



Landstinget
i Östergötland

Patientsäkerhetsberättelse för Landstinget i Östergötland

År 2011

2012-03-01

Carina Skoglund enhetschef Patientsäkerhetsenheten
Martin Magnusson Utvecklingschef

LiÖ 2012-763

Sammanfattning

Landstingets patientsäkerhetsarbete följer landstingets övergripande säkerhetspolicy och särskilda riktlinjer för patientsäkerhetsarbetet. Det bygger på framtagna strukturer för uppföljning/utvärdering, avvikelshantering, egenkontroll och analys.

Strategiska mål, åtgärder och handlingsplaner är sammanfattade i "Säker vård – varje gång" innefattande sex delområden; Minskade vårdrelaterade infektioner (inkl Strama arbetet), Säker läkemedelshantering, Säker omvårdnad, Säker kommunikation, Säkra vårdprocesser och Säker medicinsk teknik. Åtgärderna innefattar bl a ett systematiskt Stramaarbete, utvecklandet av läkemedelsmallar i journalsystemet och införande av läkemedelsberättelser, utbildning i MEWS och inrättandet av MIG team, systematisk GTT- granskning av journaler, ökad samverkan med länets kommuner, framtagande av handlingsprogram mot fallskador och trycksår, införande av instrumentet SBAR, preoperativa checklistor, ökad standardisering av vårddokumentationen, praktisk färdighets- och teamträning på centrum för medicinsk simulering och systematisk kontinuitetsplanering.

Viktiga delar av egenkontrollen avseende patientsäkerhet är landstingets system med RH check (riskhantering) som kopplar till landstingets riktlinjer för säkerhetsarbete och innefattar patientsäkerhet. Även den strukturerade journalgranskningen (GTT) och det systematiska arbetet med avvikelshanteringssystemet Synergi är viktiga delar i egenkontrollen.

Risker och avvikelser identifieras genom avvikelserapportering, enskilda klagomål, händelse- och riskanalyser och hanteras inom respektive enhet eller landstingsövergripande bl a via Patientsäkerhetsenheten. Riskanalyser genomförs vid flertalet större förändringar i verksamheten.

Antalet rapporterade avvikelser i Synergi var föregående år 34 502 varav tillbud och risker/iakttagelser och preanalytiska avvikelser stod för flertalet (41 % respektive 40 %), negativa händelser/olyckor och vårdrelaterade infektioner stod för 7,5 %, synpunkter och klagomål från patienter/anhöriga för 2 % och anmälningar till patientnämnden uppgick till 3 %. När det gäller avvikelser så är det områdena läkemedelshantering och omvårdnad som har flest rapporterade avvikelser.

Antalet Lex Maria anmälningar var 2011 97 st. vilket är något färre än året innan (121).

Andelen patienter med vårdrelaterade infektioner har ökat under hösten 2011 enligt punktprevalensmätningarna och detta är föremål för särskilda insatser inom Stramaarbetet.

Patienter och närstående kan förutom att direkt vända sig till verksamheten, chefläkarna eller patientnämnden även framföra synpunkter och klagomål direkt i avvikelshanteringssystemet Synergi. Förra året inkom 716 synpunkter och klagomål den vägen.

Patienter och anhöriga blir med automatik involverade när det anmäls enskilda klagomål till verksamheten och/eller till chefläkarna och patient/närstående är delaktiga vid händelseanalyser av allvarliga händelser t e x vid Lex Maria.

Framtagna strategier och handlingsplaner ligger fast inför kommande år men ökat fokus kommer att sättas på vårdrelaterade infektioner och läkemedelsrelaterade patientsäkerhetsrisker. Det pågår även ett omfattande projekt för att revidera landstingets ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet innefattande införandet av ett nytt dokumenthanteringssystem vilket kommer att vara värdefullt för säkerhetsarbetet.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för avvikelshantering, egenkontroll och analys	6
Avvikelsehantering	6
Lex Maria anmälan	6
Egenkontroll/RH check	7
Händelseanalys.....	7
Risikanalys	7
Strukturerad journalgranskning med GTT	7
Patientsäkerhetsdialoger	7
Kontinuitetsplanering	8
Utbildningar	8
Aktiviteter för ökad patientsäkerhet	8
Landstingets strategiska mål för patientsäkerhetsarbetet ”Säker vård – varje gång”	8
Minska vårdrelaterade infektioner.....	8
Säkra vårdprocesser.....	9
Säker läkemedelshantering	9
Säker omvårdnad	9
Säker kommunikation.....	10
Säker medicinsk teknik.....	10
Patientmedverkan	10
Resultat	11
Patientsäkerhetskultur, avvikelserapportering, egenkontroll, analys	11
Minska vårdrelaterade infektioner.....	15
Säkra vårdprocesser.....	17
Säker läkemedelshantering	20
Säker omvårdnad	20
Säker kommunikation	21
Öppna jämförelser och medicinska resultat	22
Övergripande mål och strategier för kommande år	23

Övergripande mål och strategier

Landstinget i Östergötland har en Säkerhetspolicy. Säkerhetsarbetet i landstinget ska bedrivas systematiskt och som en integrerad del i det dagliga arbetet.

Målet med landstingets säkerhetsarbete är att:

- Säkerställa kontinuitet i vård- och stödprocesser genom förebyggande insatser.
- Skapa en trygg och säker miljö för patienter, medarbetare, förtroendevalda, studerande och besökare.
- Minimera skadeeffekterna genom konsekvent uppföljning av inträffade avvikelser.
- Säkerställa att landstingets arbetsgivaransvar upprätthålls.
- Vid allvarlig och extraordinär händelse optimera förutsättningarna för god sjukvård.

Säkerhetsarbetet skall bedrivas förebyggande och inriktas på att eliminera brister i säkerheten. Ett viktigt moment är därför att försöka identifiera tänkbara hot och risker mot verksamheten och dess vård- och stödprocesser.

Säkerhetsarbetet skall inriktas på att hitta och åtgärda systemfel. Uppkomna avvikelser/händelser skall löpande dokumenteras, analyseras och åtgärdas på ett systematisk sätt. Resultatet och gjorda insatser skall redovisas i landstingets och respektive produktionsenhets verksamhets- och årsredovisning. Säkerhetsarbetet finns beskrivet i riktlinjer per säkerhetsområde.

Landstingets säkerhetsarbete omfattar förutom Patientsäkerhet, sju andra säkerhetsområden; Funktionssäkerhet inkl brandskydd, Informationssäkerhet, IT-säkerhet, Kris- och katastrofmedicinsk beredskap, Medicinteknisk säkerhet, Miljösäkerhet och Personsäkerhet.

Riktlinjer för patientsäkerhet

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. 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. Handlingsprogrammet ska också beskriva hanteringen av Synpunkter och klagomål.
- Landstingsövergripande IT-stödet, Synergi, används för rapportering, ärendehantering, klassificering, vid analys samt 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

Organisatoriskt ansvar för säkerhetsarbetet

Säkerhetsarbetet följer verksamhetsansvaret på alla nivåer och inom alla verksamheter i landstinget. Specifik ansvarsfördelning innefattar:

Landstingsdirektören har det övergripande och ansvaret för samtliga säkerhetsområden. Landstingsdirektören fastställer policy och övergripande riktlinjer samt uppdrag till respektive ansvariga för arbetet med risk- och säkerhetsfrågor.

Landstingets Risksamordnare bevakar samordning mellan de olika säkerhetsområdena. Risksamordnaren är leder Landstingets Säkerhetsgrupp.

Utvecklingschefen svarar för det systematiska patientsäkerhetsarbetet för att minimera skador i vården och systematiskt arbete för god kvalitet och effektivitet.

Vårddirektören ansvarar för att välfungerad organisation är upprättad för kris och katastrofmedicinsk beredskapsplanering, samt att landstinget efterföljer myndighetskrav.

HR-direktören ansvarar för landstingsövergripande arbete med att upprätthålla landstingets arbetsgivaransvar.

Informationssäkerhetschefen ansvarar för landstingsövergripande arbete med och uppföljning av informationssäkerhet.

Chefen FC-centrum ansvarar för landstingsövergripande arbete med och uppföljning av funktionssäkerhet, brand- och fastighetsrelaterade miljöskydd.

Respektive Verksamhetschef ansvarar för säkerheten och säkerhetsarbetet på egna enheten och utarbetar rutiner för god säkerhet och kontrollerar följsamheten till dessa.

