



PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE 2013

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	6
Struktur för uppföljning/utvärdering och uppföljning genom egenkontroll	9
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	10-18
- Patientsäkerhetskultur	11
- Undvikbara vårdskador	13
- Säkra övergångar	16
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	12
Risikanalys	13
Samverkan för att förebygga vårdskador	18
Samverkan med patienter och närstående	20
Hantering av klagomål och synpunkter	21
Sammanställning och analys	21
Resultat	22
Övergripande mål och strategier för kommande år	31

Sammanfattning

Under 2013 har patientsäkerhet fått en starkare ställning på alla nivåer i organisationen. Landstingsledningens ökade fokus på patientsäkerhetsfrågorna, ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och landstingsstyrelsens tilldelning av extra medel på 12 miljoner kronor för patientsäkerhetsarbete har gett goda förutsättningar för det kvalitets- och säkerhetsarbete som bedrivits inom hälso- och sjukvården. Vårdgivarnämnderna har beslutat om målsättningar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbete enligt landstingsplanen där patientsäkerhet anges som ett prioriterat område. De har även som en del i egenkontrollen efterfrågat resultat och har regelbundet fått genomgång av avvikelser på övergripande nivå, verksamhetsnivå och inom riktade områden. Patientsäkerhet har varit stående punkt på agendan vid möten för vårdgivarna, landstingsledningsgruppen samt vid de nybildade vårdområdenas ledningsgrupper.

På verksamhetsnivå har dialog och uppföljning av förbättringsarbeten genomförts utifrån händelseanalyser, beslut från tillsynsmyndigheten samt resultat från andra mätningar. Detta har skett via chefläkarnas controllerfunktion inom vårdområdesledningsgrupperna och i linjen av ansvariga chefer. Inom vårdområdena har ökat fokus varit på att arbeta praktiskt med kvalitet och säkerhet. Patientsäkerhetsparametrar har införts vid daglig styrning, avvikelser och åtgärder diskuterats, så även vid arbetsplatsträffar. En viktig grundvärdering i patientsäkerhetsarbetet har varit att skapa en utvecklad patientsäkerhetskultur med bred spridning av ansvar och samverkan mellan olika aktörer. Aktivt patientsäkerhetsarbete har sin grund i den dagliga verksamheten där stöd till detta getts från olika enheter.

Den nybildade Kvalitets- och Patientsäkerhetsenheten (KPE) har haft uppdraget att samordna kunskapsstyrning, patientsäkerhet och vårdhygien ur ett länsperspektiv. KPE har utvecklat interna och externa samarbetsformer för analys, uppföljning, framtagande av underlag samt utvecklat stöd till både vårdgivare och verksamhet. Under oktober 2013 genomfördes en patientsäkerhetskonferens med temat "Rätt från början" med stort intresse och deltagande från medarbetare i hela länet. Metod för patientsäkerhetsdialog har utarbetats och dialoger har genomförts. Ett arbete har påbörjats med att utveckla metod för sammanställning och analys av information från olika källor för att identifiera riskområden. Resultat från PPM- mätningar har återkopplats till alla nivåer i verksamheterna och förbättringsarbeten bedrivits. Regelbunden VRE- screening har skett på enheter med riskutsatta patientgrupper. Inför förändringar i verksamheten har riskanalyser utifrån patient-säkerhetsaspekt genomförts och åtgärdsförslagen följts upp. Resultat från kvalitetsregister samt öppna jämförelser har hanterats i verksamheten.

Utvecklingsarbete har skett inom flera områden för att bättre tillvarata patienters/närståendes erfarenheter och öka deras medverkan. De har regelmässigt erbjudits medverkan vid händelseanalyser och patientföreningar deltagande vid utveckling av kvalitetssäkrade vårdprocesser. Webbtjänsten "Vi tar missnöje på allvar" har gett patient/närstående möjlighet att ge synpunkter. Patientnämnden/Etiska nämnden har mottagit ärenden och återkopplat till berörda verksamheter. Särskild rutin för handläggning av Enskildas klagomål har tagits fram.

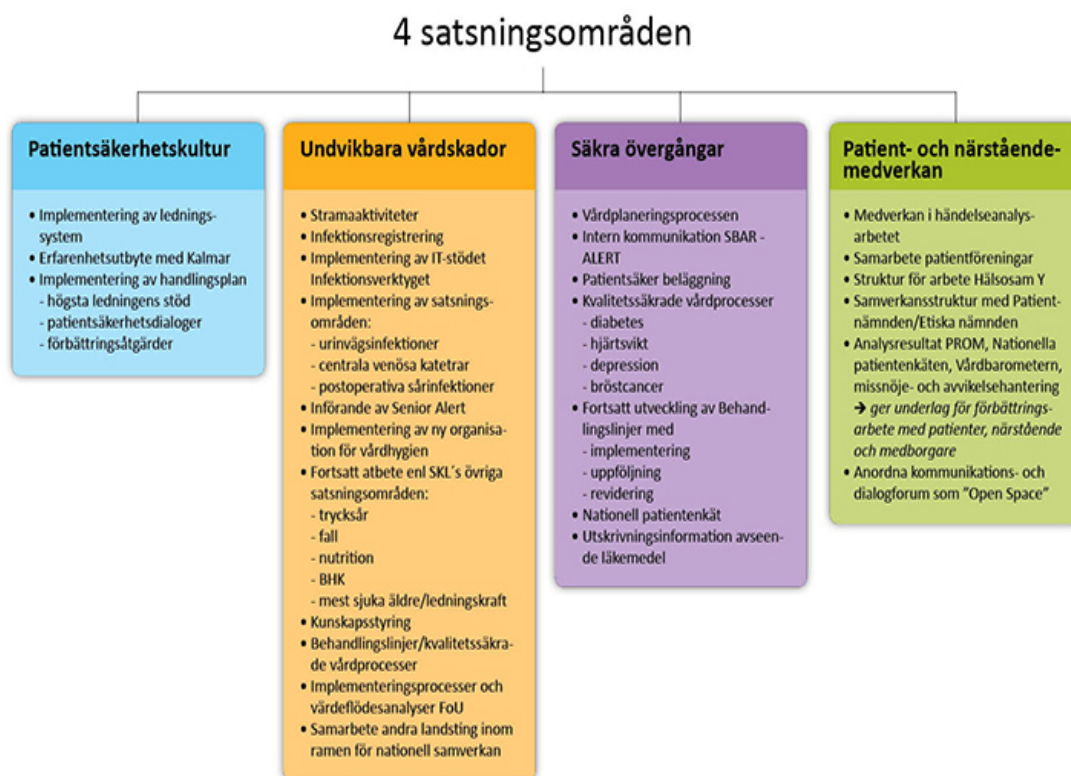
Viktiga resultat under året är bland annat att andelen svårare trycksador minskat över tid, så även antibiotikaförskrivningen inom öppenvård. Förskrivningsmönstret gällande läkemedel till äldre har förbättrats med betydande minskning av lugnande, sömnmedel och neuroleptika till personer 75 och äldre. Följsamheten avseende basala hygienrutiner och klädregler har under året varit fortsatt otillfredsställande, vilket kräver ökade insatser. Uppföljningssystem har utvecklats för att stödja arbetet med kvalitet, säkerhet, effektivitet och arbetsmiljö.

Det mest positiva resultatet är att patientsäkerhets- och kvalitetsfrågorna diskuteras i mycket större utsträckning och ses som en viktig del tillsammans med produktion och ekonomi för att nå vårdgivarnas övergripande målsättning. Patientsäkerhetsarbetet har lett till ökat engagemang och många förbättringsarbeten. Efterfrågan av resultat, åtgärder, stöd samt utbildning inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet har ökat under året från både ledning och medarbetare.

Övergripande mål och strategier

Medborgarnas tillgänglighet till jämlik vård av god kvalitet, hög säkerhet med kostnadseffektivitet är högt prioriterat inom landstinget Västernorrland. Vården ska ges efter var och ens behov, med god tillgänglighet och bra bemötande, med rätt kompetens, på rätt vårdnivå och med rätt val av behandling. Visionen är att ingen ska behöva drabbas av undvikbara vårdskador. Strategin för landstingets hela arbetssätt bygger på helhetssyn, systematik och processororientering där PDSA-hjulet och Lean används för systematiska förbättringsarbetet.

Förbättring av kvalitet och patientsäkerhet bygger på långsiktighet och är en del i det dagliga arbetet. Landstinget Västernorrlands patientsäkerhetsmål 2013 utgår från mål, analyser och resultat från föregående år, samt nya nationella författningar och överenskommelser. Fyra större satsningsområden med olika aktiviteter har fokuserats: Patientsäkerhetskultur, Undvikbara vårdskador, Säkra övergångar och Patient- och närståendemedverkan. För att uppfylla vårdgivarens och vårdområdesansvarigas prioritering av patientsäkerhetsarbetet ska inriktningen vara att stödja det säkerhetsarbete som bedrivs inom hälso- och sjukvårdens vardagsarbete.

