



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIHPPJVIESSO



Adm. dir. Paul M. Strand og viseadm/medisinsk dir. Barthold Vonen

PASIENTSIKKERHETSVISITTER VED NORDLANDSSYKEHUSET HF

RAPPORT OG EVALUERING PR. 09.08.2011

1. Utgangspunktet for pasientsikkerhetsvisittene.

Pasientsikkerhetsvisitter er ikke brukt i Norge før Nordlandssykehuset startet sitt arbeid og tiltaket er derfor utformet i nært samarbeid med Kunnskapssenteret. Som ledd i den nasjonale Pasientsikkerhetskampanjen har Nordlandssykehuset inngått avtale med sekretariatet i den nasjonale kampanjen om å være pilotprosjekt for området Pasientsikkerhetsvisitter. Ideen med pasientsikkerhetsvisitter er utviklet av anestesilege Dr. Allan Frankel fra Boston i USA.

Pasientsikkerhetsvisitter ble innført høsten 2010 som et systematisk verktøy for å synliggjøre og løfte fokuset på pasientsikkerhet i organisasjonen. Flere tiltak er iverksatt for å forbedre pasientsikkerheten i helseforetaket og det overordnede målet med alle tiltakene er å redusere antall pasientskader og dødsfall som kunne vært unngått i sykehusene. Gjennom pasientsikkerhetsvisittene ønsker derfor direktøren i helseforetaket å møte de som arbeider nært pasienten for å få innspill til forbedringstiltak fra dem som er nærmest pasientene i det daglige. Dette er bakgrunnen for innføring av pasientsikkerhetsvisitter.

Ved å gjennomføre pasientsikkerhetsvisitter på avdelinger og sengeposter i sykehus, tilrettelegger tiltaket for dialog mellom toppledelse og helsepersonell. Vesentlig informasjon og viktige problemstillinger fra visittene skal meldes tilbake til foretaksstyret. Ved at topplederne forplikter seg til å gjennomføre regelmessige visitter, kan en få en felles forståelse for sikkerhetsutfordringer i virksomheten. En slik felles forståelse danner grunnlaget for en god pasientsikkerhetskultur.

Å gjennomføre pasientsikkerhetsvisitter krever nøye planlegging og forberedelse for å sikre at aktuelle temaer og hensyn noteres, følges opp i tiltak og at resultater loggføres.

1.1 Formålet med pasientsikkerhetsvisittene.

Formålet med Pasientsikkerhetsvisittene er å:

1. Øke bevisstheten når det gjelder sikkerhet i alle klinikkene.
2. Gjøre sikkerhet til en prioritert oppgave for topplederne, ved å arbeide målbevisst for å fremme en sikkerhetskultur
3. Gi personalet opplæring i pasientsikkerhetsbegreper som for eksempel hendelsesrapportering.
4. Innhente informasjon som identifiserer områder som kan forbedres, og innføre tiltak i henhold til dette.
5. Bygge opp kommunikasjonskanaler og relasjoner med de som er nært pasienten.

Det er utarbeidet standardisert skjema og overordnede prosedyrer for visittene. En sekretær lager referater fra visittene og som påser at registrerte saker følges opp.

1.2 Nordlandssykehusets modell.

Ettersom Nordlandssykehuset HF var det første helseforetaket i landet som tok i bruk verktøyet med pasientsikkerhetsvisitter etter modell av konseptet Leadership WalkRounds fra

IHI (Institute of Health Improvement, USA) var det nødvendig å utvikle vår egen tilpasning av konseptet. Her presenteres rutinebeskrivelsen for vår tilpassede modell:

1. Hensikt

- vise/markere/bidra til at toppledelsen engasjerer seg i pasientsikkerhet
- opprette kommunikasjonslinjer vedrørende pasientsikkerhet mellom ansatte, avdelingsledere og toppledere
- gi toppledere en mulighet til å lære om pasientsikkerhet
- se hvilke muligheter som finnes til å forbedre sikkerheten
- oppmuntre til rapportering av problemer, feil og nestenulykker
- fremme en endringskultur når det gjelder pasientsikkerhet

2. Omfang

Hvem: Adm. direktør, medisinsk direktør samt sekretær, evt. andre ledere som det er naturlig å involvere.

Hvor: I alle deler av Nordlandssykehuset HF som driver med pasientbehandling, dvs. avdelinger, operasjonsstuer, akuttmottak, diagnostiske tjenester og kliniske støttetjenester.

Møtene skal avholdes lokalt på klinikkene/avdelingene.