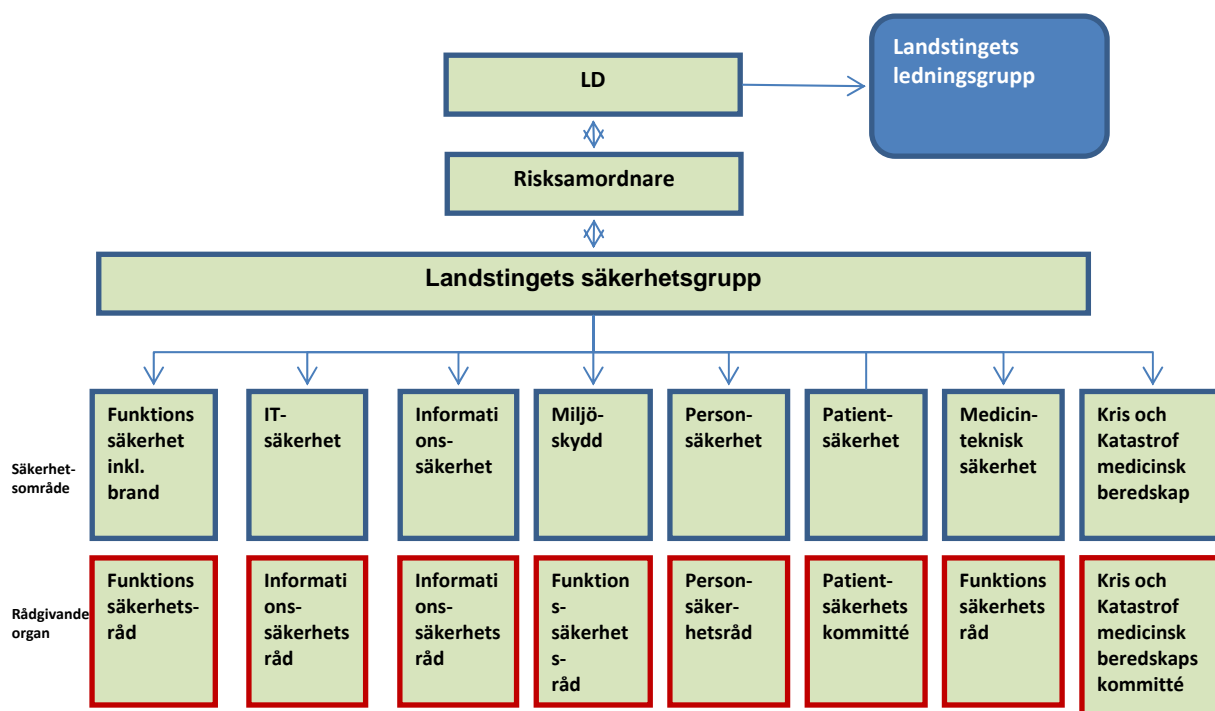
Varje medarbetare ansvarar för att följa fastställda riktlinjer och anvisningar samt rapportera risker och avvikelser.

Respektive *säkerhetsområdesansvarig* ansvarar för att system (regler/anvisningar) finns och uppföljning av säkerhet inom sitt område.

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

Säkerhetsområdesansvariga bildar tillsammans med Risksamordnaren Landstingets säkerhetsgrupp.

Landstingets *säkerhetsgrupps* uppdrag är att i samverkan, strategisk planering, systematiska uppföljningar samt omvärldsbevakning underlätta för landstingets verksamheter att hantera och förebygga risker. Säkerhetsgruppen ansvarar för; utveckling och förvaltning av gemensamma verktyg och metoder inom säkerhetsområdet, initiering av förslag till uppföljningar och förbättringar av landstingets integrerade och samordnade säkerhetsarbete samt initiering av landstingsövergripande projekt inom säkerhetsområdena.



Landstingets säkerhetsgrupp

Det finns också *Rådgivande organ* för samordning och förankring av säkerhetsarbetet för respektive säkerhetsområde.

Patientsäkerhetsenheten, med chefläkare och verksamhetsutvecklare, ska systematiskt analysera och utreda eventuella systemfel samt initiera förbättringsarbete med patientsäkerhetsfokus.

Struktur för avvikelshantering, egenkontroll och analys

Avvikelsehantering

Landstinget har ett webbaserat IT-stöd för avvikelshantering, Synergi, som hanterar samtliga avvikelser inklusive arbetsskador från alla enheter. Patienter och medborgare kan via Internet direkt rapportera synpunkter och klagomål till en vårdcentral eller en klinik. Enheten har utsedd avvikellesamordnare och handlingsprogram som beskriver avvikelshanteringsprocessen. I analysarbetet finns också analysteam, som kan vara fasta eller tillfälliga. Avvikelsesamordnaren ska ha avsatt tid för uppdraget.

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

Lex Maria anmälan

När en avvikelse inträffat där en patient kommit till skada eller utsatts för en allvarlig risk är det verksamhetschefens skyldighet att rapportera till chefläkare, som gör en Lex Maria- anmälan till Socialstyrelsen. Lex Maria- anmälanens primära syfte är att få till stånd en objektiv bedömning om anledningen till en inträffad allvarlig skada eller uppkommen risk för sådan för att därigenom förebygga att liknande händelser inträffar igen. Ett annat syfte är att den drabbade patienten/närstående genom utredningen så långt det är möjligt ska få klarhet i vad som faktiskt inträffat. Landstinget i

Östergötland publicerar, på landstingets webbplats, information om anmälan samt Socialstyrelsens utlåtande.

Egenkontroll/RH check

Verksamheterna ska årligen genomföra egenkontroll av säkerhetsarbetet inkl. patientsäkerhet med RH check (Riskhantering). RH- Check utgår från landstingets olika riktlinjer för säkerhetsarbete och 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, 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 ansvarar för att RH-Check tillämpas inom resp.verksamheter.

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 inträffat. 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 medlemmar i analysteamet. En händelseanalys bör vara klar inom 6 veckor efter att den initierats. IT stödet NITHA (Nationellt IT stöd för händelseanalys) ska användas i analysarbetet.

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. En uppdragsbeskrivning ska skrivas där uppdragsgivaren preciserar uppdraget, avgränsningar och resurser. Analysen görs av en analysgrupp och dokumenteras i ett analysformulär och sammanställs i slutrapport. I rapporten beskriver uppdragsgivaren vilka av rapportens åtgärdsförslag som kommer att vidtas respektive förkastas och en tidplan för genomförande. Vidare beskriver uppdragsgivaren hur riskanalysen ska återföras till berörd enhet och dess medarbetare samt när och hur insatta åtgärder ska följas upp.

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. 20 slumpmässigt utvalda journaler granskas per månad och per sjukhus (dvs 60 st journaler/mån) utöver detta granskas samtliga hjärtstopp och larm. Metoden ska även användas på klinikinivå för att identifiera och mäta skador utifrån diagnoser eller andra områden som är specifika för verksamheten.

Patientsäkerhetsdialoger

Patientsäkerhetsdialoger (PSD) genomförs sedan 2005 med alla kliniker och vårdcentraler inkl. privata utförare som har avtal med landstinget. Detta sker genom ett halvdagsbesök på kliniker och vårdcentraler av chefläkare och verksamhetsutvecklare från patientsäkerhetsenheten. Syftet med PSD är att sprida lärande och kunskap kring patientsäkerhet och ge en återkoppling om utvecklings- och förbättringsområden för att utveckla säkerhetskulturen. Vid dialogen görs uppföljning av avvikelshanteringen inkl. risk- och händelseanalyser, vårdrelaterade infektioner, kliniska resultat samt aktiviteter utifrån målen Säker vård. Vid dialogen görs en bedömning utifrån en femgradig skala¹.

¹ Se lio.se-patientsakerhet- for sjukvarden- verktyg och metoder- patientsakerhetsdialoger

Kontinuitetsplanering

För att minska sårbarheten vid avbrott och störningar, t ex elavbrott, störningar i telefoni, avbrott/störningar inom IT, ska varje verksamhet ha en fungerande kontinuitetsplanering. Kontinuitetsplanering är ett förebyggande arbete inom krisberedskapsområdet som syftar till att skapa robusthet så att kritisk verksamhet kan fungera trots vardagliga, planerade och oplanerade störningar och avbrott som kan påverka vård och patientsäkerhet. Framtagande av en LiÖ metod och utbildning av särskilda ”kontinuitetslotsar”, som ska stödja verksamheterna i att utarbeta kontinuitetsplaner, ingår i strategin.

Utbildningar

För att ha en god beredskap att göra analyser och uppföljningar 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. Under 2011 tillkom utbildningar i kommunikationsverktyget SBAR². Det utbildas personer på klinikerna som sedan ska fungera som utbildare inför ett breddinförande av SBAR på kliniken/enheten.

Aktiviteter för ökad patientsäkerhet

Landstingets 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)

Landstinget i Östergötland bedriver ett arbete inom ramen för STRAMA³ som syftar till att granska och förbättra användningen av antibiotika på både sjukhus och i primärvården.

Aktiviteter

- Implementera STRAMA arbetet på kliniker och vårdcentraler bland annat genom informationsmöten, utbildning och riktad uppföljning. Införa STRAMA:s 10- punktsprogram och utveckla Stramaportalen
- Urinkateterprojektet UriKaP; utvecklingsarbete i att sätta urinkateter med utbildning på Clinicum (centrum för färdighetsträning) i att sätta och sköta katetrar i urinvägarna. På varje avdelning, mottagning och vårdcentral ska det finnas en utbildad urinkateteransvarig sjuksköterska
- Enhetliga riktlinjer i Östergötland för skötsel av central venkateter (CVK) inkl. implementering och uppföljning av indikationer och skötsel av CVK. Utbildning i handhavande på Clinicum
- Observationsstudier av följsamhet till kläd- och hygienregler. Observatörer ska observera 20 medarbetare/månad på varje vårdenhets. Observationerna registreras, utan namn på medarbetarna, och publiceras på intranätet och återkopplas på arbetsplatsen
- Integrera WHO checklista för preoperativ antibiotikabehandling i Cosmic

² Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation

³ Strategigruppen för Rationell Antibiotikaanvändning och Minskad Antibiotikaresistens

Säkra vårdprocesser

Ett ojämnt flöde i vårdprocessen och övergångar mellan enheter är ett riskområde. 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. Vidare en systematisk användning av bedömningsmodeller/metoder för att snabbare identifiera riskpatienter.