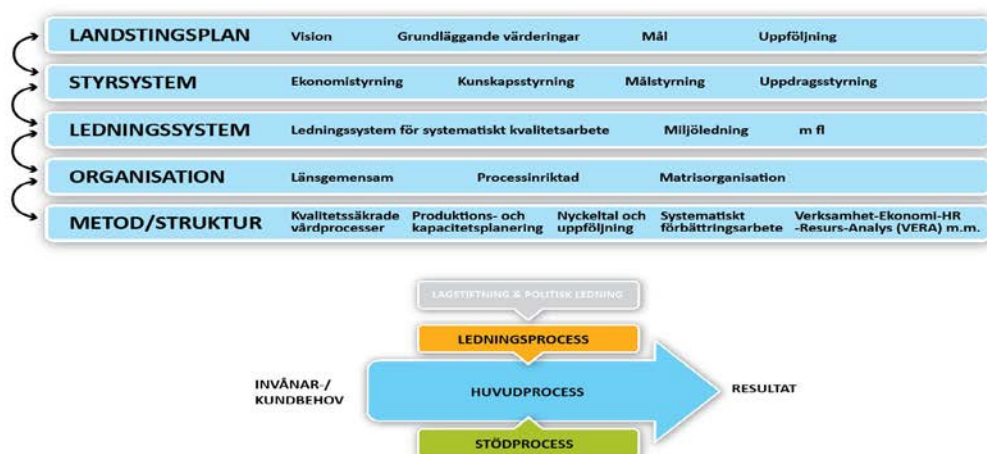


Figur 1. Landstinget Västernorrlands fyra större satsningsområden för patientsäkerhetsarbete.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Landstinget Västernorrlands ledning och styrning kan schematiskt sammanfattas i denna struktur:

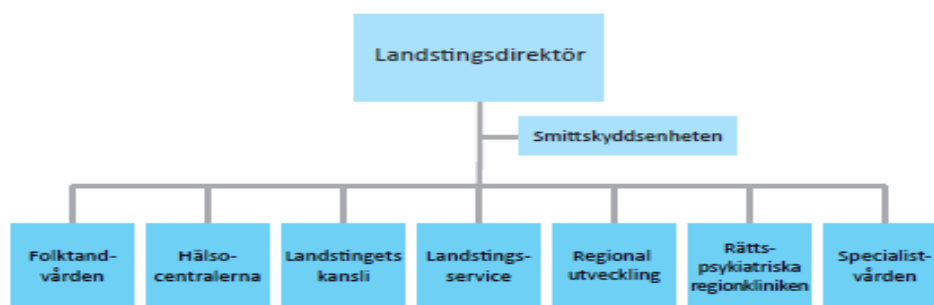
Ledning och styrning i Landstinget Västernorrland



Figur 2. Sammanfattad grafisk beskrivning av struktur för ledning och styrning LVN.

Vårdgivarnämnderna är Landstingsstyrelsen, Hälso- och Sjukvårdsnämnden (HSN) som ansvarar för den specialiserade vården och Folkhälso-, Primärvårds- och Tandvårdsnämnden (FPTN) som ansvarar för folkhälsa, primärvård och tandvård. Landstingsstyrelsen ansvarar för laboratoriemedicin och smittskydd.

Tjänstemannaorganisationens ledningsstruktur är en rak linjeorganisation med beslutsnivåerna landstingsdirektör, förvaltningschef, verksamhetschef och enhetschef. Det gäller alla verksamheter förutom inom den specialiserade vården där det finns en beslutsnivå ytterligare, d.v.s. vårdområdesdirektörer vilken är underställd förvaltningschefen och överordnad verksamhetschef och enhetschef.



Figur 3. Övergripande ledningsstruktur för de olika förvaltningarna

Huvuddelen av sjukvården är indelade i fyra vårdområden. Tre vårdområden inom specialistvården; Opererande, Medicin samt Psykiatri och Habilitering samt ett för Primärvård. Inom specialistsjukvården ingår även hörselvården, laboratoriemedicin och Rättmedicinska regionkliniken.

Folktandvården är egen förvaltning med samma ledningsorganisation som övriga. Det är verksamhetens ansvar att i vardagen bedriva patientsäkerhetsarbete med ansvar som följer linjeorganisationen.

Till stöd för patientsäkerhetsarbetet inrättades september 2012 en landstings - gemensam Kvalitets- och patientsäkerhetsenhet (KPE) inom landstingsdirektörens stab, där kunskapsstyrning, patientsäkerhet och vårdhygien samlats under ledning av en kvalitets- och patientsäkerhetschef. Enhetens tre huvudprocesser är stöd till verksamheterna, stöd till den politiska ledningen och en specialistfunktion gentemot medborgare och myndigheter. KPE har avtal med länets kommuner där de köper vårdhygienisk kompetens. Enhetens arbetsområden inom patientsäkerhetsområdet framgår av bilden nedan.



Figur 4. Arbetsområden inom KPE avseende patientsäkerhetsområdet.

Vårdhygien har ett brett uppdrag där bland annat samordnade aktiviteter med Strama och Smittskyddet för att motverka utvecklingen av multiresistens och öka följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är viktiga uppdrag. Dessutom ingår kunskapsstyrning med behandlingslinjer, kvalitetssäkrade vårdprocesser, nationella kvalitetsregister, öppna jämförelser i KPE:s uppdrag.

Patientsäkerhet är stående punkter på agendan vid vårdgivarnämndernas, landstingsledningsgruppens och vårdområdesledningsgruppens möten. Kvalitets- och patientsäkerhetschefen ingår i landstingsledningsgruppen och är föredragande i landstingsstyrelse och vårdgivarnämnder. Chefläkare är föredragande och rådgivande i vårdområdenas ledningsgrupper. Vårdutvecklarna stöder förbättringsarbetet inom vårdområdena och har bland annat uppdraget att vara centrala analysledare vid händelse- och riskanalyser.

I början av 2013 fattade landstingets samtliga vårdgivarnämnder beslut om ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som nu implementeras. Ledningssystemet fastställer det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet och visar på ett strukturerat sätt områden, aktiviteter och ansvarsnivåer.

Det är en helt webbaserad lösning med länkar till styrdokument, författningar, processer och annan stödjande information. Det inleds med en beskrivning av verksamheten och den politiska organisationen med landstingsstyrelsens och vårdgivarnämndernas verksamhetsplaner och styrkort. Huvudavsnitten i ledningssystemet är:

- Bra bemötande
- Diagnostik vård och behandling
- Dokumentationsskyldighet
- God vård
- Information
- Kompetens
- Personalens medverkan i kvalitetsarbetet
- Samverkan med andra
- Socialstyrelsens författningar
- Systematiskt förbättringsarbete
 - o Riskanalys
 - o Egenkontroll
 - o Handlägga avvikelser
 - o Ett steg i taget

Ett exempel på ledningssystemets struktur under respektive avsnitt är:

Personalens medverkan i kvalitetsarbete

Säker vård

Process	Delprocess	Ansvarig	Verktyg	Uppföljning
Ständigt förbättringsarbete	Delta i kvalitetsarbete	Medarbetaren	Samtalsguide SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete Patientsäkerhetslag (2010:659)	Kvalitets- och patientsäkerhetsdialog
Egenkontroll	Rapportera avvikelse	Medarbetaren	Samtalsguide	Kvalitets- och patientsäkerhetsdialog
Hålla edarbetarna kunniga om rapporteringsskyldighet gällande vårdskador	Årlig skriftlig information Årligen i medarbetarsamtal	Kommunikationsenheten Verksamhetschef	Samtalsguide	Kvalitets- och patientsäkerhetsdialog
Undvika vårdrelaterade infektioner (VRI)	Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	Medarbetaren	2007:19 Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården Basala hygienrutiner	PPM BHK Självskattning
Stöd till personal vid vårdskada	Erbjuda stöd	Vårdområdesdirektör	Patientsäkerhet	Kvalitets och patientsäkerhetsdialog

Medarbetarnas kännedom om ledningssystemet kommer att följas upp i kommande medarbetarenkät.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Landstingsstyrelsens/nämndernas styrcykeln innehåller månatlig resultattavla med redovisning av bland annat tillgänglighet, överbeläggningar och utlokaliserade patienter förutom delårs- och årsbokslut. Styrelsen har gett uppdrag om månatlig redovisning avseende följsamheten till BHK och vårdgivarnämnderna (HSN och FPTN) av avvikelsemönster. Uppföljning sker genom sammanställning och analys av avvikelser i bred mening för att identifiera riskområden.

Vårdgivarnämnderna begär i specifika uppdrag till KPE återkoppling avseende resultat och åtgärder relaterade till mätningar och fattade beslut, samt regelbunden redovisning av Enskilda klagomål.

KPE ansvarar för markörbaserad journalgranskningar (MJG) vid länets tre sjukhus. 70 journaler granskas/månad. Dessutom har samtliga tre kvinnokliniker under året påbörjat egen MJG med stöd från KPE. Avvikelsehanteringssystemet Platina följs kontinuerligt upp utifrån vårdskadebedömning. I KPE:s regi sker även patientsäkerhetsdialoger med verksamheten, där deras patientsäkerhetsarbete följs upp och diskuteras. Vårdhygien tillhandahåller sammanställning av verksamheternas resultat i PPM VRI och BHK.

I enhetlighet med Landstingets Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete under avsnittet egenkontroll följer verksamheterna upp sina resultat i kvalitetsregister och öppna jämförelser. KPE:s verksamhet inom kunskapsstyrning fungerar som stöd i detta arbete.

