

Søknadsprosess for nasjonale kompetansetjenester

Underskrevet, skannet søknad skal sendes elektronisk til eget helseforetak. Frist for dette er XXX.

Helseforetaket vil deretter oversende innkomne søknader til det regionale helseforetaket (RHF). Det forutsettes at RHF-ene i felleskap samordner og prioriterer søknadene ut fra nasjonale behov, før oversending til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) for videre behandling, (frist 1. juni).

Bakgrunnsdokumentene gir et godt utgangspunkt for korrekt utfylling av søknadsskjemaet, noe som igjen vil sørge for at saksbehandlingen ikke forsinkes:

- [Forskrift nr. 1706 av 17. desember 2010 om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten](#)
- [HODs veileder til forskriftens kapittel 4](#)
- Mandat og sammensetning av referansegruppene (vedlagt)

I tillegg er det utarbeidet en *Innledning og veiledning for søknader om nye nasjonale kompetansetjenester*, (vedlagt).

Søknadsskjema

Helseforetak	NORDLANDSSYKEHUSET HF	RHF	HELSE NORD
Ansvarlig avdeling	AVDELING FOR FORSKNING OG PASIENTSIKKERHET	Ansvarlig person	BARTHOLD VONEN
Navn på tjenesten ¹	NASJONAL KOMPETANSETJENESTE FOR KLINISK PASIENTSIKKERHET		
Tidligere søknad?	Er det tidligere søkt om nasjonal status for samme eller tilsvarende tjeneste? ☐ Ja ☒ Nei Hvis ja, når var dette (årstall)?		

Nasjonal kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet¹

1. Gi en beskrivelse av innholdet i tjenesten. Hvilken eller hvilke pasientgrupper eller diagnoser er målgrupper for kompetansetjenesten? Hvilke helsemessige tilleggsgevinster i form av bedre prognose eller livskvalitet forventes etableringen av tilbudet å føre til?

A. Visjon for kompetansetjenesten

Norge skal være et foregangsland i utvikling og implementering av tiltak for å forebygge unngåelige pasientskader.

B. Misjon for kompetansetjenesten

KTP skal forske på, utvikle, evaluere og spre oppdaterte løsninger og metoder for klinisk pasientsikkerhetsarbeid på foretaksnivå, og skal dessuten bidra til målrettet og effektiv kompetansebygging på området. Oppgaven skal løses ved å jobbe interaktivt i eget foretak, bidra i utviklingsprosesser i og med andre foretak, samt ved å innhente og systematisere kliniske erfaringer nasjonalt og internasjonalt.

C. Innledning

Pasientsikkerhet har hatt et myndighetsdrevet nasjonalt fokus de siste årene, blant annet ved opprettelse av enhet for pasientsikkerhet i Kunnskapssenteret og senere pasientsikkerhetskampanjen ”I trygge hender”. Et viktig tiltak har vært innføring av standardiserte verktøy. Det har likevel vært utfordrende å få pasientsikkerhetsarbeidet forankret som et naturlig og kvalitativt godt utført arbeidsområde i foretakene. Et eksempel på dette er de store ulikehetene man ser i implementeringen av tiltakene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Store institusjoner har fortsatt ikke implementert Trygg Kirurgi sjekklisten 1,5 år etter kampanjestart. Årsakene er mange og komplekse. Helsepersonell har for lite kunnskap om systematisk forbedringsarbeid, pasientsikkerhetstiltakene kan oppleves som for dårlig operasjonalisert i klinikken og til dels som fremmedelementer. Det er nok ennå en manglende forståelse og kultur for pasientsikkerhet som en naturlig del av utøvelsen av helsetjenester. I tillegg er engasjementet og kunnskap om pasientsikkerhetsarbeid hos ledere for svakt til å sikre en vesentlig løfting av feltet. Videre ser vi at gode ideer som utvikles ikke nødvendigvis blir spredd og kommer andre miljøer til gode på en hensiktsmessig og kostnadseffektiv måte. Innad i foretakene er det tidvis en utfordring å få forankret pasientsikkerhetstiltak hos den enkelte helsearbeider. Ved Nordlandssykehuset har vi sett at det er en utfordring å utvikle gode strukturer for innføring av pasientsikkerhetstiltak på avdelings- og enhetsnivå.

Pasientsikkerhetstiltak og -kompetanse

I en periode fremover vil det fortsatt drives mye nybrottsarbeid innen pasientsikkerhet i alle foretak. Vi foreslår derfor at det bygges opp en **Nasjonal kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet (KTP)** sentralt i kjernevirksomheten ved Nordlandssykehuset HF (NLSH).

¹ Med ”klinisk pasientsikkerhetsarbeid” menes utvikling og bruk av verktøy i systematisk pasientsikkerhetsarbeid på klinisk nivå (foretak/avdeling/enhet/prosess/etc)

KTPs hovedfokus vil være pasientsikkerhetsarbeid i kjernevirksomheten. Tjenesten er tenkt som en nasjonal ressurs og kunnskapsbase for utvikling, utprøving, implementering, drift og evaluering av konkrete pasientsikkerhetstiltak integrert i løpende og ordinær sykehusdrift. KTPs virksomhet skal tilpasses daglige rutiner i den enkelte enhet der modeller skal utprøves. Eksempler på tiltak kan være utprøving av prototyper og kliniske tiltakspakker², identifisering av relevante målepunkt for forbedring, prosess tiltak mv. KTP skal også kunne bidra med kompetanse i foretakenes lokale arbeid, både innen utvikling og evaluering/audit av pasientsikkerhetstiltak. Et eksempel på hvordan dette kan integreres i daglig drift kan være å etablere nye daglige arenaer for pasientsikkerhetsarbeid. Gjerne korte møter for personalet med felles gjennomgang av spesifikke pasientsikkerhets observasjoner.

Styrking av ledelsesaspektene ved bedret pasientsikkerhet vil være et nødvendig satsningsområde for å lykkes. Engasjerte ledere med kunnskap om utviklingsarbeid og som evner å motivere sine ansatte, vil være en avgjørende suksessfaktor. Ledere må sikres både kompetanse, og støtte i egen organisasjon. NLSH HF har tatt behovet for lederutvikling på alvor, og har utviklet et eget opplæringsprogram for styret i pasientsikkerhetsarbeid. Foretaket har utviklet konseptet ”pasientsikkerhetsvisitter” for pasientsikkerhetskampanjen. KTP vil kunne bistå ledere i utvikling og/eller implementering av pasientsikkerhetsverktøy, samt i kulturarbeid på egen enhet. Tjenesten må også vurdere å utvikle egne kompetanseprogram for ledere på klinikk, avdelings og enhetsnivå.

Gjennom arbeid i kjernevirksomheten skal KPT også fange opp og systematisere oversikt over kompetansebehov. Sammen med andre aktører skal KPT arbeide for å sette ansatte i foretakene bedre i stand til å planlegge, utvikle, gjennomføre og følge opp gode pasientsikkerhetstiltak. Det skal legges til rette for hensiktsmessige opplæringsarenaer gjennom tilrettelegging for gjensidige hospiteringsmuligheter på HF- nivå, ved innspill til etablerte nasjonale nettverk samt ved å lage gode kommunikasjonsløsninger. KTP vil også kunne bidra i en utvikling av et nasjonalt utdanningsprogram innen klinisk pasientsikkerhetsarbeid på høyskole/universitetsnivå. En vesentlig oppgave for en klinisk kompetansetjeneste skal også være å legge til rette for tverrfaglig og multisenterorganisert forskning innen pasientsikkerhetsfeltet.

Avgrensning i forhold til Enhet for pasientsikkerhet og kampanjen ”I Trygge Hender”

En nasjonal kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet skal understøtte og bistå de nasjonale organene som har pasientsikkerhet som overordnet ansvarsområde. Tjenestens avgrensning i forhold til de nasjonale enhetene beskrives nærmere under punkt 2 og 7.

