

Program for pasienttryggleik i Helse Vest

Programeigar: Administrerande direktør Herlof Nilssen

Programleiar:

Dato for godkjenning av direktivet: 10.04.2013

Distribusjonsliste
<i>Programeigar/Styringsgruppe</i>
<AMU>

Endringslogg			
Versjon	Dato	Endring	Kven?
1.0	20.03.2013		Styret i Helse Vest RHF

Innhald

Program for pasienttryggleiki Helse Vest.....1

1	INNLEIING OG BAKGRUNN	3
1.1	Nosituasjonen	5
1.1.1	Pasientskadar og gradering av alvor	5
1.1.2	Skadetypar	6
1.2	Utfordringar og/eller tilbod.....	7
1.3	Forankring og historikk	7
2	MÅLSETTING OG MÅLINGAR	7
2.1	Nytteeffektar og korleis desse kan målast	8
2.2	Leveransar	8
2.2.1	Kartlegging av skadeomfang, analyse og læring av hendingane	8
2.2.2	Generelle tiltak for å betre pasienttryggleiken	9
2.2.3	Spesifikke tiltak for å betre pasienttryggleiken.....	12
3	AVGRENSINGAR OG FØRESETNADER	17
4	PROGRAMMET SINE INTERESSENER	18
5	MILEPÆLER OG KOMMUNIKASJONSAKTIVITETER	18
6	PROGRAMORGANISERING OG ARBEIDSFORM	19
6.1	Programorganisering	19
6.2	Styringsgruppe for «Program for pasienttryggleik i Helse Vest»	20
6.3	Arbeidsform og metode	20
7	KOSTNAD-NYTTE VURDERING OG OVERORDNA BUDSJETTRAMME.....	21
8	STATUSRAPPORTERING	23
9	PROGRAMADMINISTRATIVE RUTINER.....	23
10	PROGRAMAVSLUTTING.....	24
11	SIGNATUR	24
12	LITTERATURREFERANSAR	25

1 INNLEIING OG BAKGRUNN

Pasienttryggleik er eit sentralt tema i den nye Stortingsmeldinga 10-2013, men «først ikkje skade» er ein eldgamal og grunnfesta tankegang i helsetenesta. Vi veit at moderne utgreiing og behandling er kompleks og at dette aukar faren for uønska hendingar som kan føre til skade på pasienten.

Studiar frå Amerika viste i 1991 at skadeomfanget var stort og at vi må rekne at det i regelen skuldast systemsvikt [1, 2]. Ei rekkje av pasientane som blir skrivne ut av sjukehus, blir skadde som følge av helsetenesta sine ytingar eller mangel på ytingar. Heldigvis er dei fleste skadane mindre alvorlege. Dette er likevel eit stort problem som har vore utgangspunkt for kampanjar og satsingar for å betre pasienttryggleiken mange stadar. Det er vanleg å rekne at halvdelen av alle skadane kan forhindrast. Ferske studiar har peikt på at dei alvorlegaste skadane som kan unngåast er mest hyppige hos pasientar med komplekse sjukdomar og kort forventa levetid [8].

Ved systematisk gransking av journalar for pasientar som hadde vore innlagte ved norske somatiske sjukehus i 2010, blei det funne at 16 % av alle pasientar var utsett for minst ein skade. I Helse Vest var dette talet 14 %. Undersøkingar gjev ikkje grunnlag for å sei at skadetalet i Helse Vest er lågare enn landsgjennomsnittet, men at skadetalet kan vere i størrelsesorden 14 – 16 %.

Om utvalet var representativt, betyr det omrekna at 69 pasientar blir skadde kvar dag i Helse Vest og at om lag 35 av desse kan forhindrast. Dette dokumentet handlar om korleis vi kan identifisere og gjennomføre prosessar og tiltak for å halvere talet på unngåelege skadar innan utgangen av 2017.

Fleire av tiltaka som er beskrivne her, er prosjekt i regi av Kvalitetsatsinga. Denne satsinga har pasienttryggleik som eit av fire hovudtema. I Helse Vest er tiltaka i den nasjonale pasienttryggleikskampanjen organisert som felles regionale prosjekt i regi av Kvalitetsatsinga. Nokre av desse var starta før sjølve kampanjen starta, dette gjeld til dømes innføring av sjekklister for trygg kirurgi og tiltak for å hindre at pasientar fell i sjukehus.

Helse Vest si satsing på legemiddeltryggleik; Legemiddel og Pasienttryggleik (LOP) har sitt opphav i Kvalitetsatsinga. Pasienttryggleikskampanjen sitt tiltak for legemiddeltryggleik har i regionen vore knytt opp mot eit av delprosjekta i LOP.

Satsing på legemiddelsikkerhet er kompleks og tryggingstiltaka må byggjast inn i prosessane som går føre seg i sjukehus. LOP-prosjektet representerer ei omfattande satsing med eit slikt omfang at ein egen prosjektorganisering er naudsynt. Strukturelle og elektroniske hjelpemiddel som elektronisk kurve, elektronisk forordning av legemiddel, elektronisk identitetskontroll og elektronisk støtte for å sikre rett val av legemiddel, er viktige tiltak for pasienttryggleiken. Dette er tiltak som blir fremma i regi av LOP-prosjektet.

Elektroniske system gjer at pasienten sin journal er oppdatert og tilgjengeleg til alle tider og alle stader i sjukehusa. Det same gjeld laboratorieverdier og resultat etter røntgenundersøkingar og andre undersøkingar. Dette er ein føresetnad for å kunne yte trygge helsetenester. Ei vidare utvikling av dei elektroniske systema og integreringa av desse til eit felles heile, vil vere viktige bidrag i satsinga på pasienttryggleik framover.

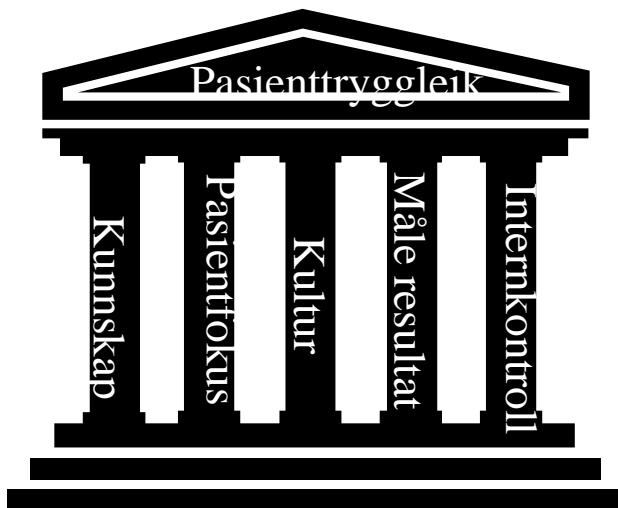
Ei rekkje e-læringskurs blir utvikla i regionen som støtte for implementeringsarbeidet. Dette er ein del av føretaksleiinga sin strategi for å sikre rett kompetanse blant personalet. Hensiktsmessige arbeids- og kommunikasjonsrutiner som standardisering av pleieinformasjon og team-organisering av arbeidet er ein del av tryggingarbeidet.

Kvalitetssatsinga i Helse Vest

Anne Grimstvedt Kvalvik og Hilde Rudlang
Helse Vest RHF

Mål	Temaområde	Kvalitetsomgrepet
<ul style="list-style-type: none"> Ei god helseteneste kan bli enda betre Kvalitetssatsinga skal understøtte dei pasientnære tenestene Kvalitetsarbeidet skal vere ein integrert del av den daglege verksemda Arbeidet med kvalitet er langsiktig <div style="background-color: #4a86e8; color: white; text-align: center; padding: 2px; font-weight: bold; margin: 5px 0;">Felles regionale prosjekt</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Kunnskap Mini-HTA MedNytt Faglege retningslinjer helsefag Leing av endring og kvalitetsforbetring</p> <p>Pasientfokus Pasientferingar Pasientforløp Feilernæring og rus som risikofaktorar</p> <p style="border: 2px solid red; padding: 2px;">Pasienttryggleik Legemiddel og pasienttryggleik (LOP) Læring frå uønskte hendingar Trygg kirurgi vernar liv Implementering av smitteverntiltak Hindre fall blant eldre i sjukehus</p> <p>Måling Medisinske kvalitetsregister Kvalitetsmåling Standardisering / kvalitetsforbetring av medisinske mikrobiologiske laboratorium Faglege revisjonar</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Kunnskap som grunnlag for fagleg verksemd</p> <p>Pasientfokus for å ivareta pasientane og deira behov på ein god måte</p> <p>Pasienttryggleik for å førebygge og redusere risiko for utilsikta hendingar</p> <p>Måling av resultat som grunnlag for forbetring og for å vise måloppnåing</p> <p>Internkontroll gir rammer rundt arbeidet gjennom fokus på styring, risiko og kontroll</p> </div>	<p>"Med kvalitet forstås i hvilken grad aktiviteter og tiltak i helsetjenestens regi øker sannsynligheten for at individ og grupper i befolkningen får en ønsket helsegevinst, gitt dagens kunnskap og ressursrammer."</p> <p>Helsegevinst: "å forbli frisk, å bli frisk, å mestre livet med sykdom og å mestre slutten av livet".</p> <p>Omhandlar formålet med helsetenesta; kjerneverksemda</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>Kulturbygging og læring Kvalitetskonferanse Kvalitetspris Såkommidlar Felles regionale prosjekt</p> </div> <div style="background-color: #4a86e8; color: white; text-align: center; padding: 2px; font-weight: bold; margin-top: 5px;">Referansar</div> <p style="font-size: x-small;"> Nasjonal helseplan Nasjonal strategi for kvalitetsforbetring Helse 2020 Styresak 117/05 Helse Vest Styresak 124/08 Helse Vest Styresak 55/09 Helse Vest Styresak 115/09 Helse Vest Styresak 126/10 Helse Vest Styresak 142/11 Helse Vest </p>

