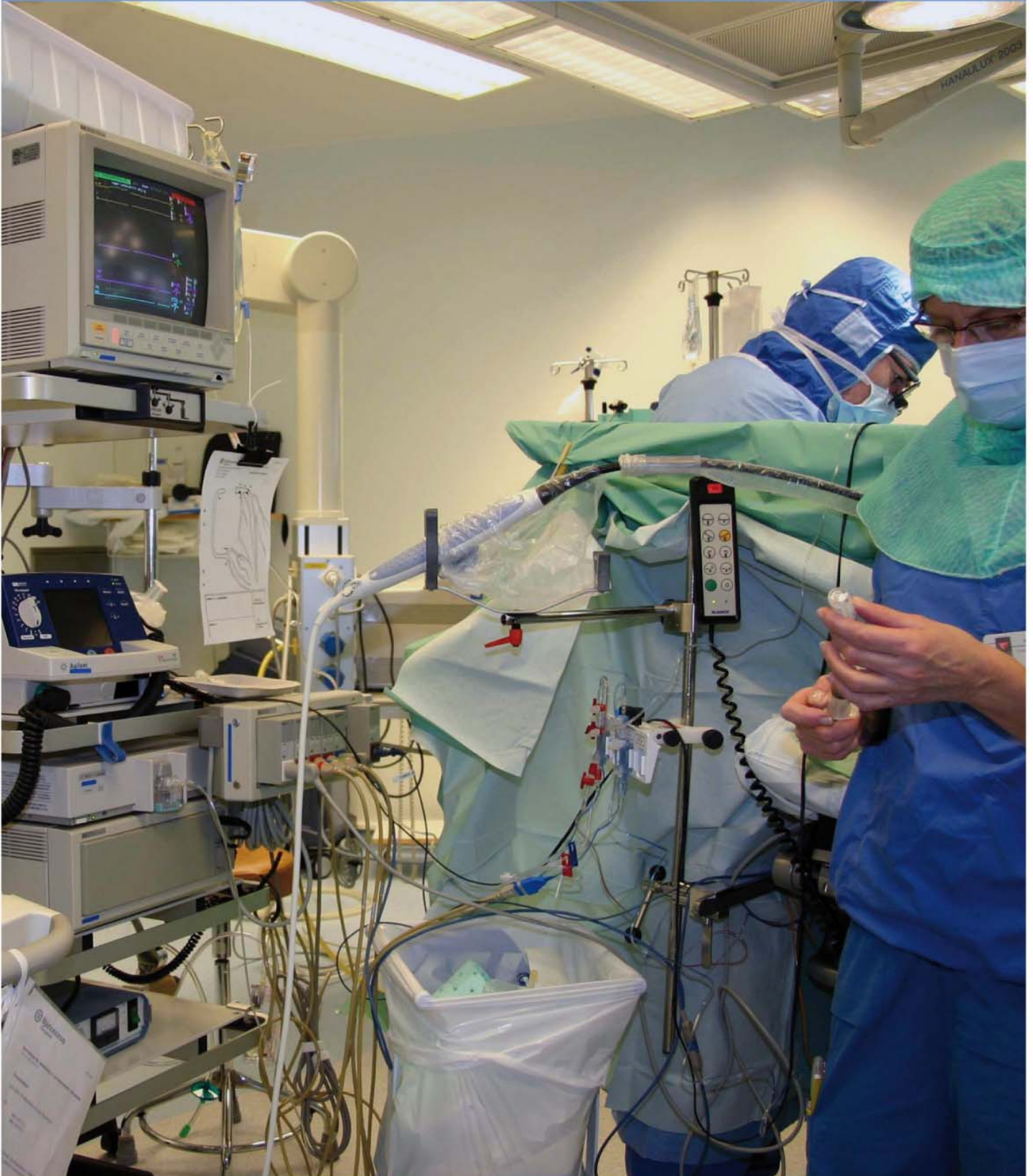




# Patientsäkerhetsberättelse 2010

Patientsäkerhetsenheten, Centrum för hälso- och vårdutveckling, Landstinget i Östergötland



## Innehållsförteckning

1. Riktlinjer för patientsäkerhet i landstinget i Östergötland.....	3
2. Struktur för avvikelshantering .....	4
Funktionsansvarig.....	4
3. Metoder för analys.....	4
Händelseanalys .....	4
Riskanalys.....	5
Sårbarhetsanalyser .....	5
4. Utbildningar .....	5
5. Patientmedverkan .....	5
6. Uppföljning .....	5
Patientsäkerhetsdialoger .....	5
Egenkontroll .....	6
Strukturerad journalgranskning med GTT.....	6
7. Strategiska mål för patientsäkerhetsarbetet ”Säker vård – varje gång” .....	6
Minska vårdrelaterade infektioner .....	6
Säkra vårdprocesser .....	7
Säker läkemedelshantering .....	7
Säker omvårdnad .....	8
Säker kommunikation.....	8
Säker medicinsk teknik.....	8
8. Resultat.....	9
Uppföljning av patientsäkerhetskulturen .....	9
Patientsäkerhetsdialoger .....	9
Avvikelserapportering .....	10
Vårdrelaterade infektioner .....	13
Säkra vårdprocesser .....	15
Övriga resultat .....	18
9. Fortsatt strategi för patientsäkerhetsarbetet 2011 .....	20

## Riktlinjer för patientsäkerhet i Landstinget i Östergötland

Landstingets säkerhetspolicy omfattar fem säkerhetsområden varav Patientsäkerhet är ett. De övriga är Informationssäkerhet, Personssäkerhet, Funktionssäkerhet inkl brand- och miljöskydd samt Kris- och katastrofmedicinsk beredskap.

I riktlinjerna anges att hög patientsäkerhet förutsätter genomtänkta vårdkedjor och arbetsrutiner, rätt kompetens hos varje medarbetare samt att alla aktivt medverkar till att öka säkerheten i vården. Vården i Östergötland, oavsett aktör, ska kännetecknas av en säkerhetskultur där åtgärder riktas mot underliggande systemfel istället för att leta fel hos enskild individ.

Patientsäkerhetsarbetet ska bedrivas som en integrerad del av det dagliga arbetet och ansvaret för detta följer verksamhetsansvaret på alla nivåer och inom alla landstingets verksamheter.

Samtliga enheter inom landstinget ska ha ett fungerande patientsäkerhetsarbete som följer landstingets beslutade patientsäkerhetsstrategi men också arbeta med och kunna redovisa andra aspekter av kvalitet inom sjukvården.

Patientsäkerhetsarbetet bedrivs genom att

- Strukturerade handlingsprogram för avvikelse- och riskhantering finns på samtliga enheter
- Landstingsövergripande IT-stöd, Synergi, används för rapportering, ärendehantering, klassificering, vid analys och uppföljning av avvikelser och riskområden.
- Händelseanalyser genomförs vid inträffad allvarlig avvikelse
- Riskanalyser genomförs då förändringar planeras där patientens säkerhet kan komma att påverkas samt inom riskområden som identifierats via inrapporterade avvikelser
- Patientsäkerhetsdialoger genomförs med alla enheter, med direkt eller indirekt patientkontakt, för att följa upp patientsäkerhet och kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Landstingsdirektören har det övergripande och normativa ansvaret för patientsäkerhet.

Landstingets risksamordnare bevakar samordning med övriga säkerhetsområden samt uppdaterar och följer upp landstingets ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Utvecklingsdirektören svarar för det systematiska patientsäkerhetsarbetet för att minimera skador i vården och systematiskt arbete för god kvalitet och effektivitet.

Enhetschefen på patientsäkerhetsenheten svarar för samordning av landstingsövergripande patientsäkerhetsarbete och uppföljning av patientsäkerhet.

Säkerhetsarbetet följer verksamhetsansvaret på alla nivåer och inom alla verksamheter i landstinget. Verksamhetschef ansvarar för säkerheten och säkerhetsarbetet på egna enheten.

Varje medarbetare ska följa fastställda riktlinjer och anvisningar samt rapportera risker och avvikelser.

Samordning och kontinuerlig uppföljning/utvärdering av patientsäkerhetsarbetet sker genom dialog mellan enheter (kliniker och vårdcentraler) och chefläkare/patientsäkerhetsenhet. Patientsäkerhetsenheten ska systematiskt analysera och utreda eventuella systemfel samt initiera förbättringsarbete med patientsäkerhetsfokus. Resultatet och gjorda insatser redovisas i landstingets och respektive produktionsenhetens verksamhets- och årsredovisning.

