

Valg av innsatsområder i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 01-2011

Vurdering av innsatsområder



 kunnskapssenteret

Bakgrunn: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten forbereder en nasjonal kampanje for pasientsikkerhet. Det er opprettet et sekretariat som tilrettelegger arbeidet. Kunnskapssenteret har forberedt beslutningsgrunnlaget for valg av innsatsområde, som består av deskriptive faktaark og hurtigoversikter. Fagrådet til sekretariatet har gjennomført en forenklet formalisert konsensusprosess for å rangere mulige innsatsområder. Prosessen ble gjennomført i mai 2010. På det første møtet fikk deltakerne utdelt beslutningsgrunnlaget for vurdering. De sendte deretter inn sine skåringer og kommentarer til sekretariatet for sammenstilling og oppsummering. Resultatene av skåringene ble presentert for fagrådet på neste møte. Fagrådet diskuterte resultatene før avsluttende vurdering av innsatsområdene i møtet. **Valgte områder:** Kampanjens styringsgruppe har foreløpig gitt sin tilslutning til følgende innsatsområder i kampanjen: • Sikker kirurgi med særskilt oppmerksomhet på infeksjoner • legemiddelhåndtering • behandling av hjerneslag • psykisk helsevern.

(fortsetter på baksiden)

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004, St. Olavs plass

N-0130 Oslo

(+47) 23 25 50 00

www.kunnskapssenteret.no

Rapport: ISBN 978-82-8121-384-5 ISSN 1890-1298

nr 01-2011



kunnskapssenteret

(fortsettelsen fra forsiden)

Tittel	Valg av innsatsområder i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, <i>direktør</i>
Forfattere	Saunes, Ingrid Sperre, <i>seniorrådgiver (prosjektleder)</i> Krogstad, Unni, <i>forsker</i>
ISBN	978-82-8121-384-5
ISSN	1890-1298
Rapportnr	01-2011
Prosjektnr	517
Rapporttype	Vurdering av innsatsområder
Antall sider	61
Oppdragsgiver	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Sitering	Saunes IS, Krogstad U. Valg av innsatsområder i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Rapport nr 01-2011. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Senteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Kunnskapssenteret tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, januar 2011

Hovedfunn

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten forbereder en nasjonal kampanje for pasientsikkerhet. Det er opprettet et sekretariat som tilrettelegger arbeidet. Kunnskapssenteret har forberedt beslutningsgrunnlaget for valg av innsatsområde, som består av deskriptive faktaark og hurtigoversikter. Fagrådet til sekretariatet har gjennomført en forenklet formalisert konsensusprosess for å rangere mulige innsatsområder. Prosessen ble gjennomført i mai 2010. På det første møtet fikk deltakerne utdelt beslutningsgrunnlaget som de tok med seg hjem for vurdering. De sendte deretter inn sine skåringene og kommentarer til sekretariatet for sammenstilling og oppsummering. Resultatene av skåringene ble presentert for fagrådet på neste møte. Fagrådet diskuterte resultatene før avsluttende vurdering av innsatsområdene i møtet. Resultatet av de siste skåringene er gjengitt i tabell A. Det er kun marginalt skille mellom områdene 6-8. Kampanjens styringsgruppe har foreløpig gitt sin tilslutning til følgende innsatsområder i kampanjen: Sikker kirurgi med særskilt oppmerksomhet på infeksjoner, legemiddelhåndtering, behandling av hjerneslag og psykisk helsevern.

Tabell 1. Vurdering av innsatsområdene

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

Sammendrag

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk høsten 2009 i oppdrag å forberede en nasjonal kampanje for pasientsikkerhet. Kampanjen skal forankres i et sekretariat som ble etablert i Kunnskapssenteret fra 01.01. 2010. Sekretariatet har ansvar for planlegging, forankring og iverksetting av den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Styringsgruppen til kampanjen ledes av helsedirektøren. Den har ansvar for å beslutte organisering og dimensjonering av kampanjen. I tillegg har sekretariatet opprettet et fagråd som skal bistå med fagekspertise gjennom kampanjen. Fagrådet er sammensatt slik at det samlet skal representere en bred kjennskap til norsk helse-tjeneste, ha høy klinisk legitimitet, god forskningskompetanse og oversikt over nasjonale datakilder.

I tråd med definisjonen til Verdens helseorganisasjon og andre nordiske land har Kunnskapssenteret basert seg på følgende definisjon av pasientsikkerhet: *Pasientsikkerhet er vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser.*

Oppdraget om å planlegge en kampanje er gitt med noen føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). En grunnleggende føring er at legemiddelhåndtering og sykehus/ sykehjemsinfeksjoner skal bli ivaretatt i kampanjen. Departementet vektlegger også en grundig forberedelse og prosess som sikrer forankring i alle deler av helsetjenesten.

I 2008 gjennomførte Kunnskapssenteret en intervjuundersøkelse ved 28 norske helseforetak. Formålet med undersøkelsen var å få kunnskap om hvordan norske sykehus arbeidet med pasientsikkerhet både strategisk og organisatorisk, samt å få oversikt over pågående pasientsikkerhetsprosjekter i norske sykehus. Våren 2010 ba sekretariatet for pasientsikkerhetskampanjen samtlige norske helseforetak om innspill på hvilke innsatsområder det bør satses på i en nasjonal kampanje. Alle innspillene gjenspeilet en bred støtte til HOD sin satsing på innsatsområdene infeksjoner og legemidler. Flere av helseforetakene har foreslått tilsvarende innsatsområder som har vært benyttet i kampanjer i andre land. To forslag som særlig nevnes, er verken dekket av HOD sin føring eller andre lands kampanjer: psykisk helsevern og hjerneslag.

Sekretariatet har sammenfattet ulike målsettinger og tiltak som er presentert i kampanjer fra Canada, Danmark, England, Skottland og USA. Reduksjon av unødige

dødsfall, infeksjoner og legemiddelskader går igjen i de ulike kampanjene. Et annet fellestrekk er systemperspektivet. Det medfører at vektlegging av ansvar for pasientsikkerhet forskyves fra enkeltindivid til ledelse.

Kriterier for å vurdere innsatsområde er basert på anbefalingene i rapporten "Pasientsikkerhet i sykehus, - kunnskap eller kampanje?". I tillegg er det inkludert et kriterium om at innsatsområdene skal ha støtte i norske fagmiljøer. Innsatsområdene er vurdert i forhold til følgende kriterier:

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

Kampanjens fagråd har gjennom en formaliserte konsensusprosess kommet fram til en anbefaling av innsatsområder for en norsk kampanje. Formaliserte konsensusprosesser kan kort beskrives som en tre-trinns evalueringsprosess. I første trinn er et forberedende arbeid med å identifisere og framskaffe dokumentasjon for innsatsområde/tiltak. Deretter vurderer deltakerne i et ekspertpanel hver for seg dokumentasjonen med hensyn til gitte kriterier innsatsområdet/tiltaket. Dette analyseres og resultatet presenteres for et samlet ekspertpanel som i det tredje trinnet rangerer innsatsområdene/tiltakene en siste gang.

Metodikken forutsetter et forarbeid av en tilrettelegger som administrerer og dokumenterer prosessene. Kunnskapssenteret har laget hurtigoversikter hvor man ser på effekten av å innføre tiltak innenfor ni innsatsområder. Det er et omfattende arbeid basert på systematisk litteratursøk og vurdering av artikler. I tillegg er hvert innsatsområde kort beskrevet på egne faktaark. Faktaarkene og hurtigoversiktene utgjør beslutningsgrunnlaget for konsensusprosessen. Sekretariatet analyserte og presenterte resultatene av vurderingene for fagrådet.

Generelt er det kun små justeringer i vurderingene fra første til andre rangering. Sekretariatet har beskrevet resultatet av skåringene for hvert innsatsområde og deretter sammenfattet dem som enten godt egnet innsatsområde, mulig innsatsområde eller ikke egnet som innsatsområde (Tabell 1). Diskusjonen i tilknytning til skåringene i andre fagrådsmøte ga nyttig informasjon til sekretariatet om de ulike innsatsområdene og råd for det videre arbeidet innenfor innsatsområdene.

På bakgrunn av konsensusprosessen startet sekretariatet arbeidet med de to hovedområdene: Reduksjon av legemiddelskader og sykehusinfeksjoner. For hvert innsatsområde ble det opprettet en ekspertgruppe som arbeidet videre med utforming av innsatsområdene.

Tabell 1. Vurdering av innsatsområdene

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

Liste over ekspertgruppens medlemmer i vedlegg 5. De to ekspertgruppene avholdt i 2010 fire møter hver, etter en felles mal:

1. Konkretisering av innsatsområder
 1. Populasjon / avgrensning
 2. Problemstilling
2. Tiltak på ulike problemområder
3. Måling og registrering på ulike nivå
4. Oppsummering og lansering - veien videre

Ekspertgruppen for behandling av hjerneslag er etablert og har startet med konkretisering av innsatsområdet. Det vil bli opprettet ekspertgruppe i 2011 for å forberede et innsatsområde for psykisk helsevern i kampanjen. Ytterligere konkretisering og utforming av tiltakene innenfor alle innsatsområdene vil skje i samarbeid med helse-tjenesten gjennom pilotprosjekt.

Styringsgruppen har foreløpig gitt sin tilslutning til følgende fire innsatsområder som lanseres ved kampanjeoppstart i januar 2011:

- Sikker kirurgi, med særskilt oppmerksomhet på infeksjoner
- Legemiddelhandtering
- Hjerneslag
- Psykisk helsevern

Key messages

The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services is preparing a Norwegian campaign for patient safety. A secretariat for the campaign is established and has identified a list of possible target areas for the campaign. A group of health care experts used a formalized consensus process to rate possible target areas. They met twice in May 2010. On the first meeting the participants were introduced to the consensus process. Before the second meeting they rated the eleven areas based on both descriptive and evidence based documentation provided by the secretariat. In the second meeting the results of rankings were presented and discussed before the final ranking of the areas. The final results are presented in table 1. It's only marginal distinctions between areas 6-8.

The campaigns steering group has established following target areas for the campaign: Safe surgery with a specific attention to infections, medication errors and harm, treatment of stroke and mental health care.

Table 1. Ranking of targeted patient safety areas

Rank	Target area	Evaluation
1	Safe surgery	Appropriate
2	Medication errors and harm	Appropriate
3	Postoperative infections	Appropriate
4	Urinary tract infections	Appropriate
5	CVK-infections	Potential
6	Treatment of stroke	Potential
7	Waiting times for cancer patients	Potential
8	Patient falls in institutions	Potential
9	Decubitus ulcer	Potential
10	Early rehabilitation after hip fracture	Inadequate
11	Rapid Response Team	Inadequate

Executive summary

In 2009 the Norwegian Knowledge Centre for the Health Services were commissioned to prepare a national campaign for patient safety. To prepare the campaign a secretariat was established in the National Unit for Patient Safety within the Knowledge Center from 1/1 2010. The secretariat is responsible for planning and implementing the national patient safety campaign. The campaign's steering group is led by the Director General of Health. The steering group is authorized to decide on the organisation and design of the campaign. In addition, the secretariat appointed a group of health care experts that will assist with their expertise throughout campaign period. The expert group is composed in order to represent a broad knowledge of Norwegian healthcare service, with high clinical legitimacy, good research skills and knowledge of national data sources.

In line with the definition of the World Health Organization and definitions in the other Nordic countries the Knowledge Center has defined patient safety as: *protection against unnecessary harm associated with health care or lack of care.*

The assignment to prepare a campaign was given with some recommendations from the Ministry of Health and Care Services. A basic guideline was that medication harm and errors, along with hospital infections should be addressed in the campaign. The Ministry emphasised a thorough preparation and process that ensured broad participation from all parts of the health care service.

The secretariat has reviewed the various target areas and interventions presented in the campaigns in Canada, Denmark, England, Scotland and the United States. Reduction of unnecessary deaths, reductions of hospital infections and medication errors are common target areas in the different campaigns. Another common feature is focusing on the system perspective. A system perspective implies emphasising the responsibility of the system rather than the individual health worker when an adverse event occur. It implies that leaders must focus on using and learning of information from reporting systems, and an active use of measurements and reporting.

In 2008 the Knowledge Center conducted interviews with the patient safety managers in the 28 Norwegian Health Care Trusts. The purpose of the study was to gain insight about how the Norwegian hospitals administered their patient safety efforts both at a strategic and organizational level, as well as to gain insight in the ongoing

patient safety projects in the Norwegian hospitals. In the spring of 2010 the secretariat asked all the Norwegian Health Care Trusts for input on target areas and missions for a national patient safety campaign. The feedback from the trusts reflected a broad support of the ministry's guidelines regarding hospital infections and medication. Two proposals were new: mental health care and treatment of stroke.

A group of health care experts used a formalized consensus process to rate possible target areas. A formalised consensus processes can briefly be described as a three-step evaluation process. The first step in a consensus processes is identification and obtaining documentation for the targeted area. Researchers from the Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, with a competence in systematic literature review provided an overview of existing relevant evidence, and it was also included studies that do not fulfil the same strict method criteria as evidence based literature reviews do.

The group of experts evaluated and rated the available documentation according to agreed upon criterias:

- 1) The area must have a great potential for clinical improvement in Norway
- 2) Interventions must be documented as effective
- 3) Access to good data and methods to evaluate the effect of the interventions
- 4) Areas must have support among health care professionals in Norway

The results of the ranking were presented for the expert group before a final ranking of the eleven proposed areas. Overall, only minor changes in the results were observed from the first to the second ranking. The debate in the expert group provided essential information to the secretariat about the different patient safety areas and advice for the further actions and plan for implementation.

The campaign's expert group arrived at a recommendation of the areas for a Norwegian patient safety campaign. The secretariat has summarised the result of the rankings in a table and categorised the target areas as either "appropriate", "potential" or "inadequate" (table 1).

On the basis of the recommendations the secretariat started worked with the two main areas: hospital infections and reduction of medication errors and harm. Hospital infections includes the actions connected to the safe surgery checklist, postoperative infections and CVK-infections. For both areas there is established an expert group to give further advice on implementation and measurement.

The campaign's steering group has established following target areas for the campaign: Safe surgery with special attention to infections, Medication errors and harm, treatment of stroke and mental health care.

Rank	Target area	Evaluation
1	Safe surgery	Appropriate
2	Medication errors and harm	Appropriate
3	Postoperative infections	Appropriate
4	Urinary tract infections	Appropriate
5	CVK-infections	Potential
6	Treatment of stroke	Potential
7	Waiting times for cancer patients	Potential
8	Patient falls in institutions	Potential
9	Decubitus ulcer	Potential
10	Early rehabilitation after hip fracture	Inadequate
11	Rapid Response Team	Inadequate

In 2010 the expert groups for Safe surgery (with a specific attention to infections) and the expert group for medication errors and harm, have had four meetings each to plan the design and measurement for the target areas.