Ansvar: For planlegging, forberedelse og oppfølging av sikkerhetsvisittene:

Den sekretær/person som er tildelt dette ansvar og som deltar på sikkerhetsvisittene.

For gjennomføring av selve sikkerhetsvisittene og oppfølgingsmøtene:

Adm. direktør, medisinsk direktør samt sekretær og evt. andre aktuelle ledere.

3. Grunnlagsinformasjon

Patient Safety First dokumentet ”Patient Safety Walkrounds” versjon 1.2 2009.03.28 fra

www.patientsafetyfirst.nhs.uk

[http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/ashx/Asset.ashx?path=/How-to-guides-2008-09-19/How%20to%20Guide%20for%20Leadership%20WalkRounds%20\(pdf\)](http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/ashx/Asset.ashx?path=/How-to-guides-2008-09-19/How%20to%20Guide%20for%20Leadership%20WalkRounds%20(pdf))

4. Arbeidsbeskrivelse

1. Første del av desember hvert år: **Ansvar:** Sekretær

Utarbeide årsplan for pasientsikkerhetsvisitter i samråd med administrerende dir., 2 sikkerhetsvisitter pr. måned, 22 pr år. Juli måned skal være møtefri. Sende ut møteinnkallinger/reservere tid i møteplanene til direktørene til alle møtene som omfattes i pasientsikkerhetsvisitten, jfr. nedenfor.

2. Siste del av desember hvert år: **Ansvar:** Sekretær

Sende ut møte/kalenderinnkalling, evt. reservere tid i direktørens møteplaner for alle møter i forbindelse pasientsikkerhetsvisitter iflg. årsplanen.

Deltakere: Adm.dir, viseadm/medisinsk dir., sekretær, klinikksjefer, andre aktuelle.

3. 3 mnd før selve sikkerhetsvisitten: **Ansvar:** Sekretær.

- sende ut invitasjon iflg. årsplan til klinikksjef
- avtale tid (varighet 1 time) og sted (lokalt på avdelingen)

- hvem/hvilke stabsfunksjoner som skal representere enheten (maks 4 stk: leger, sykepleiere, hjelpepleiere og evt. merkantilt personell).
- Sende med informasjonsmateriell/brosjyre.

4. 1 uke før sikkerhetsvisitten: **Ansvar:** Sekretær

Kontakte klinikkjef og minne på dato, og sjekke at de som skal delta har fått/får anledning til å forberede seg.

5. Forberedelse sikkerhetsvisitt:

Varighet: 30 minutter i forkant av pasientsikkerhetsvisitten
Sted: Adm. dir. kontor
Deltakere: Adm. dir, viseadm/med. dir, sekretær
Agenda: Gjennomgang av spørsmål skal tas med i pasientsikkerhetsvisitten.

6 Pasientsikkerhetsvisitt:

Varighet: 1 time.
Sted: Møterom lokalt på klinikk
Deltakere: Adm. dir, viseadm/med. dir, sekretær, utvalgte ansatte fra avdelingen
Agenda: Gjennomgang/diskusjon av aktuelle spørsmål, jfr. Fastsatt kjøreplan.
Oppsummere maks 3 problemstillinger som skal tas til videre behandling.
Ansvar: Direktørene leder møtet iflg. kjøreplan.
Ansvar: Sekretær fører referat.

6. Etterarbeide:

Varighet: Ca 1 time, rett i etterkant av visitten.
Sted: Adm. dir. kontor.
Deltakere: Adm. dir, viseadm/med. dir., sekretær
Agenda: Fullføre (evt. sende ut) referat til deltakerne på møtet og avgjøre hvem skal delta på oppfølgingsmøtet (evt. sende ut innkalling).
Ansvar: Adm. dir, viseadm/med. dir., sekretær.

7. Maks 48 timer etter pasientsikkerhetsvisitt:

Hvis dette ikke ble gjort under pkt. 7:
Sende ut referat til deltakerne i sikkerhetsvisitten til godkjenning, med kort svarfrist.
Sende ut innkalling til deltakerne på oppfølgingsmøtet, vedlagt de 3 oppfølgingspunktene.
Ansvar: Sekretær.

8. 1 uke etter pasientsikkerhetsvisitt:

Oppfølgingsmøte etter pasientsikkerhetsvisitt:
Varighet: Ca. 1 time
Sted: Adm. dir. kontor.
Deltakere: Adm. dir, viseadm/med. dir, sekretær, klinikkjef, evt. driftssjef/andre aktuelle deltakere, jfr. pkt. 7.
Agenda: Gjennomgå og konkludere/fordele ansvar vedr. de prioriterte problemstillinger fra pasientsikkerhetsvisitten. Sette oppfølgingsfrister.
Ansvar: Sekretær fører referat og sender ut til møtedeltakerne, kort responsfrist.