## **2. Struktur för avvikelshantering**

## **IT-baserat avvikelshanteringssystem**

Landstinget har ett IT-baserat avvikelshanteringssystem, Synergi, som hanterar samtliga förekommande avvikelser, inklusive arbetsskador från såväl vårdande som icke vårdande enheter. Synergi är helt webbaserat och samtliga medarbetare kan gå in och registrera avvikelser och förbättringsförslag i ett förenklat inmatningsformulär. Enhetens avvikellesamordnare tar därefter över dem och hanterar dessa vidare i systemet. Patienter och medborgare kan via Internet direkt rapportera synpunkter och klagomål till en vårdcentral eller en klinik.

Arbetet med avvikelshantering innebär olika ansvarsområden och roller. Rollerna utgörs av

- rapportör
- avvikellesamordnare
- analysteam
- verksamhetschef
- funktionsansvarig/sakkunnig

Alla enheter inom verksamheten ska ha tydligt handlingsprogram och avvikellesamordnare med avsatt tid för uppdraget. Handlingsprogrammet ska innehålla kliniskspecifika rutiner för avvikelse- och riskhantering, beskriva hur enheten jobbar med att: identifiera risk/avvikelse, rapportera, fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt, sammanställa och återföra erfarenheter samt ansvarsfördelning. Från systemet tar enheterna ut statistikuppgifter över alla inrapporterade avvikelser i olika rapporter.

Samtliga avvikellesamordnare inbjuds 1g/termin till länsdelsvisa informationsträffar med syfte att sprida information om aktualiteter inom patientsäkerhetsområdet inklusive Synergifrågor.

## **Funktionsansvarig**

Landstingsövergripande funktionsansvariga (specialist/expert/sakkunnig) finns inom specifika områden med uppdrag att bevaka och analysera avvikelser uppkomna inom det särskilda specialistområdet.

De funktionsansvariga är rådgivare till verksamheten i säkerhetsfrågor inom sina respektive områden och kan medverka som expert vid händelseanalyser och riskanalyser. De genomför regelbundna uppföljningar av avvikelser via Synergi och rapporterar trender/signaler till utsett råd/kommitté. De uppmärksammar allvariga avvikelser och föreslår genomförande av händelseanalyser och riskanalyser. Respektive funktionsansvarig gör årssammanställningar. Landstingets säkerhetsgrupp, där ansvariga från de fem säkerhetsområdena ingår, går igenom sammanställningarna och gör en riskbedömning och ska vid behov initiera riskanalyser.

## **3. Metoder för analys**

### **Händelseanalys**

Då en allvarlig händelse inträffar inom vården där en patient blivit skadad eller avlidit, eller att konsekvensen kunde ha blivit en skadad patient ska en händelseanalys utföras. En händelseanalys initieras av verksamhetschefen för den enhet där händelsen inträffade. I enstaka fall kan chefläkare vara uppdragsgivare, detta gäller ofta i de fall där fler enheter är inblandade i händelsen. En uppdragsbeskrivning ska skrivas. Uppdragsgivaren och/eller analysledaren utser teamledare och övriga analysteam medlemmar. En händelseanalys bör vara klar inom 6 veckor efter att den initierats.

### **Riskanalys**

Riskanalys ska genomföras vid förändring i systemet exempelvis en organisationsförändring eller införande av ny teknik eller nya metoder. Målet med en riskanalys är att identifiera potentiella risker i en process, uppskatta riskernas omfattning och konsekvenser och ta fram förslag till åtgärder för att eliminera eller minimera riskerna. Analysen görs av en analysgrupp och följer ett systematiskt arbetssätt där varje analysmoment dokumenteras i ett analysformulär. En uppdragsbeskrivning ska

skrivs där uppdragsgivaren preciserar uppdraget, avgränsningar och resurser samt utser teamledare/verksamhetsföreträdare.

### **Sårbarhetsanalyser**

Landstinget arbetar sedan flera år med att förstärka sjukvårdens robusthet för att åstadkomma en ändamålsenlig och funktionssäker sjukvård med hög patientsäkerhet även under allvarliga händelser. En robusthet möjliggörs genom att säkra tekniska funktioner så att sjukvårdens operativa förmåga upprätthålls även i kris. Under senare år har ett antal så kallade Risk- och Sårbarhetsanalyser (RSA) genomförts för att identifiera eventuella brister. RSA har genomförts på elförsörjning, medicinska gaser, telefoni, IT och datakommunikation. Behov av olika tekniska åtgärder har identifierats och åtgärdats. Under kommande år fortsätter arbetet med att stärka robustheten genom att bland annat så kallade kontinuitetsplaner genomförs inom de sjukvårdande verksamheterna. Kontinuitetsplanerna syftar till att verksamheter och kliniker på ett systematiskt sätt förbättrar sina möjligheter att hantera störningar och avbrott i väsentliga funktioner såsom el, vatten, värme, kyla, telefoni och IT.

## **4. Utbildningar**

Det arrangeras terminsvis utbildningar i patientsäkerhet för chefer och medarbetare och dessa är: Grundutbildning i patientsäkerhetskunskap, Patientsäkerhet för ledare, Händelseanalys, Riskanalys, Strukturerad journalgranskning enligt metoden GTT samt utbildningar i att hantera IT-stödet Synergi. Innan utbildning i Synergi ska enheten ha ett fungerande handlingsprogram för avvikelshantering

## **5. Patientmedverkan**

Patientsäkerhetskommittén är ett samarbets- och dialogforum med en rådgivande, ej beslutande funktion. Deltagare är olika aktörer inom verksamheter inom landstinget med extra krav på patientsäkerhet och från kommuner och patientföreningar.

Patienter/närstående intervjuas i händelseanalyser och under hösten påbörjades arbete med att utveckla patientmedverkan i riskanalyser. Ett flertal broschyren finns framtagna som ska stimulera patienterna att vara aktiva vilket bidrar till en säkrare vård t ex "Goda råd till dig som är patient eller anhörig".

## **6. Uppföljning**

### **Patientsäkerhetsdialoger**

Patientsäkerhetsdialoger genomförs kontinuerligt med alla kliniker och vårdcentraler. Detta sker genom ett halvdagsbesök på kliniker och vårdcentraler av chefläkare och verksamhetsutvecklare från patientsäkerhetsenheten. Vid dessa tillfällen görs uppföljning av avvikelshantering och av risk- och händelseanalyser, vårdrelaterade infektioner och kliniska resultat. Samtidigt får enheterna en aktiv återkoppling om viktiga utvecklings- och förbättringsområden. Syftet är att sprida lärande och kunskap kring patientsäkerhet för att utveckla säkerhetskulturen.

### **Egenkontroll**

Arbetsverktyget RH- Check kopplas till landstingets riktlinjer för säkerhetsarbete enligt Landstingets säkerhetspolicy. Checklistorna är generella för landstingets verksamhet.

RH- Check syftar till att höja medvetenheten och kunskapsnivån inom riskhanteringsområdet.

Dessutom är det ett instrument för uppföljning och kontroll av den egna verksamheten för att säkerställa rätt kvalitet, värna om den personliga integriteten, stimulera förebyggande arbete samt minimera riskerna och kostnaderna för skador och avbrott. RH- Check anger landstingets miniminivå för det förebyggande arbetet och ger svar på om verksamheten håller en jämn och för verksamheten anpassad nivå avseende det förebyggande arbetet. Respektive produktionsenhetschef/motsv ansvarar för att RH-Check tillämpas inom alla verksamheter. RH-Check är verksamhetens egna verktyg för

egenkontroll. Svar på utvalda frågor kan dock begäras in av funktionsansvariga inom respektive område för övergripande uppföljning.

### **Strukturerad journalgranskning med Global trigger Tool (GTT)**

Strukturerad journalgranskning med metoden, Global Trigger Tool (GTT) är ett komplement till avvikelserapportering för att identifiera och mäta skador. Metoden är en kvalitativ uppföljning av skador men också en metod att identifiera risk- och förbättringsområden. Den används idag på 20 slumpmässigt utvalda journaler per månad och per sjukhus (dvs 60 st journaler/mån) utöver detta granskas även samtliga hjärtstopp. Metoden används också av flera kliniker utifrån särskilda diagnoser eller andra områden.