Klinisk perspektiv

Det er foretakenes kliniske fagmiljø og ledelse som vil være den viktigste målgruppen for tjenesten ut fra en forventning om at en kvalitetsforbedring og effektivisering av det praktiske pasientsikkerhetsarbeidet vil komme pasientene til gode. Alle pasientgrupper vil kunne være potensielle målgrupper, avhengig av hvilke konkrete tiltak det til enhver tid arbeides med.

De helsemessige gevinstene ved etablering av et velfungerende nasjonalt kompetansesenter med faglig nærhet kan være vesentlige. En underliggende premiss for denne antakelsen er at kompetansetjenesten vil bidra til at kvaliteten på og bruken av verktøy i foretakene blir bedre. En slik forbedring vil føre til en reduksjon i uønskede hendelser. Reduksjonen i uønskede hendelser vil igjen gi en bedring i livskvalitet for pasientene, særlig der hvor alvorlige og

² Prototyper er for eksempel Trygg kirurgi sjekklisten da den forelå i 2009. Tiltakspakker er mikrosystembaserte prosedyrer/tiltak for å forebygge en gitt hendelse eller tilstand, for eksempel CVK infeksjoner

varige pasientskader kan forhindres. Det er nå etablert flere nasjonale måleverktøy som vil kunne registrere effekten av en kontinuerlig nasjonal satsning på pasientsikkerhet. For NLSH viser de siste tallene fra vår Global Trigger Tool analyse (GTT)³ en statistisk signifikant reduksjon i registrerte pasientskader fra første halvår 2010 til andre halvår 2011, fra 39 per 1000 liggedøgn til 33 per 1000 liggedøgn. Gitt at 50 % av uønskede hendelser målt ved GTT er unngåelige⁴, innebærer dette at 31 % av potensialet for forbedring er realisert. Det er naturligvis også andre forklaringer enn systematisk forbedringsarbeid som kan føre til slik reduksjon i måling av uønskede hendelser⁵. Likevel er resultatet en indikasjon på at frekvens av uheldige hendelser både kan måles og mulig forbedring kan dokumenteres.

Det er tvilsomt om systematisk arbeid for pasientsikkerhet vil føre til signifikant dokumentert forbedring av totaloverlevelse (HSMR) i det enkelte helseforetak. Grunnen til dette er at for mange foretak vil en forventet reduksjon i dødelighet være relativt liten med påfølgende stort konfidensintervall for endringen. Nasjonalt kan aggregerte tall gi mindre konfidensintervall for endringer slik at forbedringer kan dokumenteres som signifikante. En annen sannsynlig effekt av systematisk pasientsikkerhetsarbeid er at dette kan bidra til et mer pasientsentrert fokus i klinikken, noe som i seg selv vil være en ønsket utvikling.

Pasienttilfredshet

Erfaringer fra sykehus i andre land⁶ viser at pasientsentrerte helsetjenester gir bedre resultater innen PROMs ("patient related outcome measures"). NLSH HF har opplevd at foretaket som helhet fikk bekymringsfull lav score ved PasOpp undersøkelsen av kreftpasienter i 2010. Dette sammen med andre observasjoner og målinger (avviksmeldinger, tilsynssaker, NPE saker og andre enkeltklager) førte til at foretaket besluttet å etablere en egen sengepost for kreftpasienter og to nye palliative team. Også ved årets PasOpp undersøkelse kom deler av foretaket ut med lav score innen flere områder. Vi har med interesse lagt merke til at der hvor våre GTT resultater viser størst forbedring fra 2010 til høsten 2011 (Lofoten sykehus) er også PasOpp scoringen vesentlig bedre enn i resten av foretaket.

2. Hvilken type kompetansetjeneste er det snakk om?

Vi foreslår oppretting av en klinisk kompetansetjeneste som skal understøtte den nasjonale oppbyggingen av kompetanse på pasientsikkerhetsområdet. Tjenesten skal være en klinisk og derved HF basert støtte for både Enhet for pasientsikkerhet i Kunnskapssenteret og for pasientsikkerhetskampanjen "I Trygge Hender". Disse skal kunne gi oppdrag til og søke råd hos tjenesten i forhold til utvikling av tiltak og utprøving av nye modeller for bedring av pasientsikkerheten i kjernevirksomheten i helseforetakene. I tillegg til å bistå sentrale aktører som Kunnskapssenteret og kampanjen skal KTP først og fremst bistå de enkelte helseforetak.

³GTT er pasientsikkerhetskampanjens verktøy for å måle forekomst av pasientskader/uønskede hendelser under opphold på sykehus. Ref: 1: Classen DC, Lloyd RC, Provost L, Griffin FA, Resar R. Development and evaluation of the Institute for Healthcare Improvement Global Trigger Tool. Journal of Patient Safety. 2008 Sep;4(3):169-177
Ref 2:IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events;

<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/IHIGlobalTriggerToolforMeasuringAEs.aspx>

⁴ de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: A systematic review. Qual Saf Health Care 2008, Jun;17(3):216-23

⁵ For eksempel svikt i bruken av GTT metoden, svikt i randomisert seleksjon av journaler og svikt i journalføring

⁶ For eksempel fra Kaiser Permanentes sykehus i USA

KTP skal bemannes og driftes av klinisk aktivt helsepersonell i kombinasjonsstillinger. Dette vil innebære en ny måte å organisere arbeidet med pasientsikkerhet på. Tjenesten skal bistå i utvikling av nye praktiske metoder og klinisk tenkesett for å fremme pasientsikkerhetsarbeidet i kjernevirksomheten. Tjenesten skal tilføre merverdi og kompetanse, og derved bistå foretakene til å lage mest mulig vellykkede pasientsikkerhetsprosjekter. Tjenesten vil også kunne bidra til en viss standardiserende effekt ved overføring av kompetanse mellom foretakene. Det vil være kostnadseffektivt og kan både sikre gode resultater og forhindre unødvendige og uproduktive løsninger

Vi foreslår å etablere et kompetansesenter ved Nordlandssykehuset HF. Dette sykehuset har vedtatt en overordnet satsning på pasientsikkerhet (Vedlegg 1 styresaker vedrørende kvalitet og pasientsikkerhet ved NLSH HF). Foretaket er stort og variert nok⁷ til å kunne romme en slik tjeneste, samtidig som det er oversiktlig nok til å kunne engasjere bredt i en ytterligere satsning på pasientsikkerhet. Høyspesialiserte miljøer kan ofte bli fragmenterte, med et (for) snevert fokus på akkurat det de er flinke på. Det kan også være lettere å motivere mindre spesialiserte tjenester til nye faglige mål. NLSH HF er i tillegg et stort undervisningssykehus blant annet med komplett ansvar for både 5 og 6 års medisinerutdanning i samarbeid med Universitetet i Tromsø.

NLSH har god erfaring med å bruke klinikere i kombinasjonsstillinger i sitt arbeid med pasientsikkerhet⁸, og denne modellen vil videreføres inn i kompetansesenteret. Dette er etter vår erfaring en god modell som åpner for en tett kopling mellom klinisk arbeid og pasientsikkerhetsarbeid og er en av beveggrunnene for opprettelsen av en KTP.

Vi mener at det er behov for en KTP som skissert, men at behovet etter hvert som foretakenes pasientsikkerhetsarbeid utvikles og finner en endelig form, vil avta. Å organisere dette arbeidet som en kompetansetjeneste vil dermed være i tråd med intensjonen med at kompetansetjenester skal arbeide for å overflødiggjøre seg selv.

3. Hva er de viktigste aktivitetene for kompetansetjenesten?

Tjenesten skal utvikle og systematisere egne og andres erfaringer med implementeringen av ulike pasientsikkerhetstiltak. Gode lokale løsninger tilpasset det enkelte foretak er et mål, men samtidig med en viss standardisert funksjonalitet nasjonalt. Dette vil gjøre sammenlikning og overføring av modeller mellom foretakene enklere

Hovedmål

- Samle gode, formålstjenelige verktøy⁹ (herunder om implementering og kultur) på feltet og gjøre dem tilgjengelig for alle foretak.
- Systematisk dokumentere behov for kunnskap og kompetanse blant ledere og frontlinjepersonell.
- Bistå foretakene i utvikling og evaluering av egne pasientsikkerhetsverktøy.
- Drive egen forskning samt etablere nettverk og samarbeid med andre nasjonale og internasjonale forskningsmiljø på feltet.