Arbeidet med pasienttryggleik og behandlingkvalitet er tett knytt opp mot kvarandre. Ei trygg teneste krev god kvalitet. Behovet for å styrkje kulturen for pasienttryggleik er i aukande grad blitt vektlagt. Om figuren over hadde blitt teikna i 2013, ville kan hende



«Pasienttryggleik» blitt teikna som det elementet som dei andre søylene støtter opp under og omgrepet «Pasienttryggleikskultur» hadde fått si eiga søyle.

«Program for pasienttryggleik i Helse Vest» er ei vidareføring av Kvalitetssatsinga i Helse Vest. Det er eit utgangspunkt for det femårige programmet som regionane blir pålagte å planleggje i Stortingsmelding 10 (2012-2013) «God kvalitet – trygge tjenester». Direktivet beskriv ei rekkje konkrete

tiltak som er starta eller er planlagt med utgangspunkt i Pasienttryggleikskampanjen og andre

nasjonale eller regionale satsingar. I programperioden må nye overordna føringar forventast og utviklinga kan gjere nye tiltak aktuelle. Desse må kunne ivareta gjennom programmet.

1.1 Nosituasjonen

1.1.1 Pasientskadar og gradering av alvor

Journalgransking etter metoden Global Trigger Tool, GTT, er brukt mange stader i samband med kampanjar for å betre pasienttryggleiken og den blir rekna som den beste metoden til å kartleggje omfanget av pasientskadar

I GTT metoden blir alvor i hendingar i helsetenesta med kategoriserte med bokstavar frå A til I. Kategoriane A-D er hendingar som ikkje fører til pasientskade, mens skadekategoriane E-I gjer det og konsekvensane er slik det går fram av tabellen under.

Kategori E	Forbigående skade som kravde behandling
Kategori F	Forbigående skade som førte til forlenga sjukehusopphald
Kategori G	Langvarig skade – varig mein
Kategori H	Livreddande behandlingstiltak var naudsynt
Kategori I:	Pasienten døyde

Nasjonalt og regionalt var førekomst og fordeling av skadealvor etter sjukehusopphald i 2010 rekna ut på denne måten:

	Prosentandel pasientopphold med minst en skade	Prosentandel pasientopphold med minst en skade i kat F, G, H eller I
Nasjonalt	15,96	8,89
Helse Vest RHF	14	8

Det har vært retta kritikk særleg mot metoden fordi den ikkje skil mellom skadar som kan unngåast, og skadar som ikkje kan unngåast. Det er særleg reist spørsmål om talet på alvorlege skadar blir overestimert.

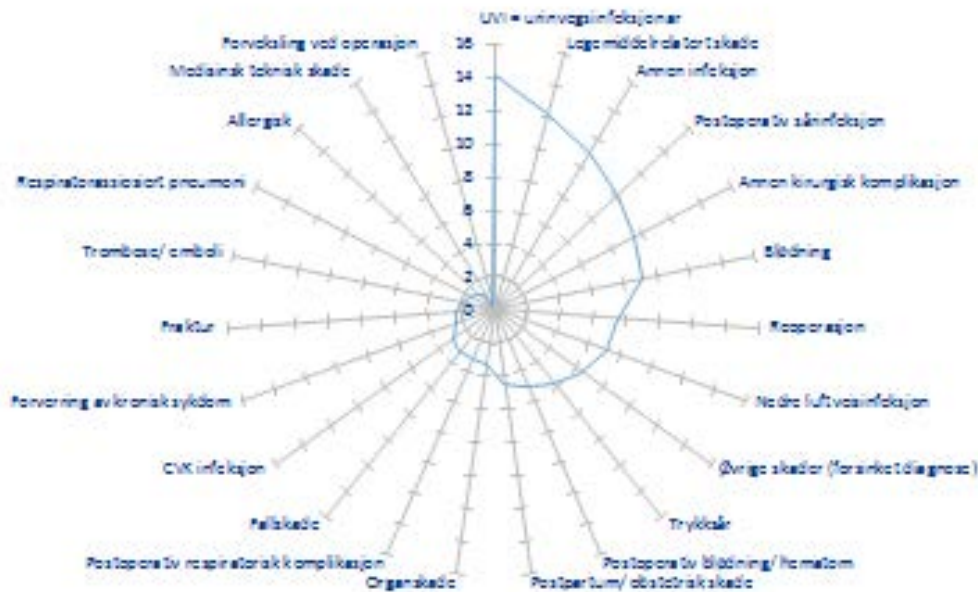
Det er eit stort moment av skjønn involvert i å ta stilling til om skadar pasientar får, skuldast sjukdomen i seg sjølveller behandlinga pasientane har fått. Av denne grunn kan tal frå ulike behandlingsstader vanskeleg samanliknast. Talet på hendingar der pasienten døyde er lite, og sjølv små variasjonar i skjønnet gir store utslag. Det hefter stor usikkerheit i estimeringa av det nasjonale talet, og det er stort sett semje om at talet på dødsfall som følgje av pasientskader ikkje kan brukast for å formulere målsetting eller i måling av resultat av innsatsen. I denne strategien er det fokusert på det totale skadetalet når det gjeld kvantifisering av skader. Det skal fokuserast på dei mest alvorlege skadane med kvalitative studiar m.a. med årsaksanalysar.

GTT målinger blir gjort i alle føretak 2 gonger i månaden. Tala blir følgt i eit diagram. Målsettinga er at talet på skadar skal leggje seg i eit lågare nivå enn tidlegare og at dette nivået skal haldast stabilt eller falle ytterlegare. Denne statistiske metoden blir kalla statistisk prosesskontroll og den skil seg frå meir tradisjonelle før-og-etter evalueringar ved at prosessen kan framstillast og følgjast fortløpande.

1.1.2 Skadetypar

Journalgranskingar etter GTT metoden klassifiserer skadetypar. Pasienttryggleikskampanjen sitt sekretariat har delt inn skadane etter kor hyppige dei var i den nasjonale journalgranskinga frå 2010. Med bakgrunn i dette materialet er figuren under laga. Den tar utgangspunkt i journalar der minst ein skade er påvist og viser kor hyppige dei ulike skadetypane er. Legemiddelrelaterte skadar, infeksjonar, blødingar, trykksår og fall peiker seg ut.

Type pasientskade 2010, Nasjonale tal



1.2 Utfordringar og/eller tilbod

Helse- og omsorgsdepartementet har initiert Pasienttryggleikskampanjen. I Helse Vest er den organisert i regi av Kvalitetssatsinga som sidan 2007 har koordinert felles regionale prosjekt og såkornprosjekt. Det er peika ut regional kampanjeleiar i Fagavdelinga i Helse Vest og lokale kampanjeleiarar i alle føretak. Ei lang rekkje medarbeidarar er engasjert i dei ulike tiltaka i kampanjen. Før det hadde medarbeidarar i alle føretak og i samarbeidande institusjonar tatt del i store og små prosjekt i regi av Kvalitetssatsinga.

1.3 Forankring og historikk

Programmet er ein del av satsinga på pasienttryggleik. Programmet skal løpa i 5 år og skal etter dette vere ein del av den tenkinga som blir lagt til grunn for alt pasientretta arbeid i Helse Vest regionen. Det er ei grunnleggjande føresetnad i norsk helseteneste at pasientane skal få trygge og sikre tenester. Dette ligg også til grunn for den nasjonale pasienttryggleikskampanjen, i Oppdrags- og Styringsdokument, i regionale strategiar, i Kvalitetssatsinga i Helse Vest og i den nye Stortingemeldinga om kvalitet og pasienttryggleik.