## **7. Strategiska mål för patientsäkerhetsarbetet ”Säker vård- varje gång”**

- Minskade vårdrelaterade infektioner
- Säker läkemedelshantering
- Säker omvårdnad
- Säker kommunikation
- Säkra vårdprocesser
- Säker medicinsk teknik

### **Minska vårdrelaterade infektioner (VRI)**

Det faktum att allt fler bakterier också uppvisar motståndskraft mot våra vanligaste antibiotika har lett till flera nationella initiativ. Landstinget i Östergötland bedriver ett arbete inom ramen för STRAMA<sup>1</sup> som syftar till att granska och förbättra användningen av antibiotika på både sjukhus och i primärvården. År 2010 antogs ett 10- punktsprogram för att nå målet. Förbättringsområde för att minska VRI är att förbättra handhavande av centrala venkatetrar i blodbanan och katetrar i urinblåsan då det inom dessa två områden återfinns en stor andel vårdrelaterade infektioner.

#### **Handlingsplan**

- Kurs i KAD – ”bara när det absolut behövs”
- Ta fram enhetliga riktlinjer i Östergötland för skötsel av CVK. Implementering och uppföljning av indikationer och skötsel av CVK
- Implementera LIRA arbetet på kliniker
- Integrera WHO checklista för preoperativ antibiotikabehandling i Cosmic
- Observationsstudier av kläd- och hygienregler
- Särskilda lokala utvecklingsarbeten med t ex Genombrottsmetodik

### **Säkra vårdprocesser**

Ett ojämnt flöde i vårdprocessen och övergångar mellan enheter är ett riskområde. Det föreligger undvikbar sjukhusmortalitet och Landstinget i Östergötland har valt att försöka reducera den undvikbara sjukhusmortaliteten genom att fokusera på ett antal tillstånd/områden, där det finns ett gap mellan kunskap om vad som ska göras och det som görs. Baserat på utfallet i Nationella Kvalitetsregister samt i Öppna Jämförelser måste omhändertagandet av patienter med stroke och akut hjärtinfarkt förbättras i syfte att med evidensbaserade metoder ytterligare förbättra överlevnaden.

---

<sup>1</sup> Strategigruppen för Rationell Antibiotikaanvändning och Minskad Antibiotikaresistens



Vidare en systematisk användning av bedömningsmodeller/metoder för att snabbare identifiera riskpatienter.

### **Handlingsplan**

- Införa lokala vårdprogram (VP) för att identifiera potentiella sepsispatienter
- Implementera VP/VPP för stroke, cancersjukvård, hjärtsjukvård samt mäta följsamhet
- Implementera VP för suicidprevention samt mäta följsamhet
- GTT- granskning på 20 journaler/sjukhus/månad (sjukhusvis)
- GTT på avlidna (sjukhus) slumpvis efter koppling till mortalitetsmätning
- Utbilda i att identifiera svårt sjuk patient och införa bedömningsinstrumenten METTS och MEWS samt MIG team/MIG liknande organisation på länets sjukhus
- Årlig utbildning i HLR och registrering i databas
- Utveckla mortalitetsanalys

### **Säker läkemedelshantering**

Ordination och hantering av läkemedel är ett känt riskområde. Flera åtgärder behövs för att minska allvarliga händelser och risker inom läkemedelsområdet. Detta behövs inom läkemedelsordinationer i det datoriserade journalsystemet, ökad farmaceutisk kompetens lokalt på avdelningar och vårdcentraler vad gäller exempelvis läkemedelsförsörjning och läkemedelsgenomgångar. En stor risk är att läkaren inte har en samlad bild av patientens totala läkemedelsbehandling inkl. planerad läkemedelsbehandling.

### **Handlingsplan**

- Utarbeta länsövergripande strategi för läkemedel och äldre inkl olika utvecklingsområden
- Definiera vad som i Östergötland avses med läkemedelsavstämning, läkemedelsberättelse och läkemedelsgenomgång
- Införa läkemedelsavstämning och läkemedelsberättelser
- Utveckla mallar för läkemedelsdokumentation samt vidareutveckla läkemedelsmodulen i Cosmic
- Genomföra läkemedelssortering enligt ATC- struktur i alla läkemedelsrum
- Broschyr till patienterna "Vet du varför du tar dina läkemedel? "
- Utbildning i läkemedelsbehandling för äldre
- RH check för läkemedelshantering

### **Säker omvårdnad**

Det pågår arbete på olika enheter att förhindra trycksår, undernäring och fallskador men arbetet behöver drivas mer systematiskt med landstingsövergripande strategier för hur arbetet ska bedrivas, vilka riskbedömningsinstrument som ska användas och uppföljning av resultaten.

### **Handlingsplan**

Landstinget i Östergötland samverkar med länets 13 kommuner i nationella satsningen "Bättre vård för sjuka äldre" som innebär att införa kvalitetsregistren Senior alert och Svenska palliativregistret. Genom införande av riskbedömningsinstrument och deltagande i kvalitetsregistret har ett förebyggande arbete påbörjats för att minska riskerna för att patienter faller, får trycksår och är undernärda.

### **Säker kommunikation**

Landstinget hanterar extremt mycket information inom vitt skilda verksamhets- och ämnesområden. Kraven på riktighet, tillgänglighet, insynsskydd och spårbarhet måste beaktas vid all förändring, utveckling, och anskaffning. Informationen skall vara tillgänglig: vid rätt tidpunkt, riktad till rätt person och vara korrekt information, utifrån hälso- och sjukvårdspersonalens behov och patienternas delaktighet i vård- och behandling. För att uppnå en säker dokumentation krävs att patientjournalen är överskådlig och förståelig såväl för medarbetare som för patienter. Vidare krävs en god sökbarhet som gör det enkelt att hitta de för vårdtillfället relevanta uppgifterna i journaltexten men också förbättrad tillgänglighet och sökbarhet av PM och riktlinjer på intranätet LISA. Information förmedlas också i direkt kontakt mellan vårdpersonal, mellan vårdande enheter och med patient/närstående. Det är väl känt att många rapporterade avvikelser och vårdskador har bristande kommunikation som bakomliggande orsak.

### **Handlingsplaner**

- Ökad delaktighet hos patienterna genom ökad kännedom om Synpunkter & Klagomål
- Analys av resultat från patientenkät och därifrån utforma handlingsplan
- Projekt LiÖ-standard av vårdokumentation (ökad standardisering av sökord och mallar)
- Genomföra praktisk teamträning på Clinicum, Centrum för färdighetsträning och simulering.
- Användande av verktyget SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation).
- Införa kommunikationsövningar vid olika färdighetsträningar på Clinicum
- Implementera WHO- checklistan (alla tre delar) för säkerhet vid operationer

### **Säker medicinsk teknik**

Flertalet undersökningar och behandlingar inom sjukvården inkluderar medicinsk teknik. Det är därför viktigt att utrustningen får ett säkert handhavande och att skötsel och underhåll följer de regler och erfarenheter som gäller för medicintekniska produkter i allmänhet och vissa specialutrustningar i synnerhet. Vikten av att, så långt möjligt är, hålla en enhetlig utrustningspark är grundläggande i allt införskaffande av medicinteknisk utrustning (MTU). LiÖ har en kraftfull inriktning mot en landstingsövergripande standardisering av MTU.