⁷ NLSH HF består av sykehusene i Bodø, Gravdal og Stokmarknes, og har sentralsykehusfunksjoner for 210.000 personer. Foretaket har ca 3700 ansatte med den største virksomheten lokalisert til Bodø med 1800 ansatte.

⁸ Se også pkt 11

⁹ "Verktøy" er et vidt begrep som innbefatter konkrete verktøy, metoder, organisering, rutiner og ledelse av pasientsikkerhet

Delmål

Samle gode, formålstjenelige verktøy (herunder om implementering og kultur) på feltet og gjøre dem tilgjengelig for alle foretak.

- Etablere en database over verktøy og interessenter på ulike områder
- Abonnementstjeneste for nyheter ved bruk av sosiale media, nyhetsbrev
- Aktiv spredning av kunnskap ved hjelp av elektroniske nyhetsbrev og opptreden på sentrale kliniske nasjonale arenaer
- Arrangere felles møtearenaer, gjerne i forbindelse med større nasjonale faglige arrangement – (eks kirurgisk høstmøte osv.)
- Spre erfaringer om praktiske kommunikasjonsverktøy for publisering av pasientsikkerhetsresultat. (Tavlebruk, dashboard, nettbasert info osv.)
- Bidra til utvidet bruk av SPM modulen i SAS-GTT¹⁰ løsningen som datavarehus for pasientsikkerhetsdata
- Etablere og legge til rette for samarbeid med SKDE for å stimulere til bruk av relevante pasientdata fra kliniske kvalitetsregistre

Systematisk dokumentere behov for kunnskap og kompetanse blant ledere og frontlinjepersonell.

- Utvikling og spredning av enkle registrerings- og rapporteringsverktøy i allment tilgjengelige IT-verktøy, f. eks Excel, Extranet¹¹ etc.
- Utvikle kompetanseprogram for opplæring av klinikere på området.
- Utdanning: bidra til utvikling av modulkurs i praktisk pasientsikkerhetsarbeid og ta initiativ til utvikling av masterprogram ved en høyskole eller et universitet.
- Ledelse av og for pasientsikkerhet. Øke kompetansen for ledere/helsepersonell i metoder og verktøy i pasientsikkerhetsarbeidet.
- Utvikling av e-læringsprogram

Bistå foretakene i utvikling og evaluering av egne pasientsikkerhetsverktøy.

- Utprøving, analyse og evaluering av implementerings- og driftsmodeller for konkrete pasientsikkerhetstiltak
- Utprøving av pasientsikkerhetsprototyper, i egen eller andres organisasjon
- Organisering av klinisk pasientsikkerhetsarbeid
- Gjøre eksterne revisjoner av bruken av pasientsikkerhetsverktøy på foretaksnivå eller lavere
- Jevnlige besøk hos ulike foretak for å samle gode ideer, bistå med tips og veiledning.
- Bistå andre foretak med utvikling av enkle prosedyrer for revisjon av pasientsikkerhetstiltak.
- Lage praktiske modeller for evaluering/audit av pasientsikkerhetstiltak i noen foretak

Drive egen forskning samt etablere nettverk og samarbeid med andre nasjonale og internasjonale forskningsmiljø på feltet.

¹⁰ Pasientsikkerhetsgruppen ved NLSH HF har det kliniske ansvaret i Helse Nord RHF sitt prosjekt for å utvikle et elektronisk GTT verktøy i samarbeid med SAS Institute og basert på SAS datavarehus.

¹¹ Pasientsikkerhetskampanjens nasjonale database

- Initiere strukturerte forskningsprosjekt (PhD) både rettet mot leger og andre helseprofesjoner
- Initiere tverrfaglige og multisenterbaserte forskningsprosjekt.

De ulike aktivitetene og delmålene har ulik prioritering for implementering og oppstart. Dette beskrives i resultatmålene under punkt 10 i søknaden.

4. Hvordan er oppgavene tenkt ivaretatt overfor hele landet?

Kontakt med foretakene

Kompetansetjenesten skal knytte kontakter i alle de 24 helseforetakene, og ved behov bistå dem i pasientsikkerhetsarbeidet. Kontakten skal også være i form av tilbud om besøk ved foretaket. Det vises for øvrig til punkt 3 i søknaden

Spredning

Tjenesten skal (videre)utvikle verktøy for spredning av kunnskap om pasientsikkerhetsarbeid. Dette kan gjøres i form av nyhetsbrev, (abonnementstjenester på) sosiale medier, deltakelse på konferanser/kurs. Tjenesten skal lage en ”kunnskapsbank”, der eksempler på vellykkede løsninger skal gjøres tilgjengelig for andre. Tjenesten skal skape kontakt mellom foretak som kan ha nytte av hverandres erfaringer.

Forskning

KTP skal legge til rette for og initiere forskningsaktivitet hvor både leger og annet helsepersonell inviteres med. Publikasjoner skal publiseres i fagfellelevurderte tidsskrift. Forskningsaktiviteten skal som hovedprinsipp anlegges tverrfaglig og gjerne som multisenterstudier basert på relevante pasientsikkerhetsdata og -prosesser. Tjenesten skal knytte til seg adekvat veilederkompetanse fra nasjonale så vel som internasjonale institusjoner. KTP skal til enhver tid ha minst ett godkjent PhD prosjekt og skal utvikle minst ett nytt PhD prosjekt hvert 3 år. Forskningsvirksomheten skal som hovedregel finansieres ved konkurransebasert finansiering på samme måte som annen forskning i helsetjenesten.

Utdanning

Tjenesten skal som en del av sin virksomhet kartlegge behov for styrket kompetanse i foretakene. Behovet skal defineres så konkret som mulig. I samarbeid med andre aktører skal tjenesten utvikle utdanningsprogram på ulike nivå, som for eksempel e-læring, kurs, nettverk samt etter- og videreutdanning. Spesielt vil et masterprogram i pasientsikkerhet være et verdifullt tilskudd til helsetjenestens videreutdanningstilbud. NLSH HF har inngått intensjonsavtale med Universitetet i Nordland v/ rektor Pål Pedersen om et samarbeid om utvikling av et masterprogram i pasientsikkerhet gitt at et nasjonalt kompetansesenter for klinisk pasientsikkerhet blir lagt til foretaket.

Eksempler på andre naturlige samarbeidspartnere er fagorganisasjoner – spesielt Norsk sykepleierforbund og Den Norske Legeforening, nasjonale fagmiljø, høgskoler og universiteter, Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord RHF. I tillegg vil naturligvis Kunnskapscenteret ved Enhet for Pasientsikkerhet og Pasientsikkerhetskampanjen ”I Trygge Hender” være nære samarbeidspartnere og oppdragsgivere for KTP.

5. Hva er begrunnelsen for at en nasjonal kompetansetjeneste vil bedre tilbudet til pasientgruppen

Pasientsikkerhet har fått et økt fokus de senere årene, både nasjonalt og internasjonalt. Dette fokuset er også drevet eksternt, fra samfunn og media på bakgrunn av en økende erkjennelse av omfanget av uønskede hendelser i en tjeneste som har som hovedmål å lindre og helbrede. Utfordringene er imidlertid mange:

Mangel på tydelig definisjon og avgrensning.

