samlet for alle sykehjemmene som har vært med i det nasjonale læringsnettverket for riktig legemiddelbruk i sykehjem.



Tabell 9: Andel langtidspasienter som har hatt legemiddelgjennomgang siste halvår

Måling 1 gjelder andel langtidspasienter som i løpet av siste halvår har hatt legemiddelgjennomgang der kampanjens sjekklister for legemiddelgjennomgang er benyttet. Kampanjemålingene foretas en gang per måned. Formålet med målingen er å øke andel pasienter som får en legemiddelgjennomgang hvert halvår for å redusere antall legemiddelrelaterte problemer. Målet er at alle langtidspasienter får en legemiddelgjennomgang hvert halvår.

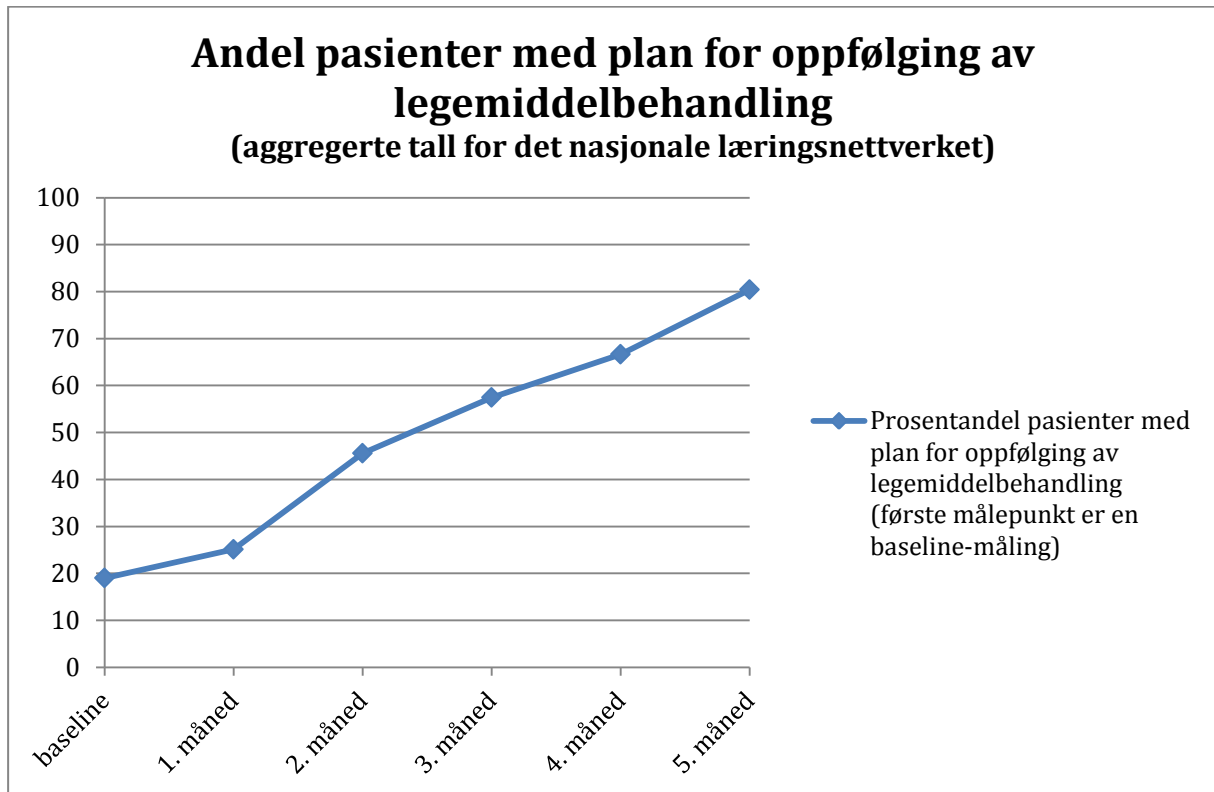
Aggregerte tall for det nasjonale læringsnettverket viser at andelen langtidspasienter som har hatt legemiddelgjennomgang i gjennomsnitt har økt fra nærmest ingen til en prosentandel på om lag 70 prosent i løpet av de første fem måneder av læringsnettverksperioden (se diagrammet over).



Tabell 10: Andel legemidler med indikasjon

Måling 2 gjelder andel legemidler med indikasjon oppført bak forskrivning av det totale antallet legemidler. Legemiddellisten til pasienten bør ha oppført indikasjon bak det foreskrevne legemiddelet. Legen skal ved gjennomgang av pasientens legemiddelliste vurdere om det fortsatt er indikasjon for legemiddelet. Kampanjemålingene foretas en gang per måned. Formålet med målingen er å øke andelen legemidler med oppført indikasjon bak forskrivning.

Aggregerte tall for det nasjonale læringsnettverket viser at andelen legemidler med indikasjon i gjennomsnitt har blitt fordoblet i løpet av de første fem måneder av læringsnettverksperioden (se diagrammet over).



Tabell 11: Andel pasienter med plan for oppfølging av legemiddelbehandling

Måling 3 gjelder andel pasienter med plan for oppfølging av legemiddelbehandling med fokus på observasjon og rapportering om virkning/bivirkning. Kampanjemålingene foretas en gang per måned. Formålet er å sikre at alle pasienter med behov for legemidler har en oppfølgingsplan som ivaretar observasjoner, vurderinger, tiltak og oppfølgingsbehov relatert til legemiddelrelaterte problemer, og/eller spesielt viktige observasjoner.

Aggregerte tall for det nasjonale læringsnettverket viser at andel pasienter med plan for oppfølging av legemiddelbehandling i gjennomsnitt har blitt firedoblet i løpet av de første fem måneder av læringsnettverksperioden (se diagrammet over).

Veien videre

Siste samling for det nasjonale læringsnettverket var 17. oktober. Etter endt læringsnettverk skal utviklingssentrene spre tiltakspakken til sykehjemmene i sitt fylke gjennom læringsnettverk. Over halvparten av utviklingssentrene er godt i gang med å involvere andre kommuner og planlegge spredning i eget fylke. Utviklingssentrene fikk opplæring i læringsnettverk som metode av sekretariatet for pasientsikkerhetskampanjen den 28. september. I tillegg har Helsedirektoratet

bidratt med en tilleggsbevilgning til Utviklingssentra for innværende regnskapsår hvor Helsedirektoratet anbefaler at oppfølging av læringsnettverk for legemiddelhåndtering får særlig oppmerksomhet (32). Kampanjen fortsetter å understøtte implementeringsarbeidet i utviklingssentrene ved regelmessig oppfølging av kontaktpersoner i hvert senter. Nye kampanjeinitiativ i kommunene settes i kontakt med Utviklingssentra i hvert fylke.

8.5 Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenester

Hvorfor riktig legemiddelbruk i hjemmetjenester?

I 2010 mottok over 170 000 personer hjemmetjenester (herunder hjemmesykepleie og praktisk bistand)(33). For de som mottar hjelp og bistand er det viktig at det er etablert faste rutiner for samarbeid mellom fastlegen og hjemmesykepleien. Det må innhentes rutinemessig informasjon fra fastlegen om behandlingen den enkelte pasienten skal ha.

Et tiltak for å bedre legemiddelbehandlingen er å gjennomføre samstemming av pasientens legemiddellister. I studier er det vist uoverensstemmelse mellom medisinkortet i hjemmet og hos fastlegen blant 50–90 prosent av pasientene i hjemmesykepleien. I gjennomsnitt er 25 prosent flere legemidler oppført i medisinkortet hjemme, noe som viser at risikoen for feilmedisinering og eventuelle komplikasjoner er stor (27). I ny forskrift om fastlegeordning i kommunene defineres fastlegens ansvar for å holde legemiddellisten til pasientene oppdatert, samt vurdere behov for legemiddelgjennomgang årlig for pasienter med fler enn fire legemidler (29).

Tiltakspakke

Det er utviklet en tiltakspakke for hjemmetjenester basert på anbefalinger fra tiltakspakken sykehjem og tiltakene for samstemming av legemidler mellom fastlege og sykehus. Kommunene Bærum, Eidsberg og Bydel Bjerke i Oslo tester fem tiltak med tilhørende målinger høsten 2012. Sluttrapport og endelig anbefaling skal leveres desember 2012.