Egenkontroll sker enligt ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och processrubrikerna avseende egenkontroll är:

- Regelbunden systematisk uppföljning av verksamhetens planering, utförande, resultat och förbättringsåtgärder
- Överbeläggningar och utlokaliserade patienter
- Jämförelser med verksamhetens egna resultat
- Kvalitetsregister
- Rapporter från Myndigheten för vårdanalys
- Öppna jämförelser
- Målgruppsundersökningar
- Journalgranskning
- Undersökning av personalens förhållningssätt och attityder
- Patientklagomål
- Inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter
- Följsamhet till rutiner och riktlinjer
- Uppföljning händelseanalyser
- Väntetider i vården
- Basala hygienrutiner och klädregler
- Trycksår
- VRE-screening

- VRI
- Läkemedelshantering
- God vårdhygienisk standard

Flera verksamheter bedriver daglig styrning med patientsäkerhetsparametrar och säkerhetsfrågor diskuteras på arbetsplatsträffar och vid ledningsgruppsmöten. Som ett led i Vårdvalets kvalitetsuppföljning har en granskning genomförts av primärvårdens medicinska åtaganden för personer i kommunernas särskilda boenden för äldre (SÄBO). Uppföljningen utgick från hälsocentralens skrivna LOV-avtal med Vårdvalsenheten, det gemensamma avtalet om läkarmedverkan i SÄBO mellan Landstinget och länets sju kommuner samt principer för god och säker vård, följsamhet till vårdprogram, patientsäkerhet och samarbetsklimat. Resultaten, som visade att den medicinska kvaliteten på SÄBO inte har med driftform att göra, har återkopplats till varje vårdcentral och till den politiska ledningen.

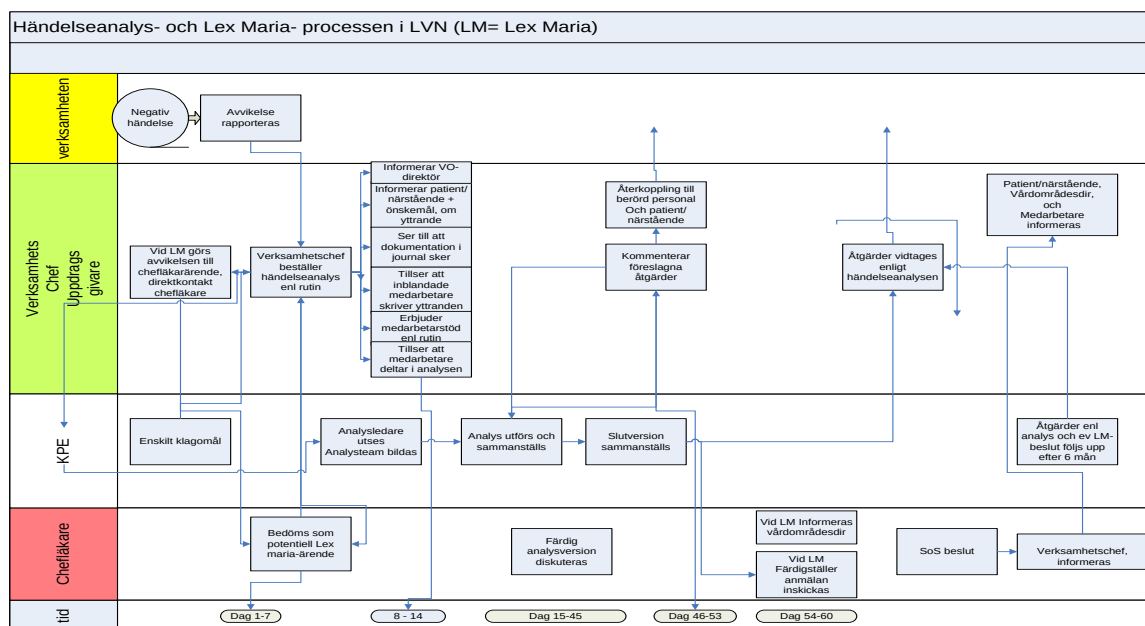
RPK har fungerande riktlinjer och rutiner för såväl förebyggande som korrigerande åtgärder för att förhindra vårdskador. Förebyggande används riskanalyser som kan inriktas mot att hantera risk för våld och/eller suicid. Riskbedömningar som avser hantering av risk för återfall i allvarlig brottslighet görs med kontinuerligt återkommande intervaller. Suicidriskbedömningar görs vid indikation enligt fastställd instruktion.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Utifrån landstingets mål samt resultat från genomförda mätningar har handlings- och aktivitetsplaner upprättats både inom verksamheterna, inom KPE och flera har utformats gemensamt. Analysteam för händelseanalyser har etablerats liksom kvalitetssjuksköterskor inom flera verksamheter. Via politiska beslut har 12 miljoner kronor tillförts 2013 för att stödja patientsäkerhetsarbetet.

KPE har beskrivit olika arbetsprocesser inom patientsäkerhetsområdet och tillsammans med verksamheterna och dess ledning utvecklat dem till att vara landstingsgemensamma. Där ingår beskrivning av processens olika moment med ansvar, rollfördelning och rutiner. Beskrivningen sker både via text i riktlinjer och rutiner och grafiskt i processkarta. Här beskrivs också hur återkoppling av resultat och erbjudan av stöd samt uppföljning skall ske.

Under året har detta arbete skett inom bland annat områdena riskanalys, händelseanalys, Lex Maria anmälan, avvikelshantering, missnöje, enskilda klagomål och trycksårsförebyggande arbete samt patientsäkerhetskultur. Ett exempel på processkarta visas nedan:



Figur 5. Processkarta för händelseanalys- och lex Maria processen inom LVN.

Uppföljning och kontroll av processen sker i särskilt utarbetad modell för detta. Under året har utbildning i det metodstödet NITHA (nationella stödet för händelseanalys) givits till händelseanalysledarna.

Patientsäkerhetskultur

Inom fokusområdet patientsäkerhetskultur har flera aktiviteter bedrivits för att på olika sätt fortsätta utvecklingen av patientsäkerhetskulturen inom landstingets verksamheter. Detta ses som en grundförutsättning för att skapa ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete. Exempel på detta är:

- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete utifrån SOSFs 2011:9 har utvecklats och implementering bedrivits enligt handlingsplan.
- Landstingets ledningsgrupp har utbildats i patientsäkerhetskultur, patient-säkerhetsteori och vårdhygien med praktiska exempel. Dialog har även förts med vårdgivarnämnderna
- Handlingsplan för att utveckla patientsäkerhetskulturen har upprättats och ny patientsäkerhetskulturmätning är planerad 2014.
- Patientsäkerhet ingår som en del i landstingets chefsintroduktion.
- En patientsäkerhetskongress för landstingets samtliga medarbetare arrangerades i oktober med temat "Rätt från början". Utvärderingen visade att innehållet var mycket uppskattat och att behovet av detta arrangemang var stort. Aktiviteten kommer att upprepas årligen.
- Patientsäkerhetsdialoger med verksamheten i KPE s regi har inletts under året och har utförts vid två verksamheter.
- Checklista för säker vård har utarbetats och dess implementering har påbörjats.
- Lärandeseminarier med patientsäkerhet och patientsäkerhetskultur som huvudtema har exempelvis arrangerats med deltagande av all personal vid Psykiatricentrum Örnsköldsviks sjukhus.

- Vuxenpsykiatrien har arbetat aktivt med kvalitetsregister och ökat registreringen i de sex aktuella kvalitetsregistren för psykiatri. Målet var minst 50 % och det blev 100 % av antalet möjliga patienter.
- I kvalitetsregistren för bipolär sjukdom och psykossjukdom hade över 80 % av patienterna haft läkemedelsuppföljning av läkare.
- Vårdprogram "Suicidprevention för vuxenpsykiatri" har utarbetats för vårdområdet Psykiatri och habilitering. I vårdprogrammet ingår hur systematisk suicidrisk bedömning ska göras och hur den ska dokumenteras i journalen.
- Patientsäkerhetsparametrar har införts vid en del enheters dagliga styrning.
- Speciell satsning har gjorts för att förbättra följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. Vårdhygien har haft information i landstingsledningsgruppen, vårdområdenas ledningsgruppsmöten och genomfört olika utbildningsaktiviteter direkt i verksamheterna.
- Förbättringsområden har identifierats via avvikelser, händelseanalyser, enskilda klagomål och mätresultat i olika uppföljningar. Några exempel på förbättringsarbete är inom;
 - ortopedavdelningen vid Sundsvalls sjukhus där arbetet bedrivs med beaktande av patientflöde, patientsäkerhet och arbetsmiljö
 - allvårdens samtliga vårdavdelningar vid Sollefteå sjukhus har deltagit i utbildning, utveckling av rutiner, införande av tryckavlastande hjälpmedel. Här ingår plan för införande av metod för riskbedömning och Senior Alert.
- Marknadsföring och diskussion kring patientsäkerhetsarbete har skett via olika kanaler och möten avseende behov och möjligheter. Dessutom att patientsäkerhetsmedel kan sökas från de medel som tilldelats från politiken för att stödja patientsäkerhetsarbetet och att stöd kan fås från KPE.
- RPK har under 2013 fortsättningsvis deltagit i SKL:s genombrottsprojekt, som syftar till bättre vård med mindre tvångsåtgärder. Kliniken har på egen hand föresatt sig att ytterligare minska användandet av fastspänning, och har initierat ett projekt för det. Projektgruppen har bl a genomfört en studieresa till Island, där man inte använder fastspänning.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete beskriver medarbetarens ansvar i kvalitetsarbetet och skyldigheten att rapportera avvikelser. Detta ingår i introduktionen av nya medarbetare. Rapportering sker i avvikelshanteringssystemet Platina. Avvikelsen utreds av avvikelsamordnare kopplade till verksamheten. I verksamheterna finns 171 avvikelsamordnare, som ingår i ett landstingsövergripande nätverk som leds från KPE.