Aktiviteter

- Införa lokala vårdprogram (VP) för att identifiera potentiella sepsispatienter
- Implementera VP/VPP för stroke, hjärtsjukvård och cancersjukvård samt mäta följsamhet
- Implementera VP för suicidprevention samt mäta följsamhet
- Utbilda i att identifiera svårt sjuk patient och använda bedömningsinstrumenten METTS⁴ och MEWS⁵ samt MIG team⁶/MIG liknande organisation på länets sjukhus
- Årlig utbildning i HLR och registrering av antal utbildade i central databas
- Utveckla GTT- granskning på opererande kliniker
- Införa Nationell patientöversikt (NPÖ)
- Utveckla mortalitetsanalys

Säker läkemedelshantering

Ordnation och hantering av läkemedel är ett känt riskområde. Särskilt riskfyllt är den äldres läkemedelsbehandling.

Aktiviteter

- Utarbeta länsövergripande strategi för läkemedel och äldre
- Definiera vad som i Östergötland avses med läkemedelsavstämning, läkemedelsberättelse och läkemedelsgenomgång
- Införa läkemedelsavstämning och läkemedelsberättelser
- Vidareutveckla läkemedelsmodulen i Cosmic och utveckla mallar för läkemedelsdokumentation
- Genomföra läkemedelssortering enligt ATC- struktur i alla läkemedelsrum
- Ökad farmaceutisk kompetens lokalt på avdelningar och vårdcentraler för stöd vid exempelvis läkemedelsförsörjning och läkemedelsavstämning/genomgångar
- Utbildning i läkemedelsbehandling för äldre
- RH check för läkemedelshantering

Säker omvårdnad

Det pågår lokala utvecklingsarbeten för att förhindra trycksår, undernäring och fallskador. Arbetet måste drivas mer aktivt så att alla relevanta enheter har ett systematiskt preventivt förhållningssätt.

Aktiviteter

- Samverka med länets 13 kommuner i nationella satsningen "Bättre vård för sjuka äldre" och införa kvalitetsregistren Senior alert och Svenska palliativregistret.
- Införa gemensamma riskbedömningsinstrument och få ett förebyggande arbete för att minska riskerna för att patienter faller, får trycksår och är undernärda
- Delta i årlig punktprevalensmätning av trycksår och utifrån förbättringsområden ta fram och genomföra handlingsplaner
- Ta fram vårdprogram för fallprevention, prevention av trycksår, prevention av undernäring

⁴ METTS: Medical Emergency Triage and Treatment System

⁵ MEWS: Modified Early Warning Score

⁶ MIG: Mobil intensivvårdsgrupp

Säker kommunikation

Landstinget hanterar extremt mycket information inom vitt skilda verksamhets- och ämnesområden. 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. Information förmedlas också i direkt kontakt mellan vårdpersonal, mellan vårdande enheter och med patient/närstående. Det är väl känt att många avvikelser och vårdskador har bristande kommunikation som bakomliggande orsak.

Aktiviteter

- Användande av verktyget SBAR
- Införa kommunikationsövningar vid olika färdighetsträningar på Clincium
- Genomföra praktisk teamträning på Clincium
- Implementera WHO- checklistan (alla tre delar) för säkerhet vid operationer
- Projekt LiÖ-standard av vårddokumentation (ökad standardisering av sökord och mallar)
- Ökad delaktighet hos patienterna genom ökad kännedom om Synpunkter & Klagomål
- Analys av resultat från patientenkät och utifrån förbättringsområden utforma handlingsplan

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.

Aktiviteter

- Kompetenskort för alla medicintekniska apparater som kräver kontinuerlig uppdatering för säkert handhavande
- Praktisk teamträning på Clincium för simulering av apparatfel
- Lanstingsövergripande standardisering av medicinteknisk utrustning
- Ta fram felsimulatorer som kan användas för utbildning i exempelvis reservrutiner då fel uppträder i medicinteknisk utrustning
- Fullfunktionsåtagande mellan MTÖ och verksamheterna
- Fungerande reservrutiner för avbrott i drift, IT etc
- Enhetlig felanmälan (helpdesk) av vårdnära teknik

Patientmedverkan

Patientsäkerhetskommittén är ett samarbets- och dialogforum med en rådgivande, ej beslutande funktion. Deltagare är aktörer från verksamheter inom landstinget med extra krav på patientsäkerhet och från kommuner och patientföreningar. Kommittén träffas 2-3 ggr per termin.

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".

Särskild modul i IT stödet Synergi finns för rapportering av synpunkter och klagomål. Återkoppling på inrapporterad synpunkt ska ges inom 2 veckor.

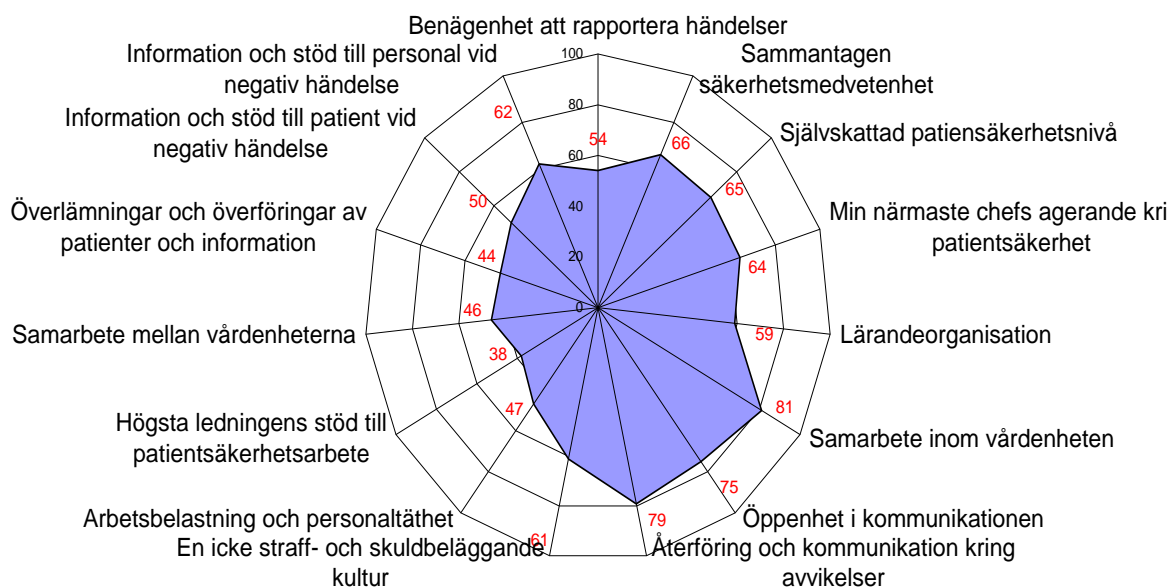
Enskildas klagomål hanteras i samverkan mellan chefläkare och verksamhetschef.

Patienter/närstående intervjuas i händelseanalyser.

Resultat

Patientsäkerhetskultur

Landstinget i Östergötland genomförde 2010, som ett av de första landstingen i landet, en undersökning av medarbetarnas upplevelse av patientsäkerhetskulturen på deras arbetsplats. Syftet med mätningen är att kartlägga styrkor och svagheter avseende säkerhetskulturen och tydliggöra förbättringsområden. Svarsfrekvensen var 61 procent i landstinget och 47 procent för de privata vårdgivare som deltog.



Resultat mätning av patientsäkerhetskultur maj 2010 - Landstinget i Östergötland

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. Metod för återkoppling och lärande måste utvecklas och anpassas efter lokala förutsättningar och behov. 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. Uppföljning av planerade och vidtagna åtgärder utifrån resultatet har gjorts vid patientsäkerhetsdialogerna.

Patientsäkerhetsdialoger

Efter genomförd omgång med samtliga enheter görs en sammanställning av bedömningspoängen. Bedömning från patientsäkerhetsdialog omgång fyra är inte sammanställd då omgången inte är slutförd under 2011.

En studie av de tre första omgångarnas patientsäkerhetsdialoger⁷ inom slutenvård visar på en positiv utveckling av säkerhetskulturen inom landstinget under de år som dialogerna har genomförts men visar också att en tredjedel av sjukhusklinikerna inte utvecklats i önskad omfattning. Det är främst inom psykiatrisk vård som de stora förbättringsområdena återfinns.