### **Handlingsplaner**

- Praktisk teamträning på Clinicum för simulering av apparatfel
- Enhetlig felanmälan (helpdesk) av vårdnära teknik
- Landstingsövergripande upphandling av ett körkortssystem (kompetenskort) för alla medicintekniska apparater som kräver kontinuerlig uppdatering för säkert handhavande
- Ta fram felsimulatorer som kan användas för utbildning i exempelvis reservrutiner då fel uppträder i medicinteknisk utrustning
- Fullfunktionsåtagande mellan MTÖ och verksamheterna

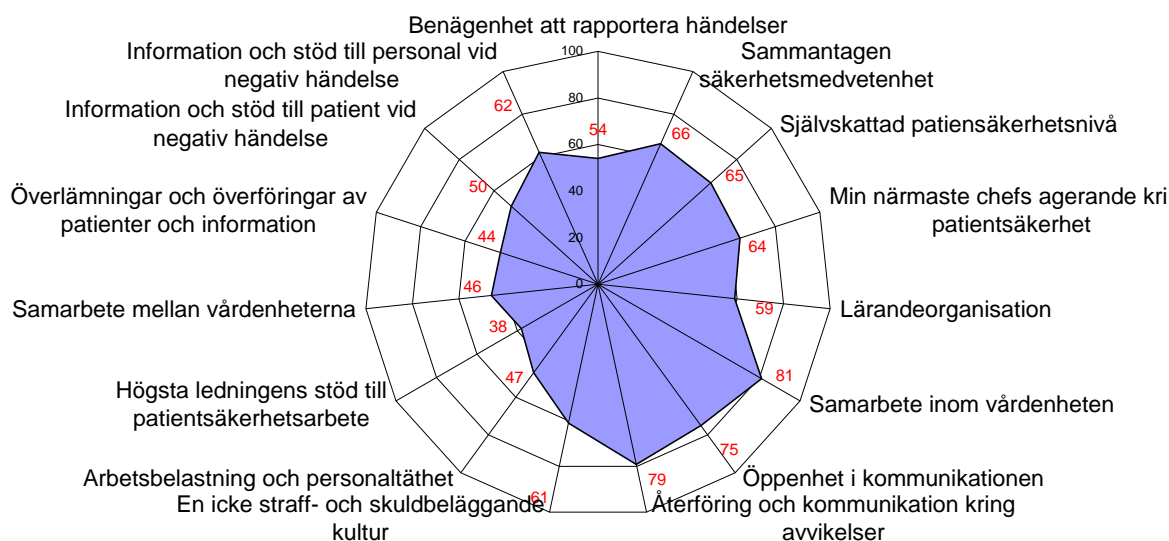
## **8. Resultat**

### **Uppföljning av patientsäkerhetskulturen**

Landstinget i Östergötland genomförde 2010, som ett av de första landstingen i landet, en undersökning av medarbetarnas upplevelse av patientsäkerhetskulturen på deras arbetsplats. Svarsfrekvensen var 61 % i landstinget. Privata utförare bjöds in att delta och hade en lägre svarsfrekvens (47 %). Syftet var att kartlägga styrkor och svagheter och tydliggöra förbättringsområden. Mätningen gav en bild av medarbetarnas upplevelse av den sammantagna säkerhetsmedvetenheten på kliniken/vårdcentralen. Resultatet på landstingsnivå visar att det finns en öppenhet och dialog kring avvikelser med en relativt god systemsyn. Informationen och stödet till medarbetarna vid inträffad negativ händelse upplevs fungera ganska bra medan stöd till patient och



närstående måste förbättras. Erfarenheterna från inträffade händelser bör leda till mer lärande för att därmed kunna agera förebyggande i högre utsträckning så att liknande händelser inte inträffar igen.



Resultat mätning av patientsäkerhetskultur maj 2010- Landstinget i Östergötland

### Patientsäkerhetsdialoger

Under våren 2010 slutfördes omgång tre. Omgång fyra påbörjades i september 2010.

Vid dialogen görs en bedömning utifrån en sexgradig skala.

Resultat omgång tre (ca 90 enheter):

Patientsäkerhet/säker vård: landstingssnitt 3,0 (spridning: 1-5)

Vårdrelaterade infektioner inkl. hygienregler: landstingssnitt 2,9 (spridning: 0-5)

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård: landstingssnitt: 2,8 (spridning: 1-5)

Resultaten från en utvärdering<sup>2</sup> visar generellt på en positiv utveckling av säkerhetskulturen inom landstinget under de fem år som dialogerna har genomförts men visar också att en tredjedel av sjukhusklinikerna inte utvecklats i önskad omfattning. Det är en indikator på att metoden för återkoppling och lärande måste utvecklas och även mätningen av patientsäkerhetskultur visar att metoder för lärande måste utvecklas och anpassas efter lokala förutsättningar och behov.

### Avvikelse rapportering

Från driftsstart i slutet av 2003 till årsskiftet 2010/2011 har 169 082 händelser rapporterats i Synergi. Under 2010 rapporterades 33 510 avvikelser. I denna summa inkluderas *alla* ärendetyper.

Antal rapporterade avvikelser fördelat på ärendetyp under åren 2007-2010 i Landstinget i Östergötland (data uttaget på händelsedatum – utskökningsdatum 2011-02-17)						
Ärendetyp		2007	2008	2009	2010	Differens 2009/2010
Avvikelser	<i>Negativ händelse/olycka</i>	1061	1086	1115	1515	400
	<i>Tillbud</i>	5474	4690	5363	6765	1402
	<i>Risk/iakttagelse</i>	4632	5305	5556	6735	1179
	<i>Ej klassificerade</i>	361	1310	632	626	-6

<sup>2</sup> Patientsäkerhetsdialogerna utvärderas inom forskningsprojektet *Integral* vid Linköpings Universitet, Institutionen för Medicin och Hälsa (IMH).

Vårdrelaterade infektioner <sup>3</sup>		1249	1125	1167	1100	-67
Laboratorieavvikelser	<i>Negativ händelse/olycka</i>	10	5	15	6	-9
	<i>Tillbud</i>	643	853	680	411	-269
	<i>Risk/iakttagelse</i>	355	250	309	543	234
	<i>Ej klassificerade</i>	0	8	7	8	1
Preanalytiska avvikelser (LMC)		8055	14028	14627	13126	-1501
Anmälan om arbetsskada		431	473	548	531	-17
Synpunkter och Klagomål		Ej akt.	182	661	785	124
Patientnämnden		Ej akt.	660	814	924	110
Förbättringsförslag		354	366	352	403	51
Läkemedelsbiverkningar <sup>4</sup>		43	72	51	32	-19
<b><i>Summa</i></b>		<b>22 242</b>	<b>30 413</b>	<b>31 537</b>	<b>33 510</b>	<b>3 501</b>

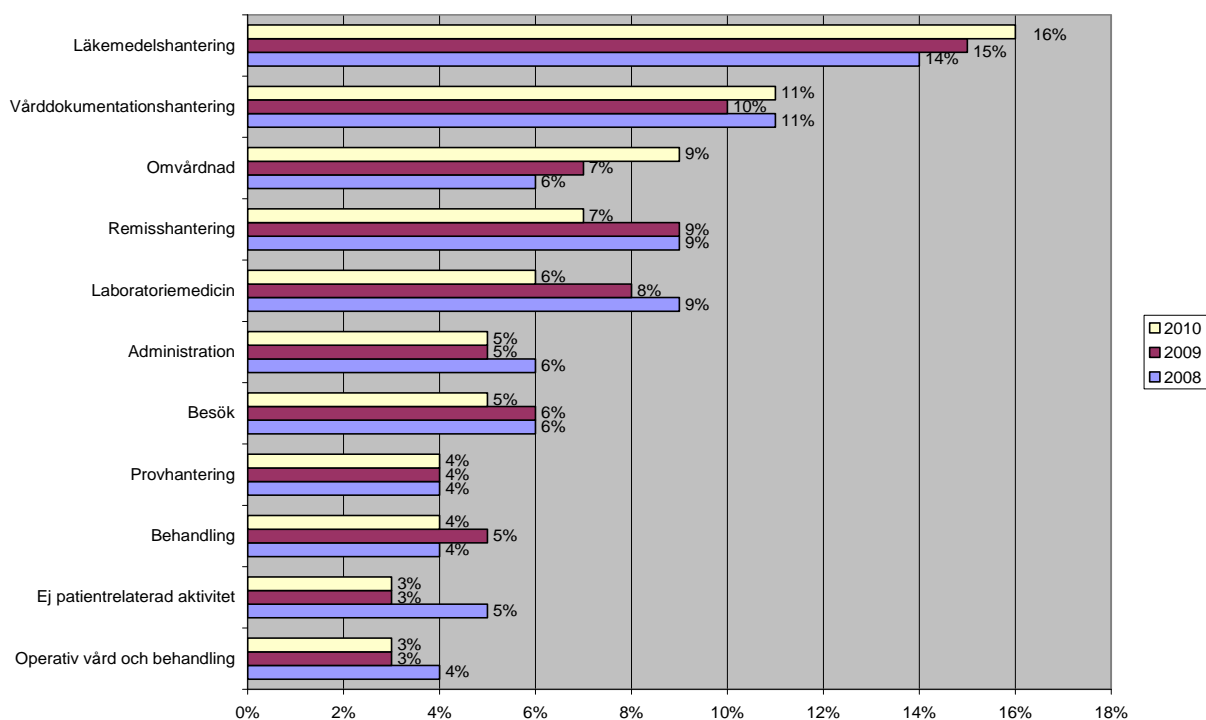
Rapporterade *avvikelser* ökade 2010 med ca 20 procent jämfört med 2009. Detta tolkas som en ökad medvetenhet om att rapportera inträffade händelser och risker snarare än att vården blivit mindre säker.