9. 1 måned etter pasientsikkerhetsvisitt:

Avsluttende møte etter pasientsikkerhetsvisitt:

Deltakere: Adm. dir, viseadm/med. dir, sekretær, evt. klinikkssjef
Varighet: Ca. 1 time
Agenda: Lukke oppfølgingstiltak, avslutte saken.
Evt. sluttbefaring. Sende ut sluttreferat/rapport.

Ansvar: Sekretær sender ut endelig referat til ansvarlig klinikkssjef og deltakerne i pasientsikkerhetsvisitten.

10. Etter avsluttende møte:

Føre inn opplysningene i databasen, fordele problemstillinger under fastsatte tema.

Ansvar: Sekretær.

1.3 Status gjennomføring.

Nordlandssykehuset har gjort et bevisst valg på at det innledningsvis er Administrerende direktør og Medisinsk direktør som går pasientsikkerhetsvisitter i tillegg til sekretæren. Dette er begrunnet i følgende forhold:

1. *Sikre forankring og fokus hos toppledelsen*
Forankring av pasientsikkerhetsarbeid er utfordrende og det er nødvendig å sikre at direktøren har fokus på pasientsikkerhet i langt større grad enn før.
2. *Nødvendig å lære metoden og samle erfaring på få hender i startfasen.*
Dette er nybrottsarbeid og det er nødvendig å bruke metoden for å bli fortrolig med den i tillegg til å håndtere det som fremkommer av behov for tiltak. Det har vært utfordrende å identifisere de ansattes forbedringstiltak og ikke minst å få prioritert de tre viktigste tiltakene blant det som kommer frem under visitten. En ønsker å raffinere disse metodene før andre ledere involveres aktivt i pasientsikkerhetsvisittene.

Mandag 25.oktober gikk administrerende direktør og medisinsk direktør sin første pasientsikkerhetsvisitt. Målsettingen har vært å gå visitt en gang i måneden, men dette ikke lyktes.

Hittil er det gjennomført 7 pasientsikkerhetsvisitter hos følgende enheter/avdelinger:

Hode- og bevegelsesklinikken, sengepost, 25.oktober 2010
Medisinsk klinikk, enhetene R3, B3 og R4, 11.november 2010
Kirurgi- og ortopediklinikken, Kir/ort.avd. Lofoten, 25.januar 2011
Diagnostisk klinikk, røntgenavdelingen, 2.mars 2011
Psykiatri- og rusklinikken, akutenhet Nord, 17.mars 2011
Akuttmedisinsk klinikk, Intensiv- og oppvåkningsavdelingen, 11.april 2011
Kirurgi- og ortopediklinikken, sengepostene A6 og B6, 23.mai 2011

Et medlem av gruppen vil ved starten av hver visitt forklare og presentere prosessen, deriblant reglene for konfidensialitet, anonymitet og eksponering av pasientsikkerhetsproblemer. Medlemmene i gruppen som foretar sikkerhetsvisitten vil så stille noen få, strukturerte spørsmål.

Eksempel på tema som er foreslått¹ brukt som grunnlag for spørsmål til deltakerne i pasientsikkerhetsvisitten:

- Forhold som dere mener har satt pasienten i fare.
- Når skjedde siste ”nesten” uhell?
- Hva kan vi gjøre sammen for å bli bedre?
- Kommunikasjon mellom ansatte.
- Hva kan ledelsen bidra med?

Mot slutten av møtet blir man enige om tre punkter fra visitten som skal følges opp for å gjøre klinikken tryggere for pasientene.

Personalet blir også bedt om å tenke seg et scenario eller finne et eksempel på en pasientsikkerhetshendelse som de har opplevd, og dele dette med direktørene som går visitt på møtet. Eksempler kan være pasienter som ikke får medisinen sin i tide, observasjoner som ikke gjennomføres, pasienter som ikke undersøkes når det er behov for det, forskjellige tilnæringsmåter i de ulike kliniske arbeidsgruppene etc. Pasientsikkerhet handler ikke bare om pasientulykker som for eksempel fall, men også om behandlingen og systemfeil som pasientene utsettes for og det har derfor også vært fokus på å få frem slike eksempler.