Nasjonalt enhet for pasientsikkerhet definerer pasientsikkerhet som ”vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser, eller mangel på ytelser. Det omfatter:

- tiltak som reduserer risiko for skade påført personer av helsetjenesten
- prosesser for å overvåke og analysere helsetjenestens resultater
- tiltak for å identifisere nye risikoområder”

Dette er en vid definisjon, og mangelen på avgrensninger, særlig i forhold til annet kvalitets- og utviklingsarbeid er en utfordring på feltet

Stor og heterogen pasientgruppe

Pasientsikkerhetsarbeid retter seg i prinsippet mot alle pasienter. Likevel vet vi at det særlig er sårbare pasientgrupper, som multisyke, eldre og syke barn som i størst grad utsettes for pasientskader¹². Det er også i disse gruppene at skadene får størst konsekvenser. Beslutninger i førstelinjen (primærhelsetjenesten) påvirker i aller høyeste grad pasientsikkerheten. Vi har imidlertid ingen erfaring eller kompetanse med pasientsikkerhetsarbeid innen primærhelsetjenesten og både av denne grunn og på grunn av ansvarslinjer omfatter ikke forslaget til tjeneste et vesentlig engasjement i førstelinjen. Det forhindrer ikke at det som ledd i iverksetting av samhandlingsavtaler mellom kommuner og helseforetak kan bli naturlig å samarbeide om konkrete og relevante kliniske problemstillinger som har pasientsikkerhet som fremtredende fokus, for eksempel innen tjenesteavtale nr 4. Innen enkeltområder (for eksempel tiltak innen legemiddelsavstemming) vil pasienter i primærhelsetjenesten også være del av målgruppen. Kompetansetjenesten vil også kunne inkludere pasientgrupper som hittil ikke direkte berøres av kampanjen, f. eks barn. Dette er en viktig gruppe som er spesielt sårbare for skader, og der skadene kan bli alvorlige¹³. Det er grunn til å tro at fokuset på tiltaksområdene i kampanjen kan ha bidratt til at enkelte andre tiltaksområder har fått mindre oppmerksomhet, også i foretakenes forbedringsarbeid. KTP kan bidra til spredning av gode løsninger også for andre grupper enn de som er i nasjonalt søkelys.

Stor og heterogen gruppe av fag og fagfolk

Pasientsikkerhetsarbeid bør drives innenfor alle fagområder og i alle faggrupper i helsevesenet. Det omhandler utøvelsen av helsetjenester, men omfatter ikke bare det helsefaglige arbeidet til den enkelte helsearbeider. Tvert imot er fokus også på systemer og kultur som preger denne utøvelsen. Dette gjør at pasientsikkerhet ikke bare omhandler medisin og helsefag, men også fag som filosofi, sosiologi, organisasjonsteori, psykologi og ikke minst informasjonsteknologi. Spørsmål om kultur, informasjonsflyt, analyse, statistikk, ledelse og ikke minst IT. I en ny doktoravhandling fra Blekinge tekniske högskola¹⁴, understrekes feil i informasjonssystemene og dårlig kommunikasjon som en risiko for pasientsikkerheten. Kritikken fra kjernevirksomheten av helsetjenestens IT systemer i tillegg til

¹² <http://www.etikkom.no/no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Sarbare-grupper/>

¹³ Vincent C ”Patient Safety” – The vulnerability of the very young (68-71)

¹⁴ <http://www.kvalitetsmagasinet.se/nyheter/artikel.php?id=36695>

reservasjon mot nasjonale satsninger som både GTT analyser og Trygg Kirurgi sjekklisten kan tyde på at fagfolk distanserer seg både fra den nasjonale satsningen på pasientsikkerhet og fra det å ta personlig ansvar for at IT verktøy blir korrekt brukt. Dette er eksempler på at det ikke er lett å utvikle positive holdninger til pasientsikkerhetsarbeid og implementere nye praktiske tiltak som avdekker skader eller sikrer forsvarlige prosesser.

Stort antall, og ulikhet i verktøy og tilnæringsmetoder

Pasientsikkerhet omfatter en lang rekke tiltak, og nye kommer stadig til. Det gjøres mye nybrottsarbeid både nasjonalt og internasjonalt. I Norge koordineres arbeidet gjennom Enhet for pasientsikkerhet i Kunnskapssenteret, samt den nasjonale kampanjen. Det er valgt ut nasjonale tiltaksområder, som alle foretak skal implementere i sin virksomhet. For at et verktøy skal virke optimalt, er det imidlertid flere forhold som må være til stede:

- Problemområdet må være klart definert – hvilket problem ønsker man å løse?
- Verktøyet må passe til oppgaven man forsøker å løse. Eventuelt må nødvendige tilpasninger gjøres. Det bør helst ikke være konkurrerende verktøy i bruk for å løse samme oppgave
- Verktøyet må settes inn i en egnet lokal organisatorisk sammenheng.
- Det må finnes en grunnleggende forståelse av og legitimitet både for verktøyet, og for bruken av dette, spesielt i kjernevirksomheten.
- Verktøyet må brukes riktig, av alle involverte, hele tiden og anvendes over tid.
- Organisasjonen må evne og følge opp tiltaket, og helst evaluere om tiltaket har hatt ønsket effekt.

Hvorfor nasjonal kunnskapstjeneste?

Til tross for innsatsen, har arbeidet med å implementere pasientsikkerhetsarbeid i daglig drift i norske helseforetak ikke vært uproblematisk. En av grunnene til dette er en manglende operasjonalisering av hvordan oppgavene best kan løses i praksis. En annen grunn er for svak ledelsesforankring. Til tross for en nasjonal styring av innsatsområder, ser vi at det innen foretakene fremdeles drives intern metodeutvikling der det allerede finnes gode modeller. Dette medfører tidvis frustrasjon, dårlig ressursutnyttelse og kan avstedkomme unødvendig variasjon i resultatene. En sentral klinisk basert enhet som kan tilrettelegge og samle gode, praktiske løsninger og jobbe for å spre dem til andre foretak kan således være nyttig i et nasjonalt perspektiv.

NLSH var tidlig ute med å fokusere på pasientsikkerhet. Sommeren 2010 besluttet HF styret en overordnet satsning på bedret kvalitet og pasientsikkerhet. Arbeidet koordineres av direktørene personlig, som også har hatt avsatt egne personalressurser til arbeidet og derved bygget opp en kompetanse på foretaksnivå. Som følge av denne satsningen har vi i noen grad blitt bruk som ressurs av andre foretak, f. eks i forhold til praktisk organisering og analyse av GTT målingene. Vi erfarer at det er et behov for nasjonal koordinering av kliniske modeller og kompetanse også på foretaksnivå. Det kan argumenteres for at dette er en ”bottom- up” tilnærming hvor klinisk erfaring med pasientsikkerhetsarbeid trekkes aktivt inn i nasjonal spredning av kunnskap og modeller. NLSH er blant annet inspirert av pasientsikkerhetsarbeidet ved Hillerød hospital i Danmark. NLSH HF har overført konkrete tiltak for hvordan man bygger opp, organiserer og følger konkrete tiltak i kjernevirksomheten, for eksempel program for å unngå CVK infeksjoner og for å forhindre urinveisinfeksjoner.

Direktørene ved NLSH HF har også utviklet pasientsikkerhetsvisitter som ledelsesverktøy som pilot i pasientsikkerhetskampanjen. Dette verktøyet er nå regelmessig i bruk i foretaket.

Erfaringer fra ledelse av og for pasientsikkerhet vil bli brukt i utviklingen av KTPs strategi og leveranser.

Ved å følge opp og samle inn kunnskap om de praktiske implementeringsprosessene ved pasientsikkerhetstiltak, kan man finne lokale verktøy som kan spres videre. Man kan også avdekke systematiske mangler på grunnleggende kompetanse. Det tas i alt for mange sammenhenger for gitt at helsearbeidere også skal være kompetente innen kvalitetsarbeid, organisasjonsteori, organisasjonspsykologi og ikke minst IKT.

6. Hva er kunnskapsgrunnlaget i forhold til nytten av å opprette en nasjonal kompetansetjeneste

Vi har ikke klart å finne evidensbasert dokumentasjon på at nasjonale kompetansesentre gir helsegevinst verken nasjonalt eller internasjonalt. Likevel har mange land valgt en nasjonal forankring, selv om form og innhold varierer mye.

Vi vet at det å nå målene for den nasjonale kampanjen vil kreve store anstrengelser fra foretakene. De utvalgte innsatsområdene er store og mange og skal gjennomføres innen relativt korte tidsfrister. Samtidig skal foretakene også ivareta sine kjerneoppgaver og holde driften innenfor økonomiske rammer. Vi ser en nasjonal klinisk kompetansetjeneste forankret i kjernevirksomheten som et viktig supplement for den nasjonale kampanjen som ledes og springer ut fra Kunnskapssenteret. At kampanjen forlenges i flere år er også et tegn på at nybrottsarbeidet tar tid og at det kan være nyttig med en HF forankret kompetansetjeneste.