Meeting agenda:

- 1. Refinement of the patient safety targeted area**
 - 1. Population**
 - 2. Issues**
- 2. Objectives and targets**
- 3. Measurement and registration at different levels (local, regional, national)**
- 4. Implementation and alignment with the campaign strategy**

Additional approach and design of measures will take place in cooperation with the health services through pilot projects in the spring of 2011.

Innhold

HOVEDFUNN	2
SAMMENDRAG (3 SIDER)	3
KEY MESSAGES	6
EXECUTIVE SUMMARY	7
INNHold	10
FORORD	11
INNLEDNING	12
METODE	17
RESULTAT AV VALGPROSESSEN	22
ERFARINGER OG VIDERE ARBEID	28
LITTERATURLISTE	30
VEDLEGG 1	32
VEDLEGG 2 BESLUTNINGSGRUNNLAG: FAKTAARK	34
VEDLEGG 3 BESLUTNINGSGRUNNLAG: HURTIGOVERSIKTER	49
VEDLEGG 4: SKÅRING AV FAGOMRÅDENE	54
VEDLEGG 5: EKSPERTGRUPPER	58

Forord

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å forberede en nasjonal kampanje for pasientsikkerhet. Denne rapporten beskriver prosessen og resultatene for valg av innsatsområder i den norske pasientsikkerhetskampanjen.

Prosjektgruppen for rapporten har bestått av:

1. Prosjektleder: seniorrådgiver, Ingrid Sperre Saunes, Kunnskapssenteret
2. Forsker, Unni Krogstad, Kunnskapssenteret
3. Forsker Vigdis Lauvrak, Kunnskapssenteret
4. Forsker Inger Natvig Norderhaug, Kunnskapssenteret
5. Seksjonsleder Brynjar Fure, Kunnskapssenteret

Ellen Tveter Deilkaas, seniorrådgiver i Kunnskapssenteret var aktiv bidragsyter i utforming av beslutningsgrunnlag. Anne Grimstvedt Kvalvik tidligere seniorrådgiver i Kunnskapssenteret, nå Helse Vest RHF, bidro i planlegging av prosessen.

Takk til Ingeborg Strømseng Sjetne, Kunnskapssenteret, som har vært intern fagfelle.

Denne rapporten er ment å hjelpe beslutningstakere i helsetjenesten til å fatte velinformerte beslutninger som kan forbedre kvaliteten i helsetjenestene.

Geir Bukholm
Avdelingsdirektør

Anne-Grete Skjellanger
Seksjonsleder

Ingrid Sperre Saunes
Prosjektleder

Innledning

Høsten 2009 ga Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) Kunnskapssenteret i oppdrag å forberede en nasjonal kampanje for pasientsikkerhet. Kampanjen skal forankres i et sekretariat i Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. Her beskrives forutsetningene og prosessen for valg av innsatsområder i den nasjonale kampanjen for pasientsikkerhet.

ORGANISERING

Kunnskapssenteret opprettet sekretariat for kampanjen 01.01. 2010. Det har bestått av en sekretariatsleder, en kampanjekoordinator og tre fast ansatte medarbeidere. Sekretariatet har ansvar for planlegging, forankring og iverksetting av den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. I tillegg bidrar Kunnskapssenteret med kompetanse innenfor kunnskapsoppsummeringer, informasjonshåndtering og informasjonsteknologi.

Det er opprettet en styringsgruppe som har som ansvar å beslutte organisering og dimensjonering av kampanjen, herunder hvilken rolle og størrelse sekretariatet skal ha. Gruppen ledes av Helsedirektøren og består av ti representanter med lederansvar og beslutningsmyndighet på høyt nivå. Representantene kommer fra de regionale helseforetakene, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Den norske legeforening, Norsk sykepleierforbund, Folkehelseinstituttet, Statens legemiddelverk og KS. HOD er observatør i styringsgruppen. Kampanjens styringsgruppe hadde sitt første møte 07. 01.2010.

Sekretariatet har opprettet et fagråd som skal bistå gjennom kampanjen. Fagrådets mandat er å anbefale prioritering av innsatsområder og mulige resultatmål lokalt og nasjonalt på kort og lang sikt. Rådet skal også gi anbefalinger på dokumentasjonskrav og forskning i forbindelse med kampanjen. Kriteriene for sammensetting av fagrådet er at det til sammen skal representere en bred kjennskap til norsk helsetjeneste, høy klinisk legitimitet, god forskningskompetanse og oversikt over nasjonale datakilder. Det er totalt 18 medlemmer i fagrådet, samt observatør fra helsedirektoratet.

Styringsgruppen og fagrådet til pasientsikkerhetskampanjen er presentert i vedlegg 1.

BAKGRUNN OG MÅLSETTING

Begrep og tema

Pasientsikkerhet som eget forsknings- og arbeidsfelt framstår som relativt nytt innenfor helsetjenesten(1-3). Innen medisinsk og helsefaglig arbeid og forskning har pasienters sikkerhet hatt en sentral plass med påbudet om *primum non nocere*: først og fremst må en ikke skade. Det har vært betraktet som en underforstått selvfølge: helsetjenesten skal hjelpe pasienter, ikke skade dem eller utsette dem for risiko for å bli skadet. Likevel blir pasienter skadet i møte med helsetjenesten. Internasjonale beregninger anslår at om lag 10 % av pasientene som er i kontakt med helsetjenesten blir skadet. I Norge har vi ikke oversikt over hvor mange som blir skadet, men vi vet at omkostningene for pasientskader øker (www.npe.no).

Interessen for og vektleggingen av pasientsikkerhet som et aktuelt tema knyttes ofte til framveksten av en stadig mer kompleks og spesialisert helsetjeneste hvor det kan være vanskelig å se helheten i et behandlingsforløp. Det er derfor behov for å forstå pasientsikkerhet i et videre perspektiv. Det innebærer en endring fra fokus på enkeltindivid til systemtenkning(4;5). En endring som en nå ser tydelig både innenfor tradisjonell kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (6).

Sekretariatet benytter en definisjon som ligger tett opp mot både verdens helseorganisasjon sin definisjon, og definisjoner i våre nordiske naboland som vektlegger verneaspektet og at mangel på ytelser kan medføre skade(6).

Kunnskapssenteret definisjon av pasientsikkerhet:

Pasientsikkerhet er vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser.

Oppdrag og føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)

Oppdraget til Kunnskapssenteret ble gitt med følgende formål: ”å redusere uønskede hendelser på utvalgte innsatsområder i kampanjeperioden”. Departementet har også satt som forutsetning at innsatsområdene legemiddelhåndtering og sykehus/sykehjemsinfeksjoner blir ivaretatt og at tiltak som iverksettes skal være kunnskapsbaserte og at resultatene av kampanjeinnsatsen skal være målbare.

Departementet presiserer ønsket om en bredt forankret kampanje i brev til Helsedirektoratet: ”En vellykket kampanje er avhengig av grundig forberedelse og en prosess som sikrer forankring i alle deler av helsetjenesten. Det er viktig at alle aktører deltar i utformingen av kampanjen, slik at denne kan bli målrettet og godt sammordnet med allerede pågående pasientsikkerhetsarbeid i virksomhetene”.

Styringsgruppen har konkretisert oppdraget fra helse- og omsorgsdepartementet i tre målsettinger:

1. Reduksjon av pasientskader
2. Bygge en varig infrastruktur for målinger av pasientsikkerhet
3. Bedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

Styringsgruppen har gitt sin støtte til sekretariatets arbeid med å involvere alle deler av helsetjenesten ved:

- å etablere et fagråd som kan bistå og gi råd til sekretariatet om valg av innsatsområder, implementering og forskning i kampanjen
- å etablere ekspertgrupper som kan bidra i konkretisering av innsatsområdene
- ha aktiv møtevirkosomhet med helsetjenesten på deres arena for å presentere status og få innspill underveis

BAKGRUNN FOR VALG AV INNSATSOMRÅDE

Erfaringer fra andre lands kampanjer

Mange land har benyttet seg av kampanjer eller nasjonale satsinger for å fremme arbeidet med pasientsikkerhet. Først ute var USA med sin "100K Lives Campaign" hvor målsettingen var å spare 100 000 liv, eller retttere unngå unødige dødsfall som følge av helsetjenestens ytelser. "Operation Life" i Danmark og "Safer Healthcare Now" i Canada er kampanjer som er bygd opp etter den amerikanske modellen. Skottland er i gang med sin kampanje med 12 innsatsområder og har som målsetting å redusere andelen pasientskader. I England gjennomfører "Patient Safety First Campaign" med fem hovedområder: bevisstgjøre ledere, redusere unødige dødsfall i sykehus, redusere infeksjoner i intensivbehandling, redusere postoperative sårinfeksjoner, redusere bivirkninger av potente legemidler. Sverige har, som Australia, valgt en nasjonal satsing på pasientsikkerhet uten kampanje.

Et fellestrekk i alle kampanjer og satsinger er vektlegging av systemperspektivet. Det innebærer blant annet at ledere har fokus på å bruke og lære av informasjon fra meldesystemer, og aktiv bruk av målinger og rapporteringer. Lederskap og involvering av ledere i pasientsikkerhetsarbeidet gjenfinnes i tiltak som 'Boards on board' og 'Patient Safety Leadership WalkRounds TM' (8;9).

Sekretariatet har sammenfattet ulike målsettinger og tiltak som er benyttet i kampanjer fra Canada, Danmark, England, Skottland og USA. Reduksjon av unødige dødsfall, infeksjoner og legemiddelskader går igjen i de ulike kampanjene. De ulike tiltakene og målsettingene går noe over i hverandre. Forebygge "adverse drug event" vil også omfatte "unngå skadelig virkninger ved høyrisiko medikamenter".

Innsatsområder og tiltak i andre lands kampanjer (USA, Danmark, Canada, Skottland)

- Mobile akutt-team (MET)
- Forebygge "adverse drug events"
- Forebygge CVK relaterte infeksjoner
- Forebygge postoperative sårinfeksjoner
- Forebygge ventilator assosierte pneumonier
- Gi evidence-based behandling for å forhindre død av hjerteinfarkt
- Forebygge trykksår
- Unngå skadelige virkninger av høyrisiko medikamenter
- Trygg kirurgi. Redusere komplikasjoner i forbindelse med kirurgi (sjekklistor)
- Ledelse 'Board on board'
- Gi 'Evidence-Based behandling' for medfødte hjertelidelser
- Initiere endring i pasientsikkerhetskulturen i hele helsetjenesten
- Forebygge dyp venetrombose
- Redusere MRSA og MSSA infeksjoner
- Håndhygiene

Kunnskapssenteret gjorde i 2006 en vurdering av kunnskapsgrunnlaget for de innsatsområdene i den amerikanske pasientsikkerhetskampanjen 100.000 Lives Campaign (100K) (2;10). Oppdraget om kunnskapsoppsummering ble gitt av Helse ØST RHF som ønsket å vite om innsatsområdene var relevante og godt nok dokumentert til at de kunne benytte dem i sin strategi for å bedre pasientsikkerheten.

I tillegg til Kunnskapssenterets egne medarbeidere var det en ekstern utredningsgruppe som gjennomgikk kunnskapsgrunnlaget. Konklusjonen var at dokumentasjonsgrunnlaget for tiltakene var varierte, og at medikamentelle intervensjoner hadde bedre dokumentasjon enn tiltak som var av organisatorisk, kompetanserelatert eller administrativ art. Arbeidsgruppens anbefaling for en norsk pasientsikkerhetsstrategi var at det er viktig å identifisere områder som har klinisk potensial for forbedring, evidens for at tiltak har effekt og gode metoder for å evaluere resultatene av tiltakene.

Intervjuundersøkelse med helseforetakene

I 2008 gjennomførte Kunnskapssenteret en intervjuundersøkelse ved 28 norske helseforetak(11). Formålet med undersøkelsen var å få kunnskap om hvordan norske sykehus arbeidet med pasientsikkerhet både strategisk og organisatorisk, samt å få

¹ Elisabeth Arntzen, avdelingsdirektør, Helse Øst RHF, Anders Baalsrud, avdelingssjef Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF, seniorrådgiver, Sosial- og helsedirektoratet, Mads Gilbert, avdelingsoverlege, professor Akuttmedisinsk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Stein Tore Nilsen, fagdirektør, professor, Stavanger Universitetssjukehus, Helse Stavanger HF og Bjarne Riis Strøm, medisinsk fagdirektør, Den norske lægeforening.

oversikt over pågående pasientsikkerhetsprosjekter i norske sykehus. Det ble også stilt spørsmål om bruken av interne meldingssystem og om rapportering av uønskede hendelser.

Kunnskapssenteret fant at begrepet pasientsikkerhet i varierende grad er på vei inn i strategidokumenter, organisasjonene, i klinikkene og i ledelsen i helseforetakene. Ulike definisjoner av pasientsikkerhet er i bruk i helseforetakene og det har konsekvenser for retningen i arbeidet. Noen sykehus behandler pasientsikkerhet som en del av generelt kvalitetsarbeid, kun tre helseforetak hadde pasientsikkerhet som eget punkt i sin strategi. Legemiddelfeil, fall og pasientforløp var tema for prosjekter ved flere sykehus. Det framkom ikke informasjon om at sykehusene samarbeidet på tvers om sammenfallende prosjekter, heller ikke at de visste om hverandre.

Det er en utfordring innenfor pasientsikkerhetsarbeidet at det oppfattes som synonymt med tradisjonelt kvalitetsarbeid ettersom arbeidsmetodikken for forbedring er lik. Pasientsikkerhet har fokus på forhold som fører til eller kan føre til unødig skade på pasient som følge av helsetjenestens ytelser. Kvalitetsforbedring av helsetjenesten har en langt videre målsetting som blant annet omfatter rettferdig fordeling av tjenester.

Innspill fra norske helseforetak

Våren 2010 ba sekretariatet for pasientsikkerhetskampanjen samtlige norske helseforetak om innspill på hvilke innsatsområder det bør satses på i en nasjonal kampanje. Sekretariatet spurte videre om hvilke tiltak som bør iverksettes på de foreslåtte innsatsområdene og behov for støtte/veiledning for å lykkes med implementering lokalt. Det kom inn svar fra helseforetak i alle regionene. Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF sendte inn samlet innspill fra hver sin region.