Avvikelse kan vid behov skickas som chefläkarärende för bedömning.

Rapporterande medarbetare får alltid återkoppling, när en avvikelse avslutats.

Avvikelsestatistiken uppdateras i början av varje månad. Statistiken kan tas ut för hela Landstinget Västernorrland och även nerbruten till verksamhetsområde, klinik eller enhet. Resultaten finns tillgänglig för alla på internwebben.

Risikanalys

Målsättningen inom landstinget är att använda riskanalyser som metod i ett mer proaktivt arbete för att minska antalet negativa händelser.

Enligt ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete ska riskanalys göras där arbetsprocesser anses särskilt riskutsatta, tillbud anhopas i arbetsprocesser, enheter ska införa ny teknik och om verksamheten ska omorganiseras.

Risikanalysledare finns för genomförande och analysen genomförs enligt den nationella handboken. Riskanalys genomförs på uppdrag från chef med teamdeltagare från verksamheterna. Det är uppdragsgivarens ansvar att utse och avsätta tid för analysteamet. KPE tillhandahåller analysledare med kunskap om analysmetoden. Uppföljning av genomförda åtgärder sker genom verksamhetens egna internkontrollsystem men också via KPE vid bland annat ledningsgruppsmöten och patientsäkerhetsdialoger. Exempel på riskanalyser under 2013 är inför vårdplatsneddragningar under sommaren och uppföljning av dessa tidig höst, samt vid införande av länsklirik för habiliteringen .

Undvikbara vårdskador

För 2013 avsatte Landstinget 12 miljoner kronor för satsningar inom patientsäkerhetsområdet. Verksamheterna har kunnat söka medel för förbättringsarbeten inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet. KPE har under 2013 utifrån fastställda kriterier beviljat medel för:

Landstingsövergripande

- Patientsäkerhetskonferensen "Rätt från början" 3 oktober
- Äldre och läkemedel
- Vätske- och nutritionsbehandling
- Platinautveckling
- Diagnoskodning
- Utbildning av suturering efter vaginal förlossning, Kvinnoklinikerna
- Infektionsverktyget utveckling och pilot
- Spritdispensärer vid varje vårdplats
- Förbättrad övervakning av resistensutveckling Smittskyddsenheten

Vårdområde Primärvård

- Avancerad sjukvårdsväska ASIH för att förbättra hantering av material och läkemedel vid hembesök

Vårdområde Psykiatri och Habilitering

- Anslutning till kvalitetsregister HabQ, Habiliteringen
- Utbildning vårdprocess och upprättande av vårdplaner, BUP

Vårdområde Medicin

- KOL -sjuksköterska på lungkliniken Sundsvall
- MRSA -sjuksköterskemottagning med länsövergripande ansvar
- Bättre flöden på akutmottagning, Sollefteå,
- Simuleringsutbildningar av larmteam för medicinpatienter, Sundsvall
- Bra flyt kan bli bättre inom Allvården Sollefteå
- Införande Senior Alert Medicincentrum Örnsköldsvik

- Ökad följsamhet BHK medicinavdelning 1 Örnsköldsvik
- Anslutning till Auricula Hjärt/AK-mottagningen
- Larm till vårdavdelning, Sundsvall

Vårdområde Opererande

- Förbättrad vård kring förlossningar Sundsvall
- Strukturerad journalgranskning KK Sundsvall
- IT-stöd vid cytostatikaordination, Onkologen Sundsvall
- Patientflöde, patientsäkerhet och arbetsmiljö Ortopeden Sundsvall
- Patientenkät efter rektalkirurgi kirurgen Sundsvall
- ALERT -utbildning Kirurgicentrum Örnsköldsvik
- Patientsäkrare vårdmiljö Intensivvården Örnsköldsvik
- Förebygga hypotermi Operation Örnsköldsvik
- Tryckskadeförebyggande åtgärder Operation Örnsköldsvik
- ALERT/SBAR – utbildning kirurgen Sundsvall

Strama har under året fortsatt att fokusera på rätt antibiotikaanvändning med utbildningsaktiviteter riktade mot verksamheten och medborgare. Exempelvis har såväl de offentligt drivna som de privata hälsocentralerna fått stöd och besök av Stramamedarbetare avseende uppföljning av eget förskrivningsmönster. Tandvården har speciellt beaktats med information även till privata vårdgivare. Slutenvårdens antibiotikaanvändning har även följts och diskuterats med ordinatorerna.



Goda råd vid infektion

En liten guide om hur du som är 65 år och äldre kan ta hand om din hälsa och dina infektioner

Landstinget
Västernorrland

Ordförande i Strama informerade om antibiotikaanvändning vid en äldredag för fyra pensionärsorganisationer i november i Sollefteå.

En speciell informationsaktivitet har skett mot den äldre delen av befolkningen med ett utskick till samtliga 65 år och äldre.

Figur 6. Informationsmaterial som skickats ut till befolkning 65 år och äldre.

Andra aktiviteter är:

- Infektionsverktyget har införts vid två pilotkliniker (kirurgi och infektion Sundsvalls sjukhus) och närmar sig breddinföring.
- Regelbunden VRE -screening sker inom enheter med särskilt riskutsatta patientgrupper t ex inom intensivvård och dialysvård.
- Senior Alert implementeras successivt vid länets sjukhus. Ett exempel är att Medicincentrum vid Örnsköldsviks sjukhus startade under 2013.
- En ny sammanhållen organisation för vårdhygien har införts och vidareutvecklats under året.

Aktiviteter kring SKL:s satsningsområden

Trycksår

Följande aktiviteter har bedrivits inom området under 2013:

- SKL:s obligatoriska åtgärdsprogram kring trycksårsprevention har implementerats.
- ett multidisciplinärt utbildningsteam för trycksårspreventions -utbildningar med sjuksköterska, sjukgymnast och dietist har bildats.
- Utbildning i trycksårsprevention har givits.
- Trycksårsförebyggande utrustning har kompletterats.
- Inspirationsmöten för att öka intresset för Senior Alert har genomförts.
- I samverkan med verksamheten har handlingsplaner för trycksårsprevention utarbetats.

Fall

Avvikelse kring fall har särskilt följts under året och flera händelseanalyser utförts

Nutrition

Ett utvecklingsprojekt har avslutats under 2013 och övergått i ordinarie verksamhet. De framtagna riktlinjerna handlar om att:

- nutritionsbedöma alla patienter som läggs in på vårdavdelningarna
- utreda och behandla orsak till matproblem
- bedöma energibehov och energiintag
- uppnå adekvat näringsintag genom energiberikad kost, kosttillskott och enteral- eller parenteral näring.

Nutritionsteam finns nu inrättade vid samtliga tre sjukhus och ett tresidigt nutritionskort har framtagits för olika nutritionstatus. Nedan visas en av sidorna:

Risk för undernäring

Vid fasta

Dag	<60 kg	60-80 kg	>80 kg
1	Glucos 5% Na40+K20 1500 ml	Glucos 5% Na40+K20 2000 ml	Glucos 5% Na40+K20 2500 ml
2	SmofKabiven P 800 kcal	SmofKabiven P 1300 kcal	SmofKabiven P 1300 kcal
3	SmofKabiven P 1300 kcal	SmofKabiven P 1300 kcal	SmofKabiven P 1300 kcal

Vid intag per os

E-kost och efterrätt. Mjölk, juice, saft, läsk eller liknande som måltidsdryck. Mellanmål x 2 + 1 st näringsdryck

	<60 kg	60-80 kg	>80 kg
Vid intag av 75 % av maten, komplettera med:			
Fortsätt med 1 st näringsdryck		1 st extra näringsdryck, dvs totalt 2 st	1 st extra näringsdryck, dvs totalt 2 st
Vid intag av 50 % av maten, komplettera med:			
1 st extra näringsdryck, dvs totalt 2 st		Sondnäring 1000 ml alt. SmofKabiven P 800 kcal	Sondnäring 1500 ml alt. SmofKabiven P 1300 kcal
Vid intag av 25 % av maten, komplettera med:			
Sondnäring 1000 ml alt. SmofKabiven P 800		Sondnäring 1500 ml alt. SmofKabiven P 1300 kcal	Sondnäring 2000 ml alt. SmofKabiven P 1300 kcal

Figur 7. Denna sida visar åtgärdsförslag för patient med risk för undernäring. På kortets baksida definieras risk för undernäring.

Basala hygienrutiner och klädregler

Satsning har gjorts för att förbättra följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. Bland annat har metod för månatlig självskattning arbetats fram och informations – och utbildningsinsatser har gjorts i verksamheten.

Önskat resultat har ej nåtts varför planering för en mer omfattande satsning påbörjats och kommer att genomföras under 2014 enligt beslut från vårdgivare och högsta tjänstemannaledningen.

