

Program for pasienttryggleik 2015 - halvårsrapport

TIL: Styringsgruppa for «Program for pasienttryggleik i Helse Vest 2013 - 2018»

FRÅ: ANNE GRIMSTVEDT KVALVIK OG SYNNØVE SERIGSTAD

DATO: 22.06.15

SAK: 19/15

Oversikt over program for pasienttryggleik i Helse Vest:

	Nasjonale prosjekt	Regionale prosjekt	Nasjonale målingar
Pågåande prosjekt	Samstemming av legemiddelsiter	Trygg ortopedi (NPE)	Pasienttryggleiks-kulturmåling
	Førebygging av trykksår og fall (trygg pleie/behandling)	Trygge fødsler (NPE)	GTT
	Forebygge kateterassosierte urinvegsinfeksjonar	Trygg gastrokirurgi (NPE)	
	Forebyggje infeksjonar ved sentrale venekateter	Felles hastegradsvurdering i akuttinntak /SATS Norge	
	Førebygging av sjølv mord	Regionalt GTT prosjekt	
	Førebygging av overdose	Faglege revisjonar	
			Måling av hånndhygiene
Prosjekt som er avslutta og lagt i linja	Trygg kirurgi		
	Hjerneslag		

Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet har i strategien sin sett som mål at alle innsatsområda deira skal vere spreidd til alle relevante einingar i spesialisthelsetenesta innan utgangen av 2016. I oppdragsdokumentet for 2015 er Helse Vest pålagd å leggje denne strategien til grunn for utviklinga av tenestetilbodet. Det er alt frå 2014 bestemt at tiltakspakkane i pasientsikkerhetsprogrammet inngår som ein del av den ordinære aktiviteten ved sjukehusa, og resultatane blir følgde opp i leiingslinja.

To av tiltaka i det nasjonale pasienttryggleiksprogrammet er fullt ut implementert. Dette er *innføring av sjekklister for trygg kirurgi* og tiltaket for å *tryggje pasientar med hjerneslag*.

Arbeidet med å implementere dei andre tiltakspakkane i alle relevante einingar i føretak, sjukehus og private ideelle institusjonar i Helse Vest blir støtta ved regionalt samarbeid der eit av føretaka har pådrivarfunksjon og dei andre deltar. Pådrivaren skal mellom anna vere regionale motivatorar, ha ansvar for å koordinere prosjektet i regionen, bistå dei andre føretaka i lokale møter ved behov

og ha ansvar for å gjennomføre regionale møter. Nye direktiv for dette arbeidet er blitt utarbeidd våren 2015 og det er overført midlar for å fristille medarbeidarar i føretaka for å støtte implementeringsarbeidet. Direktiva blir lagt fram i eiga sak.

Status for spreing av innsatsområda til relevante einingar rapportert til styringsgruppa nasjonalt per 10. juni 2015:

Helse Vest 10 06 15	*Trygg kirurgi	§Samst. Legemidd.	§Hjerne-slag	Urinveis- infeksjon	SVK	*Trykksår	*Fall	Sjølvmord	Overdose
Helse Stavanger	11/11= 100%	1/5= 20%	1/1= 100%	22/32= 69%	19/27= 70%	21/29= 72%	21/25= 84%	17/17= 100%	1/3= 33%
Helse Førde	12/12= 100%	3/14= 21%	1/1= 100%	5/9= 56%	10/ 10= 100%	1/8=13%	1/8= 13%	4/5= 80%	2/2= 100%
Helse Bergen	9/9= 100%	26/26= 100%	2/2= 100%	1/26= 4%	2/2= 100%	26/26= 100%	26/26= 100%	9/11= 82%	7/8=88%
Helse Fonna	11/11= 100%	1/47= 2%	20/20= 100%	11/22= 50%	20/26= 77%	16/21= 77%	16/21= 77%	17/17= 100%	2/3= 67%
Revmatismesykehuset	1/1=100%	1/1= 100%							
Haraldsplass	1/1= 100%	2/2= 100%	1/1= 100%	8/8= 100%	3/9= 33%	3/9=33%	4/8= 50%		

*Automatisert datainnhenting er etablert

§ Automatisert datainnhenting er under etablering, men indikatorar er ikkje klare

Einingar med 100% spreing blir ført som gule dersom systematisk måling manglar.