7. Hva omfattes ikke av tjenesten: Gi en beskrivelse av grenseoppgang mot annen virksomhet og evt. gråsoner

En viktig grenseoppgang er mot de to organene som allerede jobber med pasientsikkerhet på nasjonalt nivå, Nasjonal enhet for pasientsikkerhet og den Nasjonale pasientsikkerhetskampanjen, "I trygge hender". KPT skal ikke være en konkurrent til, men et supplement og en forlengelse av disse. Arbeidsområdene kan synes overlappende, men KPT vil ha fokus på pasientsikkerhetsarbeidet **slik det framstår i praksisfeltet**, en "bottom-up" tilnærming. Tjenesten vil kunne sikre en praktisk og klinisk forankring basert på reelle erfaringer fra daglig drift av sykehus, noe som også kan gi et godt utgangspunkt for å se på tiltak i forhold til overgangsproblematiske (f. eks mellom foretak og primærhelsetjeneste).

Mens enheten og kampanjen har fokus på resultater (hva), vil kompetansetjenesten være opptatt av prosessene og systemene som gir resultatene på lavest mulig nivå (hvordan). Kompetansetjenesten vil kunne framstå som et laboratorium og en "koordinerende enhet" for foretakenes arbeid med å implementere nasjonale myndighetskrav på pasientsikkerhetsområdet, og etter hvert kunne bistå i praktisk tilrettelegging av eventuelt nye tiltak på nasjonalt nivå.

Enhet for pasientsikkerhet jobber særlig med kvalitetsindikatorer, faglige anbefalinger, retningslinjer og metodeutvikling. Nasjonal kompetansetjeneste vil i forlengelsen av dette ha fokus på hvordan og på hvilken måte disse blir implementert på foretaksnivå og under.

Enheten skal også ”støtte opp om helsetjenestens arbeid med å registrere, analysere, lære av og forebygge feil og utilsiktede hendelser¹⁵”. KTPs oppgave vil være og aktivt samarbeide med det enkelte foretak for å kartlegge eksempler på gode prosesser og suksess- og risikofaktorer med overføringsverdi til andre foretak. Tjenestens viktigste ressurs er at den bemannes av helsepersonell ansatt i kombinasjonsstillinger. Dette er en modell som nå også benyttes i Kunnskapssenterets bemanning av den nye meldetjenesten.

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen har tre hovedmål; redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Dette skal gjøres ved å innføre obligatoriske tiltak ved alle sykehus på områder som er spesielt utsatt for skade. Dette har vært gjort bl.a. ved å organisere pilotprosjekter i noen foretak.

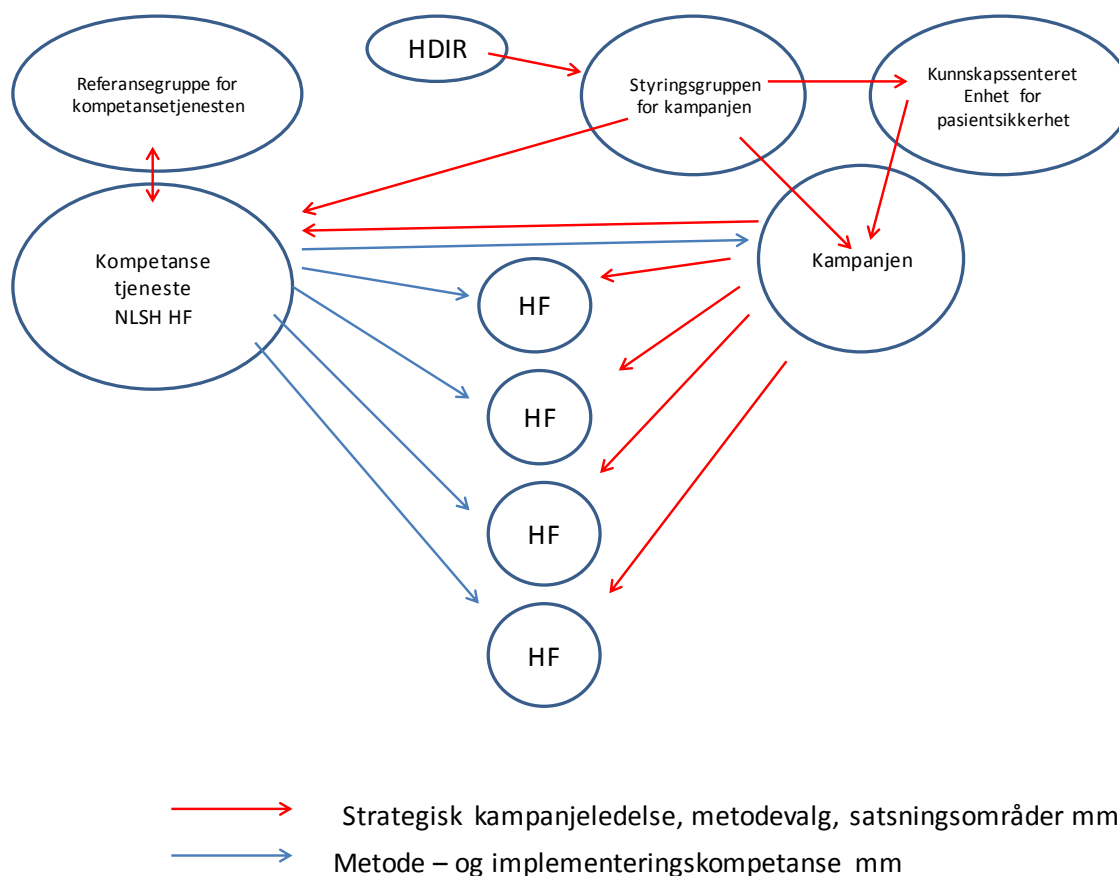
Igjen vil KPT ha et komplementært fokus. Mens kampanjen har fokus på resultater, vil KPT fokusere på kvalitetssikring av de prosessene resultatene skal oppnås gjennom. Tjenesten vil kunne samle kunnskap og erfaring om hvordan disse tiltakene blir organisert inn i klinisk virksomheten i det enkelte foretak. Bruker man innføring av GTT som eksempel, vil KPT være interessert i å kartlegge ulike modeller for organisering av teamene, hvordan og hvilke medlemmer som velges ut¹⁶, rammevilkår for arbeidet, hvilken oppfølging de får og hvordan resultatene knyttes til foretakets forbedringsarbeid. KPT vil også kunne innhente kunnskap om tiltak som ikke inngår i kampanjen pr i dag.

Kompetansetjenesten skal ikke:

- Gi strategiske føringer i pasientsikkerhetskampanjen. Satsningsområder og sentrale aktører (faglige referansegrupper med mer) skal defineres av kampanjen anført av styringsgruppen.
- KTP skal heller ikke gi føringer for nasjonale valg av metoder eller definere resultatmål for verken kampanje eller andre HF.
- KTP skal ikke legge føringer/instruere RHF/HF i hvordan de skal organisere/gjennomføre sitt arbeid med pasientsikkerhet men skal være rådgiver, inspirator og i den utstrekning det er ønskelig være mentor for engasjerte HF/avdelinger/personell.
- KTP skal legge til rette for og bistå foretakene og sentrale myndigheter i arbeidet med å analysere og beskrive tilgjengelige data innenfor pasientsikkerhet, men skal ikke på egen hånd publisere/offentliggjøre nasjonale resultater eller resultat fra andre foretak.

¹⁵ Nasjonal helseplan 2007 – 2010

¹⁶ Vår erfaring er for eksempel at LIS leger er lettest til å få engasjert i GTT arbeid, men det fører til større gjennomtrekk og mindre stabilitet i teamene. For å sikre kvalitativt god bruk av GTT verktøyet vil derfor stabilitetsperspektiv bli anbefalt som et tungveieende argument for seleksjon av leger til GTT team.