Det er plukket ut 23 prioriterte hovedpunkter fra de 7 visittene. Den 7.pasientsikkerhetsvisitten var gjennomført den 23.mai og denne visitten har ikke ennå hatt sitt avsluttende /oppsummerende møte. De 3 tiltakene fra denne visitten er derfor ikke tatt med i vurderingen av resultatoppnåelse på tiltakssiden. Vurderingen er framkommet ved en spørreundersøkelse hos alle de ansatte som deltok på de ulike pasientsikkerhetsvisittene og ved intervju av deltagerne fra toppledelsen og sekretær for visittene.

1.4 Definerte problemområder og tiltak pr. 01.07.11

Tabellen under viser status for de 23 tiltakene. Rosa betyr ingen oppfølging, gult betyr at arbeid er på gang eller at tiltaket bare kan løses i framtida og grønt betyr at tiltaket er under etablering eller gjennomført.

TILTAK	STATUS OPPFØLGING
IKT/Datasystemer	
<i>Medisinsk klinikk:</i> Få strukturerte planer for pasientens opphold, daglig ajourført, - kommunikasjonsflyt (målsetting, kurver, mellom vakter, samme opplysninger ligger nå på flere steder, - både på data og papir.)	Når pilotering hos UNN HF er avsluttet, og EPJ-anskaffelser er foretatt, bestilles funksjonalitet for digitale kurver for EPJ-system NLSH HF raskt hos RHF/valgt leverandør. Ansvar: Direktøren.
<i>Medisinsk klinikk:</i> Datatekniske problemer; IP-telefoner, skrivere faller ut, stor treghet i PC, bruker lang tid på å få	Brukerstøtte ut over kl 15.30: Lokal IT får i oppdrag å etablere funksjon/ tjeneste for praktisk teknisk bistand på NLSH for 2011. Dette kommer i tillegg til HN IKT sine

¹ Fra **Patientsafetyfirst** kampanjen (www.patientsafetyfirst.nhs.uk)

<p>tak i support og det går lang tid før utbedringer blir gjort. Brukerstøtte kun frem til kl 1530.</p>	<p>supportforpliktelser pr i dag. Ansvaret: Lokal IT.</p>
<p><i>Hode, - Bevegelsesklinikken:</i> Uskjermede arbeidsstasjoner</p>	<p>Pilotprosjekt oppstart mars-11: HBEV klinikken får 5-6 bærbare PC på tralle som skal brukes under visitter, slik at pasientinformasjon ajourføres fortløpende. Det er bestilt filter til PC-skjermer i arbeidsstasjonene som hindrer innsyn i tekst på skjermen. Det er montert plastskjermer på PC-bordene men disse er ikke god nok for å skjerme telefonsamtaler. Nye topp plater er derfor bestilt og ankommet og disse monteres i nær framtid.</p>
<p><i>Psykiatri,- og rusklinikken:</i> Det er enighet om at miljøpersonalet trenger bredere tilgang til DIPS enn de har i dag.</p>	<p>Kst. Klinikksjef har allerede startet arbeid med revisjon av tilgangsmatrisen. Dette er en del av et større prosjekt som omfatter innføring av EPJ. Klinikksjef sender snarest over en oversikt over det pågående arbeid, som videresendes deltakerne i sikkerhetsvisitten.</p>
<p>Driftstekniske tiltak</p>	
<p><i>HodeBevegelses-klinikken:</i> Ikke funksjonelt og forsvarlig alarmsystem på sengeposten.</p>	<p>Stans-knapp er skiftet til blå farge. Drift skal ha møte med personal på sengeenhet på HBEV og orientere om denne endringen. Det må monteres en splitt i alarmuttaket, slik at det er to alarmsnorer. Den andre snoren må føres rundt skilleveggen til vasken. Kablene montert, men det var ikke klyper på de nye 6-meters kablene. Alarmknapper er montert med lange ledninger slik at pasientene når snoren når de sitter oppe i stol på rommet.</p>
<p><i>Psykiatri,- og rusklinikken:</i> Det er dårlig lydisolering av pasientrom på skjermet enhet. Dette er et reelt og hyppig problem for mange pasienter. For eksempel kan utagerende pasienter skremme pasienter som har angstproblematikk.</p>	<p>Driftssjef og kst. klinikksjef Psyk/Rusklinikken har foretatt en befaring fredag 8. april. sammen med en av de som deltok på pasientsikkerhetsvisitten . Det gjøres deretter en vurdering av gjennomførte tiltak som skal meldes tilbake til direktøren. Dette er ennå ikke gjort.</p>
<p><i>HodeBev-klinikken:</i> Tilgang på flere og lett tilgjengelig telefoner for svaring av callinger/ foreta callinger på andre</p>	<p>Nødvendig hardware for IP-integrasjon i den gamle telefonsentralen er ferdig installert. Det er i tillegg gitt lovnad om at samtlige telefoner for fløy A og B skal være overflyttet innen utgangen av uke 3. Pr. 01.07: Det går nå an å foreta/svare calling på alle telefonene i avdelingen, og de har nettopp</p>