Synpunkter som inrapporteras från allmänheten till vårdcentraler och kliniker ökade under 2010 vilket också är positivt eftersom medverkan och delaktighet är en förutsättning för en god patientsäkerhet och synpunkterna är viktiga bidrag för att kunna förbättra vården. Utvecklingsområde är följa upp och utvärdera enskilda patienters synpunkter/klagomål mer systematiskt.

Andelen *allvarliga* avvikelser är 4,7 procent vilket är en ökning jämfört med 2009 (4 %).

<sup>3</sup> Enbart de vårdrelaterade infektionerna som registrerats i Synergi. Ett antal kliniker registrerar ej vårdrelaterade infektioner och några kliniker har andra rapporteringssystem än Synergi.

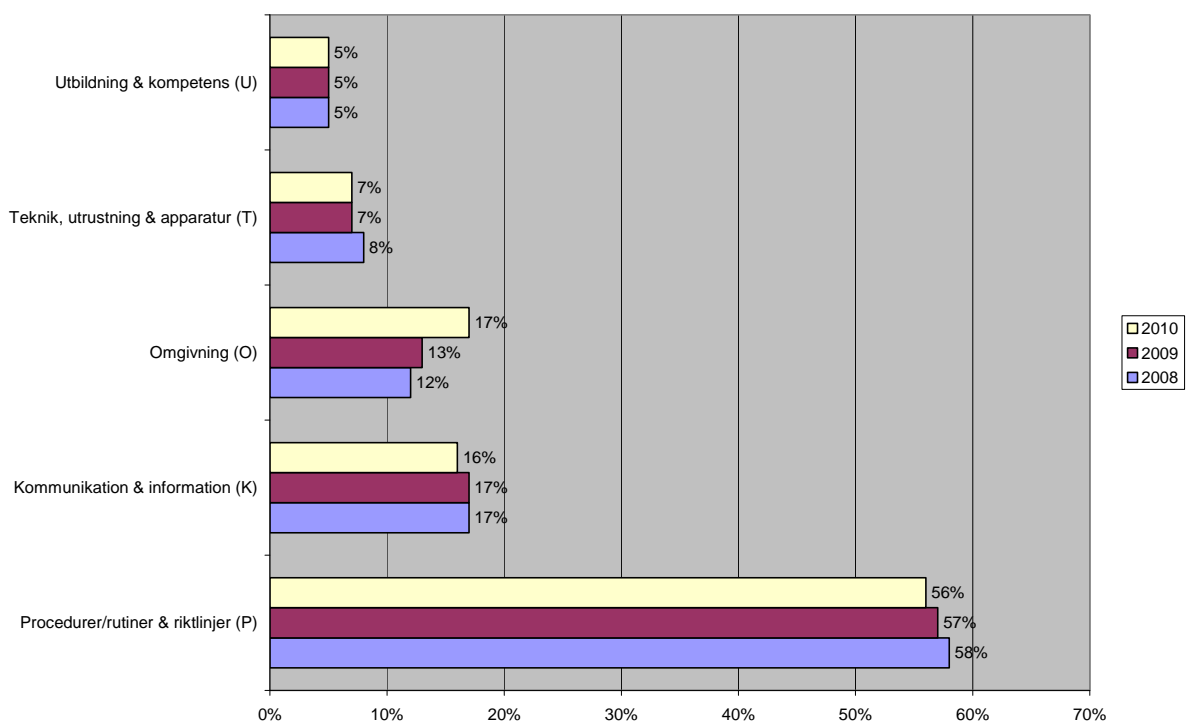
<sup>4</sup> Enbart de läkemedelsbiverkningsrapporter som rapporterats elektroniskt via Synergi. Ett antal biverkningsrapporter rapporteras manuellt direkt till den regionala biverkningsenheten och finns således inte medräknade i denna summa.



*Andel avvikelser inom de tio mest frekventa arbetsprocesserna under 2008-2010.*

De områden där det har rapporterats flest avvikelser är läkemedelshantering, vårdokumentation och omvårdnad (förflyttning/fall). Ordination och hantering av läkemedel är ett känt riskområde och det pågår flera aktiviteter för att minska allvarliga händelser och risker inom läkemedelsområdet. Det har startats utvecklingsarbeten för att utveckla metoden läkemedelsavstämning och utveckling av läkemedelsberättelse vid utskrivning. Som ett led att öka patientmedverkan har en informationsbroschyr om läkemedel till patienterna införts.

Antalet rapporterade fallolyckor/tillbud/risker (882 st) har nästan fördubblats jämfört med 2009 och det bedöms bland annat vara ett resultat av genomförda utvecklingsarbeten som skapat en ökad medvetenhet om att rapportera olycka/tillbud och risk för fall.

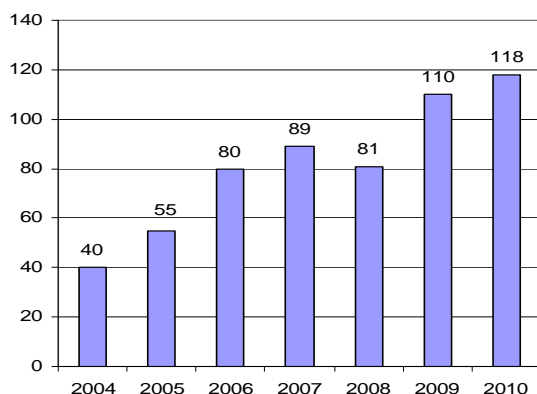


Andel orsakskategori fördelade över åren 2006 - 2010

Avvikelse- och riskhanteringen har fortfarande sin tyngdpunkt på avvikelser, det vill säga inträffade händelser men målsättningen är att inriktningen på arbetet ska bli mer framåtsyftande, så att riskerna identifieras *innan* en avvikelse inträffar. *Andelen* rapporterade risker har inte ökat vilket är önskvärt eftersom riskrapportering pekar på ett proaktivt synsätt som ökar möjligheterna att förebygga och vidta åtgärder innan olyckan/tillbudet är ett faktum. Antalet riskanalyser ökar successivt i verksamheten och det genomförs även landstingsövergripande riskanalyser för att säkerställa patientsäkerhet. Landstinget har exempelvis genomfört riskanalyser avseende det IT- baserade dokumentationssystemet och inför omorganisation vid upphandling av vårdverksamhet. Generellt finns det ett behov av att öka det analyserande inslaget i resultatuppföljningen och i högre grad än idag dra lärande slutsatser och vidta korrigerande åtgärder på systemnivå. Likaså är det önskvärt med en ännu tydligare koppling mellan patientsäkerhetsarbete och landstingets övriga förbättrings- och kvalitetsarbete där ledningens engagemang är en av flera framgångsfaktorer.

### Lex Maria anmälningar

När en avvikelse inträffat där en patient kommit till skada eller utsatts för en allvarlig risk, görs en *Lex Maria-anmälan* till Socialstyrelsen. Antalet Lex Maria-anmälningar 2010 har ökat jämfört med 2009. Att anmälningsfrekvensen ökat beror sannolikt delvis på ett ökat patientsäkerhetsmedvetande och på chefläkarnas systematiska utåtriktade uppföljningsarbete.



*Antalet Lex Maria anmälningar*

### **Vårdrelaterade infektioner (VRI)**

Landstinget följer upp hygien- och klädregler genom regelbundna observationsstudier (observatörer observerar löpande 20 medarbetare/månad på varje vårdenhets. Observationerna registreras utan namn på medarbetarna, publiceras på intranätet och återkopplas på arbetsplatsen.) Följsamheten till hygienreglerna har successivt ökat från i genomsnitt 54 procent under 2007 till 82 procent 2010. Följsamheten till klädreglerna har varit bättre och var 87 procent år 2007 och har ökat till 95 procent 2010. Under hösten genomfördes en nationell mätning av följsamhet till basala hygien- och klädregler och Landstinget i Östergötland hade sammantaget bäst resultat i den mätningen.