Alle innspillene gjenspeilet en bred støtte til HOD sin føring om innsatsområdene infeksjoner og legemidler. Flere av helseforetakene har i tillegg foreslått innsatsområder som har vært benyttet i kampanjer i andre land. Det er to forslag som ikke er dekket av føringene fra HOD eller andre lands kampanjer, som særlig nevnes: psykisk helsevern og hjerneslag. Sekretariatet fikk også innspill om behov for støtte og veiledning i forbindelse med en nasjonal pasientsikkerhetskampanje.

Metode

Formålet med den nasjonale kampanjen er å redusere skade på pasienter som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser. Departementet har bestemt at resultatene av kampanjeinnsatsen skal være målbare og at tiltakene som iverksettes skal være kunnskapsbaserte. Sekretariatet ønsket åpne beslutningsprosesser med klar dokumentasjon av beslutningsgrunnlaget og besluttet derfor å gjennomføre formaliserte konsensusprosesser for å velge innsatsområder.

Formaliserte konsensusprosesser innebærer en dokumentasjon av valg. Hovedprinsippet er å koble forskningskunnskap med erfaringskunnskap og bruke det som grunnlag for valg av innsatsområde. Sekretariatet for pasientsikkerhetskampanjen benyttet fagrådet i kampanjen til denne valgprosessen. Fagrådets anbefalinger til sekretariatet ble presentert for styringsgruppen i lag med sekretariatets anbefaling.

FORMALISERTE KONSENSUSPROSESSER

Formaliserte konsensusprosesser kan beskrives som en tretrinns evalueringsprosess med klare krav til dokumentasjon. Først trinn i denne prosessen var å identifisere og framskaffe dokumentasjon om innsatsområder for å bedre pasientsikkerheten i Norge. Kunnskapssenteret er et fagmiljø som både har kompetanse på systematisk oppsummering og kan bidra med en kritisk vurdering og sammenfatning av tilgjengelig litteratur.

Beslutningsgrunnlag

Formaliserte konsensusprosesser imøtekommer behovet for å inkludere ulike typer kunnskap i beslutningsgrunnlaget. Beslutningsgrunnlaget består dermed både et kvalitativt beskrevet kunnskapsgrunnlag som beskriver omfang, potensial for forbedring og antatt støtte i norsk fagmiljø for innsatsområdene, samt hurtigoversikter om effekt av tiltak innenfor det enkelte innsatsområde.

Sekretariatet utformet en mal for beskrivelse av innsatsområdene (Skjema 1) og en mal for bestilling til Kunnskapssenteret av hurtigoversikter for effekt av tiltak innenfor hvert innsatsområde (Skjema 2).

Beslutningsgrunnlaget er beskrevet så godt som mulig innenfor de økonomiske og tidsmessige rammene til dette prosjektet. Fakta-arkene som beskriver innsatsområdene finnes i vedlegg 2 og sammendrag av hurtigoversiktene for effekt av tiltak innenfor de ulike innsatsområdene i vedlegg 3. Sikker kirurgi er beskrevet i et metodevarsel. Hurtigoversiktene er også publisert som egne notater(12-20).

Skjema 1: Faktaark for hvert innsatsområde

Pasientsikkerhetsområde	Beskrivelse
Beskrivelse av innsatsområde	En klar beskrivelse av det spesifikke aspektet ved pasientsikkerhet (hva som er målsetting for innsatsområdet), beskrive pasientpopulasjon (teller og nevner), hvilken type helsetjeneste (akutt/elektiv etc). Hva er tiltak, og har det vært benyttet i andre lands kampanjer?
Omfang og forbedringspotensial i Norge	Kampanjen skal velge innsatsområder med stort omfang og stort potensial for forbedring. Hvem er mest utsatt for type feil/skade/hendelse, og hva er det mulige forbedringspotensialet? Internasjonalt/nasjonalt/ regionalt/lokalt? Vet vi noe om effekt av intervensjon på området? Er det lokale/regionale/ nasjonale tiltak som skal iverksettes (evt kombinasjon).
Resultatmål	Finnes det gode indikatorer for pasientsikkerhetsområdet? Utfallsmål og prosessmål. Hva er tilgangen på eventuelle data, samt byrde ved eventuelt merarbeid for helsepersonell ved innsamling av data
Støtte i norsk fagmiljø	Hva kjenner man til av arbeid på dette området i Norge fra før? Ikke navn på enkeltpersoner, men identifisering av fagmiljø, hvilke sykehus.

Faktaarkene som beskriver innsatsområdene, omfang og potensial for forbedring, mulige resultatmål og norske fagmiljø innenfor området er basert på sammenstilling av kjent litteratur, og vanlig informasjon- og litteratursøk på internett. Det er ansatte i Kunnskapssenteret som har stått for sammenfattingen av innsatsområdene slik de framstår i faktaarkene.

En hurtigoversikt er en forenklet kunnskapsoppsummering. Med utgangspunkt i skjema for bestilling av hurtigoversikt om effekt av tiltak, søkes det etter systematiske oversikter i Cochrane database of systematic reviews (CDSR-databasen), i Database of abstracts of reviews and abstracts (DARE) og Health technology assessment database (HTA) via Cochrane library www.wiley.com/Cochrane. I tillegg søkes det etter nye og oppdaterte oversikter i Kunnskapssenterets egne publikasjoner. To personer leser deretter titler og sammendrag fra alle funn for å vurdere om de tilfreds-

tilt inklusjonskriteriene i bestillingen. Kvaliteten på relevante artikler ble deretter vurdert i henhold til sjekklister for kunnskapsoppsummeringer.

Skjema 2: Skjema for bestilling av hurtigoversikt for effekt av tiltak

Pasientsikkerhetsområde	
Populasjon	Beskrivelse av pasientpopulasjon (ICD-10 koder, alder etc)
Intervensjoner	Beskrivelse av tiltak for å redusere forekomst av skade
Utfall	Resultatmål for pasient
Studiedesign	Systematiske oversikter
Språk	Skandinavisk, engelsk

I utgangspunktet blir resultater fra randomiserte kontrollerte studier vurdert å ha høy kvalitet, mens resultater fra ikke randomiserte studier blir vurdert å ha lav kvalitet. Svakheter ved studiedesign, indirekte kunnskapsgrunnlag, heterogene resultater, vide konfidensintervall, få hendelser og fare for publikasjonsskjevhet kan føre til nedgradering av kvalitet.

Kunnskapssenteret utarbeidet hurtigoversikter om effekt av tiltak for følgende innsatsområder:

- Komplikasjoner i forbindelse med kirurgi (sjekklister)
- Forebygge postoperative sårinfeksjoner
- Legemiddelhåndtering (høyrisiko medikamenter/ samstemming)
- Behandling av hjerneslag
- Fallskader i forbindelse med sykehusopphold
- Mobile akutt-team (MET)
- Tidlig rehabilitering ved med hoftebrudd hos eldre
- Forebygge trykksår
- Urinveisinfeksjoner i forbindelse med behandling og pleie

Ettersom studier med få hendelser kan føre til en nedvurdering av kvaliteten på studiene i systematiske oversikter, er det en risiko at studier av pasientsikkerhet blir vurdert som lavere kvalitet. Dette kan bidra til å forklare at i hurtigoversiktene ble det kun identifisert to tiltak som hadde en effekt som ble vurdert med middels til høy grad av kvalitet. Det gjaldt henholdsvis bruk av antibiotikaproylaks ved keisersnitt, åpne hofteproteseoperasjoner, åpen fjerning av blindtarm, åpen fjerning av galleblære og åpne hjerteoperasjoner som kan gi reduksjon av postoperative infeksjoner. Det andre tiltaket er bruk av trykkavlastende madrasser, puter eller saueskinnpels for å redusere forekomst av trykksår.

Rangering av innsatsområdene

Kriterier for å vurdere innsatsområde er basert på anbefalingene i rapporten "Pasientsikkerhet i sykehus, - kunnskap eller kampanje?". I tillegg er det inkludert et

kriterium om at innsatsområdene skal ha støtte i norske fagmiljøer. De fire utvalgskriteriene:

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

Fagrådet ble informert om bruk av formaliserte konsensusprosesser på sitt første møte i begynnelsen av mai 2010. Beslutningsgrunnlaget ble deretter utdelt til medlemmene i fagrådet med en beskrivelse av rangeringsprosessen. Det er utarbeidet et eget skjema for rangering innsatsområdene (Skjema 3). Denne første rangeringen av innsatsområdene er andre trinn i konsensusprosessen.

Skjema 3: Rangering av hvert enkelt innsatsområde

Dimensjon	Definisjon	Skåring 1-9 1-3 godt/god 4-6 mindre godt/god 7-9 ikke godt/god
Forbedringspotensial i Norge	Vurder omfang og forbedringspotensial innen et gitt område på bakgrunn av informasjon ovenfor og egen kunnskap	
Resultatmål	Vurder tilgang på eventuelle data, samt byrde ved eventuelt merarbeid for helsepersonell ved innsamling av data.	
Støtte i fagmiljø	Vurdert oppslutning i fagmiljø på bakgrunn av informasjon ovenfor og egen kunnskap	
* Godt dokumenterte tiltak	Kunnskapsgrunnlaget for hvert tiltak undersøkes ved systematiske kunnskapsoppsummering og presenteres etter hvert som de fullføres.	
Egne kommentarer		

Det tredje og siste trinnet i prosessen var å samle deltakerne i fagrådet for å gjennomføre en endelig vurdering. Resultatene av første runde ble presentert for fagrådet, som diskuterte resultatene før de rangerte innsatsområdene på nytt.

Analyse av rangeringsprosessen

Rangeringen av innsatsområdene ble oppsummert i følgende kategorier: egnet, usikkert og lite egnet. Kategoriseringen er basert på skåringsresultatene for median og spredningsmål for den. Medianen er den midterste verdien i en måling, som skiller den øverste halvdelen fra den nederste halvdelen. Medianen benyttes framfor gjennomsnitt som mål for sentraltendens ettersom sistnevnte er sårbart for skjevhet i fordelingen.

Medianen angir i hovedsak hvilken kategori et innsatsområde får, og spredningsmål viser grad av enighet/uenighet som ligger til grunn for vurderingen. Fagrådet valgte å benytte følgende grenser for kategorisering:

Egnet: median rangering på 1-3, uten avvikende skåringer
Usikkert: median rangering på 4-6 / median med avvikende skåringer
Lite egnet: median skåring på 7-9, uten avvikende skåringer

Avvikende skåringer ble definert til at 5 eller flere avga skåringer utenfor intervallet som medianen er lokalisert i. Når resultatene av skåringene *ikke* er uenighet, er det konsensus eller oppslutning om vurderingen, enten vurderingen er at innsatsområde er egnet, er usikkert eller vurdert som lite egnet.

Resultat av valgprosessen

Fagrådet skåret alle innsatsområdene i to omganger. I første skåringsrunde var det tolv medlemmer av fagrådet som deltok i skåringene, og for tre av innsatsområdene valgte to medlemmer å ikke avgi stemme. Det gjaldt områdene for ventetid kreft, urinveisinfeksjoner og CVK-infeksjoner. Det var ikke utarbeidet oppsummeringer om effekt av tiltak for de områdene på skåringstidspunktet. Det er lite endringer i resultatene fra første til andre skåringsrunde. I andre skåringsrunde var det 15 medlemmer i fagrådet som deltok i skåringene. Ideelt sett burde det være like mange som deltok i de to skåringsrundene. Ettersom antall medlemmer i fagrådet ble utvidet midt i denne prosessen, valgte sekretariatet å la de tre nye medlemmene også få delta i valg av innsatsområde. Vedlegg 4 viser frekvensfordelingene, samt medianmål og vurdering av enighet for alle innsatsområdene. Diskusjonen i tilknytning til skåringene i andre fagrådsmøte ga nyttig informasjon til sekretariatet om de ulike innsatsområdene og råd for det videre arbeidet på innsatsområdene. Utdrag fra diskusjonen er gjengitt under presentasjonen av resultatene. Tabell 1 sammenfatter fagrådets endelige vurdering etter andre skåringsrunde.

Tabell 2: Oversikt over resultat

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

For at et innsatsområde skal vurderes som godt egnet må det ha median skår i øverste intervall, og det må være relativt stor enighet om skåringsresultatet.

Her følger en kort presentasjon av hvert innsatsområde, hovedpunkter i diskusjonen, samt resultater fra skåringene og grad av enighet.

Sikker kirurgi

Verdens helseorganisasjon har utarbeidet en sjekklister for å redusere uønskede hendelser i forbindelse med kirurgi. Sjekklisten er basert på kommunikasjon mellom profesjoner, muntlig bekreftelse av mottatt informasjon og avkrysning for at kritiske prosesser og prosedyrer er gjennomført eller vurdert.

Ingen diskusjon gjengitt i møtereferat fra innsatsområdet.

Fagrådet har vurdert innføring av sjekklister for kirurgi som et godt forbedringspotensial med median skåring på 2. Resultatmål og støtte i fagmiljø fikk også median skår på 2. Dokumentasjon av tiltak fikk median skår på 4. Det var enighet om skåringene for kriteriene, med unntak av vurderingen av effekt av tiltak.

Legemiddelskader og feil

Uriktig forskriving, administrasjon av eller samhandling om legemidler regnes internasjonalt som en av de hyppigste årsakene til pasientskade hos eldre pasienter. Meldesentralens statistikk viser at 27 % av meldingene er legemiddelrelaterte hendelser.

Sammenfatning av diskusjon: Håper at kampanjen kan bidra til utvikling av bedre elektroniske verktøy for samhandling om legemidler får en høyere prioritet. Det er behov for å spisse problemstillingene, og i tillegg fokusere i større grad på viktige prosesser og prosessmål. utfordringer knyttet til å måle effekt. Relevansen av innsatsområdet er avhengig av fokus på prosess, at tiltakene må dekke samhandling, kommunikasjon, kjernejournal, epikrise og kvalitet. Målet for innsatsområdet er at hver pasient til enhver tid har en legemiddelliste som er fullstendig, korrekt og medisinsk riktig.

Fagrådet har vurdert legemiddelskader- og feil som et innsatsområde med godt forbedringspotensial med median skåring på 2. Resultatmål og dokumentasjon av tiltak fikk median skår på 3. Mens støtte i fagmiljø fikk median skår på 2. Det var enighet om skåringene for alle kriteriene.

Postoperative sårinfeksjoner

Postoperative sårinfeksjoner er en av de tre hyppigste helsetjenesteervertete infeksjoner og medfører økt sykkelighet og dødelighet. Kampanjer i andre land har anbefalt et knippe av fire tiltak for å redusere forekomsten: rett antibiotikabehandling, rett hårfjerning, sikring av normotemperatur og normal blodglucose.