2 MÅLSETTING OG MÅLINGAR

Målsettinga er at tenestene som pasientane får i Helse Vest skal vere trygge og sikre.

Det overordna målet er knytt til fastsetting av talet på skadar ved metoden Global Trigger Tool, GTT. Denne kartlegginga gjeld berre inneliggjande, vaksne pasientar i somatisk helseteneste. Polikliniske pasientar, dagpasientar, pasientar i psykisk helsevern og pasientar som kjem for rehabilitering er ikkje med i undersøkinga. Skade på born blir ikkje omfatta av undersøkinga, heller ikkje i samband med fødsjar.

Det overordna målet er at talet på skadar som ikkje kan unngåast i helsetenesta i Helse Vest skal halverast. GTT-metoden skil ikkje mellom skadar som kan unngåast og skadar som ikkje kan unngåast. Ein grov regel er at halvdel av alle skadane kan forhindrast.

Vi tar utgangspunkt i Kunnskapssenteret sine tal. Det blei i 2010 rekna ut at i 14 % av alle utskrivningar frå føretak og sjukehus i Helse Vest, var pasienten utsett for minst ein skade. Halvdelen av desse, 7 %, blir rekna som skadar som ikkje kan unngåast. Den andre halvparten, også 7 %, blir sett på som skadar som kan unngåast, og denne delen er målet å redusere med 50 %.

Overordna målsetting blir då 50 % reduksjon i skadar som kan unngåast.

Det betyr at det ikkje skal vere skadar knytt til meir enn 10,5 % av alle utskrivningar. Målet skal nåast innan utgangen av 2017, og etter dette skal stoda haldast på same eller lågare nivå.

Skade på pasientgruppene som ikkje blir fanga opp av GTT undersøkinga, må målast på anna vis enn ved GTT-undersøking.

Det skal fokuserast på dei mest alvorlege skadane med tanke på å redusere risiko for at desse hender.

2.1 *Nytteeffektar og korleis desse kan målast*

Auka pasienttryggleik kan målast ved journalgransking ved GTT-metoden.

Reduserte pasientskadar kan også

- bli dokumentert ved at færre pasientar rapporterer at det ble gjort feil i behandlinga av dei i PasOpp-undersøkingane
- føre til at skåren for pasienterfaringar blir betre
- føre til at samarbeidande personell er meir nøgde, målt ved Kunnskapssenteret sine erfaringsmålingar
- kome til syne ved at talet på postoperative infeksjonar blir redusert og blir dokumentert gjennom NOIS-målingane (Norsk Overvåkingssystem for Infeksjoner i Sykehushelsetjenesten)
- føre til at den ekstra liggetida pga skadar blir redusert
- føre til at det reduserte ressursbehovet knytt til behandling av skadar, vil auke høvet til å behandle andre sjukdomar.
- føre til at talet på varslingar til Helsetilsynet om alvorlege hendingar vil vere lågt. Denne ordninga er nett innført og utviklinga er vanskeleg å tolke i samband med tiltaket

Derimot er det lite truleg at programmet vil føre til at talet på meldingar i Synergi / til Kunnskapssenteret vil fallet på kort sikt. Tvert om kan vi vente at auka merksemd og tru på at nær-hendingar kan brukast for læring vil auke talet på rapporterte pasientskadar. Dette må sjåast på som uttrykk for ein betre meldekultur

2.2 *Leveransar*

Direktivet representerer ein plan for sikring av pasientane i føretaka i Helse Vest. Dette er overordna føringar og konkrete tiltak/ retningslinjer for implementering i klinisk praksis.

2.2.1 Kartlegging av skadeomfang, analyse og læring av hendingane

Vi har ei rekkje ulike måtar å kartleggje skadar og avvik på. Undersøkingar i andre land med liknande ordningar, har vist at meldeordningane supplerer kvarandre slik at dei til saman gjev eit rimeleg godt billete av stoda i organisasjonen [9].

Aktuelle kartleggingar er vist i punkta under.

2.2.1.1 Alle føretak held fram med **journalgranskingar med metoden GTT**.

Det blir oppmuntra til å gjere tilsvarande granskingar på lågare nivå som støtte for forbetningsarbeid som blir gjort der. Ei regional gruppe skal studere dei mest alvorlege sakene med tanke på å finne fram til tiltak for å hindre desse. Denne gruppa kan styrkast med kompetanse frå NPE.

2.2.1.2 **Melding om uønska hendingar i meldesystemet Synergi**. Meldesystemet Synergi er brukt i alle føretak i Helse Vest og det er utarbeidd eit elektronisk system for samarbeid med Kunnskapssenteret om melding om alvorlege skadar.

Varsling til Helsetilsynet skal gjerast etter gjeldande regelverk. Systemårsaksanalysar og hendingsbaserte analysar med utgangspunkt i meldingane kan brukast i større omfang til læring.

- 2.2.1.3 **Tilsyn utført av Fylkeslege / Helsetilsynet.** Rapportane frå Fylkeslegen kan brukast for læring både i den eininga skaden hendte og i liknande avdelingar i heile regionen.
- 2.2.1.4 **Norsk Pasientskadeerstatning, NPE,** gir ut regionvise rapportar der det går fram kva for skadar som er meldt og kva skadar som har fått medhald etter behandling av sakkyndige og avgjerdstakarar i NPE.
- 2.2.1.5 **Komplikasjonsregistrering / skaderegistrering** i medisinske kvalitetsregister. Nokre av dei medisinske kvalitetsregistra fokuserer på område som ligg tett opp til felt der skadar er hyppige. Eit nærare samarbeid med registermiljøet kan gjere datainnsamling enklare og med stor truverde frå fagmiljøet.
- 2.2.1.6 **Forskning.** Pasienttryggleikskampanjen er ei omfattande satsing som bør bli følgt av god forskning. Dette er gjort med godt utbytte når det gjeld prosjektet i Kvalitetsatsinga om innføring av «Sjekkliste for trygg kirurgi». Både kvantitativ forskning og kvalitativ forskning er aktuelt, for å monitorere resultat og for å analysere og forstå kvifor skadar oppstår. Det er aktuelt å knytte til seg fleire profesjonar enn dei medisinske, til dømes humanistar og etikarar. Kvalitetsatsinga har sett av midlar til eit slikt forskingsprosjekt. Meir omfattande prosjekt bør vurderast i regi av til dømes kvalitetsregistermidlar og helsetenesteforskning. Eit samarbeid med universitet og høgskular er aktuelt. Særleg er det behov for forskning på korleis gode metodar best kan implementerast i drifta i dei kliniske einingane.
- 2.2.1.7 **Pasienttryggleikskulturmåling** blant medarbeidarane er gjort i heile føretaket i 2012. I alle føretak var svarprosenten over 70 %.
- Leiinga i føretaka skal sørge for at resultat frå kulturmålingane blir presentert for og diskutert med medarbeidarane. Pasienttryggleiksvisittar der sjukehusleiinga møter representantar blant medarbeidarane og tverrfaglege pasienttryggleiksmøter er og blant tiltaka Pasienttryggleikskampanjen anbefaler som oppfølging av undersøkinga.
- 2.2.1.8 **Analyse av informasjon om skadeomfang og skadetype**
- Informasjonen som kjem frå dei mange kjeldene over, må granskast og samanfatta. Det må stimulerast til ein kultur for læring. Studiar av ulike meldeordningar har andre stader vist at slike ordningar supplerer kvarandre og til saman kan dei gje eit godt bilde av stoda. Stipend til forskarar og samarbeid med dei ulike instansane, er aktuelle virkemiddel for å auke vår forståing av skademekanismane.

2.2.2 Generelle tiltak for å betre pasienttryggleiken

2.2.2.1 **Leiing av pasienttryggleiksarbeid.**

Pasienttryggleiken har behov for vedvarande merksemd frå leiinga.

Det er eit langsiktig arbeid som krev at prosessar blir planlagde og lojalt gjennomførde i samsvar med overordna føringar.

Leiinga si merksemd på pasienttryggleik kjem blant anna til syne ved at regelmessige saker på styremøta.

Det blir lagt vekt på at kulturen i institusjonane blir bygd frå toppen og leiinga si haldning kan neppe overvurderast.

Målingane av pasienttryggleikskultur som blei gjennomført i 2012, kan tyde på at leiarane si merksemd på pasienttryggleik kan bli betre kjend i organisasjonen.