Foreløpig tiltakspakke består av følgende tiltak:

1. Sikre at legemiddelliste er samstemt mellom pasient, hjemmetjenesten og fastlege.
2. Sikre tverrfaglig strukturert legemiddelgjennomgang av hjemmeboende pasienter med vedtak om legemiddelhåndtering når dette anses nødvendig ut fra en medisinsk og sykepleiefaglig vurdering.
3. Sikre oppfølging av legemiddelforskrivning med observasjoner, vurderinger og dokumentasjon i pasientjournal.
4. Etablere struktur i pasientjournal som sikrer dokumentasjon av samstemming og legemiddelgjennomgang med oppfølging.

Veien videre

Endelig tiltakspakke skal spres nasjonalt til 21 utviklingssentre for hjemmetjenester i 2013. Læringsnettverk er planlagt med oppstart 4. og 5. februar og påfølgende samlinger 13. april og 28. august 2013. Utviklingssentra for hjemmetjenester har fått opplæring i læringsnettverk av sekretariatet for pasientsikkerhetskampanjen den 28. september 2012. I tillegg har Helsedirektoratet bidratt med en tilleggsbevilgning til Utviklingssentra for inneværende regnskapsår hvor Helsedirektoratet anbefaler at oppfølging av læringsnettverk for legemiddelhåndtering får særlig oppmerksomhet (32).

8.6 Behandling av hjerneslag

Hvorfor behandling av hjerneslag?

Omkring 15 000 personer i Norge rammes av hjerneslag årlig. Henholdsvis 50 og 60 per 100 000 kvinner og menn dør som følge av hjerneslag. Siden 1990-tallet har dødsfall grunnet hjerneslag blitt halvert på landsbasis. På grunn av en økning av antall eldre i befolkningen forventes det at slagbehandling vil bli en utfordring for helsevesenet i årene som kommer med hensyn til akuttbehandling, rehabilitering, pleie og omsorg.

Behandling av hjerneslag i slagenheter har vist seg å redusere dødelighet og invaliditet. Likevel får ikke alle pasienter med hjerneslag slik behandling. Fagrådet i kampanjen har vurdert *behandling av hjerneslag* som et innsatsområde med tydelig forbedringspotensial. Dette er i tråd med nasjonale retningslinjer for behandling av hjerneslagspasienter, som ble etablert i 2010.

På bakgrunn av randomiserte kontrollerte undersøkelser slår retningslinjene fast at slagpasienter skal behandles i slagenheter som innfrir et sett av kriterier til rutiner og organisering.

Tiltakspakken bygger på Nasjonale retningslinjer for behandling av hjerneslag i hjerneslagenheter: En slagenhet defineres som "en organisert behandling av pasienter med hjerneslag i en geografisk avgrenset enhet med faste senger, bemannet med et tverrfaglig spesialopplært personale og med et standardisert program for diagnostikk, observasjon, akutt behandling og tidlig rehabilitering".

Tiltakspakke

Tiltakspakken for *behandling av hjerneslag* skal bidra til å sikre rett praksis gjennom hele pasientforløpet for pasienter med akutt hjerneslag, og dermed redusere risikoen for komplikasjoner.

Tiltakspakken består av følgende tiltak:

1. Pasient med mistanke om akutt hjerneslag som kan ankomme sykehuset innen 4 timer fra symptomdebut, transporteres så raskt som mulig til sykehus
2. Pasienten blir vurdert for trombolysebehandling
3. Bildediagnostikk (CT eller MR) utføres som øyeblikkelig hjelp (umiddelbart hvis trombolyse er aktuelt og ellers senest innen 6-12 timer)
4. Pasient med akutt hjerneslag behandles i slagenhet etter ankomst til akuttmottak i sykehus
5. Pasientens nevrologiske utfall følges systematisk med et nevrologisk skåringskjema
6. Pasientens fysiologisk homeostase overvåkes, og puls, blodtrykk, oksygenmetning, temperatur, væskebalanse og blodsukker dokumenteres i henhold til sjekklister
7. Pasienten mobiliseres første døgn (gjelder kun våkne pasienter)
8. Vurdering og testing av svelgefunksjon utføres før per oral føde
9. Lavdose heparin gis til immobiliserte og/ eller pasient med økt risiko for venetrombose
10. Sekundærprofylakse blir vurdert og igangsatt før utskrivelse fra sykehuset i henhold til sjekklister

Pilotprosjekt på Sykehuset Telemark er avsluttet og de har levert sluttrapport. Rapporten konkluderer med at de stiller seg bak tiltakspakken slik den er beskrevet. Tiltakspakken og målingene er ferdigstilt og ligger tilgjengelig på kampanjens nettsider. Prosjektets registreringer viser at alle deler tiltakspakken i stor grad er implementert. Eksempelvis ble 89 prosent av pasientene lagt på slagenhet og 83 prosent av pasientene mottok alle relevante deler av tiltakspakken.

Veien videre

Nasjonalt læringsnettverk for alle foretak startet opp 19. september 2012 og arrangeres av sekretariat for pasientsikkerhetskampanjen i samarbeid med Helse Midt RHF.

8.7 Infeksjon ved sentralt venekateter

Hvorfor forebygge infeksjoner knyttet til SVK?

Blodbaneinfeksjoner er en alvorlig komplikasjon med store konsekvenser, men også en tilstand det som er mulig å forebygge. En kanadisk studie (34) som undersøkte katetersepsis fant at én av 20 innlagte pasienter ved intensivavdelinger i Calgary helseregion pådro seg katetersepsis, med lengre sykehusopphold og høyere dødelighet som følge.

Dødeligheten av blodbaneinfeksjoner varierer i ulike pasientgrupper og er avhengig av mange faktorer, som pasientens underliggende sykdom og alder, infeksjonsfokus m.m. Pasienter som legges inn på intensivavdelinger er i utgangspunktet alvorlig syke og bruken av sentralvenøse katetre øker infeksjonsfaren for pasienten ved at naturlige infeksjonsbarrierer blir brutt. Det finnes foreløpig ingen oversikt over forekomsten av sentralt venekateter (SVK)-infeksjoner i norsk helsetjeneste.

Tiltakspakke

Formålet med tiltakspakken er å forebygge blodbaneinfeksjoner relatert til sentrale venekatetre.

Følgende tiltak testes av piloten høsten 2012:

1. Valg av optimalt innstikksted, unngå v.femoralis hos voksne
2. Innstikkstedet og området rundt desinfiseres med klorhexidinsprit 5 mg/ml, desinfeksjonen påføres x2, la det tørke mellom påføringene og før venepunksjonen. Klorhexidinsprit har lang virketid som øker reduksjonen av hudfloraen. Virketiden bør være 2 min for å få full drapeseffekt på bakteriene.
3. Benytt maksimal barriere og aseptisk teknikk ved innleggelse av SVK.
4. Ved all håndtering av SVK: Utfør håndhygiene, desinfiser koblinger og bruk sterilt utstyr.
5. Daglig vurdering av behov for SVK og rask fjerning av unødig SVK.

Veien videre

Pilotprosjekt ved Universitetssykehuset Nord-Norge tester ut tiltakspakken og målingene. Dette oppsummeres i en rapport om hvorvidt tiltakene og målingene fungerer i praksis. Tiltakspakken og målinger ble justert og ferdigstilt på bakgrunn av rapporten, og ble tatt i bruk da nasjonalt læringsnettverk startet opp 7. november.

8.8 Forebygging av trykksår

Hvorfor forebygging av trykksår?

Trykksår er en avgrenset skade på huden og/eller underliggende vev, som et resultat av trykk eller trykk i kombinasjon med skjærende krefter. En europeisk undersøkelse i 25 sykehus estimerte forekomsten av trykksår hos pasienter til over 18 prosent (35).

Det finnes ingen oversikt over forekomsten av trykksår i norske sykehus og sykehjem, men en undersøkelse gjennomført ved Ullevål sykehus 2010 viste at over 17 prosent av alle innleggelser medførte trykksår (36). Trykksår kan føre til en rekke komplikasjoner, som infeksjoner i bløtvev og benvev, i tillegg til store plager for pasienten og mye arbeid for personalet.

Tiltakspakke

1. Risikovurdering for trykksår hos alle nyinnlagte pasienter
2. Pasienter med risiko for trykksår revurderes daglig
3. Kartlegg og vurder ernæringsstatus hos alle personer med risiko for å utvikle trykksår, lag ernæringsplan for pasienter som er underernærte eller har ernæringsrisiko
4. Pasienter med risiko for trykksår mobiliseres, stillingsforandring
5. Benytt trykkavlastende underlag og optimaliser hudpleie som forebygging og behandling

Veien videre

Pilotprosjekter ved Akershus Universitetssykehus (Ahus) og Stavanger Universitetssykehus (SUS) er i oppstartsfasen. De skal teste tiltakspakke og målinger, og se hvordan disse fungerer i praksis. Tiltakspakken og målinger justeres og ferdigstilles på bakgrunn av rapporten før nasjonalt læringsnettverk startes opp.