Egenkontroll/RH check

78 procent, av de verksamheter där det är relevant, genomförde RH check Patientsäkerhet 2011. Av dessa var det 50 procent som uppfyllde de checkpunkter som valts ut för att anses ha en god systematik i avvikelse- och riskhanteringen. I de fall verksamheten inte uppfyller kravet tar de fram en

⁷ Measures of Patient Safety: Studies of Swedish Reporting Systems and Evaluation of an Intervention Aimed at Improved Patient Safety Culture Öhrn, Annica 2012 Linköpings universitet, Institutionen för medicin och hälsa, Utvärdering och hälsoekonomi).

åtgärdsplan som följs upp senast efter 1 år. Överlag är det mycket god följsamhet till riktlinjerna för patientsäkerhet och det är på enstaka checkpunkt det finns förbättringsbehov. Det brister främst i systematisk uppföljning av vidtagna åtgärder på avvikelser och systematisk identifiering av risker. Under 2011 pågick arbetet med att implementera RH check i Synergi för att förenkla hantering och möjliggöra övergripande uppföljning och identifiering av utvecklingsområden. Samtliga säkerhetsområdets RH checkar reviderades i samband med det arbetet. RH check i Synergi infördes vid årsskiftet 2011/2012.

Avvikelseerrapportering

Från driftsstart i slutet av 2003 till årsskiftet 2011/2012 har 204 097 händelser rapporterats i Synergi. Under 2011 rapporterades 34 549 avvikelser. I denna summa inkluderas alla ärendetyper⁸.

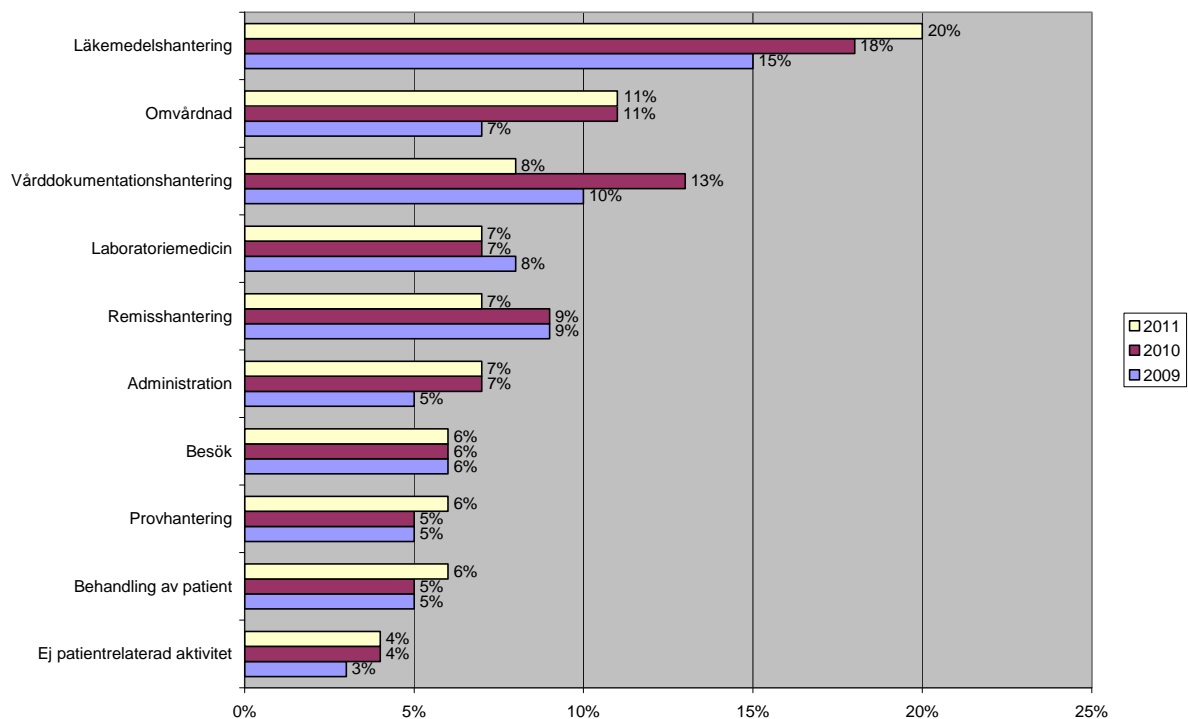
Antal rapporterade avvikelser fördelat på ärendetyp under åren 2008-2011 i Landstinget i Östergötland (data uttaget på händelsedatum – utsökningsdatum 2012-02-14)						
Ärendetyp		2008	2009	2010	2011	Differens 2010/2011
Avvikelser	<i>Negativ händelse/olycka</i>	1086	1115	1515	1475	-40
	<i>Tillbud</i>	4690	5363	6765	6996	231
	<i>Risk/iakttagelse</i>	5305	5556	6735	6215	-520
	<i>Ej klassificerade</i>	1310	632	626	703	77
	Vårdrelaterade infektioner ⁹	1125	1167	1100	1116	16
Laboratorieavvikelser	<i>Negativ händelse/olycka</i>	5	15	6	9	3
	<i>Tillbud</i>	853	680	411	430	19
	<i>Risk/iakttagelse</i>	250	309	543	559	16
	<i>Ej klassificerade</i>	8	7	8	17	9
	Preanalytiska avvikelser (LMC)	14028	14627	13126	14035	909
Anmälan om arbetsskada	473	548	531	626	95	
Synpunkter och Klagomål	182	661	785	716	-69	
Patientnämnden	660	814	924	1035	111	
Förbättringsförslag	366	352	403	525	122	
Läkemedelsbiverkningar ¹⁰	72	51	32	45	13	
Summa		30 413	31 537	33 510	34 502	

⁸ avvikelse, vårdrelaterade infektioner, frekventa händelser inom laboriemedicin, arbetsskador, läkemedelsbiverkningar, patientnämnden, synpunkter och klagomål samt förbättringsförslag.

⁹ Enbart de vårdrelaterade infektionerna som registrerats i Synergi. Ett antal kliniker registrerar ej vårdrelaterade infektioner och några kliniker har andra rapporteringssystem än Synergi.

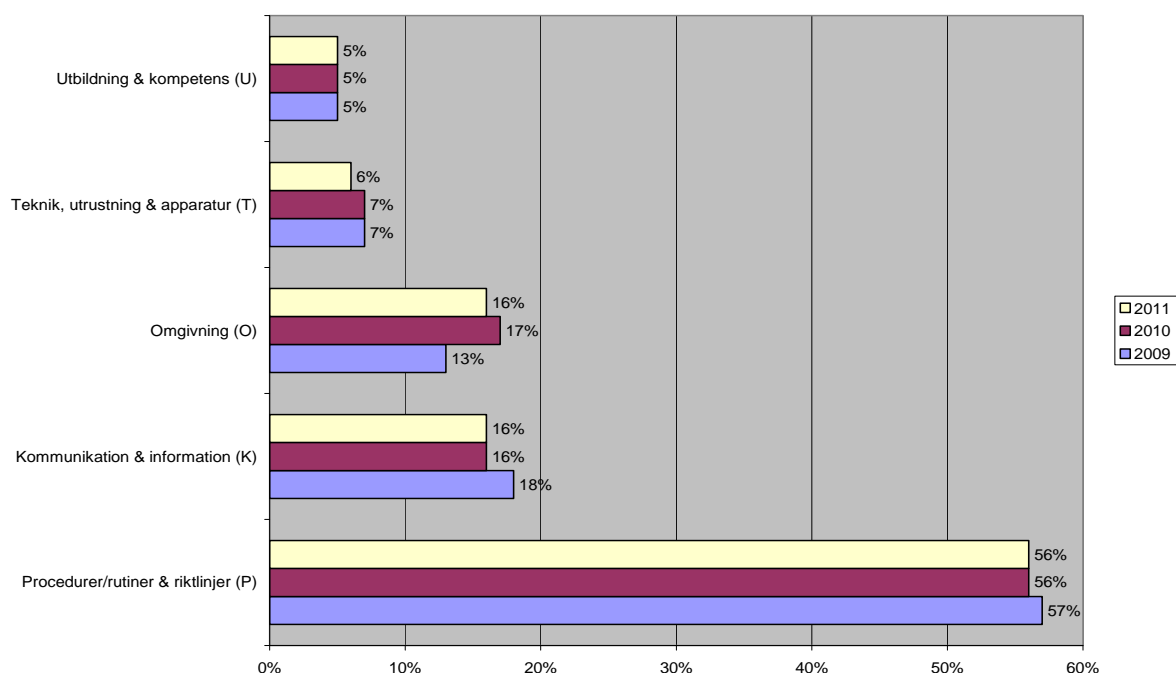
¹⁰ Enbart de läkemedelsbiverkningsrapporter som rapporterats elektroniskt via Synergi. Ett antal biverkningsrapporter rapporteras manuellt direkt till den regionala biverkningsenheten och finns således inte medräknade i denna summa.

Rapporterade avvikelser ökar och detta tolkas som en ökad säkerhetsmedvetenhet att rapportera inträffade händelser och risker snarare än att vården blivit mindre säker. Avvikelse- och riskhanteringen har fortfarande sin tyngdpunkt på avvikelser, det vill säga inträffade händelser. Andelen rapporterade risker har minskat jämfört med föregående år vilket är en utveckling i fel riktning. Antal registrerade allvarliga avvikelser dvs. där den angivna faktiska konsekvensen varit betydande eller katastrofal personskada är 127 st. Uppföljning av att adekvata åtgärder vidtagits för dessa avvikelser görs av verksamhetsutvecklare och chefläkare på Patientsäkerhetsenheten. Av dessa 127 ärenden var det 31 st ärenden som bedömdes ha behov särskild kontroll utav chefläkare. Dessa 31 ärenden utgör 0,2 % av alla rapporterade avvikelser (arbetsskador borträknade).