Vårdrelaterade infektioner hör till de allra vanligaste vårdskadorna. Andel VRI har reducerats men den nationella målsättningen, att halvera andelen VRI, har ännu inte nåtts. Arbetet med att öka följsamheten till hygienregler har bidragit till att andelen vårdrelaterade infektioner har sjunkit i Östergötland från 13,1 procent våren 2008 till 10,3 procent hösten 2010; något över riksresultatet (9,4 procent).

Följsamheten till hygienregler måste komma upp till över 90 procent för att bidra till att nå målet att halvera andelen infektioner. Insatser för att minska infektioner efter insättande av centrala intravenösa katetrar, urinvägsinfektioner och postoperativa infektioner måste genomföras. Vidare är det prioriterat att arbeta efter STRAMAS 10 punktprogram. Under 2011 kommer registrering av VRI att bli lättare att följa över tid i och med det planerade införandet av nationellt IT stöd direkt kopplat till förskrivning av antibiotika. Resultat erhålls då på klinisk nivå vilket underlättar att gå in med mer riktade insatser för de enheter som har hög andel VRI

Andra faktorer som kan bidra till ökad smittspridning är brist på enkelrum, överbeläggningar och att patienter behöver flyttas mellan olika vårdavdelningar. Vårdrelaterade infektioner och resistenta bakterier är på sikt ett hot mot den moderna sjukvården då nuvarande antibiotika inte längre kan användas.

Arbete för att förhindra utvecklingen och spridningen av antibiotikaresistenta bakterier är prioriterat i landstinget.

### **Vårdplatsinventering**

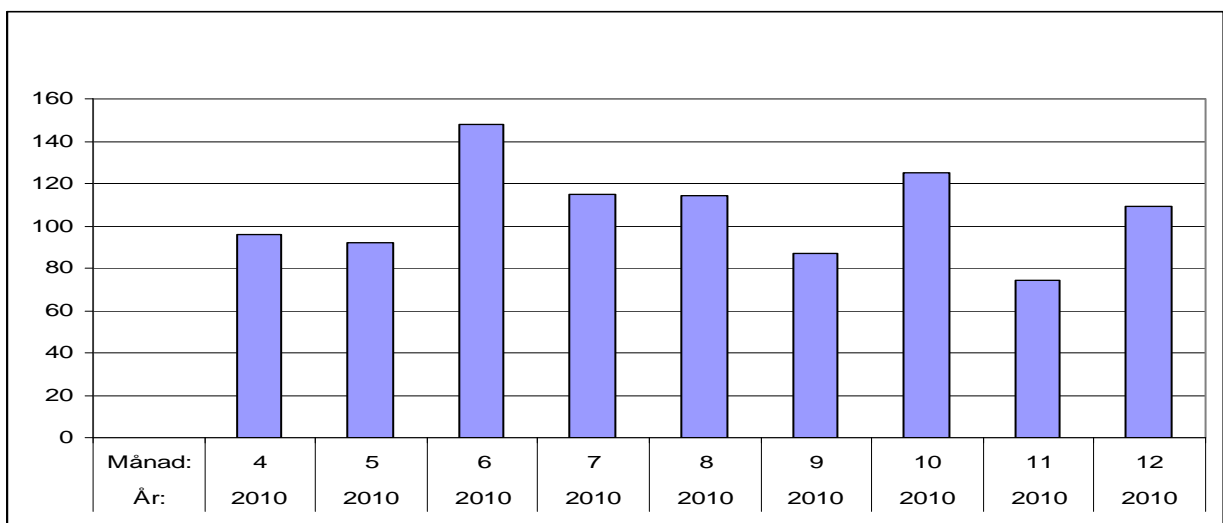
Genomsnitt antal lediga vårdplatser per sjukhus och månad

200901 tom 201003 hämtas värden kl 16.00 och from 201004 kl 07.00 från vårdplatsinventeringssystemet

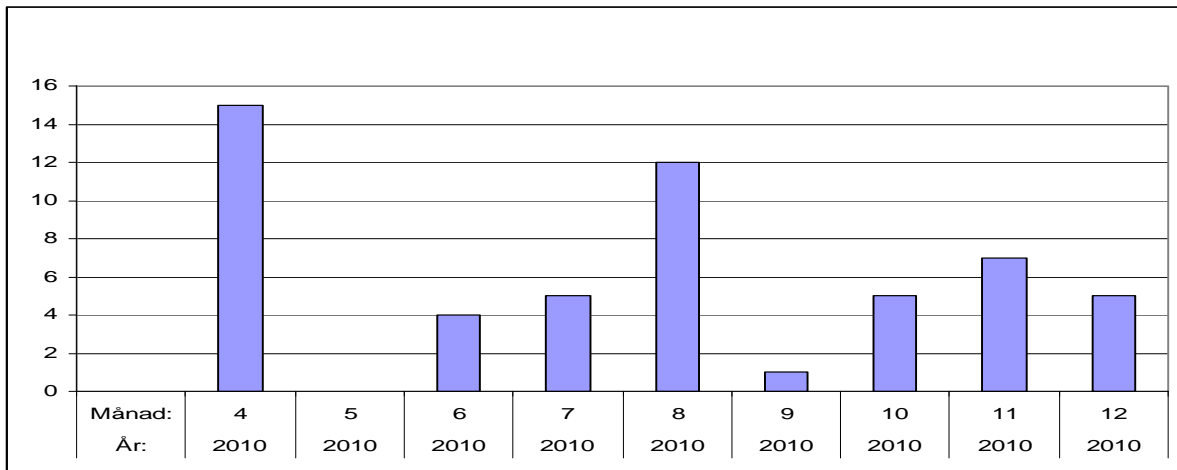
		År: 2010											
		2010	2010	2010	2010	2010	2010	2010	2010	2010	2010	2010	2010
Månad:		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
LiM	Antal ledigt	8	4	12	0	4	2	1	5	-3	-3	1	9
LiM	Beläggning	91%	94%	85%	101%	95%	98%	98%	94%	103%	103%	99%	90%
LiM	Vårdplatser	80	79	79	80	80	77	69	73	77	82	86	87
US	Antal ledigt	50	52	51	46	35	33	25	45	45	57	51	34
US	Beläggning	89%	89%	89%	90%	92%	92%	93%	89%	90%	88%	89%	93%
US	Vårdplatser	431	460	465	452	447	433	363	394	459	466	474	454
VIN	Antal ledigt	6	1	10	25	12	15	16	26	15	20	22	21
VIN	Beläggning	97%	100%	96%	90%	95%	93%	92%	88%	94%	92%	91%	91%
VIN	Vårdplatser	202	220	244	248	238	232	202	216	244	241	243	233

### Beläggning inom slutenvården

Viktigare än att enbart följa den traditionella beläggningsgraden är att arbeta med patientsäker beläggning. Behovet av vårdplatser liksom balansen mellan vårdplatsbehov och kapacitet är ett komplext samband mellan inflöde, effektivt vårdplatsutnyttjande och välfungerande utskrivningsprocesser där samverkan med primärkommunerna är en viktig del. Detta är ett prioriterat område för landstinget.