8.9 Forebygging av urinveisinfeksjoner i forbindelse med bruk av kateter

Hvorfor forebygge urinveisinfeksjoner?

Pasienter med blærekateter har forhøyet risiko for å erverve en urinveisinfeksjon. Desto lenger katetret ligger inne, desto større er risikoen for infeksjon. Rundt 80 % av helsetjenesteassosierte urinveisinfeksjoner (HAI-UVI) i sykehus er kateterrelatert, og redusert bruk av blærekatetre er det viktigste forebyggende tiltaket for å redusere forekomsten av HAI-UVI (37-41). Utenlandske studier viser at opp mot 50 % av kateterinnleggelse i sykehus er uten klare indikasjoner, at behandlende lege ofte ikke er klar over at pasienten har kateter og at blærekatetre ofte blir liggende for lenge (40).

En prevalensundersøkelse våren 2012 avdekket at 1,1 % av pasienter i norske sykehus hadde en urinveisinfeksjon (42). En undersøkelse fra 2006 viser at forekomsten av urinveisinfeksjoner er tre ganger så stor i sykehjem som i sykehus (43). Bruk av blærekateter kan også føre til nyrebetennelse, nyrestein, blærestein, sepsis og død. Tiltakspakken har som målsetning å forebygge de symptomatiske urinveisinfeksjonene.

Tiltakspakke

Formålet med tiltakspakken er å forebygge kateterassosierte urinveisinfeksjoner hos pasienter med inneliggende blærekateter. Pilotprosjektene ved Lærdal sjukehus og Aurland Helsetun tester ut tiltakene og tilhørende målinger. Tiltakspakken kan bli justert etter erfaringene fra pilotprosjektene.

1. Sikre at kateter kun benyttes ved dokumentert indikasjon
2. Daglig vurdering av pasienter med blærekateter om indikasjon er til stede.
3. Systematisk opplæring i gjeldende prosedyrer knyttet katetrisering

Veien videre

Pilotprosjekt ved Helse Førde har startet. Tiltakspakken og målinger skal testes både i sykehus og i sykehjem. Pilotprosjektene foregår ved medisinsk avdeling ved Lærdal Sjukehus og Aurland Helsetun. Ved prosjektets slutt leveres en rapport om hvorvidt tiltakene og målingene fungerer i praksis. Tiltakspakken og målinger er justert og ferdigstilt på bakgrunn av rapporten før nasjonalt læringsnettverk startet opp 7. november.

8.10 Reduksjon av fall i helseinstitusjoner

Hvorfor reduksjon av fall?

Fall er den vanligste årsaken til at eldre skader seg i og utenfor helseinstitusjoner. Konsekvensene er ofte alvorlige. Utenlandske studier viser at mellom halvparten og 3/4 av sykehjemspasientene faller. Det er dobbelt så mange som øvrige eldre som faller utenfor sykehjem. Pasienter faller ofte flere enn én gang. Mange fall rapporteres ikke.

En dansk undersøkelse viste at syv prosent av de som kom til behandling med hoftebrudd hadde pådratt seg dette under sykehusopphold (44). Fallulykker representerer 20 - 30 prosent av alle skaderelaterte sykehusinnleggelseser.

Fall kan ha mange negative konsekvenser for eldre mennesker. Mellom 10 og 20 % av fallene i sykehjem gir alvorlig skade. I tillegg til brudd og hodeskader kan problemer som varig uførhet, frykt for å falle igjen og tap av selvstendighet være følgetilstander. Kampanjen retter seg mot pasienter over 65 år ved sykehus og sykehjem.

Tiltak for å redusere pasientskader

1. Faglig vurdering av alle pasienter med hensyn på fallrisiko ved å benytte STRATIFY og tiltaksliste.
2. Ved fallrisiko skal risiko og tiltak dokumenteres i pasientjournal
3. Alt helse- og omsorgspersonell skal gjennomgå systematisk opplæring om fallrisiko og forebygging av fall og fallskader en gang per år.
4. Alle forekomster av fall skal dokumenteres i pasientjournal, fallprotokoll, avvikssystem eller annet eksisterende verktøy for registrering (samtlige fall, også de som ikke fører til pasientskade).

Veien videre

Pilotprosjekter har startet opp. Tiltakspakken og målinger skal testes både i sykehus og i sykehjem. Pilotprosjektene foregår ved to avdelinger i Skien ved Sykehuset Telemark og ved Lekneshagen bofellesskap i Vestvågøy kommune. Pilotprosjektene har allerede positive erfaringer med deling av ressurser, erfaring og kompetanse på tvers av tjenestenivåer.

Gjennom piloten ved Sykehuset Telemark har så mange som 90 personer vært på kurs for å lære om tiltakspakken. Dette viser engasjement for innsatsområdene hos pilotene i kampanjen.

Pilotprosjektene har levert rapporter om hvorvidt tiltakene og målingene fungerte i praksis. Tiltakspakken og målinger ble justert og ferdigstilt på bakgrunn av rapporten og var klar da nasjonalt læringsnettverk startet opp 24. oktober.

8.11 Forebygging av selvmord i psykiatriske døgnposter

Hvorfor forebygging av selvmord?

I 2011 ble det rapportert 124 selvmord i psykisk helsevern (21). Det er et viktig helsepolitisk mål å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk blant pasienter i psykisk helsevern og å sikre at pasienter med selvmordsproblematikk får forsvarlig behandling (45),

For pasienter i døgnenheter er perioden rundt innleggelse og utskrivelse høyrisikoperioder for selvmord (46). Dette gjelder spesielt rett etter innleggelse og i de første ukene og månedene etter utskrivning. Mange døgnenheter mangler rutiner som sikrer at nødvendige tiltak er iverksatt og vedlikeholdt. I tillegg til behandlings- og beskyttelsestiltak (herunder fysiske sikringstiltak), er det viktig med kompetent og tilgjengelig personell som møter pasienten med omsorg og respekt (også hentet fra retningslinjene).

Tiltakspakke

Det er gjort kunnskapssøk på innsatsområdene og det er funnet lite dokumentasjon på effektive tiltak innenfor denne spesifikke problemstillingen. Det er derfor laget en tiltakspakke basert på erfaringer fra deltagerne i ekspertgruppen, som i stor grad bygget på de nasjonale retningslinjene for selvmordsforebygging.

1. Sikre spesialistvurdering innen ett døgn
2. Iverksettelse av beskyttelsestiltak
3. Gjennomføring av selvmordsrisikovurderinger
4. Planlegging av permisjon
5. Planlegging av utskrivelse

Pilotprosjekter

Tiltakspakken skal testes ut ved akuttpsykiatrisk avdeling ved OUS og ved akuttpsykiatrisk avdeling ved Sykehuset Levanger. Oppstart for pilotene er i november 2012.

Veien videre

Pilotprosjektet skal teste ut tiltakspakke og målinger og levere en rapport fra prosjektet om hvorvidt tiltakspakken fungerer og fører til forbedring. Tiltakspakke og målinger ferdigstilles og diskuteres

med arbeidsgruppen før nasjonalt læringsnettverk startes opp 6. mars 2013. Læringsnettverket arrangeres av sekretariatet i samarbeid med Helse Nord RHF.

8.12 Forebygging av overdosedødsfall etter utskrivning fra institusjon

Hvorfor forebygging av overdosedødsfall?

I 2010 var det 360 registrerte overdosedødsfall i Norge (33). I følge European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) har Norge et høyt antall overdosedødsfall sammenlignet med andre europeiske land, og dette er et stort samfunnsproblem. I 2012 ble stortingsmeldingen (21;47) godkjent, der sentrale mål blant annet er reduksjon av helseproblemer, overdoser og overdosedødsfall.

En stor andel av overdosedødsfallene skjer i forbindelse med utskrivelse fra institusjon, eller som følge av avbrudd i behandling. Forskning viser at risikoen for å dø av overdose de fire første ukene etter behandling er 16 ganger større enn ellers (48). Effektive behandlingsinstanser svekkes dersom det kommunale helsetilbudet ikke er godt nok. For å få ned antall overdosedødsfall, er det derfor avgjørende med god oppfølging etter endt behandling.