Sammenfatning av diskusjon: Viktig at primærhelsetjenesten også inkluderes i tenkningen. Mange infeksjoner oppdages der.

Fagrådet har vurdert innføring av postoperative sårinfeksjoner som et innsatsområde med godt forbedringspotensial med median skåring på 3. Resultatmål og støtte i fagmiljø fikk også median skår på 3. Dokumentasjon av tiltak fikk median skår på 4. Det var enighet om skåringene for alle kriteriene.

Urinveisinfeksjon

Nesten alle urinveisinfeksjoner i sykehus oppstår hos pasienter med urinkateter, eller etter prosedyrer utført i urinveiene. Prevalens undersøkelser i Norge viser at i underkant av 2 % av pasienter i norske sykehus har urinveisinfeksjon. Urinveisinfeksjoner utgjør 30 % av alle sykehusinfeksjoner.

Sammenfatning av diskusjon: Området ble oppfattet som relevant, særlig fordi urinveisinfeksjoner dominerer som infeksjonsårsak i og som innleggelses grunn fra sykehjem til sykehus. Det er høyere mortalitet enn forventet ved urinveisinfeksjoner på sykehjem.

Fagrådet har vurdert urinveisinfeksjoner som et innsatsområde med godt forbedringspotensial med median skåring på 3. Resultatmål fikk median skår på 4, mens støtte i fagmiljø og dokumentasjon av tiltak skåret 3. Det var enighet om skåringene for alle kriteriene.

Infeksjoner ifm sentralt venekateter (CVK-infeksjoner)

Formålet med innsatsområdet er å redusere blodbaneinfeksjoner i forbindelse med CVK. Blodbaneinfeksjoner er en alvorlig komplikasjon med store konsekvenser, men også en tilstand som er mulig å forebygge. Det anbefales å benytte et knippe av tiltak som god håndhygiene, maksimale smitteverntiltak, optimal kateterplassering og daglig vurdering av behov for kateter.

Sammenfatning av diskusjon: Det ble stilt spørsmål med hensyn til forbedringspotensialet i Norge. Det ble poengtert at sentralt venekateter i økende grad må håndteres av primærhelsetjenesten og at det har nye utfordringer, med daglig inspeksjon av sentrale venekateter.

Fagrådet har vurdert infeksjoner i forbindelse med sentralt venekateter som et innsatsområde med godt forbedringspotensial med median skåring på 4. Resultatmål og dokumentasjon av tiltak fikk median skår på 4. Mens støtte i fagmiljø fikk median skår på 3. Det var enighet om skåringene for alle kriteriene.

Behandling av hjerneslag

Behandling av hjerneslag i slagenheter har vist seg å redusere dødelighet og invaliditet. Ikke alle pasienter med hjerneslag som får slik behandling. Innsatsområdet er ikke benyttet i andre land, men er foreslått som aktuelt forbedringsområde ved Institute for Healthcare Improvement i USA.

Sammenfatning av diskusjon: Det ble reist spørsmål om innsatsområdet handler om kvalitet mer enn pasientsikkerhet. De gode mulighetene for å måle resultater for innsatsområdet med det nye hjerneslagsregisteret ble fremhevet. Risikoen forbundet med hjerneslag ble også fremhevet.

Fagrådet har vurdert behandling av hjerneslag som et innsatsområde med forbedringspotensial med median skåring på 4,5. Resultatmål og dokumentasjon av tiltak fikk median skår på 4. Mens støtte i fagmiljø fikk median skår på 3,5. Det var enighet om skåringene for alle kriteriene.

Ventetid kreft

Innsatsområdet går ut på å måle ventetid for utredning av symptomer, der det foreligger mistanke om kreft, og til å få behandlet konstatert kreftsykdom. Målet er at den enkelte behandlingsenhet iverksetter lokale tiltak som for eksempel å forbedre koordinering på tvers av enheter og behandlingsnivå, for å redusere ventetiden.

Sammenfatning av diskusjon: Det er for utfordrende å definere felles mål for ulike krefttyper.

Fagrådet har vurdert ventetid ved kreft som et innsatsområde med godt forbedringspotensial med median skåring på 4. Resultatmål fikk median skår på 5, mens støtte i fagmiljø skåret 4. Dokumentasjon av tiltak fikk median skår på 4,5. Det var enighet om skåringene for alle kriteriene.

Fall i institusjoner

Fallulykker hos eldre kan ha alvorlige konsekvenser. Rundt 17 % av alle meldinger til Meldesentralen dreier seg om pasienter som faller i sykehus. Kampanjen retter seg mot alle innliggende pasienter over 65 år ved sykehus og sykehjem. Målet er å redusere pasientenes risiko for å falle både mens de er i institusjon og etter utskrivelsen.

Sammenfatning av diskusjon: Fagrådet diskuterte om det var mer et kvalitetsområde enn et pasientsikkerhetsområde.

Fagrådet har vurdert fall i institusjoner som et innsatsområde med et forbedringspotensial med median skåring på 4. Resultatmål, støtte i fagmiljø og dokumentasjon av tiltak fikk median skår på 5. Det var enighet om skåringene for alle kriteriene.

Trykksår

En europeisk surveyundersøkelse i 25 sykehus estimerte trykksårprevalensen til 18,1% inkludert grad 1-4 og 10,5% når grad 1 var ekskludert. Insidens av trykksår i norske sykehus og sykehjem er ukjent. Formålet med kampanjen er å få registrert forekomst av trykksår og redusere forekomsten av trykksår som følge av sykehus- eller sykehjemsopphold.

Sammenfatning av diskusjon: det var i utgangspunktet ikke enighet om vurderingene for trykksår, men det ble enighet om at det ikke var så gode resultatmål eller tiltak for innsatsområdet.

Fagrådet har vurdert trykksår som et innsatsområde med et forbedringspotensial med median skåring på 4. Resultatmål, støtte i fagmiljø og dokumentasjon av tiltak fikk median skår på 5. Det var enighet om skåringene for alle kriteriene.

Tidlig rehabilitering ved hoftebrudd

9000 pasienter behandles for lårhalsbrudd i Norge hvert år. Eldre pasienter har høyere sykkelighet og dødelighet etter lårhalsbrudd. En tredjedel av pasientene over 85 år flytter til sykehjem. Tidlig rehabilitering av eldre med hoftebruddskader reduserer forekomst av forvirring og øker evnen til å fungere i dagliglivet.

Sammenfatning av diskusjon: Fagrådet diskuterte om det var mer et kvalitetsområde enn et pasientsikkerhetsområde, men samtidig hadde det tverrfaglige pasientsikkerhetsaspekt ved å forebygge komplikasjoner som medikamentskader, infeksjoner og trykksår.

Fagrådet har vurdert tidlig rehabilitering ved hoftebrudd som et innsatsområde med godt forbedringspotensial med median skåring på 4. Resultatmål og støtte i fagmiljø fikk median skår på 5. Dokumentasjon av tiltak fikk median skår på 6. Det var enighet om skåringene for alle kriteriene.

Mobile akutt-team

De fleste pasienter som får hjertestans i sykehus har kliniske symptomer før hjertestans inntreffer. Innføring av Rapid Response Team innebærer å etablere et system der symptomer observeres og et spesialteam tilkalles ved forverring av pasientenes tilstand. Målet med innsatsområdet er å sikre tidlig intervensjon hos pasienter ved forverring av tilstand.

Sammenfatning av diskusjon: ble ikke vurdert som et universelt egnet tiltak.

Fagrådet har vurdert innføring av mobile akutt-team som et innsatsområde med forbedringspotensial med median skåring på 6. Resultatmål og dokumentasjon av tiltak fikk median skår på 7. Mens støtte i fagmiljø fikk median skår på 6. Det var enighet om skåringene for alle kriteriene.

ANDRE ANBEFALINGER FRA FAGRÅDET

Kommunikasjon bør være et overordnet innsatsområde som griper inn i de øvrige innsatsområdene. Forbedringspotensialet er stort når det gjelder kommunikasjon mellom helsepersonell. Dette gjelder ikke bare mellom første og andrelinjetjenesten, men også internt på institusjoner. EU sin satsing på utdanning og kommunikasjon om pasientsikkerhet til alle grupper av helsepersonell er en god inspirasjonskilde. Bedring av pasientsikkerhet er endring av kultur, det handler om kommunikasjon og å lære av feil. Pasientsikkerhetsarbeid er kulturbygging.

Eksempler på aktuelle kommunikasjonstiltak i institusjoner:

- Ekko av meldinger: repeter beskjeder for å bekrefte forståelse
- Telefonsamtale med pasienter før operasjoner. Ved StOlavs hospital førte det til en dramatisk nedgang i strykninger på operasjonsprogrammet.
- Informasjon i forkant forebygger psykiske problemer etter operasjoner på kompliserte inngrep
- Bruk av kommunikasjonsverktøyet SBAR(situation, background, assessment, recommendation) til bruk mellom helsepersonell i kritiske situasjoner
- Sjekkliste for trygg kirurgi, med "time-out" hvor teamet presenteres og gjennomgår forestående operasjon
- Pasienten får kopi av epikrisen og en utskrivningssamtale i forbindelse med epikrisen, spesifisere punkter for oppfølging i epikrisen

Videre ble god ledelsesforankring av kampanjen vektlagt. Den må komme gjennom styringslinjen og være synlig i alle styringsdokument. Det er viktig at ledelsen satser på pasientsikkerhet og det må være synlig på alle nivå. Det handler om ledelsens kommunikasjon med helsepersonell og pasienter.

STRYINGSGRUPPENS BESLUTNING

Styringsgruppen har gitt sin tilslutning til valg av innsatsområder og kampanjen lanseres i januar 2011 med følgende fire områder:

- Sikker kirurgi, med særskilt oppmerksomhet på infeksjoner
- Legemiddelhåndtering
- Hjerneslag
- Psykisk helsevern

Ytterlige konkretisering og utforming av tiltakene skjer i samarbeid med praksisfeltet gjennom pilotprosjekt. Sekretariatet har lagt vekt på at tiltak og innsatsområder i kampanjen skal være forankret i helsetjenesten. Det er ikke tatt stilling til antall innsatsområder i kampanjen.

Erfaringer og videre arbeid

Formålet med å benytte formaliserte konsensusprosesser i valg av innsatsområde er å få en god dokumentasjon for valg av innsatsområder til den nasjonale kampanjen. Dette er første gang Kunnskapssenteret har gjennomført en formalisert konsensusprosess og det er har gitt oss erfaringer som er viktig å ta med videre.

Kunnskapssenteret har ekspertise både med hensyn til målinger, kunnskapsoppsummering om effekt av tiltak og implementering av tiltak. Sekretariatet har benyttet denne sammensetningen av kunnskap for å få fram best mulig beslutningsgrunnlag i valg av innsatsområde. Fordi pasientsikkerhet er et fagområde hvor det er få randomiserte studier og kunnskap om feltet hentes fra mange ulike kilder, har denne sammensetningen av kunnskapsgrunnlag vært særlig verdifull.

Utforming av skjema for beskrivelse av innsatsområde skjedde relativt tidlig og bidro til en mer effektiv kunnskapsframstilling og formidling. Det bidro til strukturering av diskusjonene i ekspertgruppene. Som beskrevet i innledningen er identifisering av innsatsområder og kriterier for beskrivelse av innsatsområder basert på flere prosjekter i Kunnskapssenteret de senere år. utfordringene har vært å samle erfaringene fra de ulike prosjektene og å få dem omsatt til en håndterbar prosess for valg av innsatsområde i løpet av et relativt kort tidsrom. Det omfatter planlegging av hvilke områder som skal beskrives, utforming av maler for beslutningsgrunnlag, beskrivelse av søkestrategier og prosess for valg av innsatsområder.

Kampanjens fagråd vurderte beslutningsgrunnlaget. De fikk informasjon om prosessen på det første fagrådsmøtet i mai, og hadde relativt kort tid på seg til å sette seg inn i og rangere de ulike innsatsområdene. Ved gjennomføring av senere konsensusprosesser er det en fordel om de som skal vurdere beslutningsgrunnlaget får informasjon om prosessen på et noe tidligere stadium og får bedre tid til gjennomføring av prosessen.

På bakgrunn av konsensusprosessen startet sekretariatet arbeidet med to hovedområder: reduksjon av legemiddelskader og sykehusinfeksjoner. For hvert innsatsområde ble det opprettet en ekspertgruppe som arbeidet videre med utforming av innsatsområdene. Liste over ekspertgruppens medlemmer i vedlegg 5. Innsatsområdet for infeksjoner inngår i kampanjens innsatsområde for sikker kirurgi.

De to ekspertgruppene avholdt i 2010 fire møter hver, etter en felles mal:

1. Konkretisering av innsatsområder
 1. Populasjon / avgrensning
 2. Problemstilling
2. Tiltak på ulike problemområder
3. Måling og registrering på ulike nivå
4. Oppsummering og lansering - veien videre

Behandling ved hjerneslag ble diskutert i fagrådet. Innsats på det område faller sammen med Helsedirektoratets utvikling av nye retningslinjer. Styringsgruppen oppprioriterte hjerneslag til et eget satsingsområde. Ekspertgruppen ble sammensatt høsten 2010 og har hatt to møter. Fagrådet anbefalte sekretariatet å følge opp pasientsikkerhet innenfor psykisk helsevern og spesielt se samhandling og risiko knyttet til manglende kontinuitet i pasientforløp. Ekspertgruppe på området opprettes våren 2011.

Konkretisering og utforming av tiltakene skjer i samarbeid med praksisfeltet gjennom pilotprosjekt. Det skal det prøves ut om tiltak og registrering lett lar seg tilpasse til eksisterende rutiner før de rulles ut i større målestokk og blir implementert i helsetjenesten som kampanjetiltak.

Sekretariatet har prøvd å dokumentere og samordne de ulike innspillene det har fått når det gjelder valg av innsatsområder. Fagrådet har vært en viktig støttespiller og bidratt med sin kompetanse i vurdering og valg av innsatsområdene. Ekspertgruppene gir sekretariatet råd om videre konkretisering og utforming av innsatsområdene i kampanjen.

Kampanjen lanseres med følgende tre tiltak:

- En hjemmeside med et web-basert kommunikasjonsverktøy som gjør det mulig å legge lokale inn data og å kommunisere på tvers internt i kampanjen.
- Igangsetting av å måle pasientskader i somatiske institusjoner på nasjonalt nivå
- Fem utprøvningsprosjekt/piloter som til sammen dekker hele helsetjenesten og alle helseregioner.