Folktandvården har från slutet av 2012 fram till september 2013 genomfört hygienutbildningar för personalen. Mer än hälften av alla medarbetare har gått utbildningen (även ledningsgruppen har fått utbildning). Den har bl.a. innehållit basala hygienrutiner, genomgång av Folktandvårdens hygienmetod samt antibiotika/antibiotikaresistens med Stramamedverkan. Under hösten genomfördes också PPM BHK. Mätningen genomfördes på sju kliniker enligt samma modell som övrig hälso- och sjukvård.

Vårdhygien

Vårdhygien är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet för att förebygga vårdrelaterade infektioner och förhindra smittspridning. Arbetet med att utforma och revidera gemensamma riktlinjer och handlingsprogram för hela landstinget har påbörjats. Mätningen kommer att upprepas våren 2014. Struktur har fastställts där vårdhygien alltid ingår i planering av ny- och ombyggnationer. Vårdhygien har medverkat i hygienronder och patientsäkerhetsdialoger.

Kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning strävar efter kunskapsbaserade val och beslut på alla nivåer inom hälso- och sjukvården och har kvalitetsmålet ”God vård”. Kunskapsstyrning sammanfattar de arbetssätt som inom ramen för ledningssystemet strävar efter god vård enligt kvalitetsområden. Det är en samlande benämning för en samverkan med forskning och utbildning, utarbetande och spridning av kunskapsunderlag, riktlinjer och vårdprogram, samt en systematisk uppföljning av vårdens resultat och ett kontinuerligt förbättringsarbete.

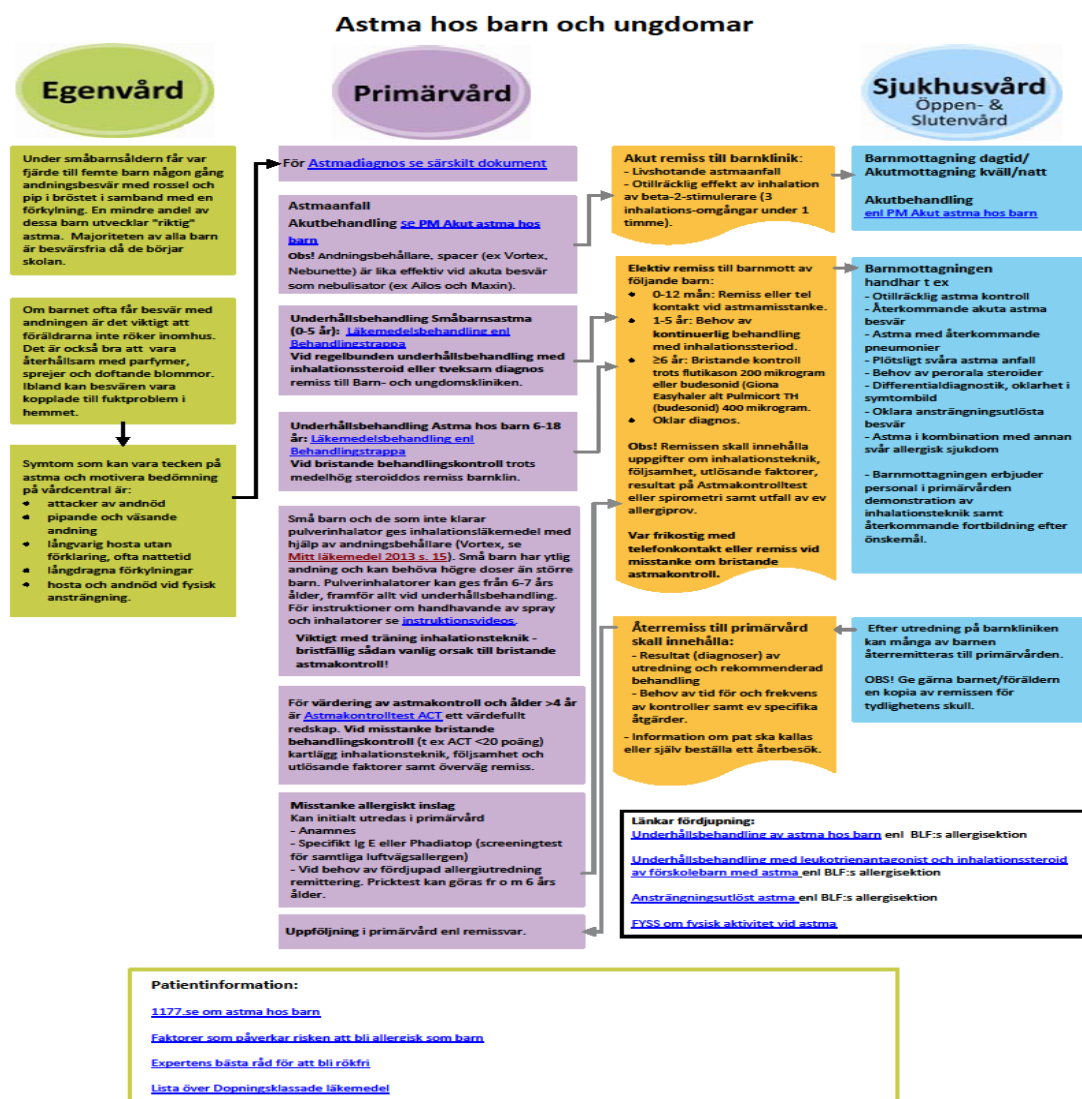
Styrgruppen för kunskapsstyrning består av medicinska redaktörer, chefläkare och utvecklare och är initiativtagare till förändringar och uppföljning. Gruppen svarar för övergripande samordning, publicering på intranätet, är mottagare av och bereder nationella riktlinjer, samt svarar för underlag för regional beredning. Efter beredning i Hälso- och sjukvårdens arbetsutskott tar landstingsdirektören beslut om behandlingslinjer och kvalitetssäkrade vårdprocesser. Professionella grupper med representanter från verksamheterna svarar för framtagande av behandlingslinjerna. Implementering följer ordinarie linjeorganisation.

Medarbetare från KPE ingår utifrån kunskapsstyrningen i olika samverkansgrupper exempelvis centrala investerings- och beredningsgruppen. Landstinget har representant avseende kunskapsstyrning på såväl regional som nationell nivå.

Behandlingslinjer

Behandlingslinjer är ett av landstingets verktyg i arbetet med kunskapsstyrning och definieras som standardiserade vårdprocesser för bestämda diagnosgrupper. De tydliggör ansvarsfördelning mellan egenvård, primärvård och sjukhusvård och bygger på bästa tillgängliga kunskap. De är webbaserade och innehåller länkar till exempelvis nationella riktlinjer och patientinformation. Behandlingslinjerna fastställs av landstingsdirektören. Initiativ och behov av behandlingslinjer kommer från professionen och hittills har 34 behandlingslinjer utvecklats.

Under 2013 har även behandlingslinje avseende "Alkohol riskbruk/ missbruk hos vuxna" utvecklats i samverkan med länets alla kommuner. Exempel på behandlingslinje:



Figur 8. Behandlingslinje för Astma hos barn och ungdomar inom LVN.

Kvalitetssäkrade vårdprocesser

Kvalitetssäkrade vårdprocesser är en vidareutveckling av behandlingslinjerna, vilket påbörjats för diabetes, hjärtsvikt, depression och bröstcancer. Den kvalitetssäkrade vårdprocessen är kunskapsbaserad, beskriver hela processen för respektive diagnos, från symtom till stabil behandling, innehåller kvalitetsmått samt effektivitetsmått (vården, HR, IT, ekonomi, kommunikation). Syftet är att genom vidareutvecklade standardiserade, kunskapsbaserade arbetssätt med tillhörande mål/mått skapa ett patientsäkert och effektivt patientflöde samt god arbetsmiljö.

Exempel på andra utvecklingsarbeten:

- Vid Hälsocentralen Ankaret i Örnsköldsvik har två av hälsocentralens läkare, en geriatriker och en familjeläkare, under våren 2013 gjort tre journalstudier med syfte att förbättra omhändertagandet av de mest sjuka äldre.

- Den psykiatriska verksamheten vid länssjukhuset och rättspsykiatri har deltagit i ett genombrottsprojekt, som syftat till att förbättra vården för de svårast sjuka, som vårdas enligt LPT eller LRV.
- En applikation för smarta telefoner "Mitt Läkemedel" har införts, som är landstingets publikation över rekommenderade läkemedel.
- Vid akutkliniken Sundsvalls sjukhus är den dagliga styrningen ett av flera bra exempel på ständigt förbättringsarbete för att undvika vårdskador. Varje morgon går ansvarig chef och medarbetarna igenom gårdagen och tittar på patientflödet. Enstaka patientsituationer granskas där tid till läkare eller total väntetid ser "konstig" ut. Personalen tar också upp "strul" som varit under gårdagen vilka följs upp dagen efter.
- Folktandvården har infört riskvärderingsverktyget R2. Det används för att i samband med undersökning av både barn och vuxna bedöma vilken risk för sjukdom som föreligger, samt för att bedöma hur och när patienterna ska kallas igen. Under slutet av 2013 påbörjades utbildning av personalen i verktyget och beräknas vara slutförd april 2014.
- Under året har Folktandvården även anslutit sig till GerioWebb, ett Internet-forum för äldretandvård, samt till det nationella kvalitetsregistret för karies och parodontit (SKaPa).