	<p>fått flere bærbare telefoner.</p> <p>Det er ikke lenger problem å finne en telefon for å svare eller foreta en calling, men det er fortsatt et problem at de bryter taushetsplikten hver gang de snakker i telefonen. Da "møte"rommene ofte er opptatt, er det ikke mange skjermede plasser å gå når de skal snakke i telefonen.</p>
<p><i>KirOrt.klinikken, Lofoten:</i> Infeksjonsfare på grunn av felles løsning av kantine/dagligstue for pasienter, pårørende og personale</p>	<p>Kjøkkenet på kantine/dagligstuen stenger kl 15.00. Oppvask m.m. som samles opp etter dette skal i utgangspunktet tas av pleiepersonell på kveld/nattskift.</p> <p>Problemstillingen ble løst internt uten at turnus måtte forlenges. Pleiepersonell sørger for at middagsoppvask /matavfall bringes til postkjøkkenet innen en gitt frist, slik at personalet på postkjøkkenet rekker å bli ferdig innen ordinær turnus.</p>
<p><i>Akuttmedisinsk klinikk:</i> Minst tre nye spesialstoler til pasientene på intensiv/oppvåkning</p>	<p>Etter diskusjon i møtet, konkluderes det at avdelingen er tilstrekkelig utstyrt med stoler og senger som kan justeres i forhold til pasientenes behov for å kunne sitte oppreist raskt etter avsluttet operasjon.</p>
<p><i>HodeBevegelsesklinikken:</i> For lite medisinerom</p>	<p>Adm. dir. har hatt dialog med direktør for Sykehusapotek Nord HF, og de ønsker å bistå med en løsning. Klinikksjef tar kontakt med direktør for Sykehusapotek HF og avtaler videre samarbeid om problemstillingen.</p>
<p>Medisintekniske områder</p>	
<p><i>Diagnostisk klinikk:</i> Sjekklister:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mangelfull elektronisk sjekklister for MR us ○ Mangler sjekklister for CT ○ Utilstrekkelig elektronisk sjekklister for Angio, (det jobbes med forbedring av denne) ○ Mangler sjekklister for andre rgt undersøkelser som kan kreve injeksjon av kontrast. 	<p>Klinikksjef undersøker hvilken løsning vedr. sjekklister det valgte system har mht MR, CT, angio og andre rgt. undersøkelser.</p> <p>Tilbakemelding fra klinikksjef pr. 01.07: Dagens system er så gammelt at leverandør ikke kan gi service ut over okt.11. Nytt RIS-PACS system som nå er under anskaffelse vil gi de etterspurte løsninger i forhold til ønskede sjekklister. Forventninger om at anskaffelse av nytt system kan skje ila høsten-11.</p>
<p>Merkantile tiltak</p>	
<p><i>HodeBevegelsesklinikken:</i> Betydelig skriverestanse polikliniske epikriser</p>	<p>Er à jour pr i dag. Dugnad gjort for å få ned restansene. Dagens organisering av merkantilt personell er ikke dimensjonert for dagens journalmengde.</p>
<p>Faglige tiltak</p>	