Litteraturliste

1. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten: en lære-, tenke- og faktabok. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.
2. Vincent C. Patient Safety. Elsevier Churchill Livingstone; 2006.
3. Institute of Medicine. Donaldson MS, Kohn LT, Corrigan J, editors. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000.
4. Wachter RM. Understanding patient safety. New York, NY: McGraw-Hill Medical; 2008.
5. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. 324 ed. 1991.
6. Saunes IS, Svendsby PO, Mølsted K, Thesen J. Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet. 2010.
7. Barach P, Small SD. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. BMJ 2000;320(7237):759-63.
8. Frankel AF, Graydon-Baker E FAU - Nepl C, Nepl CF, Simmonds TF, Gustafson MF, Gandhi TK. Patient Safety Leadership WalkRounds.(1549-3741 (Print))
9. Joshi MS FAU - Hines S, Hines SC. Getting the board on board: Engaging hospital boards in quality and patient safety.(1553-7250 (Print))
10. Krogstad U, Ormstad SS, Rygh L, Arntzen E, Baalsrud A, Gilbert M, et al. Pasientsikkerhet i sykehus - kunnskap eller kampanje? Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2007. (Rapport fra Kunnskapssenteret 1/2007.)
11. Krogstad U, Saunes IS. Pasientsikkerhetsarbeid i norske sykehus. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009. (Rapport fra Kunnskapssenteret 28/09.)
12. Lauvrak V, Jeppesen E, Krogstad U. WHO sjekklister for trygg kirurgi. Metodevarsel nr 1 - 2010. 2010.
13. Lauvrak V, Norderhaug IN. Forebygging av postoperative infeksjoner, hurtigoversikt kunnskapsgrunnlag. ed. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.
14. Lauvrak V, Norderhaug IN. Forebygging av fall hos eldre i sykehus og sykehjem, hurtigoversikt kunnskapsgrunnlag. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.

15. Lauvrak V, Norderhaug IN. Behandling og rehabilitering av pasienter med hjerneslag, hurtigoversikt kunnskapsgrunnlag. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.
16. Lauvrak V, Norderhaug IN. Forebygging av kateterassosierte urinveisinfeksjoner, hurtigoversikt kunnskapsgrunnlag. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.
17. Lauvrak V, Norderhaug IN. Forebygging av legemiddelskade hos eldre, hurtigoversikt kunnskapsgrunnlag. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.
18. Lauvrak V, Norderhaug IN. Raske responsteam ved fare for hjertestans i sykehus, hurtigoversikt kunnskapsgrunnlag. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.
19. Norderhaug IN, Lauvrak V. Rehabilitering av eldre pasienter med hoftebrudd, hurtigoversikt kunnskapsgrunnlag. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.
20. Norderhaug IN, Lauvrak V. Forebygging av trykksår, hurtigoversikt kunnskapsgrunnlag. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.

Vedlegg 1

Sekretariatet ledes av Anne-Grete Skjellanger, øvrige medlemmer: Unni Krogstad, Ellen Tvetter Deilkås, Ingrid Sperre Saunes og Kristine Walther Langva

Styringsgruppens medlemmer

Bjørn Inge Larsen	Leder av styringsgruppen, helsedirektør
Gunnar Bovim	Administrerende direktør, Helse Midt RHF
Bente Mikkelsen	Administrerende direktør, Helse Sør-Øst RHF
Bjørn G. Iversen	Fungerende avdelingsdirektør ved Avdeling for infeksjonsovervåking, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Liv Arum	Generalsekretær, Funksjonshemmedes Felles Organisasjon
Geir Riise	Generalsekretær, Den norske legeforeningen
Ivar Vollset	Assisterende direktør, Statens legemiddelverk
Gudrun Grindaker	Direktør, Satsinger og ledelse, KS
Sigrid Askum	Prosjektleder, Satsinger og ledelse, KS
Lisbeth Normann	Forbundsleder, Norsk sykepleierforbund

Medlemmer i fagrådet:

Stig Harthug	Fagrådets leder, Kvalitetssjef, Forsknings- og Utviklingsavdelingen, Helse Bergen HF Haukeland universitetssjukehus
Anders Walløe	Seksjonsoverlege, Avd for kirurgi og nevrofag, Oslo Universitetssykehus HF
Anette Hylén Ranhoff	Overlege, Medisinsk avdeling, Diakonhjemmet Sykehus
Arnfinn Aarnes	Rådgiver, Helse, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
Barthold Vonen	Overlege, Gastrokirurgisk avdeling, UNN HF
Elisabeth Arntzen	Direktør kvalitet og prioritering, Helse Sør-Øst RHF
Gunn Fredriksen	Administrerende direktør, Sykehusapotekene Midt-Norge
Hans Iver Børresen	Viseadministrerende direktør, Sykehuset Innlandet HF
Hans-Petter Næss	Avdelingsoverlege, Kirurgisk avdeling, Gastrokirurgisk seksjon, Sykehuset i Vestfold HF
Inger Cathrine Bryne	Klinikkjef, Kirurgisk klinikk, Sørlandet Sykehus HF

Janecke Thesen	Allmennlege/Spesiallege/forsker, Legekontoret Valestrandfossen
Lars Mathisen	Spesialsykepleier Thoraxkirurgisk intensiv, Oslo Universitetssykehus HF
Margun Øhrn	Helse- og omsorgssjef Songdalen kommune
Ragnar Værnes	Professor II, Det Psykologiske Fakultet, UiB
Svein Erik Gisvold	Overlege, Anestesiavdelingen, St. Olavs Hospital
Torhild Heggstad	Seksjonsleder, Forsknings- og Utviklingsavdelingen, Helse Bergen HF Haukeland universitetssjukehus
Trine Magnus	Leder, Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)
Vibeke Bostrøm	Prosjektkoordinator, Undervisningssykehjem, Undervisningstjenesten for Vestfold

Vedlegg 2 Beslutningsgrunnlag: faktaark

Faktaarkene beskriver kort hvert innsatsområde. De skal beskrive hvilket aspekt ved pasientsikkerhet innsatsområdet er rettet mot. Videre skal pasientpopulasjon angis, og hvor i helse-tjenesten tiltak skal settes inn. De skal gi en beskrivelse av omfang eller antatt omfang av problemet i Norge, og forbedringspotensial. Mulige intervensjoner og erfaringer med de fra andre land skal beskrives, og på hvilket nivå tiltakene skal settes inn. Mulige metoder for å registrere prosess- og resultatmål, tilgang på data skal beskrives. Fagmiljøer som arbeider med aktuell pasientsikkerhetsområde i Norge bør identifiseres.

Framstillingen er basert på sammenstilling av kjent litteratur, og vanlig informasjon- og litteratursøk på internett. Det er ansatte i Kunnskapscenteret som har stått for sammenfattingen av innsatsområdene i faktaarkene.

SIKKER KIRURGI

Beskrivelse av innsats- område

Begrepet uønskede hendelser i forbindelse med kirurgi kan få alvorlige konsekvenser for pasientens liv og helse. Dette kan dreie seg om operasjon av feil pasient, side eller organ, mangelfull behandling eller feildosering av medisin og anestesismiddel, apparatsvikt, strømsstans og smitteoverføring.

WHO's sjekklister er utarbeidet for å redusere slike hendelser. Sjekklister består av 19 punkter fordelt på "Forberedelse", "Time out" før hudsnitt og "Avslutning". Sjekklister er basert på kommunikasjon mellom profesjoner, muntlig bekreftelse av mottatt informasjon og avkrysning for at kritiske prosesser og prosedyrer er gjennomført eller vurdert. Strategien bygger på å skape en sikkerhetskultur med fokus på system i tillegg til personlig ansvar, og er inspirert av virksomheter som luftfart og luftfartsindustri.

Både inneliggende og polikliniske pasienter som skal til kirurgisk inngrep. Sjekklister skal sikre at det er riktig pasient, riktig operasjonsfelt, riktig inngrep, at eventuelle risiki er kjent og at relevante forholdsregler tatt.

Sjekklister fylles ut i forbindelse med operasjonen av dedikert, utpekt person (f. eks. anestesisykepleier eller operasjonssykepleier). Sjekklister følger journalen, enten ved at den fylles ut med hånd, og deretter scannes og legges i journalen, eller utfylling gjøres elektronisk.

WHO's sjekklister er oversatt av Kunnskapssenteret i samarbeid med Helse- Vest. Kirurgisk og anesthesiologisk lege- og sykepleiermiljø har vært aktive bidragsyttere til oversettelsesarbeidet. Tema tas opp på kirurgisk høstmøte

WHO og USA har brukt dette som satsing og sjekklister er i ferd med å utprøves i flere land inkludert Norge.

Omfang og Forbedrings-potensiale	<p>Globalt gjøres 234 millioner operative inngrep årlig. Operasjonskomplikasjoner er sterkt varierende, og det er estimert at halvparten av alle komplikasjoner kan unngås.</p> <p>I Norge i 2007 var vel 370 000 pasienter innlagt på kirurgiske avdelinger. Kirurgisk behandling redder liv og bedrer livskvalitet. Kommunikasjonssvikt mellom medlemmer av operasjonsteamet er hyppig (1). Sjekklisen er prøvd ved 8 sykehus i 8 land, til sammen ved inngrep på 3733 pasienter (2). Før innføring av sjekklisen var dødsraten 1,5% og komplikasjonsfrekvensen (under innleggelse) 11%. Etter innføring av sjekklisen var dette redusert til henholdsvis 0,8% og 7% (P=0,003 og <0,001). Forbedringspotensial forventes dokumentert på internasjonalt/nasjonalt/regionalt/ og lokalt plan</p>
Mulige resultatmål	<p>Vi kan måle andelen av alle operasjoner der sjekklisen er fylt ut. (Opptelling manuelt eller uttrekk av datajournal??) Pågående prosjekter vil kunne gi råd om målemetoder. I regionale og nasjonale sammenhenger kan mortalitet og komplikasjonsfrekvens monitoreres.</p> <p>Se vedlagt bibliografi, utarbeidet av WHO og Institute of Medicine, USA. WHO har utarbeidet manual, "starter-kit" og instruksjons-video</p>
Støtte i norsk fagmiljø	<p>Det pågår prosjekter på området i alle helseregioner. Satsingsfelt med forskningsopplegg i Helse Vest.</p>

Referanser

- (1) Lingard L, Regehr G, Orser B, Reznick R, Baker GR, Doran D et al. Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologists to reduce failures in communication. Arch Surg 2008; 143(1):12-17.
- (2) Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med 2009; 360(5):491-499.

POSTOPERATIVE SÅRINFEKSJONER I SYKEHUS

Beskrivelse av innsats- område	<p>Mål: Redusere postoperative sårinfeksjoner i sykehus (POS)</p> <p>Postoperative sårinfeksjoner er en av de tre hyppigste helsetjenesteerhvervete infeksjoner og medfører økt sykkelighet og dødelighet.</p> <p>Kampanjen retter seg mot pasienter i sykehus som gjennomgår en av følgende kirurgiske prosedyrer: Aortokoronar bypass, Keisersnitt, nedre uterinsegment, Innsetting av proteser i hoftelodd, Kolecystektomi, Kolonkirurgi: reseksjon av tarm og tarmanastomoser. Andre lands kampanjer har anbefalt et knippe av 4 tiltak for å redusere postoperative sårinfeksjoner: Rett antibiotikabehandling, Rett hårfjerning, Sikring av normotemperatur og normal blodglucose. Vi vil gjennomgå dokumentasjonsgrunnlaget for disse tiltakene. USA, Skottland og Danmark har brukt dette området i sine kampanjer. Flere av tiltakene er beskrevet på nettsiden til Institute for Healthcare Improvement, som forslag til forbedrings-tiltak: http://www.ihl.org/imap/tool/#Process=9102c77f-e32e-4677-be9f-a5dbf8329940</p>
Omfang og forbed- ringspotensial	<p>Folkehelseinstituttets statistikk over postoperative sykehusinfeksjoner i Norge inkluderer 5 340 operasjoner og 308 infeksjoner (insidensandel: 5,8 %). Av disse infeksjonene er 226 overfladiske (151 diagnostisert av lege), 58 dype og 24 organ/hulrom. Totalt 4 649 av pasientene (87 %) ble oppfulgt etter utskrivelse fra sykehus. Blant de som er fullstendig oppfulgt (d.v.s. fulgt opp i mer enn 25 dager, utviklet infeksjon i organ eller hulrom, eller død innen 30 dager etter inngrepet) ble det identifisert 284 infeksjoner (insidensandel 6,1 %). Insidensandelen varierer mellom de forskjellige prosedyrene. Kun 13,3 % av infeksjonene er diagnostisert før utskrivelse, men dette varierer mellom de ulike prosedyrene. Forekomsten av postoperative sårinfeksjoner varierer mellom ulike typer kirurgi http://www.fhi.no/nois.</p> <p>En skotsk studie bekrefter viktigheten av å registrere infeksjonsrate for ulike kirurgiske prosedyrer også etter sykehusoppholdet (1). NOIS registreringene ivaretar dette kravet . Antatt stort forbedringspotensial i Norge.</p> <p>Tallfestet reduksjonsmål må diskuteres med ulike fagmiljøer.</p>
Resultatmål	<p>Fra januar 2010 kan Folkehelse leverer NOIS-data fra kontinuerlig (helårs) overvåking på disse fem prosedyrene. Sykehusinfeksjoner kan registreres ved systematisk journalgjennomgang. Det er også aktuelt å følge mortalitet (HSMR)</p>
Støtte i norsk fagmiljø	<p>Må forankres i aktuelle kirurgiske og infeksjonsmedisinske miljøer.</p>

1. Reilly, J. et al: Procedure-specific surgical site infection rates and postdischarge surveillance in Scotland. *Infect Control Hosp. Epidemiol.* 2006; 27(12):1318-1323

LEGEMIDDELHÅNDTERING

Beskrivelse av inn- satsområde

Mål: Redusere pasientskade hos eldre som følge av uriktig forskriving, administrasjon av eller samhandling om legemidler

Kampanjen retter seg mot pasienter over 64 år som er spesielt utsatt i forhold til a) skade på grunn av at de står på risikomedikamenter / polyfarmasi og b) skade på grunn av manglende kommunikasjon mellom omsorgsnivåer/ omsorgstyper. Foreslåtte tiltak:

- a) Utplassering av kliniske farmasøyter på sengepostene.
- b) Undervisning i farmakoterapi for alle personer involvert i prosessen.
- c) Standardprosedyrer og kontroller ved risikomedikamenter
- d) Innføring av elektronisk rekvisisjons og distribusjonssystem
- e) Standardiserte kontrollsystem ved alle overflyttinger

USA, Skottland og Danmark har brukt området i sine kampanjer

Omfang og forbed- rings- potensial

I rapporten "To Err Is Human" hevder man at de hyppigste behandlingspåførte pasientskadene var legemiddelrelaterte. Ulike studier bekrefter at legemiddelkomplikasjoner er blant de pasientskadene som forekommer oftest i sykehus, med en estimert andel på 19-26 % av alle behandlingsrelaterte skader og en insidens på mellom 2-52 per 100 innleggelser. Alvorlighetsgraden av de legemiddelrelaterte hendelsene i sykehus varierer, men er i en større prospektiv kohortestudie fra USA bedømt slik at 1 % var fatale, 12 % livstruende, 30 % alvorlige og 57 % betydningsfulle.