Satellitpatienter US



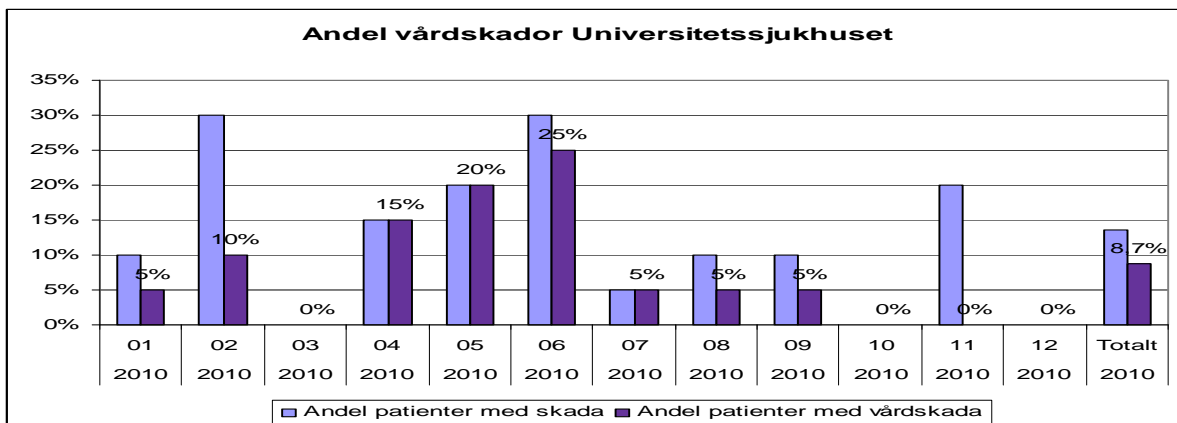
Satellitpatienter ViN

Det är framför allt på US som det finns s.k. satellitpatienter (patient som vårdas på annan klinik än vad som egentligen skulle ske ex vård av en kirurgpatient på kvinnokliniken). Detta beror sannolikt på den mera komplexa klinikstrukturen på US. Att undvika detta genom vårdplatsomfördelningar och kompetensutveckling är viktiga delar av det pågående arbetet.

## Säkra vårdprocesser

### Strukturerad journalgranskning/Global Trigger Tool (GTT)

Användningen av GTT har ökat under året och utöver att månatligen granska 60 st slumpvis utvalda journaler från de tre sjukhusen används metoden av flera kliniker där granskningarnas analyser ofta leder till förbättringar av arbetssätt och rutiner. Preliminärt resultat från de månatliga granskningarna från Universitetssjukhuset visar att vårdskador ligger i nivå eller något högre som den nationella studien<sup>5</sup>. Det är i högre omfattning opererande discipliner som har vårdskador och den vanligaste vårdskadan är vårdrelaterad infektion, vilket är samma resultat som i den nationella studien.



Andel vårdskador och andel undvikbara vårdskador enligt GTT undersökningar (20 journaler per mån) på Universitetssjukhuset i Linköping.

## HLR, MEWS, MIG-Team

<sup>5</sup> Socialstyrelsens studie av närmare 2000 vårdtillfällen inom somatisk slutenvård i Sverige. 8,6 procent av patienterna hade fått undvikbara vårdskador. Publicerad 2008



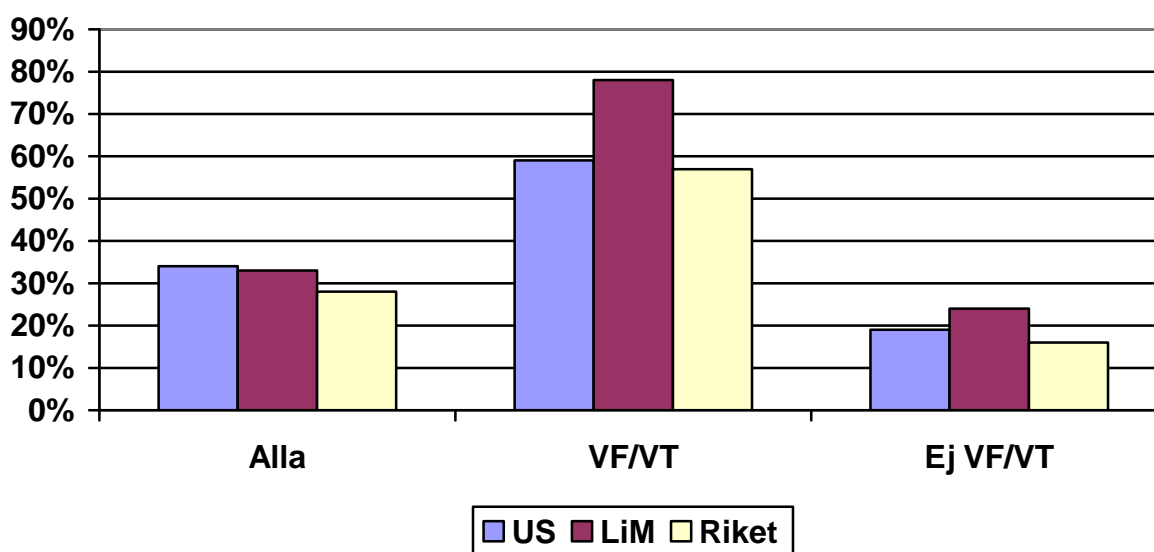
Under året har införande av instrumentet *MEWS*<sup>6</sup> genomförts på US och ett införande är påbörjat på de övriga sjukhusen. MEWS används för att på ett strukturerat sätt bedöma patienternas tillstånd så att åtgärder snabbt kan sättas in i syfte att undvika allvarliga komplikationer.

2008	2009	2010
Mews 18%	Mews 18%	Mews 70%
Överlevnad hjärtstopp 28%	Överlevnad hjärtstopp 25%	Överlevnad hjärtstopp 36%
Överlevnad övrigt larm -	Överlevnad övrigt larm 62%	Överlevnad övrigt larm 91%

*HLR, MEWS utanför intensivvårdsenheter US*

MIG team (mobil intensivvårdsgrupp) har inrättats för att snabbt vara på plats för att bedöma och ordinera fortsatta medicinska insatser.

MIG insatser på US 1/2 - 15/11 2010; 216 MIG-uppdrag, varav 34 patienter varit i behov av intensivvård. 86% av patienterna har varit bedömda av MIG-team inom 30 min.



<sup>6</sup> MEWS: Modified Early Warning Score

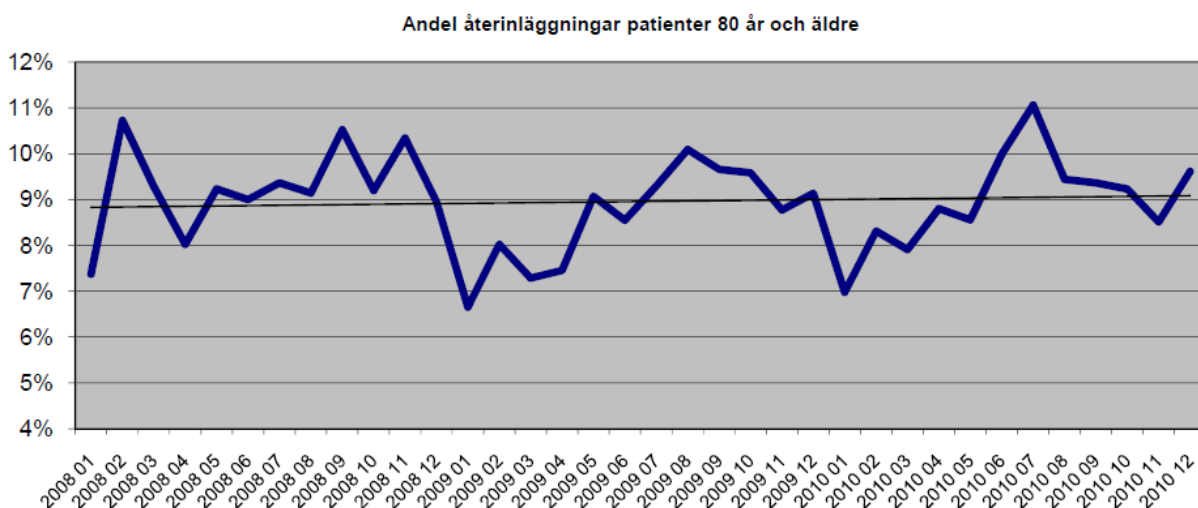
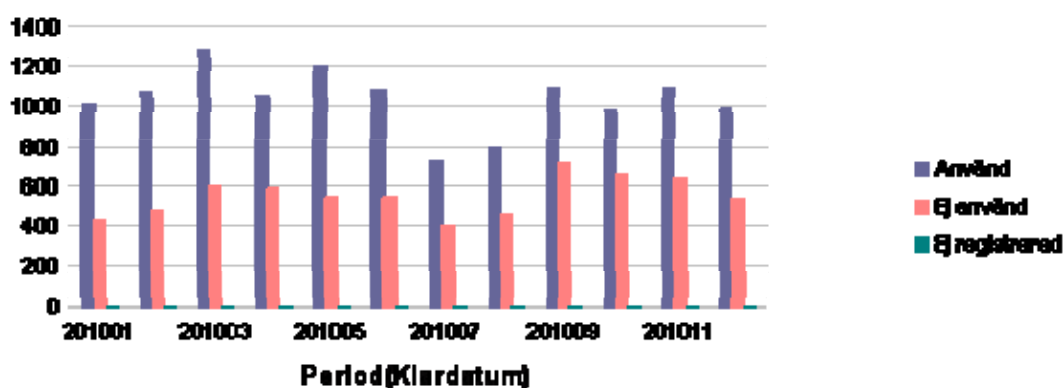
Andel patienter med hjärtstopp som skrivs ut levande från sjukhus 2009.