Tiltakspakke

Det er gjort kunnskapssøk på innsatsområdene og det er funnet lite dokumentasjon på effektive tiltak innenfor denne spesifikke problemstillingen. Tiltakspakken er under utarbeidelse i arbeidsgruppen for forebygging av overdosedødsfall og baserer seg på erfaringsskjønn om hva som er de viktigste tiltakene for å forebygge overdosedødsfall i Norge. Den foreløpige tiltakspakken inneholder følgende elementer:

1. Informasjon til pasienten om forhøyet risiko for overdose etter utskrivelse fra institusjon
2. Utarbeidelse av kriseplan
3. Sikring av kritiske elementer ved utskrivelse

Tiltakspakke til pilotprosjektene er ferdigstilt og pilotprosjekter for innsatsområdet har planlagt oppstart desember/januar 2012. Pilotprosjektene skal gjennomføres ved OUS HF, Bergensklinikken og UNN Tromsø.

Veien videre

Pilotprosjektet skal teste ut tiltakspakke og målinger og levere en rapport fra prosjektet om hvorvidt tiltakspakken fungerer og fører til forbedring. Tiltakspakke og målinger ferdigstilles og diskuteres med arbeidsgruppen før et nasjonalt læringsnettverk startes opp i juni 2013.

9. Kompetansebygging

Pasientsikkerhetskampanjen har som ett av sine tre hovedmål å bygge varige strukturer for pasientsikkerhet. For at organisasjonene skal drive selvstendig og kontinuerlig forbedringsarbeid er det behov for en grunnleggende kunnskap, metodekompetanse og praktisk erfaring med forbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid på flere nivåer i helsetjenesten. I tillegg er det behov for eksperter på pasientsikkerhet og forbedringsarbeid.

Mer enn 1000 personer har i kampanjens regi deltatt i kompetansebyggende kurs og læringsnettverk. Over 100 team fra hele landet har deltatt i kampanjens læringsnettverk for *trygg kirurgi, samstemming av legemiddellister, riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjenester*. De nye innsatsområdene har planlagt læringsnettverk med start i siste kvartal 2012 og i 2013 som vil involvere omkring 1000 helsepersonell. Det er forventet at de teamene som har deltatt på læringsnettverkene, sprer kunnskapen i sine helseforetak eller kommuner.

47 GTT team med over 200 deltakere på foretaksnivå har fått opplæring i å gjennomføre strukturerte journalundersøkelser, som ligger til grunn for pasientskadetallene. I tillegg har kampanjen knyttet til seg ulike grupper som gir sine faglige råd til kampanjen. Styringsgruppen, fagrådet og flere ekspertgrupper bistår kampanjen, samt regionale og lokale kampanjeledere og veiledere (se vedlegg for oversikt over medlemmer i disse gruppene). Styringsgruppen har vedtatt ytterligere tiltak knyttet til kompetanseheving. Disse er knyttet til styrenes involvering og opplæring av veiledere i kampanjen.

- Veilederkurs for involverte i kampanjen (første kvartal 2012)
- Målekurs for måleansvarlige på helseforetakene (første kvartal 2013)
- Styreopplæring ved Nordlandssykehuset (2011)
- GTT-kurs og GTT-seminar
- Opplæring i Extranet
- Læringsnettverk i tilknytning til innsatsområdene; *trygg kirurgi, samstemming av legemiddellister, riktig legemiddelbruk i sykehjem, behandling av hjerneslag, forebygging av fall, forebygging av SVK, forebygging av urinveisinfeksjoner* (2011-2012)

	Antall deltakere på læringsnettverk	Antall team som registrerer i Extranet
Trygg kirurgi	140	40
Samstemming av legemiddellister	118	35
Riktig legemiddelbruk i sykehjem (nasjonalt)	125	22
Riktig legemiddelbruk i sykehjem	88	18
Veilederkurs/samlinger	60	
GTT kurs	200	47
Ledersamling om pasientsikkerhet	430	
Totalt	1161	162

Tabell 12: Oversikt over antall deltakere på læringsnettverk/kurs samt antallet Extranet-team

Tabellen over gir blant annet en oversikt over allerede gjennomførte læringsnettverk. Ytterligere læringsnettverk har oppstart høsten 2012 og våren 2013. Høst 2012: Behandling av hjerneslag, forebygging av fall, forebygging av SVK, forebygging av UVI. Vår 2013: Forebygging av trykksår, forebygging av selvmord, forebygging av overdose.

I tillegg har sekretariatet har presentert kampanjens mål, metoder og resultater gjennom foredrag og undervisning i andres regi, som for eksempel den nasjonale Pasientsikkerhetskongressen i 2010 og 2011, og konferanser arrangert av Norsk forum for kvalitet i helsetjenesten (NFKH).

Veien videre

Planlagte kompetansebyggende aktiviteter er;

- Veilederopplæring i samarbeid med Dansk selskab for patientsikkerhed vår og høst 2013
- Læringsnettverk i *forebygging av overdose*
- Læringsnettverk i *forebygging av selvmord*

- Læringsnettverk i *riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten*
- *Påbegynte læringsnettverk fortsetter (behandling av hjerneslag, forebygging av fall, forebygging av SVK, forebygging av urinveisinfeksjoner)*
- 4. samling i *trygg kirurgi og samstemming av legemiddellister gjennomføres 4. og 5. februar*
- Deltakere på læringsnettverk i Riktig legemiddelbruk i sykehjem arrangerer lokale læringsnettverk i fylkene
- To utvalgte klinikere deltar på Fellowship-program i Skottland. Kampanjen har gode erfaringer med dette programmet da to personer deltok i 2011-2012
- Utvikling av manual for involvering av styrene i pasientsikkerhetsarbeid
- Ledersamling 17. januar 2013

10. utfordringer

Halvveis ut i kampanjen, har kampanjesekretariatet identifisert noen risikoområder i forhold til å nå kampanjens mål: spredning i spesialisthelsetjenesten og lederforankring i kommunehelsetjenesten.

Spredning i spesialisthelsetjenesten

Selv om mange personer og team er involvert i kampanjen, er det fortsatt mange innsatsområder som ikke har fått full spredning. Det ser også ut til at arbeidet med tiltak og målinger går ned eller er fraværende etter at læringsnettverk er avsluttet.

Kampanjens aktivitet ift å spre innsatsområder og tiltak gjennom pilot og læringsnettverk er en start, men det er avgjørende at ledelsen i den enkelte virksomhet lager spredningsplaner og benytter teamet som har deltatt på læringsnettverk i spredningen av tiltakene videre i egen organisasjon. I tillegg er det viktig at foretak som velger ikke å delta i læringsnettverk, implementerer innsatsområdene og tiltakene, slik intensjonen er. Som oversikten over spredning i spesialisthelsetjenesten viser, er det fortsatt mange foretak som ikke har iverksatt relevante og klare tiltakspakkene på samtlige relevante enheter og som registrerer målinger. Det er avgjørende å holde oppmerksomheten oppe på flere nivåer i helsetjenesten for full spredning og implementering.

Lederforankring i kommunehelsetjenesten

Kommunene er selvstyrte enheter. Mens staten eier foretakene, må interaksjonen med kommunene skje individuelt. Kampanjen har ingen myndighet til å pålegge kommuner å være med, med har oppfordret kommuner til å delta som piloter, delta i læringsnettverk eller sette i gang med innsatsområder og tiltak. Deltakende kommuner har forankret pasientsikkerhetsarbeidet på øverste faglige nivå i kommunen med skriftlige samarbeidsavtaler, men det gjenstår allikevel et strategisk arbeid i kampanjen både med å gjøre kampanjen kjent i kommunehelsetjenesten og påvirke ledere til å prioritere og integrere pasientsikkerhetsarbeidet i respektive virksomheter.

Vedlegg 1: Ordliste

Ekspertgruppe

En ekspertgruppe består av toneangivende fagfolk innen et spesifikt fagområde som har bidratt med å anbefalt tiltak og målinger innefor de enkelte innsatsområdene i kampanjen.

EPJ - Elektronisk pasientjournal

En elektronisk ført samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp. Pasientjournalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov.

Extranet

Målinger og resultater i kampanjen registreres i kampanjens nettbaserte database Extranet. Extranet er utarbeidet av det amerikanske Institute for Healthcare Improvement (IHI) og har vært benyttet i pasientsikkerhetskampanjer i blant annet Sverige, Skottland, USA og Danmark. Verktøyet er basert på statistisk prosess kontroll, som er en statistisk metode for å analysere data over tid, ved hjelp av relativt små datamaterialer som registreres som datapunkter i tidsserier.