Andel avvikelser inom de tio mest frekventa arbetsprocesserna under 2009-2011

De två områden där det har rapporterats flest avvikelser är läkemedelshantering 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. Att antalet rapporterade fallolyckor/tillbud ökat bedöms bland annat vara ett resultat av satsningen på Senior alert och preventionsarbetet som skapat en ökad medvetenhet om att rapportera olycka/tillbud för fall snarare än att antalet fallolyckor/tillbud ökat.



Andel orsakskategori fördelade över åren 2009 - 2011

Procedurer, rutiner och riktlinjer är det största orsaksområdet och åtgärder riktas också oftast mot detta orsaksområde. Åtgärder är ofta nya rutinbeskrivningar, information och utbildning, åtgärder som enligt Handboken för patientsäkerhetsarbete är begränsat effektiva åtgärder. Systematisk utvärdering av insatta åtgärders effektivitet är ett utvecklingsområde både på enhets- och landstingsnivå.

Händelseanalys

2011 införde landstinget IT stödet NITHA (Nationellt IT stöd för händelseanalys). NITHA införs successivt i verksamheterna och idag finns 46 st analyser inlagda varav 6 st finns i Kunskapsbanken, som alla landsting har tillgång till i syfte att lära av andra.

Riskanalys

Antalet riskanalyser bedöms ha ökat under året utifrån den information som erhålls vid patientsäkerhetsdialogerna. Det saknas IT stöd som stödjer sammanställning av genomförda riskanalyser. En databas med sammanställning av analyser och åtgärder skulle öka möjligheterna till lärande inkluderat effektiv uppföljning av åtgärder.

En forskningsstudie som utvärderar riskanalysmetodiken påbörjades 2011 och avslutas 2012.

Patientmedverkan

Under 2011 har det i Synergi inkommit 716 synpunkter och klagomål jämfört med 785 st 2010 vilket nog inte ska tolkas som att patienterna egentligen har mindre synpunkter på vården. Landstinget har t ex fått många signaler om bristen i att det bara går att rapportera in synpunkter om man har en viss webbläsare. De med annan webbläsare kan inte rapportera in synpunkter via Internet utan är hänvisade till telefon, brev eller mail. Dessa synpunkter ska verksamheten föra in i Synergi i efterhand men det brister. Medverkan och delaktighet är en förutsättning för en god patientsäkerhet och synpunkterna är viktiga bidrag för att kunna förbättra och utveckla vården och vi måste bli bättre på att uppmuntra patienter och närstående att rapportera synpunkter. Utvecklingsområde är att mer systematiskt följa upp synpunkter/klagomål och identifiera ev systemfel.

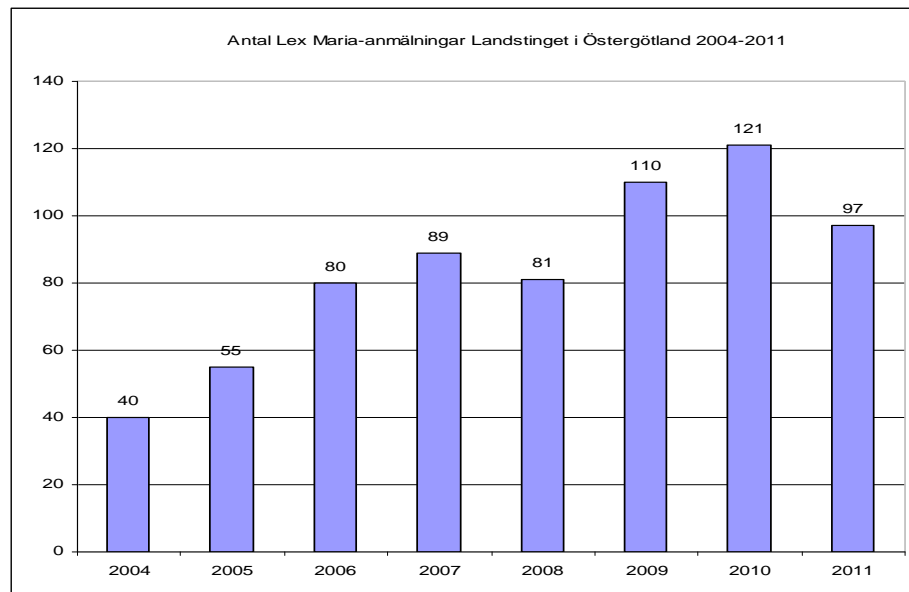
Pilottest av patientmedverkan i riskanalyser har genomförts.

Lex Maria anmälningar och allvarliga vårdskador

Antalet Lex Maria- anmälningar år 2011 är 97 st och det ligger lägre jämfört med 2010 (121 st). Landstinget bibehåller dock en förhållandevis hög anmälningsfrekvens vilket tolkas på ett gott

patientsäkerhetsmedvetande hos verksamhetschefer som vill lyfta fram och analysera allvarliga händelser. I och med införandet av Patientsäkerhetslagen togs anmälan till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd bort och ersattes av Enskild anmälan/klagomål. Landstinget hade 171 st Enskilda klagomål under 2011.

Det går inte att ange antal allvarliga vårdskador bland annat för att det saknas enhetlig struktur för att göra bedömning av undvikbarhet. Bedömning av undvikbarhet görs t ex inte vid Lex Maria anmälan. Landstinget saknar system för att strukturerat bedöma om det är en vårdskada inkluderat gradering av om den är allvarlig och detta måste utvecklas under kommande år. Det finns numera en databas för att registrera skador och vårdskador utifrån GTT granskningen men i nuläget omfattar inte den databasen skador och vårdskador som upptäcks genom frivillig rapportering.

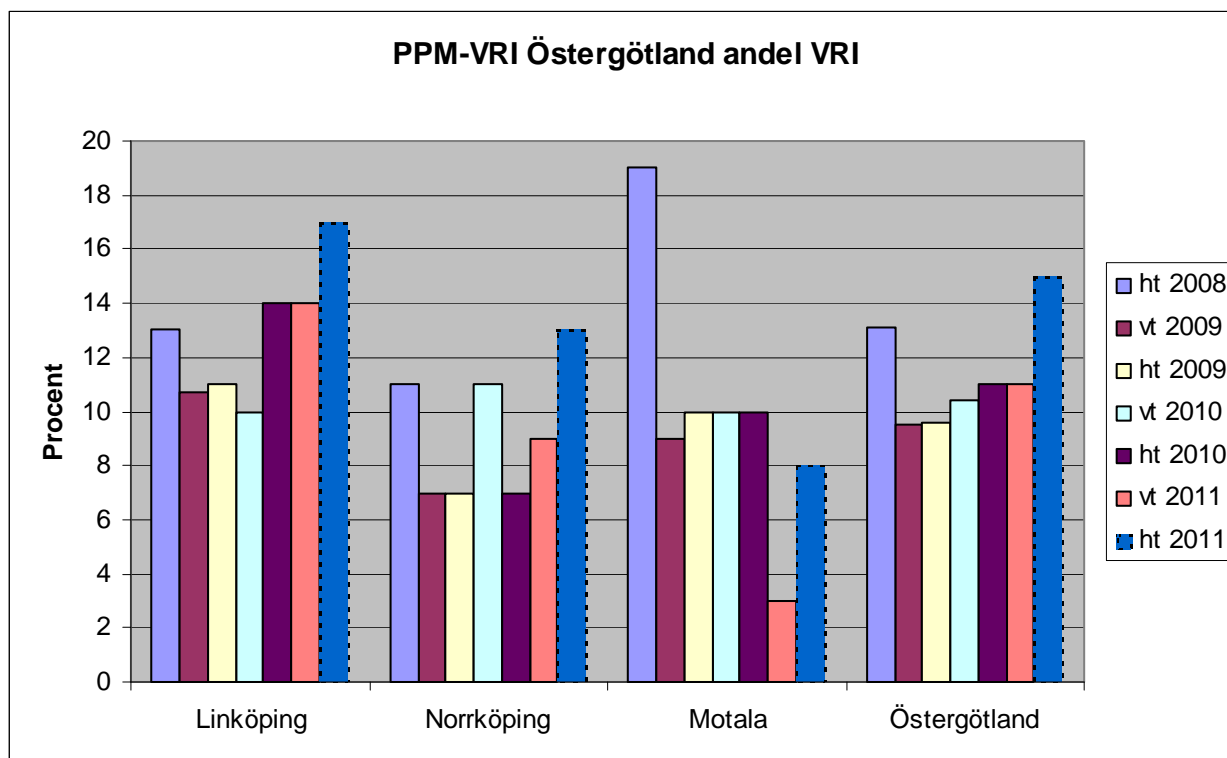


Antalet Lex Maria anmälningar i Landstinget i Östergötland

Säker vård- varje gång

Minska vårdrelaterade infektioner (VRI)