Program for pasienttryggleik i Helse Vest

NPE-prosjekt

I tillegg til tiltaka som er definert av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet, omfattar Program for pasienttryggleik i Helse Vest tre tiltak som tar utgangspunkt i saker Norsk pasientskadeerstatning har peikt på. Det er tiltak for å tryggje fødselar, ortopediske inngrep og mage-tarm kirurgi. Eit pilotprosjekt med bruk av sjekklister under fødsel er prøvd ut og forslag til eit regionalt tiltak blir lagt fram. Gjennomgang av ortopedisakene er under slutføring og vurdering av saker innan mage-tarm kirurgi er under vurdering.

Hastegradsvurdering

Eit felles regionalt system for hastegradsvurdering av pasientar (SATS Norge) er nyleg starta opp etter føregående utgreiing og pilotering i Helse Bergen. Systemet skal sikre einsarta vurdering av sjukdomsalvor og i kva grad det haster med å sette inn behandling . Systemet skal brukast i heile pasientforløpet prehospitalt, i ambulansen, i mottaket og inne i sjukehuset. Direktiv for dette innsatsområdet blir lagt fram i eiga sak.

Faglege revisjonar

Faglege revisjonar mellom føretaka er gjennomført. Revisjonsteamet består av ein overordna revisor og to fagrevisorar med særleg kunnskap innan aktuelle felt. Nasjonale retningslinjer er i regelen utgangspunkt for revisjonane. I 2014 og 2015 er slike faglege revisjonar gjennomført når det gjeld behandling av hjerneslag, KOLS og rehabilitering. Det er gitt oppdrag for nye revisjonar med tema ECT-behandling og meniskoperasjonar

Indikatorarbeid

Det blir arbeidd for å sikre automatisert innhenting av indikatorar for å måle status for og effekt av tiltaka. Bruken av sjekklister for trygg kirurgi er tatt inn i ordinære rapporteringar på leiarnivå frå føretaka til RHF-et. Bruken av sjekklister blir rapportert opp mot 100% frå fleire av føretaka, men varierer mellom 55 og 100%.

Risikovurdering av pasientar med omsyn til risiko for å falle, for å utvikle trykksår og for feilernæring blir også rutinemessig og automatisk innhenta og rapportert. Denne samleindikatoren har tatt utgangspunkt i tiltaka for å hindre fall og trykksår og har fått namnet «Trygg pleie». Etter at indikatoren var utvikla er det ein stigande, men varierende implementeringsgrad. Helse Stavanger rapporterer at 45 – 55% av alle aktuelle pasientar blir screena for desse risikofaktorane. Det er venta at utviklinga av elektronisk kurve vil lette arbeidet med å registrere tiltaka som blir sett inn der risiko blir påvist.

Frå juni 2015 (veke 26) vil også indikator for behandling av pasientar med hjerneslag bli lagt inn i rapporteringane.

Dei andre indikatorane vil kome til etter kvart i 2015, og det er venta at dei vil bidra i arbeidet med implementering av dei ulike tiltaka. Det blir arbeidd særleg med å dokumentere andelen pasientar som får samstemte legemiddellister, med indikatorane knytt til satsinga for å hindre sjølv-mord i avdelingar for psykisk helsevern og med ein indikator for å måle handhygiene.

Utdanning i pasienttryggleik og kvalitetsforbetring

Utdanning av helsepersonell innan kunnskap om kvalitetsforbetringmetodikk skjer på fleire plan. Det har vore arrangert regionale kurs for leiarar og medarbeidarar. Lokal opplæring blir gjort i føretaka og representantar frå regionen har deltatt på utdanning av «forbetringsagentar» i regi av dei nasjonale pasientsikkerhetsprogramma i Norge og Danmark. Deltakaravgift blir dekkja av det regionale pasienttryggleiksprogrammet.

Innleiande undervisning om pasienttryggleik og kvalitetsforbetring er gitt på fellesmøte for brukarutvala i regionen og eit 5 timer langt kurs for representantar for alle utval den 2. juni 2015.

Pasienterfaringsundersøkingar

Det er etablert eit nettverk av medarbeidarar som står for gjennomføring av lokale pasienterfaringsundersøkingar. I 2014 blei det gjennomført brukarerfaringsundersøking i ortopediske poliklinikkar. I 2015 vil det bli gjennomført brukarerfaringsundersøking i føretaka sine eigne somatiske rehabiliteringseiningar.

Midlar til såkornprosjekt og forskingsprosjekt

Det er lyst ut og søkt om midlar til såkalla «såkornprosjekt» eller lokale kvalitetsutviklingsprosjekt. Samla er 3,1 mill er tildelt 19 prosjekt i regionen.