<p><i>KirOrt.klinikken Lofoten:</i> Anestesileger – mer konsekvent føring av anestesijournal/skjema</p>	<p>Lagt inn prosedyre ”Forordning av premedikasjon av anestesileger”. Møte 31.1. med utleiefirmaet Narco Polo, - innskjerpe i møtet krav til anestesilegevikarer for korrekt føring av anestesijournal/skjema, - gir tilbakemelding etter møtet. Pr. 01.06: Er blitt bedre</p>
<p><i>Medisinsk klinikk:</i> Rett kompetanse under visitter (overlege).</p>	<p>Ingen tilbakemelding gitt pr. 01.07.11</p>
<p><i>Diagnostisk klinikk:</i> Uavklart hvem som har ansvar for pasienter som ligger på gangen i radiologisk avdeling og venter på undersøkelse eller transport tilbake til avdeling. Dette er et spesielt problem på kveld og natt da bemanningen på avdelingen er marginal.</p>	<p>Det bestilles utredning fra Fagavdelingen v/OU-seksjonen om å se på aktuelle løsninger og ansvars plassering. Ingen avklaring så langt og heller ingen bedring pr. 01.06.11</p>
<p><i>KirOrt.klinikken, Lofoten:</i> Beholde muntlig overlevering av pasientinformasjon mellom vaktskiftene</p>	<p>Saken tatt opp på personalmøte og vurdert en prøveperiode med både muntlig og skriftlig overlevering av pasientinformasjon mellom vakter. Muntlig og skriftlig rapport fra nattevakt innført som prøveperiode fra 1. februar. Pr. 01.06: Gjeninnført gjennom hele døgnet.</p>
<p><i>Akuttmedisinsk klinikk:</i> Initiere en utredning av en intermediær kirurgisk intensivavdeling (step-downavdeling)</p>	<p>Klinikksjefene i HBEV, AKUM, Kir/ort. og Kvinne/barn bes utrede muligheten for en spesialisert overvåking av pasienter med trakeostomi i Hbev sengepost innenfor dagens virksomhet.</p> <p>Frist: 1. september 2011.</p>
<p><i>Psykiatri- og rusklinikken:</i> Det oppleves problematisk å få til et likeverdig og praktisk samarbeid med de somatiske avdelingene rundt pasienter innlagt i de akuttpsykiatriske avdelingene, og som har uavklarte akutte somatiske tilstander. I denne situasjonen blir pasientene ofte kasteballer i det interne systemet ved NLSH Bodø. Spissformulert opplevde tidvis Psykiatrisk klinikk ansatte å ikke tilhøre foretaket.</p>	<p>Denne saken ble tatt opp i ledermøtet den 5. april, og oppgaven med å utrede problemstillingen ble lagt til direktør for fagavdelingen.</p> <p>Tilbakemelding fra fagavdelingen er at det er vanskelig å skaffe konkrete eksempler som kan gi utg.punkt for utarbeidelse av rutiner eller oppfølgingskriterier. Dette vil bli meddelt de som deltok i pasientsikkerhetsvisitten for eventuell oppfølging.</p>
<p><i>Akuttmedisinsk klinikk:</i> Satsing på fagutvikling i AKUM</p>	<p>Gjennomgang av alle fagutviklingstiltak i AKUM med klinikkledelsen konkluderte med at</p>

	fagutviklingen ved intensiv og oppvåkning anses å være tilfredsstillende.
<i>Diagnostisk klinikk:</i> Det forekommer hyppig at innlagte pasienter mangler ID bånd når de kommer til rtg	Tatt opp med alle klinikksjefene i ledermøte, noe bedring men ikke fullgodt nok ennå.
<i>Kirurgisk-ortopedisk klinikk:</i> Skille ut omhendetaking av de palliative pasientene til en egen enhet.	Prosjekt om organisering av behandling og omsorg for kreftpasienter i NLSH er iverksatt og i sluttfasen. Utfallet er forventet å gi endret organisering.
<i>KirOrtklinikken:</i> Styrket faglighet for visittgang – det er behov for en fast postlege for å sikre beslutningsgrunnlaget for inneliggende pasienter på A6 og B6	Pasientvisitt gjennomført 23.05, avsluttende møte ikke gjennomført.
<i>KirOrtklinikken:</i> Det er behov for bedret opplæring av turnusleger, herunder. bl.a. planlegging av ø-hjelpspasienter, kurveføring m.m.	Pasientvisitt gjennomført 23.05, avsluttende møte ikke gjennomført.

2. Vurdering av resultat.

2.1 Generelle betraktninger.

Deltagerne fra avdeling/enhet har vært plukket ut av klinikksjef etter en skisse fra toppledelsen om hvilke profesjoner/fagfolk som var ønsket på visitten, eksempelvis på en sengepost kunne det være aktuelt med lege, sykepleier, hjelpepleier og renholder. Vanligvis er det ønskelig med maks 4 personer fra enhetene. Deltagerne er varslet gjennom invitasjon fra direktøren. De blir der bedt om å forberede seg på å gi eksempler på risikosituasjoner for pasientene som de har opplevd nylig.