Fagråd

Fagrådet er et rådgivende organ, og gir sekretariatet råd på kampanjens faglige områder, samt angående spredning, implementering og målinger.

GTT – Global Trigger Tool

Standardisert prosedyre for strukturert journalundersøkelse. Global Trigger Tool er en internasjonalt anerkjent prosedyre som ser etter kriterier for pasientskade i et tilfeldig utvalg pasientjournaler.

GTT ble utviklet av det amerikanske Institue for Healthcare Improvement (IHI) i 2003. Prosedyren har blitt brukt i pasientsikkerhetskampanjer i USA og Storbritannia, med gode erfaringer. Den benyttes også som et verktøy for å bedre pasientsikkerheten av mange sykehus i flere land.

Implementering

Med implementering menes iverksetting av tiltakspakken for de ulike innsatsområdene i kampanjen. Kampanjen har laget en modell for implementering, der blant annet følgende virkemidler inngår: ledelsesforankring, mini-audit, faglige avklaringer, informasjon, opplæring og tilrettelegging.

Innsatsområder

Med innsatsområder menes de områdene som man mener at har størst innvirkning på pasientsikkerheten i Norge og som derfor prioriteres i arbeidet med pasientsikkerhetskampanjen.

Ett av kravene som har blitt stilt er at det skal velges områder med stort potensial for forbedring i Norge. Videre har det vært en forutsetning å benytte tiltak som kan dokumenteres som effektive. Innsatsområdene har også vært nødt til å ha gode data og metoder for evaluering av tiltak. I tillegg har det vært et krav at innsatsområdene skal ha støtte i norske fagmiljøer. Hvert innsatsområde inneholder en pakke med de tre - fire viktigste tiltak for å redusere pasientskade.

Følgende innsatsområder inngår i kampanjen:

- Trygg kirurgi med fokus på postoperative sårinfeksjoner
- Samstemming av legemiddellister
- Riktig legemiddelbruk i sykehjem
- Forebygging av trykksår
- Forebygging av urinveisinfeksjoner i forbindelse med kateter
- Behandling av hjerneslag
- Forebygging av blodbaneinfeksjon ved sentralt venekateter
- Forebygging av fall
- Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten
- Forebygging av selvmord i psykiatriske døgnposter
- Forebygging av overdosedødsfall etter utskrivning fra institusjon

Læringsnettverk

Et læringsnettverk inneholder tre samlinger spredt over 9 måneder. Formålet med et læringsnettverk er å gi støtte og veiledning til deltagende team når det gjelder implementering av et av innsatsområde i kampanjen.

Måling

Et av hovedmålene i kampanjen er å redusere pasientskader. For å vite hvor mange pasienter som skades, undersøker alle helseforetak i Norge pasientjournaler for å avdekke pasientskader. Målingene skjer ved hjelp av verktøyet GTT (se egen oppføring). I tillegg registrerer helseforetakene arbeidet med tiltakene i Extranet, for å måle effekten av tiltakene. Formålet med målingene er å skape grunnlag for forbedring over tid.

NOIS

Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehustjenesten. Overvåking av infeksjoner er et viktig tiltak for å sikre god kvalitet på behandlingen i norske sykehus. NOIS skal gi en oversikt over forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner i norske sykehus, og bidra til å forebygge dem. Resultatene fra overvåkingen brukes først og fremst lokalt i sykehusene for å vurdere om det er behov for å sette i gang kvalitetsforbedringstiltak.

Pilotprosjekt

Hensikten med pilotprosjekten er å teste ut en tiltakspakke og tilhørende målinger før spredning gjennomføres. Pilotprosjektene foregår i både foretak og i kommuner. Etter endt prosjektperiode oppsummeres erfaringer i en rapport som blir benyttet til å vurdere om tiltakspakken og målingene bør revideres eller om den kan spres slik den er. Praksis er at pilotene er aktivt med på læringsnettverkene hvor de deler sine erfaringer med deltagerne.

PSKU – Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen

Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen kartlegger ulike forhold som virker inn på pasientsikkerheten. Den gjennomføres ved at medarbeidere i alle behandlingssenheter svarer på spørsmål om hvordan de opplever at organisasjonen og teamet de jobber i, prioriterer trygg pasientbehandling. Hensikten med målingene er å gi ledelsen konkret innsikt i hvordan ansatte opplever at pasientenes sikkerhet ivaretas i de ulike avdelingene. Resultatene vil veilede målrettede intervensjoner for å bedre kulturen og styrke pasientsikkerheten.

Målingen foregår ved hjelp av spørreskjemaet Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), som har blitt benyttet i pasientsikkerhetskulturmålinger ved over 2000 sykehus i elleve land. Spørreskjemaet er validert for norske forhold og har tidligere blitt benyttet ved Akershus Universitetssykehus.

Sekretariat

Sekretariatet leder den daglige driften av kampanjen. Kampanjens styringsgruppe vedtar alle sentrale beslutninger i kampanjen. Sekretariatet gjennomfører alle aktiviteter styringsgruppen vedtar og rapporterer til styringsgruppen fire ganger i året på status, fremdrift, resultater og utfordringer.

Spredning

Tiltakspakkene i kampanjen testes i pilotprosjekt og spres i læringsnettverk med om lag 20 team fra hele landet. Deretter er det tenkt at deltagende organisasjoner selv skal spre tiltakspakkene internt i foretaket/kommunen.

STRATIFY

St. Thomas` risk assessment tool in falling elderly patients

Metode for risikovurdering av alle pasienter over 65 år og andre voksne med neurologiske eller kognitive sykdomstilstander eller betydelige synshemninger innen ett døgn. Benyttes som verktøy i tilknytning til *forebygging av fall i helseinstitusjoner*.

Styringsgruppe

Kampanjens styringsgruppe er bredt sammensatt av toppledere i helsetjenesten, og vedtar alle sentrale beslutninger i kampanjen. Styringsgruppen ledes av Helsedirektøren, og møtes fire ganger i året.

Tiltakspakke

Med tiltakspakke mener vi et sett med tiltak som inngår i arbeidet med de enkelte innsatsområdene i kampanjen. En tiltakspakke består av de fire-fem viktigste tiltakene for å forebygge risiko for skade innen et konkret område. Tiltakspakken spres gjennom nasjonale læringsnettverk og implementeres i helsetjenesten.

Vedlegg 2: Deltakerlister

Styringsgruppen

Navn	Foretak
Bjørn-Inge Larsen <i>Bjørn Guldvog, konstituert 26. oktober 2012</i>	Helsedirektør Leder av styringsgruppen
Bente Mikkelsen <i>Peder Olsen, konstituert 1. november 2012</i>	Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF
Jørgen V. Bjørnholt	Avdeling for infeksjonsovervåking Norsk Folkehelseinstitutt
Geir Riise	Generalsekretær Den norske legeforeningen
Gunnar Bovim	Administrerende direktør Helse Midt RHF
Ivar Vollset	Assisterende direktør Statens legemiddelverk
Eli Gunhild By	Forbundsleder Norsk Sykepleierforbund
Jarl Ovesen	Assisterende generalsekretær Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
Sigrid Askum	Prosjektleder satsinger og ledelse Kommunesektorens organisasjon
Herlof Nilssen	Administrerende direktør Helse Vest RHF
Lars Vorland	Administrerende direktør Helse Nord RHF
Anders Grimsmo	Professor NTNU Representant fra KS
Kari Skive Stuvøy	Kommunalsjef Hurum Representant fra KS
Evy-Anni Evensen	Fylkesrådmannen Telemark
Pål Iden	Fylkeslege Rogaland
Per Martin Knutsen	Sykehusdirektør Helgelandssykehuset