Figur 1. Skisse av organisasjonsmodell for samvirke mellom en nasjonal kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet, Enhet for pasientsikkerhet i Kunnskapssenteret og den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen "I Trygge Hender"

8. Vil kompetansetjenesten gjøre bruk av eller samarbeide med utenlandske institusjoner

NLSH HF er allerede i ferd med å etablere formelle samarbeidsrelasjoner med flere internasjonale miljøer for å styrke vårt eget pasientsikkerhetsarbeid.

Vårt foretaksstyre har vært på hospitering/to dagers studietur til Qulturum i Jönköping. Dette besøket var ledd i styrets opplæringsprogram innen pasientsikkerhet og kvalitet. Vi har nå fått imøtekommende aksept fra Utviklingsdirektør Gøran Henriks for et nærmere samarbeid mellom Qulturum og NLSH HF innen pasientsikkerhet, spesielt med fokus på kulturarbeid.

Vi ønsker videre å knytte til oss overlege PhD Christian von Plessen ved Hillerød Hospital i Danmark som rådgiver. Han er godt kjent i Norge og fikk i 2010 kvalitetsprisen i Helse Vest. Han er sekretariatsleder for innføringen av kliniske tiltakspakker på Hillerød.

Vi har blitt enige med James Orlikoff, fra Orlikoff & Associates om at han skal bistå oss som rådgiver innen utvikling av modeller for ledelse med fokus på kvalitet og pasientsikkerhet. James Orlikoff vil være kjent for mange som en toneangivende aktør innen ledelse og pasientsikkerhet i USA. Han har skrevet et antall bøker og er brukt som inspirator og foredragsholder i mange land, blant annet ved den nasjonale pasientsikkerhetskongressen i Bodø i 2011.

NLSH følger selvfølgelig også IHIs arbeid med interesse. Det vil være naturlig å benytte utvalgte kurs og konferanser herfra. Vi skal i 2012 ha to deltakere på kurset Patient Safety Executive Development Program.

I tillegg har NLSH en søker til videreutdanning i ”Patientsäkerhet, teori og praktikk” ved KTH Stockholm (15 studiepoeng)¹⁷.

9. Er det dokumentert:

- a) Behov for oppbygging og spredning av kompetanse innen området?
- b) At området bør sentraliseres av hensyn til kvalitet og kostnadseffektivitet?
- c) At sentralisering av tjenesten vil bidra til å utvikle og heve kvaliteten i en helhetlig behandlingsskjede innenfor en rimelig tidshorisont? Jf. [HODs veileder](#) § 4-5.

- A) Behovet for oppbygging og spredning av kompetanse på området ”Pasientsikkerhet” er nasjonalt anerkjent og har høy prioritet. Opprettelsen av enhet for pasientsikkerhet i kunnskapssenteret og den nasjonale kampanjen er begge eksempler på tiltak for å møte dette behovet på nasjonalt nivå. Vi har sett – og erfart – at til tross for de nevnte organer har det vist seg vanskelig å få til gode vedvarende løsninger.
- B) I lys av den nasjonale kampanjen, er alle foretakene i gang med innføring av standardiserte verktøy som GTT og Trygg kirurgi sjekklista. Samtidig vil det være stor variasjon mellom foretakene i forhold til hvordan man implementerer disse, og hvordan man følger opp nødvendig kulturarbeid. Ved siden av at utviklingsarbeid krever mye ressurser i det enkelte foretak, øker man også risikoen for at systematiske feil ikke oppdages. Vi vet bl.a. at en forutsetning for at trygg kirurgi sjekklista virker som skadeforebyggende tiltak, er at den blir brukt slik den var ment å brukes¹⁸. Likevel er det allment kjent i fagmiljøene at variasjon i bruken er stor. GTT tallene har også fått mye kritikk fra helsemiljøene etter offentliggjøring, hovedsaklig pga metodiske betenkeligheter. Vi ser for oss at en nasjonal tjeneste som kan samle kunnskap om foretakenes arbeid, bistå i arbeidet, og forhindre dobbeltarbeid vil kunne være både kostnadseffektivt og øke kvaliteten. Om dette også fører til en viss nasjonal standardisering av tiltakene, må det sees på som en velkommen bieffekt.
- C) Det har de senere årene vært et stort fokus på pasientsikkerhet, og behov for systematisk arbeid med dette. I Norge ble 2010 et år preget av flere sykehuskandaler, og spesialisthelsetjenesten fremsto med svekket omdømme. I etterkant har kravene til foretakenes arbeid med pasientsikkerhet gått fra implisitte forventninger til eksplisitte krav. Som følge av dette utvikles nå konkrete tiltak, verktøy, modeller for implementering av tiltakspakker og nye registreringsmodeller. Med tiden vil pasientsikkerhetsarbeidet finne sin form og sitt innhold i foretakene. Behovet for en nasjonal koordinering vil da være betydelig mindre. Pr i dag gjøres det likevel mye nybrottsarbeid med personale som inntil videre er relativt uerfarne innen feltet.

¹⁷ <http://www.lj.se/qulturum>

¹⁸ <http://www.safesurg.org/how-not-to.html>

10. Hvilke resultatmål skal etableres for tjenesten? Jf. HODs veileder § 4.6, som skisserer oppgavene som tjenesten skal ivareta, samt behov for resultatmål

Der den nasjonale pasientsikkerhetskampanjens mål er reduksjon i antall pasientskader nasjonalt, vil KTP ha sine resultatmål knyttet opp mot kvalitetssikring og spredning av pasientsikkerhetsverktøy, samt kunnskap status på nasjonalt nivå. God kjennskap til pasientsikkerhet, til ulike verktøy, samt tilgang til resultatmålinger og adekvat analyseverktøy er en forutsetning for å følge opp resultatmål på en tilfredsstillende måte. For å gi en helhetlig framstilling gjentas her hovedmålene for tjenesten sammen med resultatmålene.

Hovedmål

1. Samle gode, formålstjenelige verktøy¹⁹ (herunder om implementering og kultur) på feltet og gjøre dem tilgjengelig for alle foretak.
2. Systematisk dokumentere behov for kunnskap og kompetanse blant ledere og frontlinjepersonell
3. Bistå foretakene i utvikling og evaluering av egne pasientsikkerhetsverktøy.
4. Drive egen forskning samt etablere nettverk og samarbeid med andre nasjonale og internasjonale forskningsmiljø på feltet

Resultatmål / Opptrappingsplan (hovedmål i klammer)

1. Driftsår	Utvikle arbeidsmetodikk for kompetansetjenesten. (1,2,3,4) Opprette en database over verktøy og metoder, som er tilgjengelig for foretakene.(1) Opprette kontakt med alle foretak. (1,2,3) Utvikle samarbeidsmodeller med prioriterte samarbeidspartnere nasjonalt og internasjonalt. (4) Starte arbeid med spredning av kunnskap om metoder og verktøy. (1)
2. Driftsår	Evaluerings av databasen, særlig med vekt på relevans, format og tilgjengelighet.(1) Utarbeide en mal for et kompetanseprogram for vanlige ansatte i pasientsikkerhetsarbeid. (2) Komme i gang med evaluering/audit av pasientsikkerhetstiltak i noen foretak.(3) Oppstart av første PhD prosjekt. (4)
3. Driftsår	Ferdigstille mal for kompetanseprogram for ledere.(2) Utarbeide en rapport om behovet for kompetanse på ”gulvplanet” med vekt på å øke kvalitet og effektivitet i pasientsikkerhetsarbeidet.(2) Revisjon av egen driftsmodell og metodikk. (1,2,3,4) Gjøre evaluering/audit av pasientsikkerhetstiltak i minimum 6 foretak.(3)
4. Driftsår	Publisere e-læringsprogrammer.(2) Følge opp igangsatte tiltak.
5. Driftsår	Ny evaluering av databasen.(1) Utarbeide en foreløpig rapport om kvalitet og effektivitet i pasientsikkerhetsarbeidet, basert på de revisjoner som er gjort. (2,4)

¹⁹ ”Verktøy” er et vidt begrep som innbefatter konkrete verktøy, metoder, organisering, rutiner og ledelse av pasientsikkerhet

11. Gi en beskrivelse av miljøets kompetanse i forhold til oppgavene som skal ivaretas som kompetansesenter. Gjør rede for hvordan kompetansen er tenkt vedlikeholdt i årene framover

Beskrivelse av fagmiljø og ressurstilgang

Nedenfor følger en gjennomgang av den kompetansen vi mener danner grunnlaget for at NLSH HF kan ivareta videre oppbygging og utvikling av en nasjonal kompetansetjeneste. Både avdelinger, seksjoner og enkeltpersoner nevnes i denne oversikten.