Följsamheten till hygienreglerna har successivt ökat från i genomsnitt 54 procent under 2007 till 80 procent i dec 2011. Följsamheten till klädreglerna har hela tiden varit bättre och var 87 procent år 2007 och har ökat till 96 procent i dec 2011. Östergötlands resultat är bland de främsta i landet även om det var något lägre vid höstens nationella punktprevalensmätning (PPM) jämfört med den som genomfördes under våren. Vårdrelaterade infektioner hör till de allra vanligaste vårdskadorna. Andel VRI var vid höstens punktprevalensmätning 14,4 procent och då är det högre på Universitetssjukhuset (17,7 procent) jämfört med de övriga sjukhusen i länet. Generellt sett har universitetssjukhus en högre andel VRI eftersom det där vårdas sjukare och mer infektionskänsliga patienter och US är inget undantag. Läget med en hög VRI-frekvens i Östergötland är mycket allvarligt och läget har kraftigt försämrats om vi jämför med mätningen hösten 2010 som låg på 10,3 procent och det är högre också jämfört med startvärdet 2008 som var 13,1 procent. Dock ska det beaktas att det finns många svagheter med just PPM och resultatet svänger mycket från mätning till mätning. Här kommer Infektionsverket att ge mer riktiga uppgifter om VRI frekvensen i och med att VRI registreras vid insättning av antibiotika och resultat erhålls på kliniknivå. VRI registreras även lokalt i IT stödet Synergi samt i lokala kvalitetsregister. Antalet VRI som rapporterats i Synergi är 1116 st för 2011 och antalet har legat omkring 1100 st de senaste tre åren. VRI i lokala kvalitetsregister följs enbart upp lokalt på klinikerna.



Arbete för att förhindra utvecklingen och spridningen av antibiotikaresistenta bakterier är prioriterat i landstinget och under året skapades en ny organisation och uppdrag för Strama *Östergötland*, som innefattar en landstingsövergripande styrgrupp, Strama primärvårdsgrupp och Strama sjukhusgrupper på alla tre sjukhus. Strama Östergötlands övergripande mål är att bevara möjligheten att effektivt använda antibiotika vid bakteriella infektioner hos människor. Målet skall nås genom att fortlöpande följa och analysera det lokala resistensläget och antibiotikaförbrukningen i öppen och sluten vård, utforma lokala rekommendationer för behandling och antibiotikaproylax samt återkoppla följsamheten till lokala rekommendationer till verksamheten. I syfte att verksamheterna i öppen och sluten vård själva skall kunna övervaka sitt resistensläge, antibiotikaanvändning och vårdrelaterade infektioner har *Stramaportalen* utvecklats. Stramaportalen finns på intranätet och innehåller data på patient-, klinik- och landstingsnivå. Alla kliniker och vårdcentraler har en egen flik med data som skall ligga till grund för lokal analys och åtgärd dvs. bättre antibiotikaanvändning, minskade vårdrelaterade infektioner och minskad antibiotikaresistens.

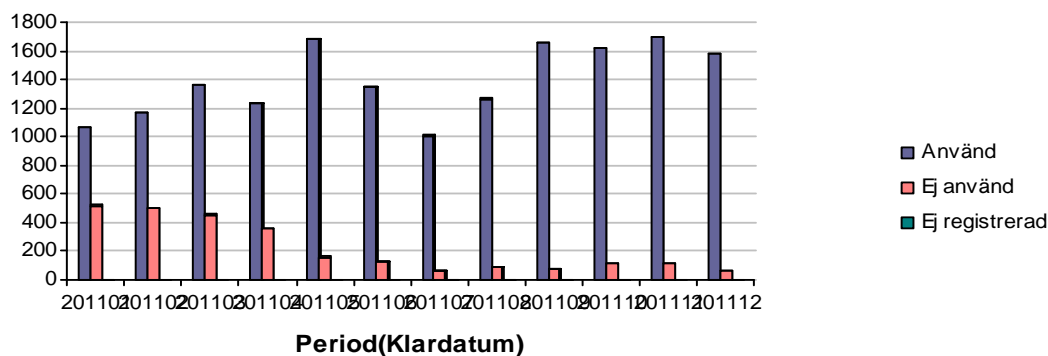
Samtliga vårdcentraler i landstinget har i samband med annan läkemedelsinformation fått information om lokala behandlingsrekommendationer avseende vanliga infektioner i öppenvården. På sjukhusen har information givits på ett flertal lunchmöten där chefläkare, Stramaläkare och sjukhusläkare diskuterat öppenvårdsförskrivning av antibiotika. Strama distriktsläkare har besökt hälften av vårdcentralerna och diskuterat olika antibiotikariktlinjer. Aktiviteter i form av Temadagar för primärvårdsläkare har anordnats.

Antal uthämtade antibiotikarecept har minskat med 1 procent inom primärvården under 2011 jämfört med 2010. Antibiotikaförbrukningen (antal DDD, Definierade DygnDoser) har däremot ökat totalt med 3 procent på samtliga sjukhus i Östergötland.

Säkra vårdprocesser

WHO:s checklista – kontroll vid operation

Införande av WHO:s checklista inför operation är en evidensbaserad säkerhetshöjande åtgärd. Landstinget har som mål att den skall användas vid alla operationer. Andelen där checklistan har använts har förbättrats markant jämfört med 2010.



Användande av WHO:s checklista vid operation månadsvis mätning 2011. Hela ANOP (Op VIN & Op US)

Strukturerad journalgranskning/Global Trigger Tool (GTT)

Användningen av GTT har ökat under året och utöver sjukhusgranskningen används metoden av flera kliniker. Preliminärt resultat från de månatliga granskningarna från Universitetssjukhuset visar att vårdskador ligger något högre än den nationella studien¹¹. Det är i högre omfattning opererande discipliner som har vårdskador och den vanligaste vårdskadan är vårdrelaterad infektion. Resultat från ViN och LiM är inte sammanställt ännu.

Kirurgiska kliniken på US granskar varje månad 20 slumpvis utvalda journaler på patienter som vårdats inläggande i minst fem dagar. Granskningen visar att komplikationer/skador förekom hos 34 procent (82/240) av de patienter som vårdats under minst fem dagar. Av dessa patienter var 37 inlagda akut och 45 elektivt, vilket avspeglar graden av komplexitet inom den elektiva kirurgin. I granskningen har flera förbättringsområden identifierats. Det gäller postoperativ viktökning som är associerad med vätsketillförsel, sårruptur och pneumoni/aspiration. Vidare granskar kliniken också alla dödsfall. Då görs en bedömning av undvikbarhet, dvs. om dödsfallet är associerat med skador/komplikationer som går att förebygga. Under en 3-årsperiod har det förekommit undvikbara dödsfall hos cirka 10 procent (2011 är N=5) av inträffade dödsfall.

Under 2011 tillsattes landstingsövergripande resursperson för att utveckla strukturerad journalgranskning inom landstinget för att få en gemensam struktur och samordning. Resurspersonen är också metodstöd åt granskningsteamet samt ansvarar för utbildning av nya granskare samt uppföljning av granskningens resultat. Det har bildats ett nätverk för teamen, som granskar journaler sjukhusövergripande, med syftet att få ett gemensamt arbetssätt och samsyn på bedömningar av undvikbarhet av skada. Det har utvecklats ett IT-stöd där resultaten från granskningen förs in, en modul för sjukhusövergripande granskning och en modul för klinikgranskning

¹¹ Socialstyrelsens studie av närmare 2000 vårdtillfällen inom somatisk slutenvård i Sverige. 8,6 procent av patienterna hade fått undvikbara vårdskador. Publicerad 2008

Hjärt Lung Räddning, MEWS, MIG-team

Under året har instrumentet MEWS införts på Vrinnevisjukhuset (ViN) och på större delen av Lasarettet i Motala (LiM). US påbörjade införandet 2010. MEWS används för att på ett strukturerat sätt bedöma patienternas tillstånd så att åtgärder snabbt kan sättas in i syfte att undvika allvarliga komplikationer. Följsamhet till användningen av MEWS följs bland annat i GTT granskningen av hjärtstopp. MIG team/motsvarande har inrättats för att snabbt vara på plats för att bedöma och ordinera fortsatta medicinska insatser.