2.2.2.2 Forbetring av pasienttryggleikskulturen.

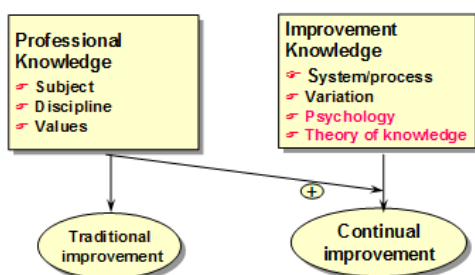
Alle einingar skal gå gjennom og drøfte resultatane, identifisere forbetringspotensial og gjennomføre forbetringsprosjekt. Tverrfaglege tryggleiksdiskusjonar som tar utgangspunkt i aktuelle saker eller i resultat frå pasienttryggleikskulturmålingar er eit virkemiddel. Pasienttryggleiksvisitter der toppleiinga kjem til dei kliniske einingane og etterspør kva for utfordringar dei har erfart, er eit anna.

I Helse Vest er pasienttryggleikskulturmålingane lagt til rette av nettverket og gjennomført i det elektroniske verktøyet som er utvikla til bruk for pasienterfaringsundersøkingane. Det var eit regionalt samarbeid kring dette. Oppfølginga må gjerast lokalt og dei lokale kampanjeleiarane må vere sentrale støttespelarar for den lokale leiinga i dette arbeidet. Det er avgjerande at vernetenesta og tillitsvalte blir involvert i arbeidet.

2.2.2.3 Kvalitetsforbetringkunnskap og – teknikkar; måling, kontinuerleg forbetring.

Sjølv om beste kunnskap er kjent og kliniske retningslinjer er beskrivne, må det gjerast ein innsats for å få dei godt implementerte.

Linkage of Knowledge Required for Continuous Improvement (Batalden & Stolz, 1993)



Kunnskap om arbeid med kvalitetsforbetring må supplere den faglege kunnskapen, slik Batalden og Stolz har skissert i figuren til venstre. I tillegg til grundig og oppdatert fageleg kunnskap er det naudsynt å kjenne til kva som skal til for å få implementert endringar i organisasjonen.

Shewhart / Deming - forbettringshjulet



Forbettringsmodell til Nolan - Langley blir brukt i alt forbettringsarbeid. Den inneber tre spørsmål som stimulerer til å formulere målsettingane og klargjere korleis ein måler forbetringar. Forbetringar skal prøvast ut i pilotprosjekt for å kontrollere at dei planlagde tiltaka er gjennomførbare og faktisk fører til forbetring. Syklusen planleggje - utføre - kontrollere/sjekke og så korrigere før tiltaket blir tatt i bruk i større målestokk og tatt opp att i eit kontinuerleg forbettringsarbeid

I Kvalitetssatsinga er det identifisert eit behov for å auke kunnskapen om kvalitetsforbetring og leiing av forbettringsprosjekt. Kurs med dette innhald har vore arrangert for leiarar og medarbeidarar i tenestene og for personellet som er aktive i kampanjen. For å auke tilgjenge til kursa har dei vore arrangert i Førde, Bergen, Haugesund og Stavanger. Kursa vil halda fram i 2013.

Fleire instansar tilbyr kurs med meir inngåande kunnskap om pasienttryggleik. Dette gjeld Universiteta i regionen og Institute for Healthcare Improvement i USA. Likande kurs har vore gitt frå den skotske pasienttryggleikskampanjen og det blir arrangert kurs i samarbeid mellom den norske og den danske pasienttryggleikskampanjen.

2.2.2.4 **Måling av behandlingsresultat** er viktig for å vite at det resultatet som blir ønska, faktisk blir oppnådd. Resultat kan overvakast i kvalitetsregister eller ved indikatormålingar og må analyserast på det nivået der behandlinga skjer og kan påverkast.

Indikatormålingar blir gjort og synleggjort i Kvalitetsportalen og i datavarehusmiljøa. Medisinske kvalitetsregister er og kjelde for kvalitetsmålingar. Kvalitetsindikatorar kan bli definerte og validerte i registra før dei blir brukt i reine indikatormålingar utanfor registra.

Dei medisinske registra bør stimulerast til å levere data om **behandlingskvalitet** slik at dei blir synlege og tilgjengelege for pasientar og helsearbeidarar. Moderne statistiske metodar, som presenterer resultat i tidsrekkefølge, f. eks statistisk prosesskontroll, kan nyttast. Opplæring i dette verktøyet går inn i kurset om Leiing av endring og kvalitetsforbetring.

Kvalitetsregistra er og ei potensiell kjelde for data om **pasienttryggleik**. Kvalitetsregistermiljøet kan bidra ved å definere komplikasjonar og hendingar som er å sjå på som trugsmål mot pasienttryggleiken innan deira spesialfelt. Det bør oppmodast til at førekomsten av desse blir målt i registeret Regelbunden rapportering av førekomsten av desse indikatorane, kan vere ein del av rapporteringa til leiinga av avdelingane. Dette krev at registra er fortløpande oppdatert og at dei kliniske miljøa har kontinuerleg tilgang til eigne data. Det krev og eit utviklingsarbeid for å kome fram til gode uttrykk for pasienttryggleik innan dei ulike medisinske spesialitetane / disiplinane.

- 2.2.2.5 Eit prosjekt i Kvalitetssatsinga har utarbeidd skjema og elektronisk verktøy for å gjere **Pasienterfaringsundersøkingar** i kliniske einingar. Det er etablert eit nettverk av medarbeidarar som er opplært i arbeidet. Nettverket og det elektroniske verktøyet blei brukt i pasienttryggleikskulturmålinga i 2012.

Landsomfattande pasienterfaringsundersøkingar blir gjennomført av Kunnskapsenteret. Desse har med spørsmål om pasienten sjølv meiner han er utsett for skade. I lokale oppfølgingsarbeid kan denne kunnskapen nyttast i tryggingarbeid. Det er sett av midlar til vidare drift av slikt nettverksarbeid i 2013. I 2013 vil det bli gjennomført pasienterfaringsundersøkingar i poliklinikkar innan psykisk helsevern. Ein plan for vidare gjennomføring av lokale pasienterfaringsundersøkingar skal utarbeidast.

2.2.3 Spesifikke tiltak for å betre pasienttryggleiken

I teksten under har vi peikt på tiltak mot skadar som er særleg hyppige eller alvorlege.

- 2.2.3.1 **Legemiddeltryggleiken** skal betrast gjennom Pasienttryggleikskampanjen sitt tiltak Legemiddelsamstemming og vidareutvikling av dette. Ei god pasientundersøking inneber ei grundig kartlegging av kva for medikament pasienten bruker.

Ein norsk studie av pasientar som døde på sjukehus viste i 2001 at 18,2 % av dødsfalla var relatert til bruk av legemidlar [10]. Hjerne-kar-medisinar, medikament brukt mot astma for å hindre blodpropp (trombosar), antibiotika, middel mot alvorleg psykiatrisk sjukdom, smertestillande og giktmedisin (NSAIDs) var blant dei hyppigaste medikamenta sett i samband med dødsfall. Liknande resultat kjem frå ein dansk publikasjon frå 2007; Risikomedisin [1]. I det vidare arbeidet i Helse Vest skal særleg merksemd rettast mot bruk desse medikamenta. Fokus skal og rettast mot faren for at ulike medikament har uønska effekt når dei blir brukt samstundes, interaksjonar. Vidare må vi trygge skifte av medikament som er i same kjemiske klasse, men som har ulikt namn (synonympreparat).

Tilhøva rundt utskriving skal ha særleg merksemd. Pasienten skal ha med seg liste over medisinbruken ved utskriving frå sjukehus. Fastlegen skal ha informasjon om eventuelle endringar av medikasjonen. Pasientar skal ha med seg medikament for bruk inntil nye medikament er henta på apotek eller er utlevert via forpakningar så som multidose.

Arbeidet i Pasienttryggleikskampanjen har fokus på sjukehusinnleggingar, men pasienten må få klarhet i pågåande og planlagd medikamentbruk også etter poliklinisk behandling.

Arbeidet med E-resept og elektronisk støtte for legemiddelutskrivning og handtering blir prioritert mellom anna i prosjektet «KULE (kurve og legemiddelhandtering)» Fokusering på og opplæring i legemiddelnamnese skal gjerast. Interne audits / mini-audits eller faglege revisjonar mellom avdelingane skal bidra til dette fokuset.

Kompetansen som kliniske farmasøytar har skal nyttast i avdelingane. Dette for å trygge pasientar som har mange sjukdomar og bruker mange medisinar, og for pasientar som bruker medikament der faren for skade er særskilt stor.