Fagrådet

Navn	Foretak
Stig Harthug (fagrådets leder)	Kvalitetssjef Forskning- og utviklingsavd. Haukeland universitetssykehus HF
Tove Hovland	Kommunaldirektør, Helse- og omsorg Tønsberg kommune
Arnfinn Aarnes	Rådgiver Helse Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
Hulda Gunnlaugsdottir	Administrerende direktør Akershus universitetssykehus
Einar Bugge	Fag- og forskningssjef Universitetssykehuset Nord-Norge
Gunn Fredriksen	Administrerende direktør Sykehusapotekene Midt-Norge
Nils Kvernmo	Administrerende direktør St. Olavs Hospital HF
Hans Petter Næss	Avdelingsoverlege, Kirurgisk avdeling Sykehuset Vestfold HF
Geir Bukholm	Avdelingssjef senter for laboratoriemedisin Sykehuset Østfold HF
Hans Flaatten	Seksjonsoverlege, Kirurgisk serviceklinikk Haukeland universitetssykehus HF
Mona Søndena	Kommuneoverlege Sør-Varanger kommune
Torunn Alveng	Kont. klinikkoverlege, Psykisk helse og rusklinikk, Nordlandssykehuset HF
Svein Erik Gisvold	Overlege Anestesiavdelingen St. Olavs hospital
Alf Magne Bårdslett	Leder Brukerutvalget Helse Sør-Øst
Lars Mathisen	Spesialsykepleier thoraxkirurgisk intensiv Oslo universitetssykehus HF
Margun Øhrn	Helse- og omsorgssjef Sogndalen kommune
Trine Magnus	Leder Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering

Anders Baalsrud	Leder Stab Pasientsikkerhet Oslo Universitetssykehus HF
Tone Ingunn Skjerven	Leder Norsk psykiatrisk forening
Inger Cathrine Bryne	Divisjonsdirektør, Kirurgisk divisjon Stavanger universitetssjukehus HF
Bjarne Riis Strøm	Fagdirektør Den norske legeforeningen
Barthold Vonen	Medisinsk direktør Nordlandssykehuset HF

Ekspertgruppe hjerneslag

Navn	Foretak
Bent Indredavik	Avdelingsoverlege slagenheten St. Olavs hospital
Birgitta Langhammer	Fysioterapeut PhD, førsteamenuensis, HiO
Brynjar Fure	Overlege Dr.Med Geriater Ullevål sykehus
Dagny Sevheim	Avdelingssjef Nevrosenteret Stavanger sykehus
Ellen Tveter Deilkås	Seniorrådgiver, pasientsikkerhetskampanjen Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Torgeir Engstad	Overlege geriatrik avdeling Universitetssykehuset Nord-Norge
Guri Heiberg	Avdelingsoverlege fysikalskmedisin Universitetssykehuset Nord-Norge
Halvor Næss	Overlege nevrologisk avdeling Haukeland universitetssykehus HF
Hild Fjærtøft	Fysioterapeut PhD, utviklingsleder i Norsk hjerneslagregister, St. Olavs hospital
Jan Magne Linnsund	Seniorrådgiver Helsedirektoratet
Kristin Sandby	Prosjektmedarbeider Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Kurt I. Myhre	Lege Senter for medisinsk metodevurdering
Ole Morten Rønning	Seksjons nevrologisk avdeling avdeling Akershus universitetssykehus HF

Ekspertgruppe legemidler

Navn	Foretak
Asbjørn Gausdal	Brukerrepresentant Foreningen for muskelsyke, FFO Møre og Romsdal
Astrid Hageler	Farmasøyt Norges Farmaceutiske Forening
Hilde Heimli	Seniorrådgiver Helsedirektoratet
Jørund Straand	Professor i allmenntmedisin Universitetet i Oslo
Kathryn Mølstad	Seniorrådgiver Fagpolisk avdeling, Norsk Sykepleierforbund
Morten Finckenhagen	Spesialist allmenntmedisin Bekkestua fastlegekontor
Per Helge Måseide	Spesialist i barnesykdommer
Roar Dyrkorn	Spesialist i allmenntmedisin Norsk forening for klinisk farmakologi
Steinar Madsen	Overlege Statens legemiddelverk

Ekspertgruppe infeksjon

Navn	Foretak
Anne-Grete Skjellanger	Sekretariatsleder pasientsikkerhetskampanjen, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Christine Tvedt	Sykepleier Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Egil Lingås	Avdeling for smittevern Oslo universitetssykehus HF
Geir Bukholm	Avdelingsdirektør Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Hanne Merete Eriksen	Seniorrådgiver NOIS Nasjonalt Folkehelseinstitutt
Hans Flaatten	Seksjonsoverlege Haukeland universitetssykehus HF
Ingrid Sperre Saunes	Prosjektleder Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Kristin Linnestad	Helseøkonom Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Marit Velten Loraas	Hygienesykepleier Akershus universitetssykehus
Mette Walberg	Smittevernoverlege Vestre Viken HF
Toril Kolaas	Avdelingsoverlege Helse Innlandet HF
Unni Krogstad	Spesialsykepleier Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Vigdis Laurak	Forsker Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Ekspertgruppe psykisk helse og rus

Navn	Foretak
Ewa Ness	Fagsjef, Klinikk for psykisk helse og avhengighet Oslo universitetssykehus HF
Kari Lossius	Klinikkjef og psykologspesialist, avd. Klinisk virksomhet, Stiftelsen Bergensklinikkene
Arne Johannesen	Fagsjef Helsedirektoratet
Anders Wahlstedt	Psykologspesialist, Klinikkjef Sørlandet sykehus
Fredrik Wahlby	Sjefpsykolog, spes. klinisk psykologi Psykiatrisk avd., Diakonhjemmet
Randolf Vågen	Overlege psykiatri Nidaros DPS, St. Olavs Hospital
Jan Olav Johannesen	Sjeflege / psykose Stavanger universitetssjukehus HF
Unni Rønneberg	Seniorrådgiver, spesialist i psykiatri Helsetilsynet
Anne-Grethe Terjesen	Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse
Anne Grethe Klunderud	Psykisk helse
Tordis Høifødt	Psykiater/overlege, Leder ved Psykiatrisk forsknings- og utviklingsavdeling UNN
Trond Hatling	Leder, NAHPA Nasjonalt kompetansesenter psykisk helsearbeid
Nils Håvar Dahl	Psykiater, Midt-Norge, Helse Nord-Trøndelag Psykisk Helse
Trond F. Aarre	Helse Bergen HF

Arbeidsgruppe for brukermedvirkning i kampanjen – gruppe 1

Navn	Foretak
Knut H. Peterson	Norsk Cøliakiforening
Brit Haugdahl	Diabetesforbundet
Guro Birkeland	Norsk Pasientforening
Tove Hanche-Olsen	Norsk Pasientforening
Roy Aleksander Farstad	Kreftforeningen
Tove Nakken	Lymfekreftforeningen
Ingunn Westeheim	Norsk Forening for Osteogenesis Imperfecta
Siri Bråtane	Mental Helse Norge
Liv Arum	Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
Arnfinn Aarnes	Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon

Arbeidsgruppe for brukervedvirkning i kampanjen – gruppe 2










Navn	Foretak
Janne Pauline L. Bjørklund	Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
Anne-Grethe Terjesen	FFO v/Landsforeningen for pårørende til psykisk syke
Geir Bornkessel	Brukerutvalg Helse Sør-Øst (FFO)
Alf Magne Bårdslett	Brukerutvalg Helse Sør-Øst (FFO)
Mildrid Pedersen	Brukerutvalg Helse Nord (FFO Troms)
Torstein Møller	Brukerutvalg Helse Nord (SAFO)
Solfrid Fossberg	Brukerutvalg Helse Vest (SAFO, Norges Handikapforbund)
Njål Idsøe	Brukerutvalg Helse Vest (FFO, Norsk revmatikerforbund)
Tove Nakken	Kreftforeningen
Erna Hogrenning	Kreftforeningen
Tove Hanche-Olsen	Norsk pasientforening
Sigurd Sparr	Pensjonistforbundet

Vedlegg 3: Status for spredning av kampanjens tiltak og innsatsområder

Foretakenes rapportering om status for innsatsområder i kampanjer

For å holde oversikt over status for innsatsområdene og fremdrift i helseforetakene, rapporterer de regionale helseforetakene på vegne av alle helseforetakene status for innsatsområdene fire ganger i året knyttet til kampanjens styringsgruppes møter. Med ulike fargekoder kan styringsgruppen og sekretariatet holde oversikt over fremdrift i alle helseforetak.