Generelt sett gir de ansatte uttrykk for at de har satt stor pris på å få besøk. De føler seg verdsatt og har tro på at tiltak blir iverksatt når toppledelsen bryr seg om det de sier. Med unntak av ved en visitt har direktøren opplevd at de ansatte har hatt god tillit til ledelsen og de har ikke hatt problemer med å være åpne og ærlige i de valgte eksempler som er lagt fra i møtet. Fokuset i visittene har vært på å finne områder for forbedring av pasientsikkerheten og hvordan ledelsen kan bidra til slik forbedring. Det har ikke vært lagt opp til noen kritikkrunder fra noen av partene med ett unntak. Ved denne anledningen opplevde direktørene at de ansatte var hovedsakelig opptatt av å kritisere ledelsen for manglende tiltak og interesse for pasientsikkerhet og kvalitet og for manglende oppfølging. Hovedfokuset var å identifisere årsaker til pasientsikkerhetsproblemer som lå utenfor egen avdeling og ikke å finne forbedringsområder hos seg selv. Dette er imidlertid ikke noe som har vært i fokus ved de øvrige 6 pasientsikkerhetsvisittene. Der har man klart å komme med gode eksempler på situasjoner som har vært eller kunne bli en risiko for pasientene og som de ansatte ønsker å få gjort noe med.

Det har vært ulike tolkninger av begrepet pasientsikkerhet. For eksempel har områder som taushetsplikt/ informasjonssikkerhet blitt forstått som pasientsikkerhet. Antallet tiltak og eksempler som er trukket fram som prioriterte hovedområder som omhandler de nasjonale satsningsområdene innenfor f.eks infeksjoner, skader, håndhygiene etc har vært mindre enn forventet, mens antall tiltak knyttet til informasjonsteknologi og tekniske forhold har vært større enn forventet. Dette kan være uttrykk for at en muligens kunne vært mer målrettet mot disse satsningsområdene f.eks både i invitasjonen og i brosjyren om pasientsikkerhetsvisittene.

Oppfølgingsmøtene med klinikksjefen og dens medledere i etterkant av visittene har vist at det har vært kurante tiltak/områder for bekymring som er trukket fram av de ansatte som deltok på visitten. Ledelsen av enhetene/avdelingene/klinikkene uttrykker dermed samsvar med de ansatte i forhold til behovene for forbedringstiltak. Pasientsikkerhetsvisittene har så langt vi har erfart ikke ført til uheldig kommunikasjon i forhold til foretakets linjeledelse.

2.2. Resultatoppnåelse.

Hva har vi fått til?

Ettersom dette er et pilotprosjekt som ikke er gjennomført før hos landets sykehus har det heller ikke vært gitt noen retningslinjer på hva som skal ligge til grunn for resultatvurdering/evaluering av visittene. Den skotske kampanjen "Safe in our hands" som den norske kampanjen har "lent" seg mye til, har definert antall visitter og prosentvis oppfyllelse av tiltak som det som skal ligge til grunn for måling av resultater.

Det er gått 7 pasientsikkerhetsvisitter på 9 måneder. I forhold til målsettingen om en visitt pr. måned er det i desember 2010 og februar 2011 ikke gått pasientsikkerhetsvisitt. Årsakene er knyttet til driften i klinikkene og en hadde et relativt tett program for oppfølging av de første visittene. Det ble gjort forsøk på å oppfylle flere enn de tre viktigste tiltakene og det ble stor møtevirkosomhet for å involvere de mange ledere som måtte ansvarliggjøres for å få iverksatt tiltakene. Vi er derfor fornøyde med det antallet visitter som er gjennomført hittil i perioden fra starten i oktober 2010 og fram til sommeren 2011.

Av de framlagte tiltak er det 52,4% som er iverksatt og 37,6% som er under iverksettelse. De fleste av de sistnevnte er tiltak som f.eks innebærer innkjøp av nye kliniske IT-systemer eller annet medisinteknisk utstyr. Dette vil nødvendigvis måtte ta noe lengre tid enn noen få måneder. Totalt sett vil vi således kunne si at 90 % av de valgte hovedtiltak definert av de ansatte som har deltatt i pasientsikkerhetsvisittene er gjennomført eller under arbeid. Kun 9,5% av tiltakene er ikke tatt tak i. Dette opplever vi som et akseptabelt resultat.

Tiltak som er iverksatt er blant annet:

- Utbedring av alarmsystemer for pasientene.
- Strengere krav for føring av anestesijournaler.
- Rutiner for bedre samarbeid om pasienter innlagt på akuttpsykiatriske avdelinger med uavklarte somatiske tilstander.
- Strukturerte planer for pasientens opphold, daglig ajourført.
- Utvidet åpningstid for brukerstøtte IT.
- Tilgang på flere og lett tilgjengelige telefoner for mer effektiv kommunikasjon og kortere responstid.
- Bygging av skjermede arbeidsstasjoner for bedret informasjonssikkerhet.

Av de totale 23 tiltak som er definert er ca. 48 % faglige tiltak, 26 % er tekniske problemstillinger, 17,4 % er på området IKT og medisintekniske og merkantile områder har 4,3 % av tiltakene.