2.2.3.2 **Trombose/ emboliar / blødingar** var blant dei alvorlege skadane i GTT materialet frå 2010. Vi veit at medikament som Marevan, giktmiddel som påverkar smerte og stivhet (NSAIDs), og acetylsalicylsyrepreparat som blir brukt for å hindre blodpropp, er blant dei viktige medikamenta i denne samanhengen. Fokus på interaksjonar og synonympreparat skal bidra til å betre denne situasjonen. For pasientar som bruker medikament som krev særskilt rask og tett oppfølging, til dømes Marevan, ønskjer vi å innføre eit system der sjukehusa sine medarbeidarar gjer timeavtale for oppfølging hos fastlege eller annan institusjon når pasienten blir skriven ut frå eller avsluttar oppfølging i spesialisthelsetenesta. Dette kan leggjast til i prosjektet om legemiddelsamstemming frå 2013.

2.2.3.3 **Infeksjonar** er blant dei hyppige og alvorlege skadane som pasientar blir påførte i samband med behandlinga. Stortingsmelding 10 «God kvalitet – trygge tjenester» viser til at 50 000 pasientar som blir lagt inn i norske sjukehus kvart år får sjukehusinfeksjonar og at dette forlenger sjukehusopphaldet med i gjennomsnitt 4 dagar. Mange av desse infeksjonane kan førebyggjast.

Fleire tiltak i Pasienttryggleikskampanjen adresserer sjukehusinfeksjonar. Dette gjeld

- Sjekklister for trygg kirurgi med fokus på postoperative sjukehusinfeksjonar
- Førebygging av urinvegsinfeksjonar i samband med bruk av kateter
- Førebygging av infeksjon i samband med bruk av sentralt venekateter

Pasienttryggleikskampanjen sitt sjekklistetiltak starta hausten 2011 etter at Helse Bergen hadde vore nasjonalt pilotsjukehus. Dei andre to infeksjonsrelaterte tiltaka starta i november 2012. Helse Førde var nasjonalt pilotsjukehus for tiltaket for å hindre urinvegsinfeksjonar og er regional pådrivarorganisasjon for tiltaket. Helse Bergen er regional pådrivar for tiltaket mot infeksjonar knytt til bruk av sentralvenøse kateter.

I Helse Vest var sjekklister for Trygg kirurgi innført før kampanjen starta. Dette var eit regionalt prosjekt i Kvalitetssatsinga der Helse Førde var pådrivarorganisasjon. I tillegg til infeksjonsførebygging skal sjekklister hindre identitetsforvekslingar og sikre at inngrep blir gjort på rett stad.

Forskning tyder på at utvida sjekklisterbruk, også i tida før pasienten kjem til operasjonsstova, er naudsynt for optimal trygging av pasienten. Arbeidet med

pasientforløp kan støtte opp under dette. Det er forskingsprosjekt i gang i regionen som evaluerer dette.

Regionalt er innsatsen i dei tre tiltaka organisert som felles regionale delprosjekt under eit overordna «Smittevernprosjekt». Eit anna delprosjekt har som målsetting å sjå til at antibiotikabruken i regionen ikkje legg til rette for utvikling av antibiotikaresistente mikrobar. Dette er i samsvar med overordna føringar i Stortingsmelding 10 og frå WHO. Tiltaket må sjåast i samanheng med Helse Bergen sin funksjon som nasjonalt kompetansesenter for antibiotikabruk i spesialisthelsetenesta og deira rolle som regional pådrivar for Smittevernprosjektet.

Eit delprosjekt i smittevernprosjektet har fokusert på handhygiene, og i det vidare arbeidet kan innsatsen for handhygiene intensiverast. Særleg merksemd skal rettast mot at medarbeidarane bruker ringar og smykke ettersom dette kan bidra til smitteoverføring. Praktiske tilhøve som sikring av at medarbeidarane har ein trygg stad å låse inn eller leggje smykka sine, er ein del av denne satsinga. Denne satsinga kan starte raskt som ein oppfølging og intensivering av det tidlegare delprosjektet. Helse Bergen har alt kjøpt inn «smykkeposar» til dette bruket.

Prosjekt for å hindre infeksjonar hos pasientar som blir behandla i respirator blir vurdert i eit samarbeid mellom det nasjonale intensivregisteret, som er forankra i Helse Bergen, det nasjonale servicemiljøet for kvalitetsregistra og Kvalitetssatsinga.

Andre aktuelle tiltak for infeksjonsprevensjon er vaksinasjon av medarbeidarar. Dette er særleg aktuelt for å hindre smitteoverføring til pasientar som får immundempande behandling for kreft og andre sjukdomar. Vaksinasjon bør inngå i avdelingane sine rutinar.

Såkornprosjekt der avdelingane utformer tiltak for å redusere infeksjonar vil bli prioriterte.

Det er aktuelt å knyte satsinga mot å forhindre infeksjonar opp mot det regionale kompetansesenteret for sjukehusinfeksjonar og samordne målingane med dei som alt blir gjort i samband med infeksjonsovervaking (NOIS).

- 2.2.3.4 **Fall i sjukehus og helseinstitusjonar** er vanlege og kan ha alvorlege konsekvensar for pasientar. Hoftebrot er ein særleg frykta komplikasjon av fall. Dette er forbunde med høg mortalitet og alvorleg funksjonstap og er ofte utløysande årsak til sjukeheimsinnleggingar. Tiltak som blir sett inn for å redusere pasienten sin risiko for å falle mens han er i sjukehus, kan ha effekt på fallrisiko også i heimen. Eit felles regionalt prosjekt har adressert dette problemet sidan 2011. Det blir vidareført i Pasienttryggleikskampanjen frå hausten 2012. Pasientar blir vurdert for fallrisiko ved innlegging i sjukehus og vi ønskjer å sette inn tiltak for dei som er i risikozonen. Dette kan vere treningstiltak for å styrke muskelstyrke eller balanse, det kan vere endringar i medikamentbruken og sanering av fall-farar i omgjevnadene. Vi vil leggje til rette for eit samarbeid med sjukeheimar og heimeteneste på dette feltet. Helse Fonna er pådrivar for det felles regionale prosjektet på dette feltet.

2.2.3.5 For pasientar som får **hjerneslag** er tida frå slaget oppstår til behandling blir gitt svært viktig. Det er og avgjerande at pasienten blir behandla i slageiningar som er særleg tilpassa slik behandling. Pasienttryggleikskampanjen sitt tiltak starta hausten 2012 og fokuserer på dette. I Helse Vest vil vi legge vekt på å samordne kampanjen sine tiltak med anna satsing, mellom anna på elektroniske hjelpemiddel som støtter opp under bruken av kliniske retningslinjer og det nasjonale hjerneslagregisteret. Informasjon til allmennheita og eit godt samarbeid med ambulansetenesta er ein del av dette tiltaket. Helse Stavanger er pådrivar for det felles regionale prosjektet på dette feltet.

2.2.3.6 **Trykksår** er ei avgrensa skade på hud og/eller underliggjande vev, som eit resultat av trykk, skuving, friksjon eller ein kombinasjon av desse. Trykksår er mest vanleg på hælane og på korsbeinet og kjem helst hos pasientar som er sengeliggjande eller immobiliserte. Trykksår fører med seg smerter og sein rehabilitering, men og infeksjonsfare med alvorlege konsekvensar. Dei fleste trykksår kan førebyggjast og det er gjort framlegg om at førekomsten av trykksår kan vere ein indikator for kvalitet i helsetenesta. Ei undersøking frå Ullevål sjukehus i 2010 fann ein førekomst av trykksår på 17,6 % hos eit utval av pasientar innlagde ved sengepostar for ortopedi, nevrokirurgi, nevrologi og rehabilitering. Det blei funne eit forbettringspotensiale når det gjaldt å setje i verk førebyggjande tiltak.

Pasienttryggleikskampanjen sitt tiltak for å hindre utvikling av trykksår har Helse Stavanger som nasjonalt pilotsjukehus. Pilotfasen starta hausten 2012 og nasjonalt møte skal arrangerast i april 2013. Helse Stavanger blir regional pådrivar når tiltaket skal implementerast nasjonalt.

Sjølvmord blant pasientar i psykisk helsevern er ei frykta hending som blir klassifisert som pasientskade. Pasienttryggleikskampanjen startar mars 2013 opp eit tiltak på dette feltet. Fleire av miljøa i Helse Vest har hatt ønskje om å leie et felles regionalt prosjekt for å hindre sjølvmord. Kampanjen sitt tiltak fokuserer på sjølvmord som skjer mens pasienten er i avdelingane. Fleire av fagmiljøa i Helse Vest har tidlegare hatt ønskje om å starte prosjekt med mål å redusere faren for sjølvmord. Miljøa i Helse Vest har ikkje hatt ønskje om å avgrense innsatsen til pasientar som er innlagt i sjukehus. Det har vore diskutert om innsats og målingar skal omfatte alle pasientar som er i behandling i psykisk helsevern, også dei som får poliklinisk behandling. Det har og vore tatt til orde for ein innsats for å redusere faren for sjølvmord i befolkninga som heilheit. Det er sett av midlar for å starte eit felles regionalt prosjekt innan denne problemstillinga i regi av Kvalitetssatsinga i 2013. Utlysing av oppdraget som pådrivarforetak blir gjort etter første samling i Pasienttryggleikskampanjen.