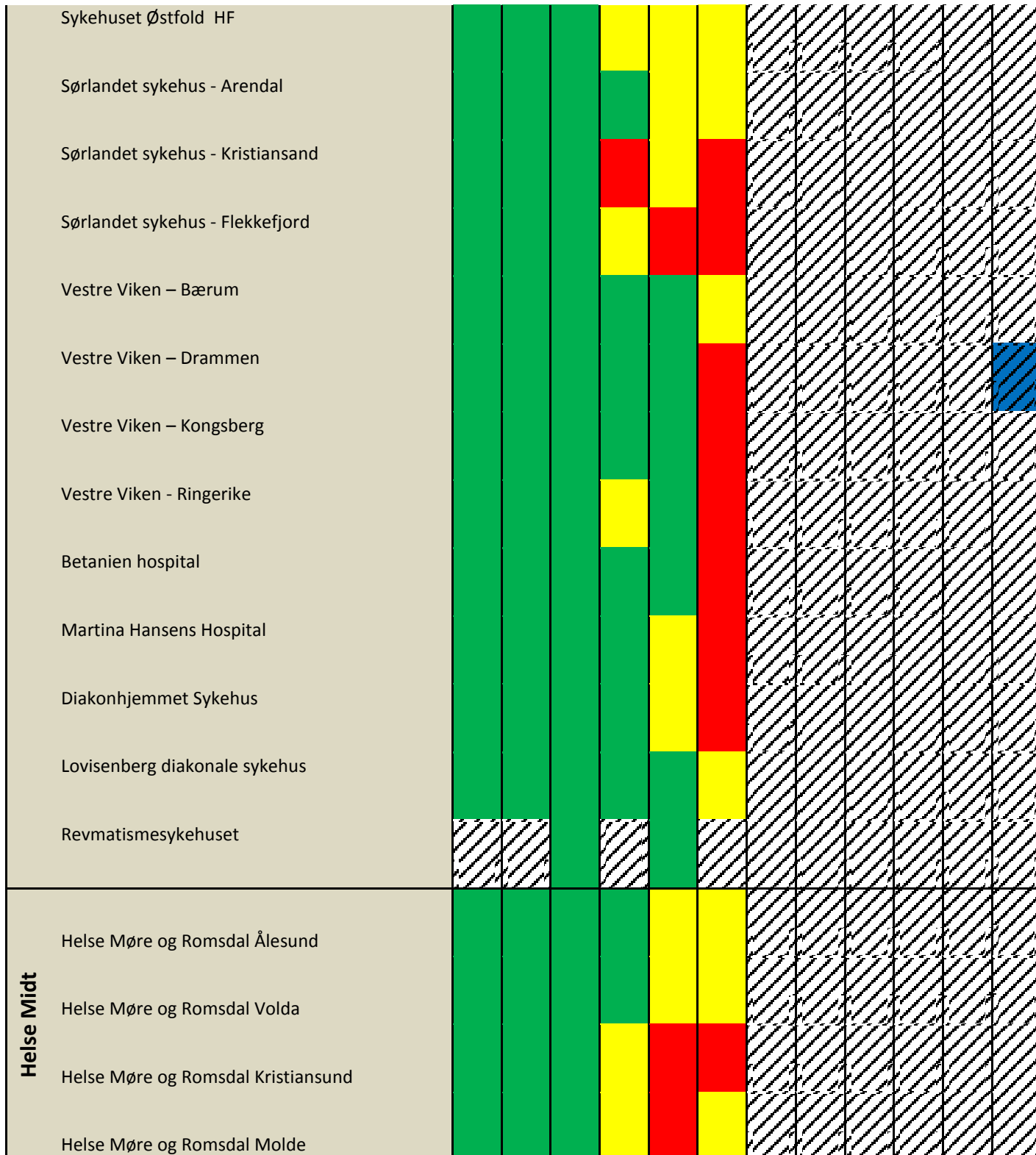
Nedenfor følger forklaring på hva de ulike fargene i rapporteringen betyr samt et eksempel på en slik rapportering fra de regionale og lokale helseforetakene.

Betydning for innsatsområdene	
	Tiltakspakken er ikke ferdig ennå eller innsatsområdet er ikke relevant for denne enheten
	Pilotprosjekt
	Tiltakspakken er iverksatt på samtlige relevante enheter og målinger registreres.
	Tiltakspakken er iverksatt på en eller flere enheter. Her inkluderes også de som deltar i læringsnettverk på innsatsområdet. Her inkluderes også enheter som har iverksatt målinger men ikke tiltak fra tiltakspakken.
	Denne enheten har ingen aktivitet på dette tiltaket, verken målinger eller tiltak fra tiltakspakken.
Betydning for GTT og PSKU	
	Målingen er ikke aktuell for denne enheten.
	Enheden har levert sine resultater og har bearbeidet dem videre i egen lederlinje.
	Enheden er i prosess med å gjennomføre målingen og levere sine resultater.
	Denne enheten har ikke startet denne målingen.

Status for RHFene

pr 2. sept. 2012

	GTT 2010	GTT 2011	PSKU 2012	Trygg kirurgi	Legemiddelsamst.	Hjerneslag	Urinveisinfeksjon	SVK	Trykksår	Fall	Psykisk helse og rus	Brukermedvirkning
Helse Vest												
Helse Bergen	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal
Haraldsplass Diakonale sykehus	Green	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal
Helse Stavanger	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Red	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal
Helse Førde	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Blue	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal
Helse Fonna	Green	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal
Helse Sør-Øst												
Akershus universitetssykehus	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Diagonal	Diagonal	Blue	Diagonal	Diagonal	Diagonal
OUS HF	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal
Sunnaas sykehus	Green	Green	Green	Diagonal	Green	Red	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal
Sykehuset i Vestfold HF	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal
Sykehuset Innlandet HF	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal
Sykehuset Telemark – Skien/Porsgrunn/Kragerø	Green	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Blue	Diagonal	Diagonal
Sykehuset Telemark - Rjukan	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Red	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal
Sykehuset Telemark - Notodden	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal	Diagonal



	St. Olavs Hospital - Trondheim	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	White	Red	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	
	St. Olavs Hospital - Orkdal	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	White	Red	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	
	St. Olavs Hospital - Røros	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Red	Yellow	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	
	Helse Nord-Trøndelag - Namsos	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Red	Yellow	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	
	Helse Nord-Trøndelag - Levanger	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Red	Yellow	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	
	Rusbehandling Midt-Norge	Hatched	Hatched	Yellow	Hatched	White	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	
Helse Nord	Helse Finnmark - Hammerfest	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Red	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	
	Helse Finnmark - Kirkenes	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Red	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	
	UNN - Tromsø	Red	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Blue	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	
	UNN - Harstad	Red	Green	Green	Yellow	Red	Red	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched
	UNN - Narvik	Red	Green	Green	Yellow	Red	Red	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched
	Nordlandssykehuset - Bodø	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched
	Nordlandssykehuset - Lofoten	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched
	Nordlandssykehuset - Vesterålen	Green	Green	Green	Yellow	Red	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched
	Helgeland – Mo i Rana	Green	Green	Green	Yellow	Red	Yellow	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched
	Helgeland – Mosjøen	Green	Green	Green	Yellow	Red	Yellow	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched	Hatched



Status for involverte kommuner i kampanjen

Oversikten over status for involverte kommuner viser at mange sykehjem deltar i kampanjen, særlig på innsatsområdet *riktig legemiddelbruk i sykehjem*. Likevel er det mange kommuner og sykehjem som ennå ikke er involvert i kampanjen.

Betydning for innsatsområdene	
	Tiltakspakken er ikke ferdig ennå eller innsatsområdet er ikke relevant for denne enheten Pilotprosjekt
	Tiltakspakken er iverksatt på samtlige relevante enheter og målinger registreres.
	Tiltakspakken er iverksatt på en eller flere enheter. Her inkluderes også de som deltar i læringsnettverk på innsatsområdet. Her inkluderes også enheter som har iverksatt målinger men ikke tiltak fra tiltakspakken.
	Tiltakspakken er iverksatt på en eller flere enheter. Her inkluderes også de som deltar i læringsnettverk på innsatsområdet. Her inkluderes også enheter som har iverksatt målinger men ikke tiltak fra tiltakspakken.
	Denne enheten har ingen aktivitet på dette tiltaket, verken målinger eller tiltak fra tiltakspakken.