Säkra övergångar - Samverkan

För samverkan mellan Landstinget Västernorrland och länets samtliga kommuner finns särskild organisation uppbyggd med styrgrupp och beredningsgrupp. Läns-övergripande styrdokument har utarbetats gällande samverkan mellan landstinget och länets samtliga kommuner: "Överenskommelse om samverkan och samarbete för att den enskilde ska få sina behov av hälso- och sjukvård samt socialtjänst tillgodosedda" samt "Överenskommelse om samverkan och samarbete barn och unga – mittbus för barn och unga som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa".

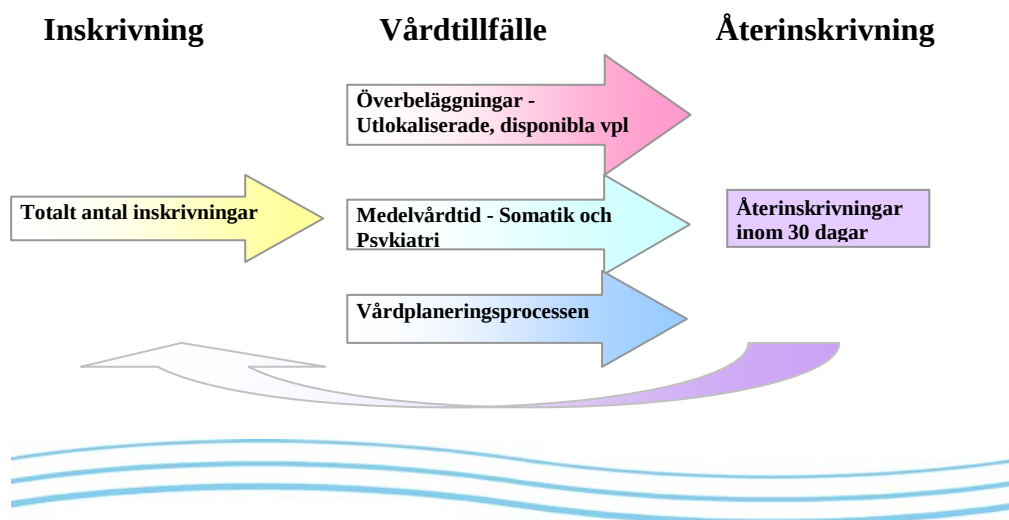
Landstinget har fattat beslut om att införa ALERT/MEWS och SBAR vid länets sjukhus för att tidigare identifiera försämring hos inneliggande patienter samt strukturera och förbättra kommunikationen. Initiativet kom från verksamheten och vid Örnsköldsviks sjukhus har huvuddelen av samtliga personalkategorier genomgått utbildningen, som nu ingår i introduktionsprogram av nyanställda. Repetitionsutbildning planeras. SBAR används vid samtliga sjukhus i olika omfattning.

Landstingets webblösning för daglig beläggningssuppföljning har utvecklats så att beläggningssituationen kontinuerligt kan följas och inrapportering kan ske direkt från systemet. Samtliga sjukhus kan se alla vårdavdelningars situation vid länets tre sjukhus. Rutiner för hantering av överbeläggningssituationer har utvecklats. Ett exempel på beläggningssituation visas nedan:

Avd.	Fasts vp	Disp vp	Överb platser	Lediga platser	Enkel rum	Plan inskr	Plan utskr	Utlök	Prio 3	Utskr ÖVIK	Utskr ÖVR	Inrikt	Info	Senast uppdat.
Med Avd 1	25	25	0	0	Nej	0	0	0	2	1	0	MAVA - Hjärtavdelning	3 ortopedpatienter	2014-01-20 08:51:25
OBS med	1	1	0	0	Nej	0	0	0	0	0	0	Belägen på Med 1		2014-01-20 08:51:35
Med Avd 2	17	19	0	2	Nej	0	0	0	1	0	0	Njur/Hema	2. pat. isolerade på varsin 2-manssal. 1 med extravak. 2 ortopedpatienter.	2014-01-20 10:44:40
Med Avd 3	5	7	0	-2	Ja	0	0	0	0	0	1	Akut stroke		2014-01-20 10:37:42
Geriatrisk Avd 3	4	4	0	2	Nej	0	0	0	0	0	0	Geriatrisk		2014-01-20 09:04:19
Rehab Avd 3	8	8	0	1	Nej	0	0	0	0	0	0	Rehab		2014-01-20 09:04:49
Ortopedavd	17	19	0	0	Nej	5	4	5	2	3	0	Ortopedi		2014-01-20 07:28:37
Kirurgavd	20	22	0	2	Ja	3	4	0	0	0	0	Kirurgi		2014-01-20 07:41:07
OBS kir	0	0	0	0	Nej	0	0	0	0	0	0	Belägen på IVA	Stängt 7/1 – 20/1-14 preliminärt.	2014-01-20 06:56:53
HIA	4	4	0	3	Ja	0	0	0	0	0	0	Hjärtintensiv		2014-01-20 09:58:01
IVA	5	3	0	2	Ja	0	0	0	0	0	0	Intensivvård	Ombyggnationen beräknas klar måndagen 20/1	2014-01-20 10:04:40
Summa	106	112	0	10		8	8	5	5	4	1			

Figur 9. Beläggningslista under en dag för vårdavdelningar inom ett sjukhus.

Beläggningsuppföljningen ingår som en del i det webbaserade uppföljningssystemet, som utvecklats för en mer sammanhållen processororienterad uppföljning av patientflödet för att skapa bättre underlag till förbättringsarbete. De övriga måtten som ingår är; andelen inläggningar av akuta besök, medelvårdtid, de olika momenten i vårdplaneringsprocessen mellan sjukhus, primärvård och kommuner samt återinläggningar (se nedan). Workshop för chefer med vårdavdelningar genomförs 30 januari 2014 som första steg i implementeringen.



Figur 10. Startside i det webbaserade uppföljningssystemet inom LVN

- Färdigställandet och implementering av beskrivna kvalitetssäkrade vård - processer samt fortsatt utveckling och implementering av behandlingslinjer kommer att bidra till ökad säkerhet i vårdens övergångar.
- Rutiner för korrekt läkemedelslista och läkemedelsberättelse har arbetats fram under 2013.
- Samarbetsform har utvecklats mellan verksamheten och Patientnämnd- Etisk nämnd där nämnden och dess tjänstemän möter verksamhetsansvariga för dialog kring aktuella ärenden.
- Samarbete har också vidareutvecklats mellan KPE, Strama, Läkemedels- enheten, FoU- enheten och Folkhälsa vad gäller behandlingslinjer och olika processer.
- Samverkansprojektet ”De mest sjuka äldre” i Örnsköldsvik har resulterat i kortare genomloppstid per patient på akutmottagningen, färre vårddygn på sjukhuset, ett verktyg som förutser behovet av vård och omsorg, standardiserade rapporteringsunderlag i akuta situationer, geriatriska slutenvårdsplatser samt en uppsökande hemsjukvårdsverksamhet. Projektet har berört alla delar av vårdkedjan och visar att andelen äldre på akutmottagningen minskar. Alla aktiviteter fortgår efter projektets avslut utan ökade kostnader.
- Samverkan sker mellan de olika stödprocesserna Patientnämnd - Etisk nämnd, Strama, Läkemedelskommitté/Läkemedelsenhet, KPE och FoU samt satsningen på de mest sjuka äldre och palliativa registret samt vägs in i beredningar inom IT-staben och Investeringsberedningsgrupper.
- Patientsäkerhetsberättelser har inhämtats från privata vårdcentraler inom Vårdval Västernorrland samt från annan landstingsfinansierad privat verksamhet.

Patient- och närståendemedverkan

Under året har strukturer utvecklats tillsammans med patienter och närstående för att öka deras medverkan i vården. Deras medverkan och erfarenheter är en viktig del i landstingets kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Några exempel på detta, förutom att landstinget deltagit i den nationella patientenkäten, är:

- Patient och närstående inbjuds alltid att bidra vid händelseanalys och återkoppling sker regelmässigt.
- Patientmedverkan är en del vid utveckling av de kvalitetssäkrade vård- processerna.
- Olika aktiviteter har genomförts tillsammans med patientföreningar. Några är; föreläsningar för medarbetare och medborgare t ex med Njursjukas förening angående organdonation och Hjärt- och Lungföreningen angående behandlingslinjer och KOL. Medverkan har skett som föreläsare utifrån patientföreningarnas behov vid olika arrangemang.
- En patient medverkade vid den länsgemensamma patientsäkerhetsdagen och var mycket uppskattat av deltagarna.
- Öppet Hus- aktiviteter vid länets tre sjukhus ägde rum i oktober med stort intresse från allmänheten. Ett av flera teman var ”Nallesjukhuset” där barn fick komma med sin nalle för diagnos och behandling.

- Medborgarpanel finns etablerade samtliga kommuner och kommunvisa informations- och dialogmöten arrangeras regelbundet. Medborgarpanelen är ett rådgivande forum. Genom att vara med i Landstingets medborgarpanel kan de som bor i Västernorrland vara med och berätta vad de tycker i vissa frågor. Svaren blir sedan en del i politikernas och tjänstemännens beslutsunderlag. Synpunkter är värdefulla för att forma framtidens Landstinget Västernorrland.
- Samarbete med patientföreningar är organiserat i Länspatientnämnden samt i Hälsosam -Y med representation från handikapporganisationer.
- Vid RPK utgör patienter en referensgrupp i utvecklings- och förbättringsarbetet i tillämpningen av tvångsåtgärder.