2.2.3.7 **Overdose etter utskriving frå rusinstitusjon** er eit av tiltaka Pasienttryggleikskampanjen planlegg for 2013. Bergensklinikkene, rusinstitusjon med avtale med Helse Vest, har leia ekspertgruppa som arbeider med å leggje til rette eit tiltak innan dette feltet. Tiltaket vil bli følgt opp som eit felles regionalt prosjekt i regi av Kvalitetssatsinga med stipulert start i 2013.

2.2.3.8 **Skadar i samband med fødselar** er ikkje spesifikt adressert som felles regionale prosjekt eller i regi av Pasienttryggleikskampanjen, bortsett frå at pilotprosjektet for bruken av sjekklister for trygg kirurgi i kampanjen blei gjort på Kvinneklinikken i Helse Bergen. Skadar på barn i samband med fødsel blir ikkje registrert ved GTT undersøkinga. Slike skadar er sjeldne, men kan ha store konsekvensar for barnet sin

funksjon, og dei fører til store utbetalingar frå Norsk Pasientskadeerstatning, NPE. NPE har i samarbeid med ein stipendiat gjennomgått og analysert krav som fekk medhald hos NPE. Med bakgrunn i denne informasjonen vil Kvalitetsatsinga lyse ut midlar til eit felles regionalt prosjekt for å trygge tilhøva for barnet i samband med fødselar. Prosjektet skal skje i eit samarbeid med NPE og kan starte i 2013.

- 2.2.3.9 **Skadar knytt til kirurgiske inngrep** er blant dei vanlegaste krava som NPE behandlar. NPE peiker særleg på **gastroenterologi og ortopedi**. Erfarne sakkyndige frå desse spesialitetane har fått denne førespurnaden:

“I et samarbeid på regionalt nivå i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen “I trygge hender” er det ønske om at NPE skal bidra med statistikk/data på noen av våre sentrale skadeområder. I utgangspunktet vil vi konsentrere oss om spesialitetene ortopedisk kirurgi, gastroenterologisk kirurgi og onkologi. I tillegg til å se på harde tall fra NPE-statistikken, vil vi i den forbindelse spørre noen av dere som har erfaring som intern sakkyndig i aktuelle spesialiteter om å komme med innspill til skadeårsaker/problemstillinger som dere opplever går igjen eller kunne være hensiktsmessig å fokusere på i et forebyggende eller pasientsikkerhetsperspektiv.”

Svara peiker mellom anna på behovet for god pasientinformasjon og om farar knytt til inngrepet. Vidare er viktige problemstillingar knytt til forseinka diagnostikk av primærdiagnosen og komplikasjonar. Dette kan vere utgangspunkt for utforming av prosjekt i regi av Pasienttryggleikskampanjen eller Kvalitetsatsinga i Helse Vest. Kunnskapscenteret er bedt om å bistå med å finne og analyse bakgrunns litteratur for å sikre at tiltaka som blir valt er evidensbaserte. Felles regionale prosjekt i regi av Kvalitetsatsinga er planlagt. Det er realistisk å starte slike prosjekt i 2014, om mogeleg alt i 2013. Det er særleg fremja ønskje om at tiltak innan ortopediske problemstillingar.

- 2.2.3.10 **Kreftdiagnostikk og -behandling** er kompleks og er difor særleg utsett for uønskte hendingar som kan føre med seg skade på pasient. NPE har i tillegg til førespurnaden til sine sakkyndige også sendt anonymiserte samanfatteringar av pasienthistoriar. Sakene deler seg naturleg i to grupper; skade som følgje av forseinka diagnose/behandling og saker som følgje av svikt i behandlinga. Samanfatteringane kan brukast for å førebu eit prosjekt for å tryggje kreftpasientane sin behandling. Særleg den delen som skuldast sein diagnose/behandling bør samordnast med satsinga for å oppfylle 20 dagars regelen. Vi gjer framlegg om at eit implementeringsprosjekt i regi av Kvalitetsatsinga kan starte i 2014, analysen av data kan eventuelt starte i 2013.

2.2.3.11 **Prosjekt med utgangspunkt i kvalitetsregister**

Generelt er det viktig å nytte den store kunnskapen og kompetansen som ligg i registermiljøet og dei medisinske kvalitetsregistra i arbeid med pasienttryggleik og behandlingsskvalitet.

Service-miljøet for den nasjonale kvalitetsregistersatsinga, SKDE i Helse Nord, har bedt om eit samarbeid med Kvalitetsatsinga i Helse Vest for å bruke data frå kvalitetsregistra til å gjennomføre prosjekt for å auke kvalitet og pasienttryggleiki tenestene. Det kan vere aktuelt å sjå dette i samanheng med tiltaka i pasienttryggleikskampanjen, til dømes fall. Blant dei registra som er forankra i Helse Vest, er Hoftebruddregisteret. Dette registeret kan vere ei mogeleg datakjelde i den vidare oppfølginga av tiltaket for å hindre fall i sjukehus også utover

kampanjeperioden. SKDE kan bidra med økonomiske og faglege midlar inn eit slikt samarbeidsprosjekt. Drøftingar mellom dei ortopediske registra, SKDE og Helse Vest er sett i gang.

Helse Vest vil arbeide for at eksisterande infeksjonsregistrering blir brukt i arbeidet med å forhindre sjukehusinfeksjonar i dei regionale prosjekta innan dette feltet.

Det blir sett av stimuleringsmidlar til bruk i kvalitetsregistre. Desse midlane blir knytt til prosjekt med målsetting å betre pasienttryggleiken innan registeret sitt spesialfelt. Dette kan gjerast gjeldande frå 2013.

Det er viktig at kvalitetsregistra registrerer data om uønska hendingar eller komplikasjonar knytt til den lidinga eller den behandlinga dei studerer. Det er og viktig at resultat av den overvakinga av kvalitet og tryggleik som skjer i registra, blir kjent for fagfolk, pasientar og leiing. Synleggjering for leiarar er eit felt for samarbeid med det regionale datavarehusmiljøet.

2.2.3.12 Arbeid med å planleggje og strukturere pasientforløp

Eit av prosjekta i Kvalitetssatsinga har hatt som målsetting å strukturere og planleggje pasientforløp. Det er etablert eit rammeverk og ei handbok til hjelp i dette arbeidet og det er også eit nettverk av medarbeidarar som har fokus på denne satsinga.

Forskingsmiljøet knytt til Helse Fonna har og spesialinteresse på dette feltet. Arbeidet med å strukturere pasientane sine forløp gjennom systemet er ei klassisk tilnærming for å betre tryggleik og kvalitet i behandlinga. Dette kan nyttast meir i tida framover.

2.2.3.13 Implementering av «Triagesystem»

I samband med mottak i sjukehus blir behandlinga av pasientar vurdert etter kor kritisk sjuke dei er. Eit felles regionalt prosjekt har arbeidd med å finne fram til beste metode for slik hastegradsvurdering. Det er og ei målsetting å samordne vurderingane i heile pasientforløpet og i heile regionen. Dette prosjektet blir søkt vidareført i 2013. Prosjektet må sjåast opp mot satsinga på pasientforløp, jf punktet over

3 AVGRENSINGAR OG FØRESETNADER

Tiltaka i «Program for pasienttryggleik i Helse Vest» kan sjåast på som ei vidareføring av Kvalitetssatsinga og Pasienttryggleikskampanjen. Oppdrag som følgjer av Oppdrags- eller Styringsdokument eller i porteføljestyringa, til dømes prosjektet om Kurve og legemiddelhandtering, vil overlappje. Utgreiing og anskaffing av elektronisk kurve og liknande er ikkje dette prosjektet sine oppgåver.

4 PROGRAMMET SINE INTERESSENER

Ein god pasienttryggleik er avgjerande for tilliten til helsetenesta.

- Pasientane, deira pårørande og organisasjonar er interessentar for dette programmet.
- Medarbeidarane i helseinstitusjonane er interessentar, både dei som arbeider klinisk og dei som har system-ansvar.
- Tillitsvalte og medarbeidarar i vernetenesta
- Studentar frå høgskular og universitet som framtidige medarbeidarar
- Leinga av regionalt og lokale helseføretak er viktige interessentar.
- Viktige samarbeidspartar er Porteføljestyringa, Helse Vest IKT, KULE-organisasjonen
- Styresmakter er særleg fokuserte på denne sida av verksemda.