Status for kommunene pr 2. sept. 2012			Riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjeneste	Urinveisinfeksjon	Trykksår	Fall	Brukermedvirkning
Fylke	Kommune	Virksomhet					
Akershus	Bærum	UHT					
Akershus	Lørenskog	Lørenskog					
Aust-Agder	Grimstad	Frivolltun					
Aust-Agder	Grimstad	Feviktun					

Buskerud	Ål	Ål					
Finnmark	Alta	Alta					
Finnmark	Karasjok	Karasjok					
Hedmark	Elverum	Moen					
Hordaland	Bergen	Engen					
Nordland	Alstahaug	Leirfjord					
Nordland	Vestvågøy	Lekneslagen					
Nord-Trøndelag	Verdal	Verdal					
Nord-Trøndelag	Innherrad	Øremelen					
Oppland	Gjøvik	Haugtun					
Oslo	Oslo	Bjerke bydel					
Oslo	Oslo	Abildsø					
Oslo	Oslo	Oppsalhjemmet					
Rogaland	Haugesund	Bjørgene					
Rogaland	Stavanger	Stokka					
Sogn og fjordane	Aurland	Aurland					
Sogn og fjordane	Flora	Furuhaugane					
Sør-Trøndelag	Trondheim	Søbstad					
Telemark	Porsgrunn	St. Hansåsen					
Troms	Lenvik	Rosfjord					
Vest-Agder	Kristiansand	Ternevig					
Vest-Agder	Kristiansund	Rokilde					
Vest-Agder	Songdalen	Songdalen					
Vestfold	Andebu	Andebu					
Vestfold	Hof	Veset					
Vestfold	Horten	Borre					
Vestfold	Larvik	Tjøllingvollen					
Vestfold	Nøtterøy	Gipø					
Vestfold	Sande	Sande					
Vestfold	Sandefjord	Kamfjord					

Vestfold	Sandefjord	Lunden	Yellow	Hatched pattern	Hatched pattern	Hatched pattern	Hatched pattern
Vestfold	Sandefjord	USH	Blue				
Vestfold	Sandefjord	Nygård	Green				
Vestfold	Stokke	Soletunet	Yellow				
Vestfold	Svelvik	Svelvik	Yellow				
Vestfold	Tjøme	Tjøme	Yellow				
Vestfold	Tønsberg	Træleborg	Yellow				
Østfold	Eidsberg	UHT	Blue				
Østfold	Fredrikstad	Glemmen	Green				
Alle	Øvrige kommuner	Øvrige sykehjem og hjemmetjenester	Red				

Litteratur

- (1) Balas EA, Boren SA. Managing clinical knowledge for health care improvement. Yearbook of Medical Informatics . 2000.
- (2) IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2003.
- (3) Griffin FA, Resar R. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition). Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2009.
- (4) Resar RK, Rozich JD, Classen D. Methodology and rationale for the measurement of harm with trigger tools. Qual Saf Health Care 2003 Dec 1;12(90002):39ii-45.
- (5) Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Strukturert journalundersøkelse, ved bruk av Global Trigger Tool for å identifisere og måle forekomst av skader i helsetjenesten. Nasjonal enhet for pasientsikkerhet, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.
- (6) Deilkås ET. Rapport for Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool 2010 . Nasjonal enhet for Pasientsikkerhet, Nettsiden til pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender": Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten; 2011.
- (7) Soop M, Fryksmark U, Koster M, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. Int J Qual Health Care 2009 Aug 1;21(4):285-91.
- (8) Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ 2004 May 25;170(11):1678-86.
- (9) Wilson RM, Harrison BT, Gibberd RW, Hamilton JD. An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Health Care Study. Medical Journal of Australia 1999;170(9):411-5.
- (10) Classen DC, Resar R, Griffin F, Federico F, Frankel T, Kimmel N, et al. 'Global Trigger Tool' Shows That Adverse Events In Hospitals May Be Ten Times Greater Than Previously Measured. Health Aff 2011 Apr 1;30(4):581-9.
- (11) Sårbare pasienter- utrygg tilrettelegging. Funn ved tilsyn i sjukeheimar 2008-2010. Helsetilsynet; 2010 Jul.
- (12) Evidence scan: Levels of harm in primary care. The Health Foundation; 2011.
- (13) Kristoffersen DT. Data for antall døde utskrevet fra sykehus i 2010 og 2011. Deilkås ET, editor. 2012.
- (14) Deilkås E, Hofoss D. Psychometric properties of the Norwegian translation of the safety attitudes Questionnaire(SAQ), generic version (Short Form 2006). 2008 p. 191.

- (15) Hofmann D, Mark B. An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes . Personnel Psychology 2006;59(4):847-69.
- (16) Jiang HJ, Lockee C, Bass K, Fraser I. Board oversight of Quality: Any Differences in Prcess of Care and Mortality. Journal of Healthcare Management 2009 Jan;54(1):15-30.
- (17) Jiang J, Lockee C, Bass K, Fraser I. Board engagement in quality: findings of a survey of hospital and system leaders. Journal of Healthcare Management 2008;53(2):121-34.
- (18) «Med pasientens øyne». Norsk Sykepleierforbund; 2009.
- (19) Pasientsikkerhetskampanjens nettsider. Available from: URL:
http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/l+trygge+hender/L%C3%A6r+om+kampanjen/_attachment/1114?_ts=137feab9a76
- (20) Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien . Helsedirektoratet; 2011.
- (21) Meldesentralen - oppsummeringsrapport 2008-2011. Statens helsetilsyn; 12 A.D. Apr.
- (22) Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester. Statens Helsetilsyn; 2002 Nov.
- (23) Eldres helse- 65 år og oppover. Folkehelseinstituttet; 2012 Oct 21.
- (24) Folkehelseinstituttet. Helsetilstanden i Norge. Legemiddelbruk.
Available from: URL: <http://www.fhi.no/artikler/?id=70827>
- (25) Nyborg G, Straand J, Brekke M. Inappropriate prescribing for the elderly- a modern epidemic? Eur J Clinic Pharmacol 2012;Jul 68(7):1085-94.
- (26) Elin Engh, Anette Hysten Ranhoff, Kirsten K.Viktil. Legemiddelgjennomgang. Norsk legemiddelhåndbok. 2012.
- (27) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk, Stortingsmelding nr. 18, Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk, (2005).
- (28) Veileder om legemiddelgjennomganger . Helsedirektoratet ; 2012.
- (29) Forskrift om fastlegeordning i kommunene, §25, Forskrift om fastlegeordning i kommunene, (2000).
- (30) Halvorsen KH, Ruths S, Granas AG, Viktil KK. Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2010;(28):82-8.
- (31) Nasjonal strategi for Utviklingssentrene, "Utvikling gjennom kunnskap". Helsedirektoratet; 2010.
- (32) Statsbudsjettet 2012, Kapittel 761, Statsbudsjettet 2012, (2012).

- (33) [Statistisk sentralbyrås nettsider.](#)
- (34) Laupland KB, Zygun DA, Davies HD, Church DL, Louie TJ, Doig CJ. Population-based assessment of intensive care unit-acquired bloodstream infections in adults: Incidence, risk factors, and associated mortality rate. *Crit Care Med* 2002;30(11):2462-7.
- (35) Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunningberg L, Defloor T. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *J Eval Clin Pract* 2007;13(2):227-35.
- (36) Bjørø K. Pilotstudie av trykksårprevalens i et norsk sykehus . [www.sykepleien.no](#) 2010
- (37) Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. Healthcare Infection Control Practices advisory Committee (HICPAC). 2012.
- (38) Hooton TM, Bradley SF, Cardenas DD. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2010;50(5):625-663. (39) Lo E, Nicolle L, Classen D. Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008;29(Suppl 1):S41-S50.
- (40) Chenoweth CE, Saint S. Bennett and Brachman's Hospital Infections. Urinary Tract Infections. Lippincott Williams and Wilkins; 2007. p. 507-16.
- (41) Tenke P, Kovacs B, Bjerklund Johansen TE, Matsumo T, Tambyah PA, Naber KG. European and Asian guidelines on management and prevention of catheter-associated urinary tract infections. *Int J Antimicrob Agents* 2008;31(Suppl 1):S68-S78.
- (42) FHIs prevalensundersøkelse våren 2012.
Available from: URL: <http://www.fhi.no/dokumenter/021f5ac997.pdf>
- (43) FHIs prevalensundersøkelse 2006. <http://www.fhi.no/dokumenter/befd595cb0.pdf>
- (44) Foss NB, Palm H, Kehlet H. In-hospital hip fractures: prevalence, risk factors and outcome. *Age Ageing* 2005 Nov;34(6):642-5.
- (45) Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Helsedirektoratet; 2008.
- (46) Qin P, Nordentoft M. Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization: Evidence Based on Longitudinal Registers. *Archives of General Psychiatry* 2005;62:427-32.
- (47) Stortingsmelding 30: Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol - narkotika - doping.
Available from: URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-30-20112012.html?showdetailedtableofcontents=true&id=686014>

- (48) Ravndal E, Amundsen E. Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: An 8-year prospective study. *Drug and Alcohol Dependence* 2010;108:65-9.