Det er også lyst ut og tildelt 3,2 millionar kroner i midlar til forskning innan pasienttryggleik. Det vil bli etablert eit forskingsnettverk der forskarar innan dette feltet i regionen kan møtast, leggje

fram arbeidet sitt for konstruktiv kritikk og rettleiing. Målsettinga er å bygge eit miljø for forskning innan pasienttryggleik slik at dei som blir stipendiatar i denne runden, kan rettleie nye kandidatar sidan. Helse Bergen vil ha koordineringsfunksjonen for dette nettverket (tildelt i fagdirektørmøtet 11 juni 2015).

Informasjonskampanjar og konferansar

Informasjonskampanjar mot befolkninga knytt til symptom på hjerneslag er gjennomført også våren 2015. Det er særleg fokusert på at det er avgjerande viktig at desse pasientane kjem raskt til sjukehus. Det er vist at kjennskapen til symptomar og funn ved hjerneslag er auka etter dette.

Eit nytt kommunikasjonstiltak er under planlegging og skal fokusere særleg på medarbeidarane i spesialisthelsetenesta. Bodskapen skal vere ei erkjenning av at tryggleiken til pasientane er truga, at medarbeidarane eig problemet og må vere sammen om å løyse det. Dette blir gjort greie for i eiga sak.

Den nasjonale pasientsikkerhetskongressen skal i 2015 arrangerast i Bergen den 24.9, i eit samarbeid mellom Kunnskapsenteret og Helse Vest. Dagen før, den 23.9, skal Helse Vest også arrangere sin regionale pasienttryggleikskonferanse. Dette året blir den årlege regionale kvalitetsregisterkongressen lagt inn som eit parallelt arrangement. I ein plenumssesjon vil kvalitetsforbetringsteori bli førelst både for medarbeidarar knytt til registersatsinga og for leiarar og medarbeidarar som på anna vis arbeider med pasienttryggleik og kvalitetsforbetring. Førebuing av desse kongressane har vore ein viktig arbeidsoppgåva våren 2015.

Pasienttryggleikskulturundersøkinga

Pasienttryggleikskulturundersøkinga frå 2014 er analysert i små einingar, på post/poliklinikknivå i føretaka i Helse Vest. Einingar med ned til 20 respondentar er analyserte for svar på dei einkilde spørsmåla og for faktorane «sikkerhetsklima» og «teamarbeidsklima». I tillegg er det tre spørsmål om leiing.

Resultata er presentert og diskutert i einingane. Det er gjennomsnittsskår som er brukt i kommunikasjonen med dei kliniske einingane i 2014 på same måte som i 2012. Etter ønskje frå det nasjonale sekretariatet for pasientsikkerhetsprogrammet, er det også gjort ei samanstilling av kor stor del av respondentane som svarer positivt, dvs svarer dei to beste svaralternativa. Vidare er det gjort ei avrekning av kor stor del av einingar der meir enn 60% medarbeidarane svarer positivt. Klimaet i desse einingane blir karakterisert som «modent». Det speglar semje og blir sett på som positivt. Resultatet er lagt fram for leiinga i føretaka, men det er ikkje sett på som formålstenleg å leggje fram ei ny analyse av dei same data som er lagt fram før.

Ettersom malen for vektning av einingane hadde ein feil, måtte analysen gjerast om att. Denne er førebels ikkje ferdig beskriven eller lagt fram.

I arbeidet i dei kliniske einingane, har årsaker til manglande svar vore ein «inngangsport» for diskusjonen. Om mange av medarbeidarane til dømes har svart at dei ikkje veit kva for kanalar dei skal bruke for å stille spørsmål om pasienttryggleik, vil dette vere eit spørsmål å diskutere.

Pasientsikkerhetsprogrammet nasjonalt anbefaler at HF-a i sitt arbeid med å følgje opp kulturundersøkinga, prioriterer på dette viset:

Organisatoriske einingar der

- færre enn 60 % rapporterer om eit godt teamarbeidsklima eller eit godt sikkerhetsklima, har høgast risiko for pasientskade og desse må arbeide mest for å få til ein forbetring.

- mellom 60 % og 80 % av medarbeidarane rapporterer om eit godt teamarbeidsklima eller eit godt sikkerhetsklima, har mindre risiko for pasientskader, men må fortsatt forbetre seg.
- 80 % eller fleire rapporterer om eit godt teamarbeidsklima eller eit godt sikkerhetsklima, bør ikkje endre på noko.

Helseføretaka skal rapportere inn til programsekretariatet på eige skjema, samt til RHF-et med same frist som årleg melding.

Forslag til vedtak

Styringsgruppa tar saka til orientering.