5 MILEPÆLER OG KOMMUNIKASJONSÅKTIVITETER

Det må utarbeidast prosjektdirektiv og milepælsplanar i dei einskilde delprosjekta. Ein grov og førebels plan er presentert under:

ID	Milepæl	Start dato	Ferdig dato
M1	Når AD i Helse Vest RHF har godkjent direktivet	20 03 13	22 03 13
M2	Når framlegg til løysing er godkjent av styret i Helse Vest RHF	10 04 13	10 04 13
M3	Oppretting av programgruppe med medarbeidarar frå alle føretak og representantar frå private institusjonar med avtale med Helse Vest	12 04 13	30 04 13
M4	Når tiltaka for sjekklister for trygg kirurgi og for å tryggje slagpasientar er implementerte i alle relevante einingar i regionen	2011- 2012	31 10 13
M5	Når tiltaka for å hindre fall, trykksår og urinvegsinfeksjonar er implementerte i alle relevante einingar i regionen	2012-2013	31 12 15
M6	Når tiltaka for å tryggje legemiddelbruk er implementerte i alle relevante einingar i regionen (samkjørast med e-resept)	2011-2012	01 06 15
M7	Når tiltaka for å hindre sjølv mord er implementerte i alle relevante einingar i regionen	06 03 13	30 06 14
M8	Når rapporteringar blir lagt fram for styret i Helse Vest og for HF-styra kvart halvår		01 12 13
M9	Når rapporteringar blir lagt fram for styret i Helse Vest og for HF-styra kvart halvår		01 06 14
M10	Når rapporteringar blir lagt fram for styret i Helse Vest og for HF-styra kvart halvår		01 12 14

M11	Når rapporteringar blir lagt fram for styret i Helse Vest og for HF-styra kvart halvår		01 06 15
M12	Når rapporteringar blir lagt fram for styret i Helse Vest og for HF-styra kvart halvår		01 12 15
M13	Når rapporteringar blir lagt fram for styret i Helse Vest kvart halvår		01 06 16
M14	Når rapporteringar blir lagt fram for styret i Helse Vest og for HF-styra kvart halvår		01 12 16
M15	Når rapporteringar blir lagt fram for styret i Helse Vest og for HF-styra kvart halvår		01 06 17
M16	Når rapporteringar blir lagt fram for styret i Helse Vest og for HF-styra kvart halvår		01 12 17

6 PROGRAMORGANISERING OG ARBEIDSFORM

6.1 Programorganisering

Programleiar er administrerande direktør i Helse Vest, Herlof Nilssen.

Direktørmøtet i Helse Vest; dvs leiarane ved Helse Vest RHF saman med dei administrerande direktørane i Helseføretaka, er styringsgruppe.

Rapportering skjer saman med annan fagleg rapportering kvart tertial.

Programmet må ha ein programleiar.

Fagdirektørane blir referansegruppe og vedtar tildeling av såkornmidlar .

Det blir avgjerande at verksemdene har eit apparat som kan «ta imot» og vidareutvikle programmet i dei kliniske einingane. På kvart føretak / institusjon må det vere avsette ressursar inklusive ein medarbeidar som er kontaktperson mot den regionale programleiinga og som har oversikt over og ansvar for satsinga i føretaket / institusjonen.

Programmet har ei rekkje enkelt-prosjekt. Det må utviklast spesifikke prosjektdirektiv med målsettingar, definisjon av indikatorar for måloppnåing og handlingsplaner knytt til desse. Det skal opprettast arbeidsgrupper knytt til det einskilde prosjekt. Arbeids-/prosjektgruppene skal vere tverrfaglege og skal ha med representantar frå dei ulike føretaka i regionen. Nokre av gruppene vil krevje vitskapleg kompetanse. Kunnskap om kvalitetsforbetring er naudsynt.

Pasienttryggleiksprogrammet må samarbeide tett med vidareføring av Kurve- og legemiddelhandterings-prosjektet. Ei organisering med felles styringsgruppe kan lette dette samarbeidet.

6.2 Styringsgruppe for «Program for pasienttryggleik i Helse Vest»

Rolle	Namn	Stad
Styringsgruppeleiar	Herlof Nilssen	Administrerende direktør, Helse Vest RHF
Styringsgruppedlem	Hilde B Christiansen	Personal- og organisasjonsdirektør, Helse Vest RHF
Styringsgruppedlem	Ivar Eriksen	Eigardirektør, Helse Vest RHF
Styringsgruppedlem	Per Karlsen	Økonomi- og finansdirektør
Styringsgruppedlem	Baard-Christian Schem	Fagdirektør, Helse Vest RHF
Styringsgruppedlem	Bente Aae	Kommunikasjonsdirektør, Helse Vest RHF
Styringsgruppedlem	Erik M Hansen	Administrerende direktør, Helse-Vest-IKT AS
Styringsgruppedlem	Jannicke Daae Tønjum	Administrerende direktør, Sjukehusapoteka Vest
Styringsgruppedlem	Jon Bolstad	Administrerende direktør, Helse Førde
Styringsgruppedlem	Stener Kvinnsland	Administrerende direktør, Helse Bergen
Styringsgruppedlem	Olav Klausen	Administrerende direktør, Helse Fonna
Styringsgruppedlem	Bård Lilleeng	Administrerende direktør, Helse Stavanger
Styringsgruppedlem	Representant for private ideelle institusjonar med avtale med Helse Vest RHF	Administrerende direktør, private ideelle
Styringsgruppedlem	Representant for Brukarutvalet	
Styringsgruppedlem	Representant for vernetenesta	
Styringsgruppedlem	Representant for konserntillitsvalt	

6.3 Arbeidsform og metode

Dei ulike delane av programmet skal drivast fram som felles regionale prosjekt. Det skal vere prosjektleiar for kvart av desse prosjekta samt kontakt ved kvart føretak som tar del i prosjektet. Prosjektgruppene samarbeider elektronisk, via sharepoint og i workshops.

Målingane som blir gjort på kvar studiestad skal vere tilgjengelege for dei andre studiestadane og einingane skal utveksle erfaringar.

På dei einiskilde studiestadane skal tiltak og målingar gjerast synlege i miljøet, til dømes ved tavleoppslag og ved informasjon i faglege fora og i fora der pasientar og befolkninga kan delta. Tavlemøte til dømes kvar 14. dag blir anbefalt.

7 KOSTNAD-NYTTE VURDERING OG OVERORDNA BUDSJETTRAMME

Målsettinga i programmet er å spare pasientar for unødige lidningar, funksjonshemming og død. Heilt spesifikt er målsettinga å spare 17 pasientar kvar dag for unødige skadar.

Pasientskadar er såre også for medarbeidarane, dei er «the second victim» og færre skadar vil føre til mindre slitasje for fagfolka.

Det er et stort potensiale for innsparingar knytt til reduksjon av pasientskadar. I ein svensk studie fann dei at skadar som kunne forhindrast, i gjennomsnitt førte til 6 ekstra liggedagar [5]. Dette svarte til 630 000 sjukehusdagar i deira sjukehus med 1,2 millionar sjukehusinnleggingar årleg. Tilsvarande fann ein dansk studie at uønska hendingar førte til 7 ekstra liggedagar [4]. Innsparingspotensiale er knytt til kostnadar til ekstra behandling og til utbetalingar. Frigjering av dei ressursane som blir sparte på denne måten, vil gjere det lettare å møte dei utfordringane vi står overfor i framtida. Dette gjeld både den aldrande befolkninga og aukande forventningar knytt til medisinske framsteg.

Det er i tillegg ein viktig omdømmekostnad om sjukehusa ikkje maktar å gjere dei rette tinga rett første gongen. For samfunnet har tilliten til dei offentlege helsetenestene stor verdi.