Av de faglige tiltakene er 36,4 % knyttet til bedre pasientinformasjon/journalføring og liknende, 27,3 % er knyttet til å bedre beslutningsgrunnlaget for behandlingsregime, 18,2 % er tiltak for bedre ansvarsavklaring og 18,2 % er organisatoriske tiltak.

Hva har vi ikke fått til?

Det er kun 2 tiltak som ikke er tatt fatt i, eller som det ikke er gitt respons på. Det kan være gjort forberedelser for å gjennomføre tiltak men det er ikke alle respondentene som har gitt tilbakemelding på de utsendte spørsmålene. Noen av årsakene til manglende respons er at ansatte har byttet arbeidsplass samt at det er ansatt nye klinikkjefer på flere av klinikkene. De to tiltakene som vi ikke kan se noen bevegelse på er begge tiltak som må arbeides langsiktig med da det handler om samarbeid på tvers av enheter og involverer mange klinikker. Slike utredningsprosjekter vil naturlig nok trenge mer enn et par måneder for at vi kan se resultater. Det er imidlertid viktig at direktøren følger opp disse tiltakene i tiden framover.

En kan også gjøre vurdering av hvor relevante de identifiserte hovedtiltakene er i forhold til områder med størst potensiell risiko for pasienter i sykehus. Den nasjonale kampanjens definerte satsningsområder er lite synlige i de valgte hovedtiltak og Nordlandssykehusets skaderegistrering viser at vi samlet i helseforetaket og også i stor grad på den enkelte klinikk har de største forbedringspotensialer innenfor området infeksjoner. Dette kan selvsagt tolkes på mange måter; enten at det er enklere å definere potensiell skade forårsaket av andre profesjoner/fagpersonell eller av andre årsaker enn personalet (teknisk, IKT etc). Det kan også tenkes at det er et uttrykk for manglende erfaring både hos de som deltar og de som går visitt i forhold til hvordan en kan tilrettelegge for tilstrekkelig åpenhet rundt potensiell risiko for skade hos pasient grunnet egen atferd, kompetanse, dyktighet mv.

Det kan selvsagt også tenkes at måten brosjyren og informasjonsmaterialet som er sendt ut er utformet kan lede de ansatte inn i spesielle tema.

3. Forslag til revisjon/tilpasning av konseptet

Formålet med pasientsikkerhetsvisittene er å:

- Øke bevisstheten når det gjelder pasientsikkerhet i alle klinikkene.
- Gjøre sikkerhet til en prioritert oppgave for toppledere, ved å arbeide målbevisst for å fremme en sikkerhetskultur.
- Innhente informasjon som identifiserer områder som kan forbedres, og innføre tiltak i henhold til dette.
- Bygge opp kommunikasjonskanaler og relasjoner med frontlinjepersonalet.

Konklusjonen så langt er alle disse formålene er ivaretatt. Det har vært vellykkede møter med organisasjonen og det har vært rimelig grad av tillit og åpenhet i møtene. Det har vært et utvalg av identifiserte tiltak for bedre pasientsikkerhet som har nesten 50 % fokus på faglige problemstillinger og 90 % av alle tiltak er iverksatt eller under iverksettelse.

Det har vært en utfordring å følge opp alle tiltakene og det har blitt mange møter for ledelsen, særlig i etterkant av selve pasientsikkerhetsvisitten. Mange av tiltakene som er definert har vært noe omtrentlige, grovmaskede og en konkretisering og presisering av problemstillingen ville gjort oppfølgingsarbeidet enklere.

Det er også en stor utfordring å formidle resultatene av tiltakene mellom direktørene og de som deltok på visittene fra den enkelte enhet og øvrig personell.

Konklusjon

- Vi skal fortsette å bruke Pasientsikkerhetsvisitter ved NLSH
- Som beskrevet i bakgrunnsmateriale fra UK bør flere representanter fra toppledelsen kunne delta i visittene. Det vil bidra til å kunne øke antallet visitter og fordele etterarbeidet.
- Det er avgjørende at en kompetent sekretær er koblet til visittene.
- Informasjons- og oppfølgingsarbeid etter visitten må struktureres bedre og ledermøtene i foretaket bør informeres om innhold og prioriterte tema fra visittene.
- Informasjonsbrosjyren skal revideres høsten 2011 med økt fokus på å definere pasientsikkerhet noe smalere for å holde et klarest mulig fokus.

Alt i alt mener vi å kunne påvise at Pasientsikkerhetsvisitter er et tiltak med betydelig potensiale!