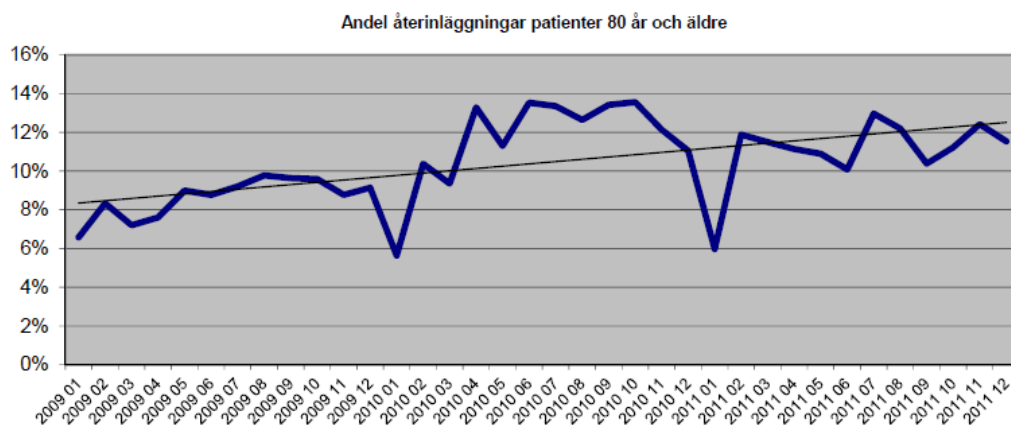
2008	2009	2010	2011
MEWS 18 %	MEWS 18 %	MEWS 70%	MEWS 93 %
Överlevnad hjärtstopp 28 %	Överlevnad hjärtstopp 25 %	Överlevnad hjärtstopp 36 %	Överlevnad hjärtstopp 20 %
Överlevnad övrigt larm (reg. ej detta år)	Överlevnad övrigt larm 62 %	Överlevnad övrigt larm 91 %	Överlevnad övrigt larm 77 %

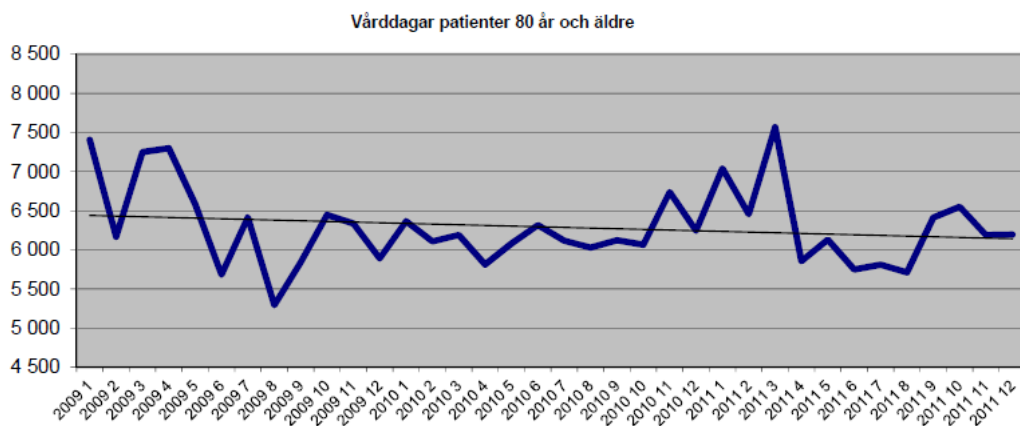
GTT granskning av hjärtstopp och övriga larm utanför intensivvårdsenheter US. MEWS – användning och överlevnad

HLR ska repeteras årligen för all vårdpersonal. Nya riktlinjer för HLR kom 2011 och utbildningen är reviderad utifrån det. Genomförd HLR utbildning registreras i IT stödet Heroma men är inte sammanställt för 2011.

Återinläggning

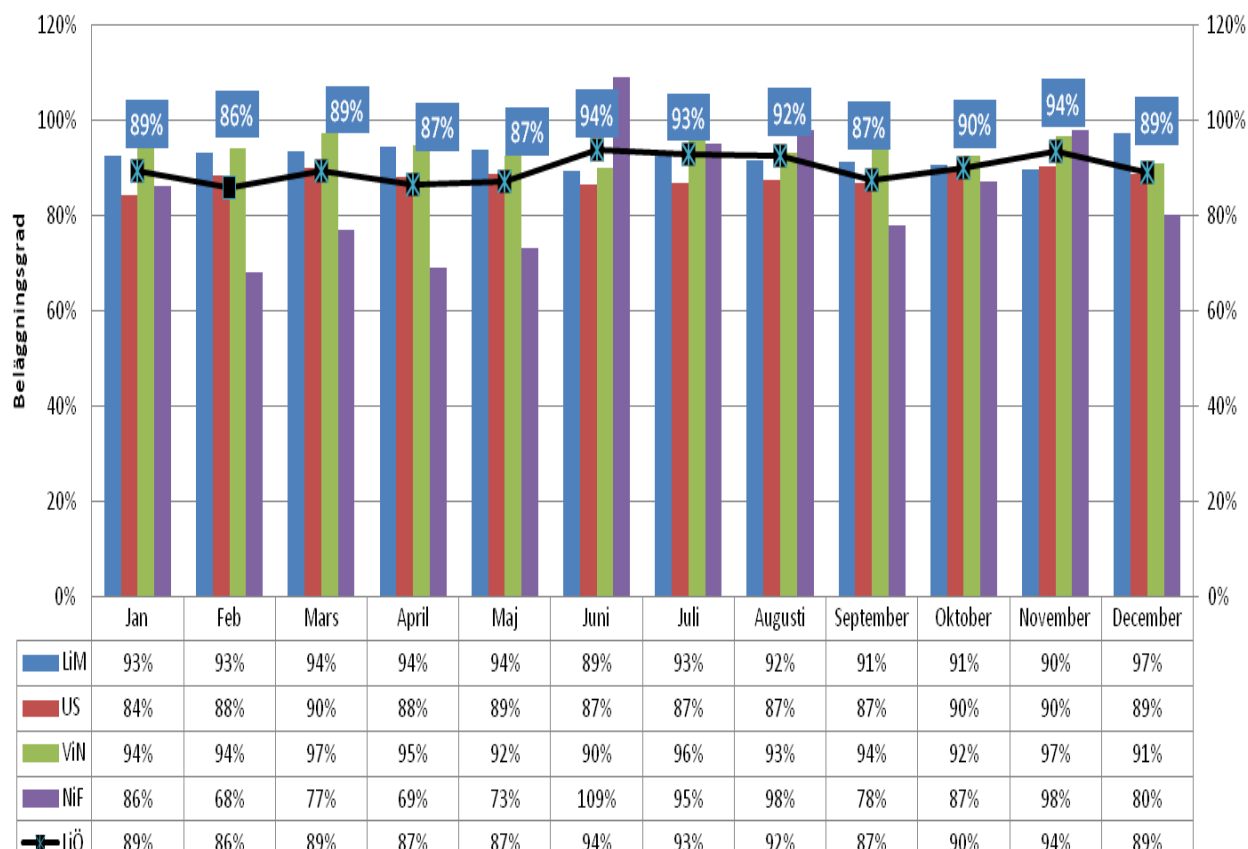
Indikatorn återinläggningar inom trettio dagar av patienter åttio år och äldre följs för att i tid kunna upptäcka eventuella brister i vårdkvaliteten för denna patientgrupp. Ökning av återinläggningar skulle ex kunna tyda på för korta vårdtider och/eller brister i samverkan mellan kommunerna och landstinget. Som balansmått följs antalet vård dagar för samma patientgrupp. Data tyder på att antalet vård dagar för patientgruppen successivt minskar och det finns också en tendens till att återinläggningsfrekvensen ökar. Detta kommer att bli föremål för närmare analyser.





Vårdplatsbeläggning

Beläggingsgrad per sjukhus samt medelbeläggning LiÖ 2011



Beläggning inom slutenvården.

Följande enheter är exkluderade i materialet: Proxima, HIA, THIVA, THUVA, IVA/postop US, IVA/postop ViN, BRIVA, NIVA, MOA.

Innehållet i beläggingsrapporten baseras på respektive kliniks registreringar i Cosmic av antal inskrivna patienter, antal disponibla vårdplatser¹² och antal patienter som registrerats som

¹² vårdplats i slutenvård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. Socialstyrelsen definition (beslutad nov 2011)

utlokaliserade¹³ patienter. Beläggningsgraden beräknas på antal upptagna sängar (inskrivna patienter) klockan 06.00 varje dygn. Det pågår arbete med ”systemvårdplatser” som innebär att avdelningen har kompetens att vårda annan enhets patienter och att det finns en överenskommelse mellan klinikerna. Behovet av vårdplatser liksom balansen mellan vårdplatsbehov och kapacitet är ett komplext samband mellan inflöde, effektivt vårdplatsutnyttjande och välfungerande utskrivningsprocess.

Aktiv hälsostyrning

Landstinget startade 2011 ett kliniskt utvecklingsprojekt med aktiv hälsostyrning som kommer att fortsätta och utvärderas under 2012. Projektet innebär att patienter som besökt Akutmottagningen upprepade gånger senaste 6 månaderna och patienter med hjärtsvikt och med signifikant ökad risk att bli återinlagda på sjukhus erbjuds ett aktivt stöd med syfte att minska behovet av sjukhusinläggning.

Nationell Patientöversikt- NPÖ

Under 2011 har arbete med införandet pågått. Införande av NPÖ beräknas ske under första delen av 2012. E-tjänstekort (SITHS kort) har utfärdats. HSA katalog används.

Säker läkemedelshantering

En landstingsövergripande grupp har arbetat med läkemedelsavstämning och utskrivningsbesked/läkemedelsberättelse och det finns ett LiÖ övergripande förslag på mall/dokument som ska finnas i Cosmic. Pilottest av utskrivningsbesked/läkemedelsberättelse ska ske på ett urval av kliniker och VC innan ett breddinförande, som planeras ske senast kvartal 3 2012.