Tabellen under viser stipulerte kostnadar for dei ulike prosjekta i 2013:

	Programnamn	Framlegg 2013	Pådrivar	Deltakarar 2013
	Implementering av smitteverntiltak, Intensivert handhygieneprojekt	500 000	Bergen	Fonna, Stavanger, Førde, HDS
K	Trygg kirurgi,	1 270 000	Bergen	Fonna, Stavanger, Førde, HDS
A	Hindre fall blant eldre	1 270 000	Fonna	Førde, Bergen, Stavanger, HDS
M	Samstemming av legemiddellister	1 270 000	Bergen	Førde, HDS, Fonna, Stavanger
P	Infeksjonar i samband med UVI	1 270 000	Førde	Bergen, HDS, Fonna, Stavanger
A	Infeksjonar i samband med SVK	1 270 000	Bergen	Førde, HDS, Fonna, Stavanger
N	Hjerneslag	1 270 000	Stavanger	Førde, Bergen, Fonna, HDS
J	Trykksår	1 270 000	Stavanger	Bergen, Fonna, Førde, HDS
E	Sjølvmord i psykiatrisk avdeling	1 130 000	Ikkje bestemt	
N	Overdose etter utskrivning frå rusinstitusjon	1 130 000	Ikkje bestemt	
	Pasienterfaringsundersøking	100 000	Helse Bergen / Helse Vest IKT AS	Alle HF, private institusjonar, unntatt dei som er anbodsbaserte
	Pasienttryggleikskulturmåling /	500 000	Ikkje bestemt, samarbeid med	Alle HF, private institusjonar, unntatt dei som er anbodsbaserte
	Overføring kampanjedrift i HF og sjukehus	1 400 000	Førde, Bergen, Fonna, Stavanger, HDS	
	Arrangement av leiarmøte og læringsnettverk	750 000	Kostnad for Helse Vest RHF	
	Leiing av endring og kvalitetsforbetring	600 000	Bergen	Regionalt
	Implementering av triagesystem	500 000	Stavanger	Bergen, Fonna, Førde

	Prosjektnamn	Framlegg 2013	Pådrivar	Deltakarar i 2013
Nytt	Samarbeidsprosjekt med NPE - fødselsskader	1 270 000	Søknad	
Nytt	Samarbeidsprosjekt med NPE - ortopedi	Om mogeleg	Søknad	
Nytt	Samarbeidsprosjekt med NPE - gastroenterologi		Søknad	
Nytt	Samarbeidsprosjekt NPE - onkologi		Søknad	
Nytt	Forskningsprosjekt pasienttryggleik	500 000	Søknad	
Nytt	GTT studiar- alvorlege skader	230 000	Søknad	
Nytt	Deltaking i kurs om /utdanning i pasienttryggleik	500 000	Stipend til utdanning	
Nytt	Bruk av kvalitetsregistra i tryggleiksarbeid	Eiga finansiering	Kvalitetsregister og saman med SKDE	
Vi legg til grunn at kostnaden for 100 % stilling svarer til NOK 700 000. Dette er inkl. sosiale kostnader				

8 STATUSRAPPORTERING

Hovudprogrammet rapporterer i linja til styringsgruppa saman med annan fagleg rapportering. Enkeltprosjekta skal utarbeide prosjektplanar og skal rapportere til programleiinga og Styringsgruppa kvart tertial. Rekneskapsrapportering skjer 15. januar.

9 PROGRAMADMINISTRATIVE RUTINER

Programmet skal etablere og oppdatere eit arkiv under kontroll av programleiar. Arkivet skal omfatte:

- Programdirektiv (alle versjonar)
- Framdriftsplan (alle versjonar)
- Leveransedokument/er, for eksempel programrapport (alle versjonar)
- Møteinnkallingar og møtereferat
- Statusrapportar til programeigar/styringsgruppe
- Risikovurderingar
- Arbeidsdokumentar
- Ev. kommunikasjonsplan
- Sluttrapport

Følgjande tre dokument skal ha formell endringskontroll og versjonsstyring ved at dei blir godkjent av programeigar/styringsgruppe:

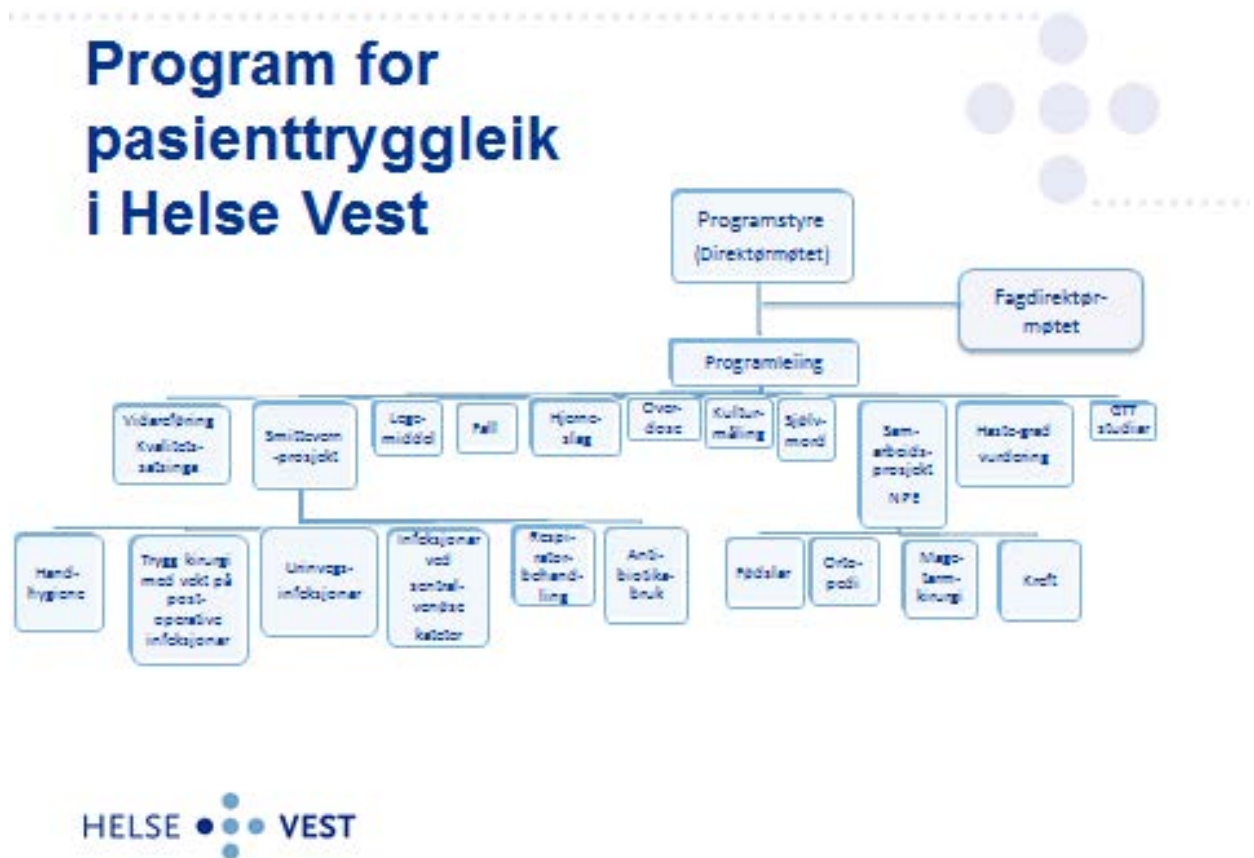
- Programdirektiv
- Framdriftsplan
- Leveransar/programrapport

10 PROGRAMAVSLUTTING

Programmet skal gå til og med 2017. Dokumentasjon på samla måloppnåing og effektar i dei ulike tiltaka skal ligge føre. Programrapport skal godkjennast av styringsgruppa.

11 SIGNATUR

Programdirektivet er gjennomgått og godkjent av programeigar 22.03.2013.



12 LITTERATURREFERANSAR

1. Brennan, T.A., et al., *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I.* N Engl J Med, 1991. **324**(6): p. 370-6.
2. Leape, L.L., et al., *The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II.* N Engl J Med, 1991. **324**(6): p. 377-84.
3. Wilson, R.M., et al., *The Quality in Australian Health Care Study.* Med J Aust, 1995. **163**(9): p. 458-71.
4. Schioler, T., et al., *[Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records].* Ugeskr Laeger, 2001. **163**(39): p. 5370-8.
5. Soop, M., et al., *The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study.* Int J Qual Health Care, 2009. **21**(4): p. 285-91.
6. Classen, D.C., et al., *'Global trigger tool' shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured.* Health Aff (Millwood), 2011. **30**(4): p. 581-9.
7. Vincent, C., G. Neale, and M. Woloshynowych, *Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review.* BMJ, 2001. **322**(7285): p. 517-9.
8. Hogan, H., et al., *Preventable deaths due to problems in care in English acute hospitals: a retrospective case record review study.* BMJ Qual Saf, 2012.
9. Hogan, H., et al., *What can we learn about patient safety from information sources within an acute hospital: a step on the ladder of integrated risk management?* Qual Saf Health Care, 2008. **17**(3): p. 209-15.
10. Ebbesen, J., et al., *Drug-related deaths in a department of internal medicine.* Arch Intern Med, 2001. **161**(19): p. 2317-23.
11. Dons, A.M., *Risikomedisin. Preparatorer som er involvert i faktuelle og potentielle SAC 3 hændelser,* in *Temarapport*, D.D. Sundhedsstyrelsen, Editor 2007, Sundhedsstyrelsen: København.