Seksjon for Pasientsikkerhet (Pasientsikkerhetsgruppen)

Nordlandssykehuset har siden sommeren 2010 arbeidet systematisk med pasientsikkerhet innen flere områder. Arbeidet er tungt forankret både i styret²⁰ og foretaksledelse²¹, og det er etablert en egen Pasientsikkerhetsgruppe som operasjonaliserer arbeidet. Viseadministrerende direktør arbeider tett sammen med gruppen i ukentlige oppfølgingsmøter. Gruppens medlemmer (sykepleier, leger, fysioterapeut) er engasjert i pasientsikkerhetsarbeidet i kombinasjonsstillinger (20-50 %) og de har sitt hovedvirke i kjernevirksomheten (anestesi, pediatri, psykiatri, kirurgi). Gruppen er nå etablert som en seksjon i Avdeling for forskning og pasientsikkerhet med ansvar for pasientsikkerhet og ”pasientnær” kvalitet²². Gruppens leder er foretakets kontaktperson for den nasjonale kampanjen. Medlemmene i gruppen har gjennomført et omfattende arbeid med igangsetting av GTT analyser (de gjennomgikk 1680 journaler for 2010) og har gitt opplæring til foretakets 7 permanente GTT team. De har forelest og veiledet om GTT metoden nasjonalt (HSØ ledersamling, HUS, Bergen) samt gitt regional bistand. Gruppen har videre oppfølgingsansvar for riktig bruk av Trygg Kirurgi sjekklisten. Andre oppgaver gruppen har ivaretatt eller vært sentrale i omfatter:

- Utviklet elektronisk registrerings løsning for GTT teamene via Galxy Tab.
- Dødelighetsanalyse i foretaket (2010) ved bruk av ”3x2 matrix tool”
- Forskningsprosjekt på desentralisert innføring av GTT
- Utredning av ny og utvidet ordning for brukervedvirkning ved NLSH
- Utvikling og gjennomføring av opplæringsprogram innen pasientsikkerhet for styret ved NLSH
- Utvikling av avdelings/seksjonsspesifikke kvalitetsindikatorer i klinikken
- Utvikling og innføring av tiltakspakker i klinikken (care bundles)²³ basert på GTT funn
- Laget retningslinje for hvordan foretaksovergrepene fagprosedyrer skal utvikles
- Utviklet og driftsansvar for foretakets pasientsikkerhet og kvalitets barometer
- Intern revisjon av foretakets faglige prosedyrebibliotek
- Utvikling av ny overordnet strategi for kvalitet og pasientsikkerhet ved NLSH
- Utvikling av elektronisk GTT analyse via SAS datavarehus (regionalt prosjekt i samarbeid med SAS Institute).
- Utvikling og implementering av et felles datavarehus for pasientsikkerhet ved bruk av SPM modulen i SAS datavarehus

²⁰ Følgende Styresaker omhandler foretakets satsning på kvalitet og pasientsikkerhet: 42/210,

55/2010, 79/2010, 80/2010, 3/2011, 5/2011, 18/2011, 25/2011, 28/2011, 51/2011, 57/2011 og 58/2011, se vedlegg

²¹ Viseadministrerende direktør (linjeleder for foretakets pasientbehandling) har ansvar for foretakets satsning på kvalitet og pasientsikkerhet

²² Med pasientnær kvalitet forstås den del av kvalitetsarbeidet som er knyttet til kvalitetsregistre, måling av behandlingsepunkt, PROM etc. Området omfatter ikke ansvar for det overordnede kvalitetssystemet eller internkontrollen.

²³ Program for: Reduksjon av urinvegsinfeksjoner, reduksjon CVK infeksjoner, reduksjon av blødning etter vaginal forløsning, reduksjon i transfusjonsbehov etter hofteprotesekirurgi,

- Søknad om nasjonalt kompetansesenter for klinisk pasientsikkerhet.

Organiseringen av pasientsikkerhetsgruppen ved NLSH HF har etter foretakets oppfatning vært vellykket. Gruppen har vært produktiv i forhold til ressurstilgangen. Også internasjonalt (for eksempel hos Kaiser Permanentes Medical division i USA) er lignende organisering med bruk av klinisk aktivt personell i kombinasjonsstillinger brukt med suksess. Gevinsten med klinikere i kombinasjonsstillinger i forhold til å etablere enheter med ansatte i 100 % stillinger er blant annet at gruppens arbeid lettere oppnår legitimitet i kjernevirksomheten. Gruppen har tilnærmet seg oppgavene i kjernevirksomheten på en konstruktiv måte. Ikke minst har de lyktes gruppen med å bruke klinikkens språk istedenfor en tradisjonell kvalitetssjargong som ofte virker både fremmedgjørende og tidvis støtende i kliniske miljø.

Vi planlegger nå å styrke pasientsikkerhetsgruppen med kompetanse innen prosessforbedring og organisasjonsutvikling (også kun kombinasjonsstillinger) for å få best mulig støtte for de omstillingsprosessene som pasientsikkerhetsarbeidet fører til (innføring av "care bundles", etablering av daglige kvalitetsarenaer i avdelingene/seksjoner/enheter med mer).

Avdeling for Kvalitetssystemer, IKT og prosesstøtte

Dette er foretakets stabsavdeling med ansvar for blant annet prosedyrebibliotek og avvikssystem²⁴. Avdelingen samarbeider med pasientsikkerhetsgruppen i utvikling av lokale IT løsninger for registrering av pasientsikkerhetsdata. I tillegg samarbeides det om internrevisjon av foretakets prosedyrebibliotek og internkontrollsystem.

Seksjon for kunnskapsbygging

Seksjon for kunnskapsbygging ved Nordlandssykehuset HF har primært ansvar for kompetanseutvikling/opplæringsaktivitet for ansatte i sykehuset. Seksjonen har:

- kompetanse på utvikling og iverksetting av utdanningsprogram, kurs/konferanser og fagplaner. I dette arbeidet samarbeider vi med klinikken og våre nettverk nasjonalt og internasjonalt.
- fokus på utvikling av ny teknologi og har kompetanse på det siste innenfor læring samt utvikling av læringsportaler innen e-læring.
- egne ansatte med erfaringskompetanse og har over mange år ervervet kunnskap om brukermedvirkning.
- kompetanse innen prosjektledelse som har vært et satsningsområde i NLSH HF, og har både erfaringskompetanse fra både lokale og regionale prosjekter
- ansatte psykoterapiveiledere, og har både individ og gruppekompetanse
- kompetanse på design og utforming av informasjonsmateriale
- i en årrekke, som eneste sykehus i Norge samarbeidet om utvikling av kompetanse i EU- nettverket ENTER.
- kompetanse på å etablere og utvikle fagnettverk.