Organisation för projekt Läkemedel och äldre, som syftar till att använda rätt läkemedel till rätt patient, inrättades under året. Landstingsövergripande styrgrupp för läkemedel tillsattes 2011. Deltagare är representanter från landstingsledning, linjechefer, chefläkare och representanter från enheter som jobbar med läkemedel t ex läkemedelskommittén. Syftet är att ta fram, besluta om och följa upp övergripande strategier för att få en säker läkemedelsanvändning och läkemedelshantering.

Egenkontroll av läkemedelshantering RH check Läkemedel infördes 2011.

Säker omvårdnad

22 enheter deltar Senior alert och sammanlagt har nästan 1 800 riskbedömningar genomförts.

Vid införandet av Senior alert har dessa framgångsfaktorer identifierats:

- Enheten arbetar sedan tidigare med validerade riskbedömningar
- Övervägande äldre patienter är inskrivna
- En klar målgrupp av patienter har kunnat identifieras
- Införandet påbörjas i väl avgränsad grupp och i liten skala.

Vid införandet av Senior alert har dessa svårigheter identifierats:

- Korta vårdtider gör att det finns svårigheter i att följa hela den vårdpreventiva processen
- Dubbelregistrering i register och datajournal
- Tidsbrist och svårigheter att prioritera detta arbete.

För enheter med korta vårdtider har vi arbetat med att hitta olika lösningar t ex arbetar akutmottagningens ALMA-team på US (enhet för multisjuka äldre) med att initiera den vårdpreventiva processen. Andra aktiviteter har varit Kunskapsdagar i trycksår, fall, undernäring samt palliation. Arbete med att spela in filmer för kunskapsspridning om den vårdpreventiva processen gällande trycksår, undernäring och fall har påbörjats. Filmerna ska vara klara i april 2012 och vänder sig till alla medarbetare i kommun och landsting. Filmerna spelas in i samarbete med regionförbundet i Örebro.

¹³ inskriven patient som vårdas på annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten. En patient räknas inte som utlokaliserad när det är medicinskt motiverat att vårda på annan vårdenhet, t.ex. kirurgisk vård på barnavdelning, isoleringsvård, vård på akutvårdsenhet och intensivvård. Socialstyrelsens definition (beslutad nov 2011)

Landstinget i Östergötland deltog i den nationella punktprevalensmätningen av trycksår. 53 enheter deltog i mätningen (80 procent av alla slutenvårdsenheter) och sammanlagt bedömdes 695 patienter. Resultatet visade att 17 procent av patienterna hade trycksår, varav 51 procent klassificerades som kategori 1. De allvarligaste trycksåren lokaliserades till sacrum. Vid riskbedömning med modifierad Nortonskala hade 20 procent av patienterna risk för att utveckla trycksår. Nästan 80 procent av dessa hade en förebyggande madrass i sängen men enbart 40 procent hade en planerad lägesändring. Arbete med att skapa ett enhetligt lägesändringschema har påbörjats. Under hösten 2011 arbetade en landstingsövergripande analysgrupp bestående av verksamhetsutvecklare och forskare med att utveckla stöd till verksamheterna. Detta presenterades på en workshop i förbättringsarbete mot trycksår. Under 2011 har landstingets ortopediska slutenvårdsavdelningar deltagit i ett kvalitetsutvecklingsprogram, Värdeforum, med mål att lära sig förbättringsarbete samtidigt som de genomför förbättringsarbete mot trycksår.

I det preventiva arbetet avseende undernäring har landstinget under 2011 förberett arbetet med att införa riskbedömningar på alla inneliggande patienter (även de under 65 år) med utgångspunkt i Socialstyrelsens rekommendationer och SKL:s åtgärds paket. Detta är gjort i samverkan med dietister och verksamhetsutvecklare. Varje sjukhus har också en nystartad kostkommitté där patientsäkerhetsperspektivet har hög prioritering. Målet för kostkommittén är att arbeta mot undernäring på sjukhus.

I det fallpreventiva arbetet har det, utöver införande av Senior alert, genomförts enskilda insatser som till exempel ortopedkliniken i Norrköping, som gjort en riskanalys för fall på avdelning och riskanalysen har spridits till andra verksamheter i landstinget. Närsjukvården i Väster har färdigställt skriftlig fallförebyggande information till patienter.

Säker kommunikation

SBAR införande pågår. Många kliniker använder sig av SBAR i dag. Exempelvis har ViN:s ledning fattat beslut att alla sjukhusets kliniker skall ha infört SBAR 1 juni 2012. Enstaka centrum och kliniker har beslutat att införa SBAR under 2012.

Clinicum har utvecklat och utökat sin verksamhet.

Dokumentationsprojektet framskrider.

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.skl.se/vi-arbetar-med/oppnajokforelser/halso-och-sjukvard-2/ojhs-2011>

Medicinska resultat

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har för sjätte året i rad genomfört ”Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet”. Jämförelser görs i år med hjälp av 173 indikatorer inom 17 områden med störst tyngdpunkt på den medicinska kvaliteten.

En sammanvägd skattning av samtliga resultat (SKL´s indexrapport) visar att Östergötlands resultat är bland de tre bästa av 21 jämförda landsting.

Man ser fortfarande en successiv förbättring i resultat för landet som helhet inklusive Östergötland. Jämfört med tidigare års jämförelser visar resultaten en gradvis förbättring.

Medcinsk kvalitet	
Diabetes	1
Annan vård	2
Kvinnosjukvård	4
Läkemedel	6
Övergripande	6
Stroke	7
Psykiatri	7
Cancer	8
Kirurgi	8
Intensivvård	9
Rörelseorganen	9
Hjärtsjukdomar	10
Njursjukdomar	12
Graviditet o förlossning	13

Sammanställningen visar de sammanlagda indexvärdena för respektive medicinskt område där grönt innebär en placering bland de sju bästa, gult en placering mellan 8-14 och rött en placering mellan 15-21. Övriga områden är kostnader (grön), tillgänglighet (gul) och patienterfarenheter (röd).

När det gäller enskilda indikatorer så varierar resultaten betydligt mer. Utifrån Öppna Jämförelser så kan många delar identifieras där det behöver ske en förbättring. Samtidigt är det viktigt att påpeka att det i många fall inte finns några säkert betydelsefulla skillnader (överlappande konfidensintervall) mellan landstingen även om ett landsting är ”rött” och ett annat är ”grönt”.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Landstinget kommer att arbeta med de nationella fokusområdena 2012 och arbetar redan nu med flertalet av fokusområdena. Uppnådda resultat kan bli bättre och arbetet med att förstärka dessa områden fortsätter under 2012. Vidare fortsatt genomförande av aktiviteter och framtagande av indikatorer och mål för de strategiska målen Säker vård- varje gång. Detta kommer ske i samverkan mellan alla säkerhetsområden.

Utvecklingsområden 2012

- Fortsatt utveckling av Strama arbetet med bland annat;
 - utbildningar riktade till AT-, ST- och specialistläkare under våren 2012 samt anordna workshop för opererande och icke opererande verksamheter på sjukhus
 - skapa rapporter om sepsis och pneumoni där ambitionen är att rapporterna ska vara tillgängliga för berörda kliniker under våren 2012
 - framtagning av PM för empirisk antibiotikabehandling vid intensivvårdskrävande samt icke intensivvårdskrävande infektioner
 - genomförande av UriKap- projektet och genomföra utbildning avseende hantering av centrala venösa infarter
 - förbereda införande av Infektionsverktyget, nationellt IT stöd direkt kopplat till förskrivning av antibiotika.
 - i väntan på Infektionsverktyget kommer punktprevalensmätningar, utöver de nationella, att genomföras för att mer kontinuerligt ha uppföljning för att se effekt av insatta åtgärder för att minska VRI
- Mätning av patientsäkerhetskulturen på alla enheter med direkt och indirekt vård inkluderat utveckling av handlingsplaner
- Integrera kvalitetsberättelse (SOSFS 2011:9) med Patientsäkerhetsberättelse och införa att alla kliniker skriver det för år 2012
- Utveckla GTT granskningen av journaler på opererande kliniker för att identifiera risker och förbättringsområden
- Fortsatt breddinförande av kvalitetsregistren Senior alert och Svenska palliativregistret
- Utveckla arbetet för att stärka patientmedverkan och utveckla Patientsäkerhetskommittén och hantering och analys av patienternas synpunkter och Enskilda klagomål
- Inrätta landstingsövergripande styrgrupp för vårdprocesser där breddinförande av metoder såsom MEWS och SBAR i landstinget samt uppföljning ingår i uppdraget
- Införa landstingsövergripande IT stöd för e-learning och kompetenskort
- Utveckling av kontinuitetsplanering
- Utveckling av ledningssystem samt dokumenthanteringssystem
- Utveckla/medverka i arbete att ta fram IT stöd för att hantera riskanalyser
- Utveckla nya analysmetoder exempelvis FRAM¹⁴

¹⁴ Resonance Analysis Method (ny metod för analys av händelser inom komplexa sociotekniska system/organisationer.