Hantering av klagomål och synpunkter

Landstingets Patientnämnden Etiska nämnden utgör en instans dit patienter och närstående kan vända sig med synpunkter på vården. Nämnden kontaktar berörd verksamhet för åtgärd och återkoppling.

En annan väg in är via Landstingets externwebb under rubriken ”Vi tar missnöje på allvar”. Ärendet diarieförs och förs in i avvikelssystemet och går till berörd verksamhet för åtgärd och återkoppling till den som skickat in klagomålet.

Enskilda klagomål från IVO passerar landstingets diarium och vidareförmedlas därifrån till berörd verksamhet för handläggning. Eventuella vårdgivareyttranden görs och handlingarna sammanställs och skickas gemensamt till IVO. Resultaten i KPE: s avvikelseanalys och redovisas regelbundet till vårdgivarnämnderna.

Sammanställning och analys

KPE har under hösten 2013 påbörjat ett systematiskt analysarbete för att identifiera riskområden utifrån öppna jämförelser, markörbaserad journalgranskning, avvikelser, händelseanalyser, Lex Maria – anmälningar, resultat från PPM – mätningar, enskilda klagomål till IVO och direkt till landstinget (”vi tar missnöje på allvar”), ärenden till Patientnämnd - Etisk nämnd och ärenden till Patientförsäkringen LÖF. Dessa analyser kommer att göras två gånger årligen och vid behov resultera i riskanalyser. Förslag till åtgärder och plan för uppföljning utarbetas i samarbete med verksamheterna.

Resultat

Patientsäkerhetskultur

Genomförd patientsäkerhetskongress med temat "Rätt från början" och fokus på patientsäkerhetskultur, exempel på förbättringsarbeten och med patientmedverkan hade totalt följande utvärderingsresultat:

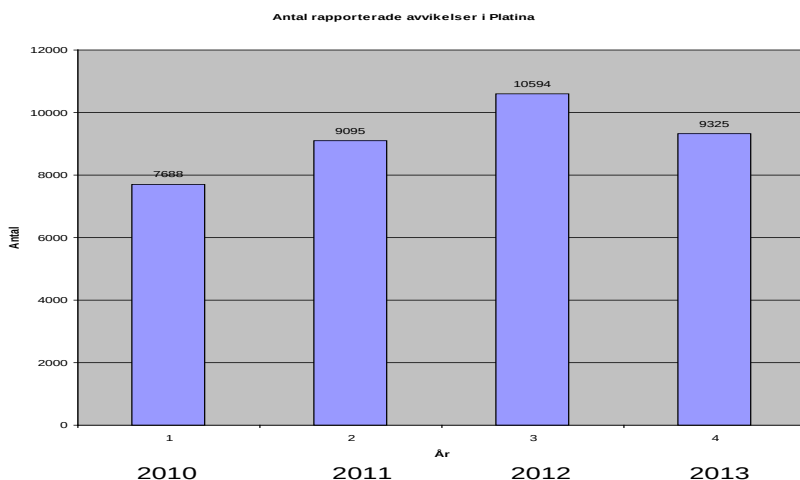
Vad är ditt helhetsintryck av patientsäkerhetsdagen? (1=mindre bra och 5 = mycket bra)

- 1 0%
- 2 1%
- 3 6%
- 4 55%
- 5 28%

En av flera kommentarer i utvärderingen var att denna kongress har kommit för att stanna – ger ny kunskap och energi i patientsäkerhetsarbetet.

Avvikelse

Antalet rapporterade avvikelser har minskat under 2013 utan att något säkert mönster framkommer vid analys.



Figur 11. Utveckling över tid för antalet rapporterade avvikelser.

Nedan framgår exempel på mål och mått som Hälso- och sjukvårdsnämnden fastställt i sitt balanserade styrkort för Specialistvården Västernorrland (vårdområde opererande, medicin, psykiatri och habilitering) samt Rättspsykiatriska regionkliniken och Hörselvården.

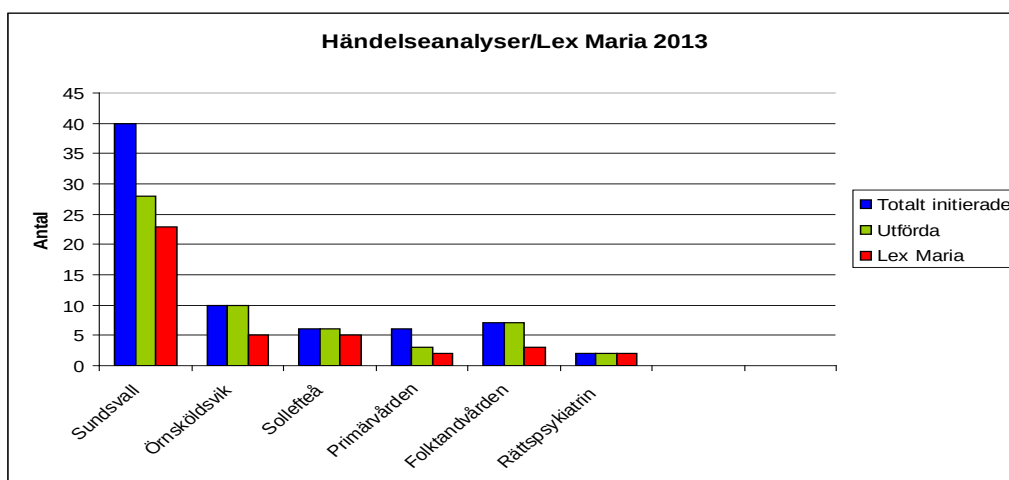
Mål	Mått	Utfall
Antal allvarliga fallrelaterade avvikelser ska inte överstiga 5 per 1 000 vårdtillfällen.	Antal allvarliga fallrelaterade avvikelser per 1 000 vårdtillfällen.	Det finns 0.32 allvarliga fall (betydande, katastrofala) redovisade per tusen vårdtillfällen
80 procent av alla avvikelser ska vara avslutade inom 90 dagar.	Antal avvikelser som avslutats inom 90 dagar i förhållande till totalt antal registrerade avvikelser.	91.6 procent av avvikelserna är avslutade inom 90 dagar

Mål	Mått	Utfall
Antal fallrelaterade avvikelser ska inte överstiga fem per tusen vårdtillfällen.	Antal fallrelaterade avvikelser per tusen vårdtillfällen.	Det finns 11.6 fall redovisade per tusen vårdtillfällen

(I systemet Platina finns det totalt 406 fall redovisade och av dessa är det 306 fall som är redovisade som ”ingen skada”).

Händelseanalyser och Lex Mariaanmälningar

Under 2013 har totalt 71 händelseanalyser initierats varav 40 lett till lex Mariaanmälan. 19 av dessa avsåg fall och 9 självmord. 19 händelseanalyser har redovisats i den nationella kunskapsbanken. I den, under året, kvalitetssäkrade arbetsprocessen för händelseanalyser ingår detta nu som rutin.

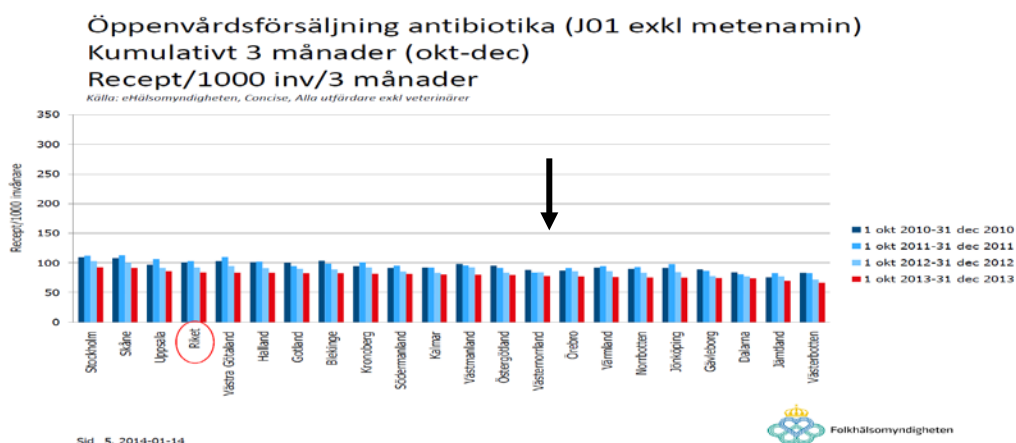


Figur 12. Antal initierade och utförda händelseanalyser samt antal lex Mariaanmälningar

Undvikbara vårdskador

Antibiotikaförskrivning

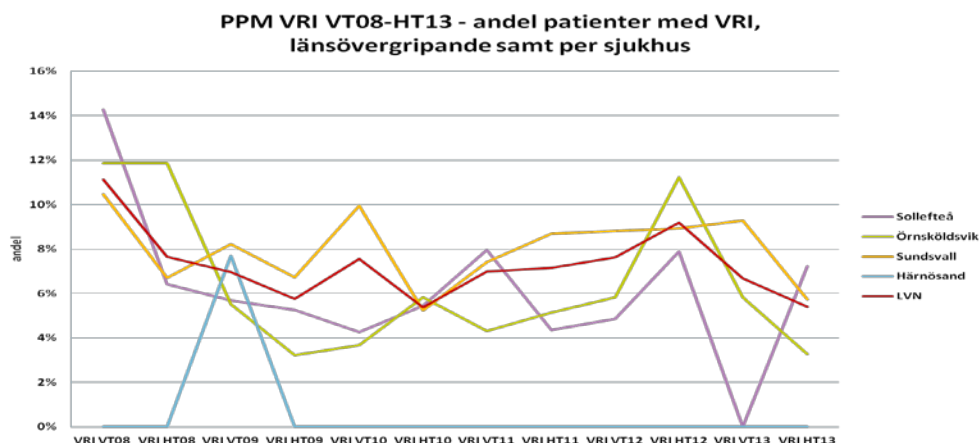
Antibiotikaförsäljningen har under mätperioden minskat med 7 % för Landstinget Västernorrland.