Sykehusapoteket Nord HF

NLSH HF har et prosjektsamarbeid om legemiddellavstemning/legemiddelbruk i en kirurgisk sengepost med den lokale avdelingen av sykehusapoteket. Overordnet mål med prosjektet er å øke pasientsikkerheten på kirurgisk enhet A6 ved at klinisk farmasøyt kvalitetssikrer inneliggende pasienters legemiddelbehandling. Effektene ved bruk av farmasøyt i enheten

²⁴ Foretaket bruker it systemet Docmap til disse funksjonene

skal evalueres, og resultatene skal ved prosjektets slutt presenteres i en rapport, og gi grunnlag for vurdering av eventuell videre bruk av farmasøyt på enheten

Enkelpersoner

Torunn Alveng, spesialist i psykiatri, ny medlem i fagrådet for pasientsikkerhetskampanjen, (Klinikkoverlege i psykiatri/klinikkssjef fra 2002-2011 og fra september 2012)

Tonje Elisabeth Hansen, LIS lege i pediatri, PhD stipendiat med forskningsprosjekt innen allergologi (Leder av pasientsikkerhetsgruppen)

Birger Hveding spesialsykepleier i psykiatri og anestesi, (pasientsikkerhetsgruppen)

Astrid Jacobsen, sykepleier, (leder foretakets fagavdeling og seksjon for kunnskapsbygging)

Kjersti Mevik, LIS lege i generell kirurgi (pasientsikkerhetsgruppen)

Hilde Elisabeth Normann, fysioterapeut, leder for aktivitetsetheten i psykisk helse og rusklinikken (pasientsikkerhetsgruppen)

Mona Stedenfeldt (fra medio september), fysioterapeut, MSc, PhD stipendiat, leder for nasjonalt kompetansesenter for Inkontinens og Bekkenbunnssykdom på UNN, (Begynner som avdelingsleder for avdeling for forskning og pasientsikkerhet ved NLSH HF i september 2012)

Paul Martin Strand, siviløkonom, hovedansvarlig for utvikling av pasientsikkerhetsvisitter ved NLSH HF (administrerende direktør i HF)

Lars Strauman, lege, siviløkonom, (arbeider med prosessforbedring, organisasjonsutvikling og lederopplæring i foretakets OU seksjon).

Barthold Vonen, spesialist i generell og gastroenterologisk kirurgi, professor i kirurgi, UiT, medlem i fagrådet for pasientsikkerhetskampanjen, (viseadministrerende direktør NLSH HF).

Vedlikehold av kompetansen

Nordlandssykehusets satsning på kvalitet og pasientsikkerhet har sin bakgrunn i en omfattende mediasak sommeren 2010, med kritiske presseoppslag mot kirurgisk praksis i foretaket. Konsekvensene var blant annet skifte av foretaksledelse og klinikkledelse i kirurgi. Som omtalt ovenfor førte dette blant annet til et styrevedtak som innebar en omfattende satsning på pasientsikkerhet og kvalitet. Denne satsningen utvides gradvis, jf. oversikt over styresaker om temaet. Så lenge foretaksstyret ikke aktivt vedtar at det ikke skal satses slik vil vi både beholde og videreutvikle vår kompetanse innen feltet. Spesielt vil vi understreke at vår satsning er en praktisk satsning på konkrete prosess- og pasientrettede tiltak hvor kompetansen utvikles fortløpende gjennom erfaring. I tillegg er det en aktiv satsning innen videreutdanning og kursing av engasjert personell.

12. Nasjonale tjenester skal opprette referansegruppe blant annet med representanter fra alle regionale helseforetak, se dokumentet *Mandat og sammensetning av referansegruppene*. Er det spesielle momenter som må vektlegges ved sammensetning av gruppen?²⁵

På grunn av oppgavens kompleksitet, bør det vurderes å etablere en innovativ referansegruppe som kan bidra i kompetansesenterets utviklingsarbeid, og som kan øke integreringen av ny og nødvendig kunnskap om kulturarbeid og organisering i tjenesten.

- Representanter fra alle regionale helseforetak

²⁵ Eksempelvis i forhold til type spesialiteter som bør være representert, behov for brukerrepresentasjon o.a.

- Kompetent representasjon fra klinisk virksomhet
- Brukermedvirkning
- Kompetanse på kulturarbeid og kulturendring
- Kompetanse på organisasjoner og organisasjonsendring
- Pedagogisk kompetanse

13. Hvilke ressurser, inkludert infrastruktur, øremerkes for den nasjonale kompetansetjenesten. Gjør rede for utfordringer knyttet til ressurstilgang. Hvordan er utfordringene tenkt løst?

For infrastruktur viser vi til ressursene som er angitt under punkt 11. Foretaket vil stille disse ressursene til rådighet på samme måte som for vår satsning på feltet i dag. Vi vil videre øremerke ca 2 mill per år for kompetansetjenesten. Dette omfatter en 50 % øking i forhold til dagens satsning på pasientsikkerhet i foretaket. En nasjonal tjeneste slik som beskrevet må etter vår vurdering bygges opp med en ramme på ca 6 mill. Ved tildeling av nasjonal kompetansetjeneste forventer vi et statlig bidrag på 2 mill. Da gjenstår et nødvendig bidrag fra RHF med 2 mill.

Siden mye av virksomheten vil være knyttet til arbeid ved NLSH vil hovedutfordringen bli å rekruttere tilstrekkelig interessert og kompetent personell. Vi vurderer risikoen til ikke å lykkes med rekruttering som liten fordi vi opplever en økt pågang av interessert personell fra kjernevirksomheten til vårt arbeid med pasientsikkerhet.

14. Er det andre momenter som bør trekkes fram, som det ikke er spurt om ellers i skjemaet

NLSH har lagt stor vekt på nærhet til klinisk praksis i arbeidet. Vi har satt sammen et miljø bestående av personale med særlig interesse for temaet, fra ulike faggrupper, på ulike nivå i organisasjonen både horisontalt og vertikalt. Den underliggende premiss har vært at det er i klinikken man skal finne både problemforståelsen og de gode løsningene, men også fordi plassering av kvalitetsarbeid i stabsfunksjoner lett fører til at klinikere ikke opplever eller tar ansvar for pasientsikkerheten.

Vi legger ved en samling styresaker som omhandler kvalitet og pasientsikkerhet samt en rekke interne dokumenter som illustrerer vår stasning og våre resultater innen forbedring av pasientsikkerheten i foretaket. Disse dokumentene omfatter:

- Prosedyrer Trygg Kirurgi
- Prosedyrer GTT
- Dashbord for kvalitet og pasientsikkerhet NLSH HF
- Opplæringsprogram for Styret i Pasientsikkerhet
- Manual for Pasientsikkerhetsvisitter
- Rapport GTT 2. halvår 2011
- Rapport dødelighetsanalyse m/3x2 matrix tool

15. Oppgi inntil 10 vitenskapelige publikasjoner de siste 5 år som har utgått fra personer i det fagmiljøet som søker, og som er relevante i forhold til den tjeneste som søkes. Listen skal inkludere publikasjonens PubMed-nummer.

Pasientsikkerhetsarbeidet ved NLSH startet med styrevedtak i september 2010. Hittil har arbeidet vært fokusert på å berede grunnen for en langsiktig satsning og oppbygging av kompetanse i foretaket. Først sist vinter så vi oss i stand til å starte vitenskapelig arbeid. Vi har nå under utarbeidelse en PhD protokoll og håper at den vitenskapelige aktiviteten vil øke det kommende året.

Således har vi kun ett kongressinnlegg på vår publikasjonsliste relevant for pasientsikkerhet. Relevante CV og publikasjonslister for de sentrale deltakerne i arbeide kommer som eget vedlegg.

1. Implementation of Global Trigger Tool at a medium size hospital in Norway. Kjersti Mevik, Tonje Hansen, Hilde Normann, Birger Hveding, Barthold Vonen, Nordlandssykehuset, Norway. Abstract 2nd Nordic Conference on Research in Patient Safety and Quality in Healthcare, 2012
http://www.dtu.dk/upload/sites/www.nsqh.org/conference2012/nsqh2012_book_of_abstracts_isbn_978-87-92706-43-0.pdf

16. Vedlegg

PDF fil: Vedlegg søknad om kompetansetjeneste pasientsikkerhet.pdf

Vedlegg 1: s 1-72	Styresaker om kvalitet og pasientsikkerhet NLSH fra sept 2010
Vedlegg 2: s 73-85	CV for pasientsikkerhetsgruppen m. fl.
Vedlegg 3: s 86-97	Styreopplæringsprogram NLSH HF
Vedlegg 4: s 98-108	Trygg Kirurgi, rapport over innføring samt DocMap prosedyre
Vedlegg 5: s 109-131	Årsrapport GTT 2011
Vedlegg 6: s 132-140	Dashbord for pasientsikkerhet NLSH HF
Vedlegg 7: s 141-154	Mortalitetsanalyse (3x2 matrix) NLSH 2010
Vedlegg 8: s 155-161	Brukermedvirkningsprinsipper NLSH HF