I Norge viser meldesentralens statistikk for årene 2001-2007 at 27 % av meldingene er legemiddelrelaterte hendelser. En norsk studie fra 2001 viser at legemiddelrelaterte hendelser fører til unødige dødsfall i sykehus, spesielt blant eldre.

En studie gjort ved St Olavs Hospital HF gjennomgikk sykehusets 610 rapporter om legemiddelfeil rapportert på Helsetilsynets skjema IK-2448 i tiden 1.7. 2002–30.6. 2006. Den vanligste årsaken til rapportering (39 %) var at pasienten fikk en annen dose enn ordinert. Andre årsaker var at det ble gitt feil legemiddel til pasienten (17 %), at et intravenøst legemiddel hadde gått subkutan (15 %) eller at legemidlet var gitt til feil pasient (12 %).

Resultatmål

Mulig å lage indikator med bakgrunn i ICD 10-koder ?

Lokale registreringer ved systematisk journalgjennomgang. Reinnleggelser

Måle HSMR

Støtte i norsk fagmiljø Kan knyttes til prosjekt i regi av Hdir / HOD om legemiddelbruk hos eldre i sykehjem og hjemmebasert omsorg. Interesse hos Sykehusapotekene. Aktuelle prosjekter pågår i Helse Midt (St Olav) og i Helse Vest.

BEHANDLING AV HJERNESLAG I SLAGENHETER

Beskrivelse av innsats- område	<p>Selv om behandling av hjerneslag i slagenheter har vist seg å redusere dødelighet og invaliditet er det ikke alle pasienter med hjerneslag som får slik behandling.</p> <p>De nasjonale retningslinjene for hjerneslag definerer en slagenhet som en organisert behandling av slagpasienter i en geografisk avgrenset enhet med faste senger, bemannet med et tverrfaglig spesialopplært personale og med et standardisert program for diagnostikk, observasjon, akutt behandling og tidlig rehabilitering . I følge en artikkel i Dagens medisin i 2008 viste en undersøkelse blant 54 norske sykehus som behandler akutt hjerneslag at 80 prosent behandlet slagpasienter i organiserte slagenheter, dette var antatt å omfatte 70 til 75 % av pasientene .</p> <p>Tiltaket har ikke vært omfattet av nasjonale kampanjer for pasientsikkerhet i utlandet, men er presentert som et aktuelt forbedringsområde på Institute for Healthcare Improvements "Improvement Map".</p>
Omfang og forbedrings- potensial	<p>Det er antatt at ca. 15 000 personer i Norge årlig rammes av hjerneslag. I følge dødsårsaksregisteret lå antall dødsfall grunnet hjerneslag i perioden 2006-2008 på hhv 50 og 60 per 100 000 innbyggere for kvinner og menn, noe som var en halvering i forhold til tallene fra 1990. Selv om dødeligheten er gått ned vil økning i antall eldre trolig gi økt antall slagtilfeller og bli en stor utfordring for helsetjenesten med hensyn til akuttbehandling, rehabilitering, pleie og omsorg.</p>
Mulige resultatmål	<p>Nasjonalt dødelighetsregister, 30 dagers dødelighet</p> <p>Andel pasienter med hjerneslag som behandles i en slagenhet målt i Nasjonalt hjerneslagregister. Andel slagenheter som innfrir kriteriene for slagenheter. Pasientskader hos pasienter med hjerneslag målt med Global Trigger Tool.</p>
Støtte i norsk fagmiljø	<p>Nasjonale retningslinjer for behandling av hjerneslag i hjerneslagenheter ble ferdigstilt i 2010, og det er interesse for å bruke Pasientsikkerhetskampanjen som drivkraft til å få dem iverksatt.</p>

FALL I INSTITUSJONER

Beskrivelse av inn- satsområde

Mål: Redusere fallskader hos eldre i institusjoner

Fallulykker hos eldre kan ha alvorlige konsekvenser. Kampanjen retter seg mot alle innliggende pasienter over 65 år ved sykehus og sykehjem. Målet er å redusere pasientenes risiko for å falle både mens de er i institusjon og etter utskrivelsen.

Vi kjenner risikofaktorer for fall, hvorav tidligere fall er blant de viktigste. Tiltak rettet mot risikofaktorer ved pasienten selv, inklusive medikamentforbruk og mot hans/hennes omgivelser har hatt varierende effekt. Best effekt er sett av tverrfaglige og sammensatte tiltak. I Australia det presisert at fall og skadeforebyggelse krever innsats både på et strategisk og et praktisk nivå.

Tiltak rettet mot risikofaktorer ved pasienten selv, inklusive medikamentforbruk og mot hans/hennes omgivelser har hatt varierende effekt. Best effekt er sett av tverrfaglige og sammensatte tiltak. I Australia det presisert at fall og skadeforebyggelse krever innsats både på et strategisk og et praktisk nivå. En fersk pilotstudie ved nevrologisk/rehabiliteringspost ved Haukeland Universitetssykehus viste høyere frekvens enn vist i den Australiske undersøkelsen.

Fall-prevensjon er brukt i satsinger / kampanjer for bedret pasientsikkerhet i USA, Australia og Sverige.

http://www.lj.se/info_files/infosida35548/fall.pdf

Omfang og forbed- ringspotensial

Rundt 17 % av alle meldinger til Meldesentralen dreier seg om pasienter som faller i sykehus. Undersøkelser fra Danmark har vist at 7 % av alle pasienter som kom til behandling for hoftebrudd, hadde pådratt seg frakturen under sykehusopphold (1). I Canada er det vist at 1 av 1 000 gamle får hoftefraktur under opphold i Canadiske sykehus og at det er svær variasjon sykehusene i mellom (2).

Lårhalsbrudd er en alvorlig og fryktet konsekvens av fall. 20 % dør ila 6 mnd og 50 % går aldri som før. I 2003 hadde vi i Norge 3576,5 hoftebrudd per 100 00 eldre over 80 år. Dette er mer enn alle andre land som ble registrert i det Europeiske nettverket "Profane". Vi forventer at problemet øker etter hvert som befolkningen blir eldre.

I Sverige regner man med at kostnadene ved fallulykker hos eldre løper opp til 14 milliarder Skr og at dette – om ikke noe gjøres – blir rundt 50 milliarder Skr i år 2050 En nylig oppdatert Cochrane review og en systematic review i BMJ om effekt av fallprevensjon hos eldre viser evidens for tverrfaglig, sammensatt tiltak med utgangspunkt (3, 4).

Mulige Resultatmål Informasjon om skader /fracturer kan hentes i NPR og eksisterende meldesystem.
Informasjon om hoftefracturer kan hentes i Norsk Hoftefractur-register.
Systematisk journalgjennomgang kan gi gode data
Svensk algoritme, se i vedlegg, forslår frakturnrate per 1 000 innbyggere

Støtte i norsk fagmiljø Det pågår lokale prosjekter og studier vedrørende fallskader ved flere helseforetak i Norge.
Doktorgradsavhandling utgått fra Diakonhjemmets sykehus, Oslo
Pågående prosjekt ved Haraldsplass sykehus i Bergen
Pågående samarbeid mellom Haukeland Universitetssykehus og Pasient-sikkerhetsenheten

Referanser

1. Foss NB, Palm H, Kehlet H. In-hospital hip fractures: prevalence, risk factors and outcome. *Age Ageing*. 2005 Nov;34(6):642-5.
2. Pulcins I, Wan E. In-hospital hip fractures in Canada: using information to improve patient safety. *Healthc Q*. 2004;7(4):25-7.
3. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(2):CD007146.
4. Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttorp MJ, et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ*. 2004 Mar 20;328(7441):680.

MOBILE AKUTT-TEAM / ALERT PROGRAM

Beskrivelse av innsatsområde

Mål: Sikre tidlig intervensjon hos pasienter med forverring av tilstand. De fleste pasienter som får hjertestans i sykehus har kliniske symptomer før hjertestans inntreffer. Flere studier har vist at pasienter symptomer ikke oppdages før pasientens tilstand er kritisk. Dette er endringer i temperatur, puls, blodtrykk, respirasjon, hemoglobin, oksygenmetning og mental tilstand. Målet med Rapid Response Team er å etablere et system der slike symptomer observeres for å tilkalle et spesialteam ved forverring av pasientenes tilstand.

Tiltaket er lansert i andre kampanjer: Etablere mobile team bestående av intensivsykepleier og lege som kan tilkalles ved mistanke om alvorlig forverring. Disse teamene kalles i litteraturen Rapid Response Team (RRT) eller Mobile Emergency Team (MET).

Et alternativt tiltak (første skritt i handlingskjeden) diskutert i Norge har vært å trene sykepleiere på sengepost i målrettet observasjon. (ALERT prosjekt).

USA, Skottland og Danmark har brukt MET/ RRT i sine kampanjer

Omfang og forbedringspotensial

Omfanget av pasienter som kunne ha unngått død eller akutt overflytting til intensivavdelinger ved tilsyn av et mobilt akutt-team er ikke kjent verken internasjonalt eller i Norge.

Temaet har fått økt oppmerksomhet fra ca 2000 men effekt er fortsatt relativt lite studert. En systematisk oversikt fra 2010 (1) viser at det ikke er vist at innføring av rapid response team eller lignende tiltak reduserer dødelighet i sykehus.

Resultatmål

Akutte overflyttinger til intensiv eller overvåkingsenhet (DIPS data). SMR, eller lav-DRG mortalitet , Lokal journalgjennomgang.

Støtte i norsk fagmiljø

Mobile akutt-team som tiltak for å forebygge en irreversibel forverring har vakt interesse i norske anesthesiologiske miljøer. Flere sykehus arbeider med dette. Det foregår lokale ALERT prosjekter, bl. a. på Ahus.

Reference List

- (1) Chan PS, Jain R, Nallmothu BK, Berg RA, Sasson C. Rapid Response Teams: A Systematic Review and Meta-analysis. Arch Intern Med 2010; 170(1):18-26.

INFEKSJONER: SENTRALT VENEKATETER

Beskrivelse av innsatsområde

Mål: Redusere blodbaneinfeksjoner i forbindelse med CVK

Definisjon på blodbaneinfeksjon:

*Klinisk infeksjonssykdom og SIRS=2 (3) av følgende objektive mål:
temp <36° eller> 38°, pulsfrekvens > 90/min, respirasjonsfrekvens > 20/min, PaCO₂ < 4,3 kPa, leukocytter < 4 eller> 12.*

Kampanjen retter seg mot alle pasienter i sykehus som har innlagt sentralt venekateter.

Den alvorlige tilstanden til pasienter med CVK er bakgrunn for at man sjelden velger å innføre bare ett infeksjonsforebyggende tiltak. Anbefalingen på IHIs hjemmesider er derfor å benytte hele den anbefalte "bundle" av tiltak og ikke velge ut enkelt av dem. Tiltakene brukt i andre kampanjer er et knippe på 5:

1. God håndhygiene
2. Maksimale smitteverntiltak (håndhygiene, hodeplagg, maske, steril frakk, hansker)
3. Klorhexidinvask av hud
4. Optimal kateterplassering (vena subclavia)
5. Daglig vurdering av behov for kateter

USA, Skottland og Danmark har brukt dette området i sine kampanjer.

Flere av tiltakene er beskrevet på nettsiden til Institute for Healthcare Improvement, som forslag til forbedringstiltak:

<http://www.ihl.org/imap/tool/#Process=9102c77f-e32e-4677-be9f-a5dbf8329940>

Omfang og forbedringspotensial

Blodbaneinfeksjoner er en alvorlig komplikasjon med store konsekvenser, men også en tilstand som er mulig å forebygge. En canadisk studie(1) som undersøkte forekomst og bakteriologi ved katetersepsis hos 1017 pasienter, fant at en av 20 innlagte i intensivavdelinger i Calgary helseregion pådro seg sepsis, med et lengre sykehusopphold og høyere dødelighet som følge.

I en artikkel fra USA rapporterer Deshpande et al. (2) en prospektiv registrering av 831 sentrale venekatetre (4735 kateter/dager) hos 657 pasienter i intensivavdelinger, at insidensen av CVK-relatert sepsis i intensivavdelinger er lav forutsatt at optimalt innstikksted er valgt (subclavia).

Insidensen av sepsis er vanskelig å beregne ettersom definisjonen av sepsis i publiserte studier har variert. Insidensen i Norge beregnes til 1,5/1000 innbyggere og år (ca 7000 pasienter/år).

Mortaliteten ved sepsis varierer i ulike pasientgrupper og er avhengig av

mange faktorer, som pasientens underliggende sykdom og alder, grad av organdysfunksjon, mikrobiologisk agens, og infeksjonsfokus (evidensgrad 1a). I kliniske studier ses derfor mortalitetstall som varierer fra noen få prosent ved sepsis, til over 60 prosent ved septisk sjokk.

http://www.legemiddelverket.no/upload/16052/sepsis_08des59.pdf

Mulige resultatmål	Antall CVK infeksjoner / 1000 CVK dager (ICD-10: A40 -41) Data fra systematisk journalgjennomgang, lokal registrering av infeksjoner – kan aggregeres. NOIS-registreringen kan muligens utvides til også å gjelde kateterinfeksjoner i forbindelser med kampanjen. Sykehusjustert mortalitet (HSMR) bør følges i hele kampanjeperioden.
Støtte i norsk fagmiljø	Må forankres i infeksjons- og intensivmedisinske avdelinger.

Referanser

(1) Laupland KB, Zygun DA, Davies HD, Church DL, Louie TJ, Doig CJ. Population-based assessment of intensive care unit-acquired bloodstream infections in adults: Incidence, risk factors, and associated mortality rate. *Crit Care Med* 2002; 30(11):2462-2467.

(2) Deshpande KS, Hatem C, Ulrich HL, Currie BP, Aldrich TK, Bryan-Brown CW et al. The incidence of infectious complications of central venous catheters at the subclavian, internal jugular, and femoral sites in an intensive care unit population. *Crit Care Med* 2005; 33(1):13-20.