Patienter med kammarflimmer (VF) och s.k. kammartachycardi (VT) har bättre prognos vid hjärtstopp än andra rytmrubbningar (Ej VF/VT). För att nå ett bra resultat krävs en välfungerande organisation avseende utbildning, träning, larmfunktioner mm. LiÖ har sedan flera år systematiskt satsat på detta och uppvisar sedan flera år goda resultat jämfört med övriga landet. Uppföljning sker på samtliga sjukhus och framöver kommer resultatdata att publiceras från samtliga sjukhus. Preliminära data från 2010 visar att en-månadsöverlevnaden var 46 % på US. Sammanställning av 2010 års data för samtliga sjukhus pågår.

### WHO's checklista – kontroll vid operation

Införande av WHO's checklista inför operation är en evidensbaserad säkerhetskörande åtgärd. Landstinget har som mål att den skall användas vid alla operationer.

Hela ANOP (Op VIN & Op US)



Återinläggning inom 30 dagar, patienter 80 år och äldre

Indikatorn återinläggningar inom trettio dagar av patienter åttio år och äldre följs för att i tid kunna upptäcka bristande vårdkvalité för denna patientgrupp. Ökning av återinläggningar skulle kunna tyda

på för korta vårdtider och för låg kvalitet i utskrivningsprocessen. Som balansmått följs antalet vård dagar för samma patientgrupp. Trots att antalet vård dagar för patientgruppen minskat så ligger återinläggningsfrekvensen stabilt.

## Övriga Resultat

### Öppna jämförelser

I SKL´s Öppna jämförelser finns en rad nyckelindikatorer inom ett flertal områden. En del av dessa har bäring på patientsäkerhetsområdet. Exempel på sådana är andel äldre patienter med många läkemedel, andel med riskfyllda läkemedelskombinationer, andel patienter som omopereras för protesinfektion, väntetid innan höftoperation, dödlighet vid intensivvård m fl. Länk till aktuell publikation finns nedan.

<http://www.lio.se/Patientinformation/Oppna-jamforelser/>

### Medicinska resultat

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har för femte året i rad genomfört ”Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet”. Jämförelser görs med hjälp av 129 indikatorer inom 17 områden med tyngdpunkt på den medicinska kvaliteten.

Av de 129 indikatorerna visar 58 procent resultat för Östergötland som är bättre än riksgenomsnittet. En sammanvägd skattning av samtliga resultat visar att Östergötlands resultat är bland de tre bästa av 21 jämförda landsting.

Jämfört med tidigare års jämförelser visar resultaten en gradvis förbättring. Av de 92 indikatorer, som går att jämföra mellan 2009 och 2010, har 73 procent av indikatorernas resultat förbättrats. Denna förbättringsnivå var densamma även mellan åren 2008 och 2009 och ligger på samma nivå som i riket totalt.

	Andel indikatorer över rikssnitt (%)	Antal jämförda indikatorer	Andel indikatorer bättre än 2009 (%)	Antal jämförda indikatorer
<b>Medicinsk kvalitet</b>				
Intensivvård	100	3	100	3
Läkemedelsbehandling	86	7	75	4
Psykiatri	78	9	100	1
Diabetes	71	7	57	7
Strokesjukvård	63	8	86	7
Annan vård	60	5	67	3
Cancersjukvård	60	6	60	5
Rörelseorganen	58	12	70	10
Graviditet o förlossning	57	7	100	5
Kvinnosjukvård	50	4	100	1
Kirurgi	50	8	67	6
Njursjukvård	50	4	100	2
Hjärtsjukvård	38	8	75	8
<b>Summa medicinsk kvalitet</b>	<b>61</b>	<b>88</b>	<b>76</b>	<b>62</b>
	Andel indikatorer över rikssnitt (%)	Antal jämförda indikatorer	Andel indikatorer bättre än 2009 (%)	Antal jämförda indikatorer
<b>Övergripande</b>				
Kostnadsnivå	67	3	67	3

Hälsotillstånd, dödlighet mm	55	11	63	8
Förtroende och patientnöjdhet	50	6	100	2
Tillgänglighet	42	21	65	17
<b>Summa övergripande</b>	<b>49</b>	<b>41</b>	<b>67</b>	<b>30</b>
<b>Summa samtliga indikatorer</b>	<b>58</b>	<b>129</b>	<b>73</b>	<b>92</b>

*Resultat av öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2010*

Drygt 60 procent av indikatorerna visar bättre resultat än riksgenomsnittet och 76 procent av jämförbara indikatorer har förbättrats sedan 2009. Nio indikatorer visar bäst resultat i en riksjämförelse. Trots de goda resultaten visar jämförelserna att det finns en betydande potential för ytterligare förbättringar.

När man studerar hur resultaten utvecklats över en längre tidsperiod har en majoritet av resultaten förbättrats både på riksnivå och för Östergötland. Inom tre stora sjukdomsgrupper; hjärtsjukvård, strokesjukvård och cancervård, går det att se avsevärda förbättringar. Det är en påtaglig minskning av dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt. Även dödlighet efter stroke minskar och är också en långsiktig trend. Femårsöverlevnaden vid bröstcancer har i riket ökat från 65 procent i mitten av 1960-talet till 88 procent. Den förbättrade överlevnaden beror på att mammografiscreeningen medför att tumörer upptäcks tidigare men också på förbättrade behandlingsmetoder. Det är mycket små skillnader mellan landstingen, vilket tyder på att kvaliteten i vården av bröstcancer är jämn över landet.

## 9 Fortsatt strategi för patientsäkerhetsarbetet 2011

Nationella fokusområden 2011 är minskning av antibiotikaanvändning, mäta förekomst av trycksår, mäta följsamhet till basala hygienregler och mäta patientsäkerhetskultur. Landstinget i Östergötland har redan nu dessa som fokusområden men uppnådda resultat visar att detta inte är tillräckligt för att nå en tillräckligt god patientsäkerhet och arbetet med att förstärka dessa områden fortsätter under 2011. Vidare att utveckla och fördjupa handlingsplaner inom de strategiska målen och bland annat kommer:

- En landstingsövergripande styrgrupp för STRAMA/VRI arbetet bildas i början av 2011 och en STRAMA koordinator kommer att tillsättas. Implementera nya medicinska PM för användning och skötsel av centrala venkatetrar och KAD
- Implementering av det nya nationella IT verktyget för kontinuerlig VRI mätning i den datorbaserade patientjournalssystemet
- En omfattande fastighetsplan för universitetssjukhuset i Linköping är framtagen och det pågår ett arbete med en fastighetsplan för Vrinnevisjukhuset i Norrköping vilka tar hänsyn till behovet av fler enkelrum och ökade möjligheter till isolering av patienter
- Start av projekt Läkemedel och äldre där införande av läkemedelsavstämning och läkemedelsberättelse till delar integreras samt utbildning till medarbetare
- Införande av framtagna RH check 11 Läkemedelshantering
- Implementera RH check i Synergi för att förenkla hantering och möjliggöra övergripande uppföljning och identifiering av utvecklingsområden
- En landstingsövergripande styrgrupp för vårdprocesser där breddinförande i landstinget av metoder såsom MEWS och SBAR ingår i uppdraget

- Utveckla GTT granskningen av journaler från samtliga kliniker varje månad dels för att kvalitativt kunna följa antalet vårdskador men främst för att identifiera risker och områden för framtida förbättringsarbeten.
- Fortsatt breddinförande av kvalitetsregistren Senior alert och Svenska palliativregistret
- Genomförande av punktprevalensmätning avseende trycksår inom slutenvården våren 2011
- Utveckla hantering och analys av patienternas synpunkter