TIDLIG REHABILITERING VED LÅRHALSBRUDD

Beskrivelse av innsats-område	Tidlig rehabilitering av gamle og skrøpelige med hoftebruddskader reduserer forekomst av forvirring og øker evnen til å fungere i dagliglivet, enn vanlig sykehusbehandling. Noen studier viser at færre dør på sikt ved slik behandling enn ved behandling i konvensjonelle ortopediske avdelinger. Tiltaket øker ikke behandlings kostnader eller behovet for sykehjemsplasser. Flere av rehabiliteringstiltakene er foreslått av Institute for Healthcare Improvement, som del av deres "Improvement map": http://www.ihl.org/imap/tool/# http://www.ihl.org/imap/tool/#Process=ba9f4bfl-fbd9-4dda-be59-6d823b35b7d3
Omfang og forbedringspotensial	9000 pasienter får lårhalsbrudd i Norge hvert år. Forekomsten forventes å øke. Gamle skrøpelige pasienter har høyere sykелighet og dødelighet etter lårhalsbrudd (R ^o , 2000 9 /id). Halvparten mister gangfunksjon og de får høyere dødelighet og sykелighet. En tredjedel av pasientene over 85 år flytter til sykehjem.
Mulige resultatmål	Risikojustert dødelighet. Forvirringstilstander, Behov for sykehjemsplass, Fall, Bruddskader.
Støtte i norsk fagmiljø	Det finnes flere ortopedisk-geriatriske enheter i Norge, deriblant på Diakonhjemmet sykehus og på Haraldsplass sykehus.

TRYKKSÅR

Beskrivelse av innsatsområde

Mål: Å redusere trykksår som følge av sykehus- eller sykehjemsopphold
Kampanjen retter seg mot pasienter i sykehus og sykehjem som er spesielt utsatt for å utvikle trykksår.

Trykksår er definert av European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP, 1998) på følgende måte: Et område med avgrenset skade på hud og underliggende vev som skyldes trykk, skyveeffekt, friksjon eller en kombinasjon av disse. Alvorlighet av trykksår inndeles i 4 grader.

Tiltak rettet mot forebygging av trykksår kan iverksettes både i sykehjem og sykehus og kan bestå av: Utføre risikovurdering for trykksår på alle innkomne pasienter, Revurdere risiko for alle pasienter daglig. Inspeksjon av hud daglig, Administrere hudpleie, Optimalisere væske og ernæring, Avlaste trykk, Stimulere sirkulasjon, Veilede pasient og pårørende i aktiv og passiv trening.

Sveriges nasjonale satsing for å " minska vårdskada" har trykksår som et innsatsområde. Skottland planlegger å føye dette området til i sin kampanje.

Omfang og forbedringspotensial

En surveyundersøkelse gjennomført i 5 europeiske land omfattet 5947 pasienter innlagt i 25 sykehus. Trykksårprevalensen var estimert til 18,1% inkludert grad 1-4 og 10,5% når grad 1 var ekskludert.

En prevalensundersøkelse fra Danske sykehus i 1994 finner en prevalens på i underkant av 3 % men de aller fleste av disse hadde trykksår allerede ved innkomst. Undersøkelsen konkluderer med at dette ikke er et stort kvalitetsproblem i Danmark. Insidens av trykksår i norske sykehus og sykehjem er ukjent.

Forbedringspotensialet på området er antatt stort og vil variere i henhold til avgrensingsområdet.

Datagrunnlag

Systematisk journalgjennomgang hos risikopasienter. Registrering lokalt på standardiserte måter kan muliggjøre aggregering.

Støtte i norsk fagmiljø

Norsk interessefaggruppe for sårheling (NIFS)

Referanser

<http://www.skl.se/web/Atgardspaket.aspx>

VENTETID - KREFT

Beskrivelse av innsats- område	<p>Prinsippet om at tidlig intervensjon reduserer dødelighet ligger til grunn for screening programmer for flere kreftsykdommer, som har til hensikt å påvise sykdommen før den gir symptomer.</p> <p>Innsatsområdet går ut på å måle ventetid for utredning av symptomer, der det foreligger mistanke om kreft, og til å få behandlet konstatert kreftsykdom. Målet er at den enkelte behandlingsenhet iverksetter lokale tiltak som for eksempel å forbedre koordinering på tvers av enheter og behandlingsnivå, for å redusere ventetiden.</p>
Omfang og forbedrings- potensial	<p>I en oversikt fra 2004 til 2008 finner Norsk Pasient Skade Erstatning at 47 prosent av deres medholds vedtak vedrørende svulst og kreftsykdommer (209 av 445) er begrunnet med svikt i diagnostikk. I over halvparten av sakene (57 prosent), skyldes svikten at pasienten ikke ble fulgt opp med riktige eller nødvendige undersøkelser. I mange tilfeller avventet man situasjonen for lenge eller unnlot å foreta undersøkelser som man ut i fra pasientens symptomer burde ha utført. Kategoriseringen av sakene ut i fra diagnosegruppe viser at forsinket eller feil diagnostisering av kreft i fordøyelsesorganer og brystkreft er de største gruppene. De representerer hver en andel på 21 prosent av vedtakene. I totalt 40 av de 209 diagnostikk sakene er det registrert at pasienten døde på grunn av svikten. I gruppa som gjelder forsinket/feil diagnostikk av kreft i fordøyelsesorganer er det registrert at elleve av 44 pasienter døde. Når det gjelder diagnostisering av brystkreft, døde fire av 43 pasienter som følge av svikten. Diagnostisering av kreft i luftveiene/brystregionen er den tredje største gruppa med ti prosent av vedtakene. Det er registrert dødsfall i hele tolv av de 21 sakene.</p>
Mulige resultatmål	<p>Dødelighet, Ventetid for kreft utredning, og behandling undersøkt retrospektivt gjennom journalundersøkelse, evt spørreskjema (pasientsikkerhet i Pasop)</p>
Støtte i norsk fagmiljø	<p>Risikoanalyse fra Helsetilsynet, Kreftregisteret, Prosjekt i Helsedirektoratet</p>

URINVEISINFEKSJONER

Beskrivelse av innsats- område	Nesten alle urinveisinfeksjoner i sykehus oppstår hos pasienter med urinkateter, eller etter prosedyrer utført i urinveiene. De med høyest risiko er kvinner med urinkateter som gjennomgår elektiv kirurgi. Reduksjon av urinveisinfeksjoner er valgt som innsatsområde i Sverige.
Omfang og forbedrings- potensial	Prevalens undersøkelser i Norge viser at i underkant av 2 % av pasienter i norske sykehus har urinveisinfeksjon. Urinveisinfeksjoner utgjør 30 % av alle sykehusinfeksjoner. En prospektiv kontrollert intervensjonsstudie viser at multifaktoriell intervensjon kan redusere forekomst av urinveisinfeksjoner knyttet til urinveiskateter behandling fra 10,4 til 3.9 episoder per 100 pasienter i intervensjonsgruppen.
Mulige resultatmål	NPR. Risikjustert dødelighet. Lokale data over forekomst av urinveisinfeksjon knyttet til behandling med urinveiskateter. Data over bruk av urinveiskateter, forekomst og tidslengde.
Støtte i norsk fagmiljø	Folkehelsa arbeider med prevalensundersøkelser og har vært med på utforming av handlingsprogram mot sykehusinfeksjoner. Har også tiltak rettet mot sykehjem.

Vedlegg 3 Beslutningsgrunnlag: hurtigoversikter

Arbeidet med notatene som har undersøkt effekt av tiltak for de ulike innsatsområdene har vært utført av prosjektleder Vigdis Lauvrak og forskningsleder Inger Natvig Norderhaug i nært samarbeid med sekretariatet for pasientsikkerhetskampanjen. Utkast til åtte av notatene ble i mai 2010 fremlagt for fagrådet til pasientsikkerhetskampanjen. Notatene ble deretter ferdigstilt uten vesentlige endringer i konklusjonene. Notatene er basert på en forenklet metode for kunnskapsoppsummering: hurtigoversikter. De har ikke vært vurdert av eksterne fagfeller.

Her gjengis hovedkonklusjonen fra hurtigoversikter om effekt av mulige tiltak innen aktuelle innsatsområder for kampanjen. Konklusjonen for Sikker kirurgi er hentet fra et metodevarsel fra Kunnskapssenteret. Notater er publisert i sin helhet på kunnskapssenterets hjemmeside. www.kunnskapssenteret.no. Referansene er angitt i Litteraturlisten til denne rapporten.

SIKKER KIRURGI

WHOs sjekklister for trygg kirurgi er et redskap for effektiv kommunikasjon og utveksling av kritisk informasjon. Sjekklisten er utformet for å fremme målene gitt i WHOs veileder for trygg kirurgi. Det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget for kliniske effekter av å introdusere sjekklisten, er begrenset og usikkert. Det er likevel viktig å trekke frem at erfaringsbasert kunnskap fra andre felt, tilsier at bruk av denne typen sjekklister fremmer en god sikkerhetskultur.

FOREBYGGING AV POSTOPERATIVE INFEKSJONER

Hovedkonklusjoner (gradert vitenskapelig kunnskapsgrunnlag)

- Antibiotikaprofylakse ved keisersnitt, åpne hofteproteseoperasjoner, åpen fjerning av blindtarm, åpen fjerning av galleblære og åpne hjerteoperasjoner kan gi reduksjon av postoperative infeksjoner (middels ⊕⊕⊕○ til høy kvalitet ⊕⊕⊕⊕).
- Antibiotikaprofylakse ved laparoskopisk fjerning av galleblære påvirker trolig ikke antallet postoperative infeksjoner (lav kvalitet ⊕⊕○○).

- For operasjonene nevnt ovenfor er det utilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til å vurdere om antibiotikaprofylakse kan gi nedsatt dødelighet.
- Det er usikkert om fjerning av hår i seg selv kan gi færre postoperative infeksjoner (svært lav kvalitet ⊕○○○).
- Fjerning av hår før operasjon ved klipping kan gi færre sårinfeksjoner sammenlignet med fjerning av hår med barbering (lav kvalitet ⊕⊕○○).
- Det er usikkert om streng blodglukosekontroll kan gi reduksjon av postoperative infeksjoner (svært lav kvalitet ⊕○○○).
- Det er usikkert om opprettholdelse av normal kroppstemperatur kan gi færre postoperative infeksjoner (svært lav kvalitet ⊕○○○).

Konklusjonene er basert på gjennomgang av oppsummert forskning i fire Cochrane-oversikter, to systematiske oversikter og tre kunnskapsbaserte retningslinjer.

FOREBYGGING AV LEGEMIDDELSKADE HOS ELDRE

Hovedkonklusjoner (gradert vitenskapelig kunnskapsgrunnlag)

- Sammensatte tiltak som legemiddelgjennomgang (samstemming av medisnlister), undervisning, opplæring og oppfølging kan redusere uhensiktsmessig legemiddelbruk (svært lav ⊕○○○ til lav kvalitet ⊕⊕○○).
- Det er utilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til å bedømme om ett enkelt tiltak, eller ett sammensatt tiltak, kan gi færre legemiddelrelaterte dødsfall, færre skader eller økt livskvalitet.
- Det er utilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til å bedømme om elektronisk ordinering og kontrollsystem for overflytting og utskrivning alene påvirker legemiddelbruk.

Vi trakk konklusjonene etter gjennomgang av en svensk HTA rapport og en ny rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. En rask gjennomgang av sammendraget til 28 andre rapporter og systematiske oversikter utgitt etter 2005 ga støtte til konklusjonene.

BEHANDLING OG REHABILITERING: HJERNESLAG

Hovedkonklusjoner (gradert vitenskapelig kunnskapsgrunnlag)

- Behandling i egne slagenheter kan gi reduksjon i antall dødsfall (middels kvalitet ⊕⊕⊕○) og redusere liggetiden i sykehus (lav kvalitet ⊕⊕○○).

- Behandling i egne slagenheter har trolig liten eller ingen effekt for avhengighet av hjelp (middels kvalitet ⊕⊕⊕○) og behov for pleie i institusjon (lav kvalitet ⊕⊕○○).

Konklusjonene er basert på resultater i en ny rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og en Cochrane-oversikt fra 2007.

FOREBYGGING AV FALL HOS ELDRE I SYKEHUS OG SYKEHJEM

Hovedkonklusjoner (gradert vitenskapelig kunnskapsgrunnlag)

- Trening gir trolig ingen reduksjon i antall fall blant eldre i sykehus og sykehjem, eller reduksjon i antall eldre som faller (lav kvalitet ⊕⊕○○)
- Sammensatte tiltak organisert av tverrfaglige team kan redusere antall fall blant eldre, antall eldre som faller og antall hoftebrudd blant eldre i sykehjem (lav kvalitet ⊕⊕○○).
- Sammensatte tiltak av ulike typer kan redusere antall fall blant eldre og antall eldre som faller i sykehus (lav kvalitet ⊕⊕○○).
- Vitamin D tilskudd kan redusere antall fall blant eldre i sykehus og sykehjem, men trolig ikke antall eldre som faller (lav kvalitet ⊕⊕○○).
- Legemiddelgjennomgang kan redusere antall fall blant eldre i sykehus og sykehjem, men trolig ikke antall eldre som faller (lav kvalitet ⊕⊕○○).
- Det er usikkert om veiledet trening eller fysiske tiltak i bomiljøet alene kan forhindre fall hos eldre i sykehjem og sykehus (svært lav kvalitet ⊕○○○).
- Hoftebeskyttere kan forhindre antall hoftebrudd (svært lav kvalitet ⊕○○○), men trolig ikke antall benbrudd generelt (middels kvalitet ⊕⊕⊕○) eller dødelighet (høy kvalitet ⊕⊕⊕⊕).

Konklusjonene ble trukket etter gjennomgang av to Cochrane-oversikter og en rapport fra Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten.

RASKE RESPONSTEAM

Hovedkonklusjoner (gradert vitenskapelig kunnskapsgrunnlag)

- Det foreligger ikke overbevisende dokumentasjon på at innføring av raske respons team i seg selv reduserer uventet hjertestans og død i sykehus.
- En større australsk grupperandomisert studie med 23 sykehus viste ingen signifikant nedgang i hjertestans og uventet død (⊕⊕⊕○ middels kvalitet) i sykehus med tiltak sammenlignet med sykehus uten tiltak. En mindre britisk studie viste reduksjon av dødelighet (⊕⊕○○ lav kvalitet) i avdelinger som hadde fått tiltak sammenlignet med avdelinger hvor tiltaket ikke var innført. Henholdsvis ti og ni observasjonsstudier

viste overveiende positive effekter med hensyn til hjertestans, men variable resultater med hensyn til dødelighet (⊕○○○ svært lav kvalitet).

Vi trakk konklusjonene etter gjennomgang av resultater i en ny systematisk oversikt.

TIDLIG REHABILITERING VED HOFTEBRUDD

Hovedkonklusjoner

- Selv om det foreligger et betydelig antall studier, fant vi at kunnskapsgrunnlaget for å bedømme effekten av ulike rehabiliteringstiltak, kombinasjoner av disse, organisering av disse eller hvilket tidspunkt for rehabilitering som gir best utfall var usikker og utilstrekkelig. Dette skyldes i stor grad at tiltak og utfallsmål er svært heterogene.

Konklusjonen er basert på gjennomgang av resultater i tre Cochrane oversikter.

FOREBYGGING AV TRYKKSÅR

Hovedkonklusjoner (gradert vitenskapelig kunnskapsgrunnlag)

- Forekomsten av trykksår kan reduseres ved bruk av trykkavlastende madrasser (høy kvalitet ⊕⊕⊕⊕), puter eller saueskinnpels (moderat kvalitet ⊕⊕⊕○).
- Det er utilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til å vurdere nytten av å bruke risikoscoringsverktøy for utvikling av trykksår. Risikovurdering for utvikling av trykksår er anbefalt i nasjonale og internasjonale veiledere og retningslinjer.
- Der er utilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til å bedømme nytten av å observere hud for å forebygge trykksår.
- Bruk av pH balansert såpe kan redusere forekomsten av trykksår (lav kvalitet ⊕⊕○○).
- Der er usikkert om tilleggsernæring kan forebygge trykksår (svært lav kvalitet ⊕○○○).

Våre konklusjoner var basert på gjennomgang av resultater i to Cochrane-oversikter og en Canadisk HTA-rapport.

FOREBYGGING AV KATETERASSOSIERTE URINVEISINFEKSJONER

Hovedkonklusjoner (gradert dokumentasjon)

- Kvalitetsforbedrende tiltak kan bidra til færre kateterassosierte urinveisinfeksjoner (kunnskapsgrunnlag av svært lav ⊕○○○ til lav kvalitet ⊕⊕○○).

- Raskest mulig fjerning av urinveiskateter etter operasjon kan redusere antall kateterassosierte urinveisinfeksjoner (kunnskapsgrunnlag av lav kvalitet ⊕⊕○○).
- Ved innsetting og skifte av urinveiskateter er det usikkert om bruk av steril teknikk sammenlignet med ren teknikk påvirker antall infeksjoner. Amerikanske retningslinjer anbefaler at helsepersonale i sykehus og i akutt situasjoner benytter steril teknikk.
- Det er utilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til å vurdere om bruk av blærescanning i sykehus kan påvirke antallet kateterassosierte urinveisinfeksjoner.
- Ved kortvarig kateterbehov kan intermitterende urinveiskateter og suprapubisk kateter gi færre urinveisinfeksjoner sammenlignet med innlagt urinveiskateter (kunnskapsgrunnlag av lav kvalitet ⊕⊕○○). Amerikanske retningslinjer anbefaler at intermitterende urinveiskateter kan vurderes for noen pasientgrupper. Suprapubisk kateter anbefales bare dersom kateter via urinrør ikke kan benyttes.
- Det er utilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til å vurdere om bruk av intermitterende urinveiskateter gir færre infeksjoner sammenlignet med permanent innlagt urinveiskateter. Ved permanent behov for kateter bør pasientens ønsker og behov være avgjørende ved valg av metode.

Konklusjonene er basert på gjennomgang av oppsummert forskning i en ny amerikansk retningslinje, fem Cochrane oversikter, en amerikansk HTA rapport og en dansk HTA rapport.

Vedlegg 4: Skåring av fagområdene

Medlemmene av fagrådet har skåret hvert kriterium for hvert innsatsområde en skala fra 1-9.

På forhånd var fagrådet blitt enig om følgende vurderinger:

median rangering på 1-3 betyr passende innsatsområde

median rangering på 4-6 betyr usikker som innsatsområde

median rangering på 7-9 betyr upassende som innsatsområde

Hvis færre enn 4 medlemmer i fagrådet hadde avvikende skåringer (utenfor medianens intervall) er det enighet (konsensus) om vurderingen. Markert med E i teksten, manglende konsensus markeres med --.

Sikker kirurgi

Runde 1:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Enighet	Median
Forbedringspotensial	4	2	4	0	1	1	0	0	0	E	2,5
Resultatmål	3	3	3	1	2	0	0	0	0	E	2,5
Støtte i fagmiljø	2	5	2	2	0	0	0	0	0	E	2
* Godt dokumenterte tiltak	1	2	2	1	3	2	1	0	0	--	4,5
Runde 2:											
Forbedringspotensial	4	7	4	0	0	0	0	0	0	E	2
Resultatmål	4	6	4	1	0	0	0	0	0	E	2
Støtte i fagmiljø	2	10	2	1	0	0	0	0	0	E	2
* Godt dokumenterte tiltak	0	4	2	3	3	2	0	0	0	--	4

Postoperative sårinfeksjoner

Runde 1:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Enighet	Median
Forbedringspotensial	2	4	4	0	2	0	0	0	0	E	2,5
Resultatmål	2	1	7	0	2	0	0	0	0	E	3
Støtte i fagmiljø	3	2	2	1	3	0	0	0	0	E	3
* Godt dokumenterte tiltak	1	4	1	2	2	1	1	0	0	--	3,5
Runde 2:											
Forbedringspotensial	2	4	6	2	1	0	0	0	0	E	3
Resultatmål	1	3	8	2	1	0	0	0	0	E	3
Støtte i fagmiljø	1	3	6	3	2	0	0	0	0	--	3
* Godt dokumenterte tiltak	0	4	1	6	2	0	0	0	0	--	4

Legemiddelhåndtering

Runde 1:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Enighet	Median
Forbedringspotensial	6	3	3	0	0	0	0	0	0	E	1,5
Resultatmål	0	3	1	2	2	0	3	0	0	--	4
Støtte i fagmiljø	3	3	4	0	0	1	0	0	0	E	2
* Godt dokumenterte tiltak	1	2	2	2	1	1	3	0	0	--	4
Runde 2:											
Forbedringspotensial	5	9	1	0	0	0	0	0	0	E	2
Resultatmål	0	5	4	4	1	1	0	0	0	--	3
Støtte i fagmiljø	2	10	1	2	0	0	0	0	0	E	2
* Godt dokumenterte tiltak	0	5	4	4	1	0	1	0	0	--	3

Behandling av hjerneslag

Runde 1:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Enighet	Median
Forbedringspotensial	1	0	3	4	2	1	0	0	0	E	4
Resultatmål	1	1	2	3	2	0	2	1	0	--	4
Støtte i fagmiljø	1	0	6	0	3	0	1	0	0	E	3
* Godt dokumenterte tiltak	1	3	2	2	4	0	0	0	0	--	3,5
Runde 2:											
Forbedringspotensial	0	2	2	3	7	0	0	0	0	E	4,5
Resultatmål	0	0	3	5	6	0	0	0	0	E	4
Støtte i fagmiljø	0	0	7	2	5	0	0	0	0	--	3,5
* Godt dokumenterte tiltak	0	0	4	3	6	0	0	0	0	E	4

Fall i institusjoner

Runde 1:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Enighet	Median
Forbedringspotensial	1	2	2	2	1	3	1	0	0	--	4
Resultatmål	1	2	0	0	1	6	2	0	0	--	6
Støtte i fagmiljø	1	1	1	2	3	2	0	1	0	E	5
* Godt dokumenterte tiltak	0	0	0	4	2	3	2	0	0	E	5
Runde 2:											
Forbedringspotensial	1	2	2	5	3	1	1	0	0	--	4
Resultatmål	0	0	1	2	5	4	3	0	0	E	5
Støtte i fagmiljø	0	0	1	3	7	3	1	0	0	E	5
* Godt dokumenterte tiltak	0	0	1	3	4	3	2	0	0	E	5

Mobile akutt-team

Runde 1:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Enighet	Median
Forbedringspotensial	0	0	2	0	3	3	0	2	1	--	6
Resultatmål	0	0	1	2	1	1	4	2	1	--	7
Støtte i fagmiljø	0	0	1	2	3	2	1	1	0	E	5
* Godt dokumenterte tiltak	0	0	0	1	0	4	2	3	2	--	7
Runde 2:											
Forbedringspotensial	0	1	0	1	3	4	1	4	0	--	6
Resultatmål	0	0	0	2	3	0	5	4	1	--	7
Støtte i fagmiljø	0	0	1	1	4	2	3	3	0	--	6
* Godt dokumenterte tiltak	0	0	0	0	2	2	7	2	1	--	7

Infeksjoner ifm sentralt venekateter

Runde 1:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Enighet	Median
Forbedringspotensial	1	3	1	3	2	0	0	0	0	--	3,5
Resultatmål	0	2	3	1	2	1	1	0	0	--	3,5
Støtte i fagmiljø	0	2	5	0	2	0	1	0	0	E	3
* Godt dokumenterte tiltak	0	2	1	2	1	1	0	0	0	E	4
Runde 2:											
Forbedringspotensial	0	4	2	9	0	0	0	0	0	--	4
Resultatmål	0	4	3	5	2	0	1	0	0	--	4
Støtte i fagmiljø	0	3	6	4	1	0	1	0	0	--	3
* Godt dokumenterte tiltak	0	2	4	6	1	0	0	0	0	--	4

Tidlig rehabilitering ved hoftebrudd

Runde 1:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Enighet	Median
Forbedringspotensial	1	1	2	2	3	1	2	0	0	--	4,5
Resultatmål	0	1	1	1	3	1	5	0	0	--	5,5
Støtte i fagmiljø	0	0	0	1	3	2	4	0	0	E	6
* Godt dokumenterte tiltak	0	0	1	2	0	2	2	4	1	--	7
Runde 2:											
Forbedringspotensial	1	2	3	3	3	2	1	0	0	--	4
Resultatmål	0	1	2	2	6	1	3	0	0	--	5
Støtte i fagmiljø	0	0	4	1	4	2	3	1	0	--	5
* Godt dokumenterte tiltak	0	2	2	1	1	2	3	2	1	--	6

Trykksår

Runde 1:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Enighet	Median
Forbedringspotensial	1	1	4	2	3	0	1	0	0	--	3,5
Resultatmål	0	0	3	2	2	1	4	0	0	--	5
Støtte i fagmiljø	0	1	3	3	2	0	2	0	0	--	4
* Godt dokumenterte tiltak	0	1	2	1	2	2	2	0	0	--	5
Runde 2:											
Forbedringspotensial	0	1	4	5	4	0	1	0	0	--	4
Resultatmål	0	0	0	3	5	4	3	0	0	E	5
Støtte i fagmiljø	0	1	2	4	5	0	3	0	0	--	5
* Godt dokumenterte tiltak	0	0	1	2	8	0	3	0	0	E	5

Ventetid kreft

Runde 1:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Enighet	Median
Forbedringspotensial	1	4	2	3	0	0	0	0	0	E	2,5
Resultatmål	0	1	2	3	0	3	1	0	0	E	4
Støtte i fagmiljø	0	3	2	2	2	0	0	0	0	E	3
* Godt dokumenterte tiltak	1	2	0	2	0	0	2	0	0	--	4
Runde 2:											
Forbedringspotensial	0	3	2	5	1	0	0	2	0	--	4
Resultatmål	0	0	0	3	5	1	2	2	0	E	5
Støtte i fagmiljø	0	1	2	4	3	1	0	2	0	--	4
* Godt dokumenterte tiltak	0	0	1	4	2	0	1	2	0	E	4,5

Urinveisinfeksjon

Runde 1:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Enighet	Median
Forbedringspotensial	0	2	6	0	1	0	1	0	0	E	3
Resultatmål	0	3	1	2	1	1	0	1	1	--	4
Støtte i fagmiljø	0	3	3	0	1	2	0	0	0	E	3
* Godt dokumenterte tiltak	0	2	4	0	0	1	0	0	0	E	3
Runde 2:											
Forbedringspotensial	0	3	5	3	1	0	0	0	0	E	3
Resultatmål	0	3	2	4	2	1	0	0	0	--	4
Støtte i fagmiljø	0	4	4	3	2	0	0	0	0	--	3
* Godt dokumenterte tiltak	0	2	4	2	1	0	0	0	0	E	3

Vedlegg 5: Ekspertgrupper

LEGEMIDDELOMRÅDET

Ekspertgruppen på legemiddelområdet besto av

Kathryn Mølstad	sykepleier	Norsk Sykepleierforbund
Asbjørn Gausdal	brukerrepresentant.	Sunnmøre
Astrid Hageler	farmasøyt	Trondheim kommune
Hilde Heimli		Helsedirektoratet
Roar Dyrkorn	lege	Norsk forening for klinisk farmakologi
Jørund Straand	lege	UiO
Steinar Madsen	lege	Statens Legemiddelverk
Jorunn Austad	farmasøyt	Helsedirektoratet
Per Helge Måseide	lege	Oslo Universitetssykehus

INFEKSJONSOMRÅDET

Ekspertgruppen på infeksjonsområdet som besto av

Egil Lingås	overlege smittevern	Oslo Universitetssykehus
Hanne Merete Eriksen	NOIS registeret	FHI FHI
Mette Walberg	overlege smittevern	Vestre Viken HF
Hans Flaatten	overlege intensiv	Helse- Bergen
Toril Kolaas	gynekolog	Helse Innlandet HF
Marit Velten Loraas	hygienesykepleier	AHUS
Geir Bukholm	Avdelingsdirektør	Kunnskapssenteret
Christine Tvedt	Stipendiat	Kunnskapssenteret

HJERNESLAG

Ekspergruppen for hjerneslag besto av

Bent Indredavik	avdelingsleder/ avdelingsoverlege	St Olavs Hospital, Slagenheten
Ole Morten Rønning	overlege	AHUS, Nevrologisk avdeling
Halvor Næss	overlege	Haukeland USH, Nevrologisk avdeling
Torgeir Engstad	overlege	UNN, Slagenheten
Dagny Sevheim	avd sjef	Stavanger USH, Nevrosenteret
Hild Fjærtøft	utviklingsleder	St Olavs Hospital, Norsk hjerneslagregister
Birgitta Langhammer	førstemanuensis	HiO, Fysioterapiutdanningen
Guri Heiberg	avdelingsoverlege	UNN, Avdeling for fysikalsk medisin
Kurt Myre		Helsetilsynet
Jan Magne Linnsund		Helsedirektoratet