Figur 13. Utveckling över tid för samtliga landsting

VRI

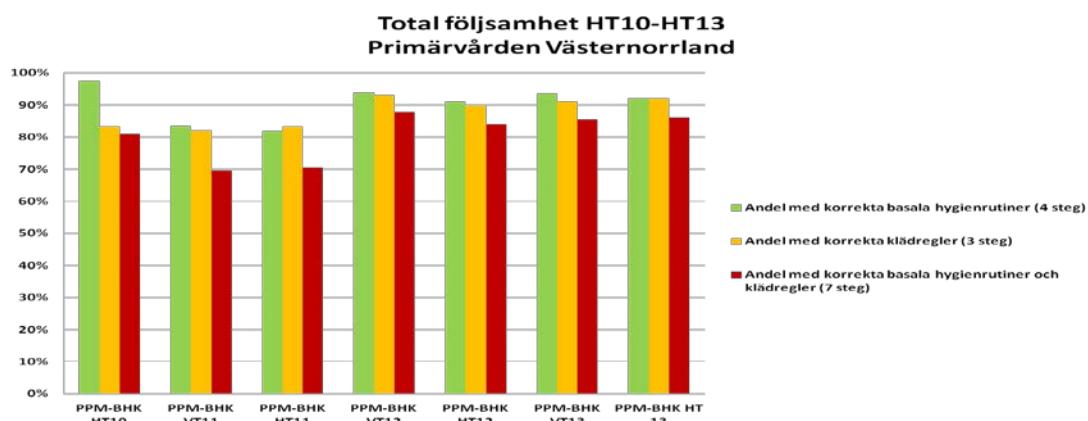
Resultatet för PPM VRI visar variation över tid utan att tydlig trend kan utläsas. Andelen är i nationell jämförelse något lägre än snittet.



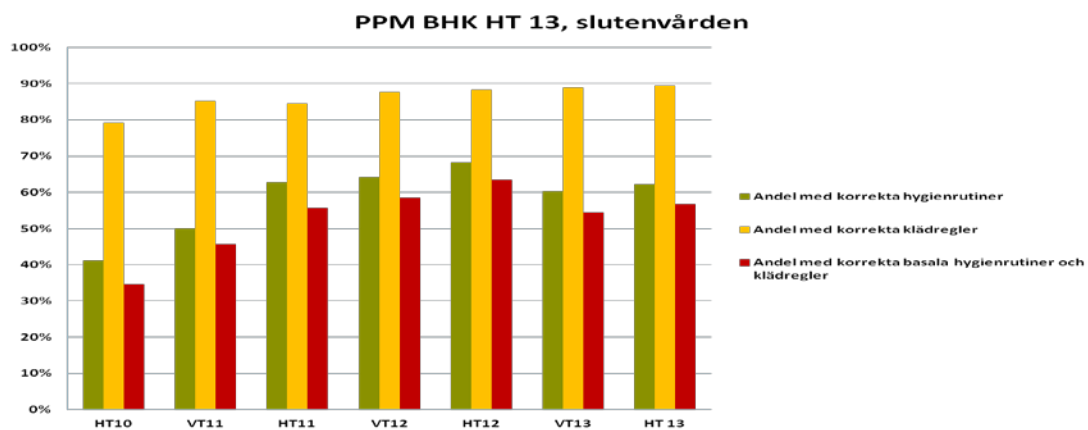
Figur 14. Andelen patienter med VRI under perioden 2008 till 2013

BHK

Resultaten för basala hygienrutiner och klädregler visar fortsatt låg följsamhet och att stort förbättringsutrymme finns.



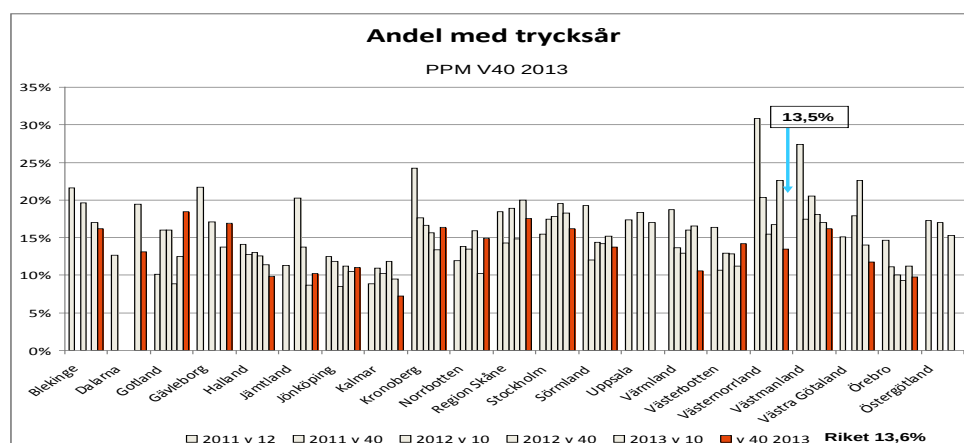
Figur 15. Följsamhet till BHK inom primärvården 2010 till 2013



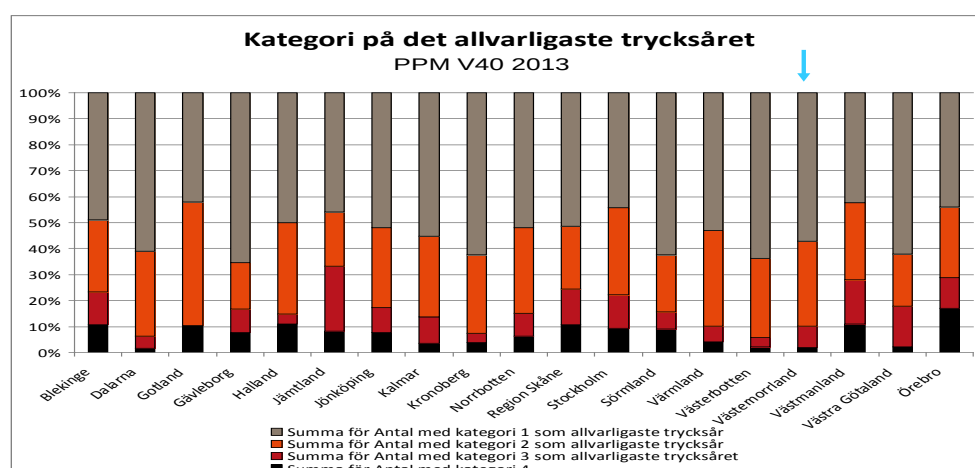
Figur 16. Följsamhet till BHK inom sjukhusvården 2010 till 2013

Trycksår

Här ses en trend av minskning över tid för Landstinget Västernorrland och att Andelen allvarliga trycksår (kategori 3 och 4) utgör en liten del av totalandelen.



Figur 17. Andelen trycksår i riket och för LVN under perioden 2011 - 2013



Figur 18. Visar trycksårens allvarlighetsgrad hela riket 2010 – 2013

Arbetet med mål för läkemedelsbehandling av äldre.

Här visas minskning av sömnmedel och neuroleptika kommunvis 2006 – 2013 där andelen äldre med sömnmedel minskat med 58 % och neuroleptika med 34 %.

Sömnläkemedel

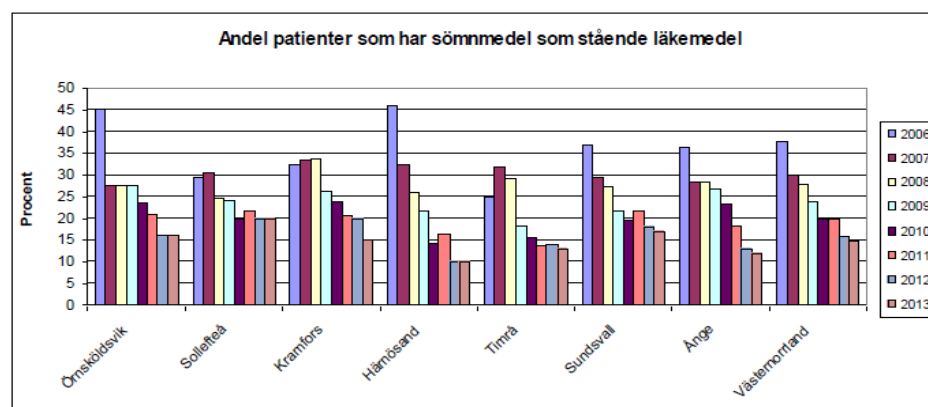


Bild 20: Andelen äldre med stående ordination av sömnmedel har minskat med 58% mellan 2006 och 2013.

Neuroleptika

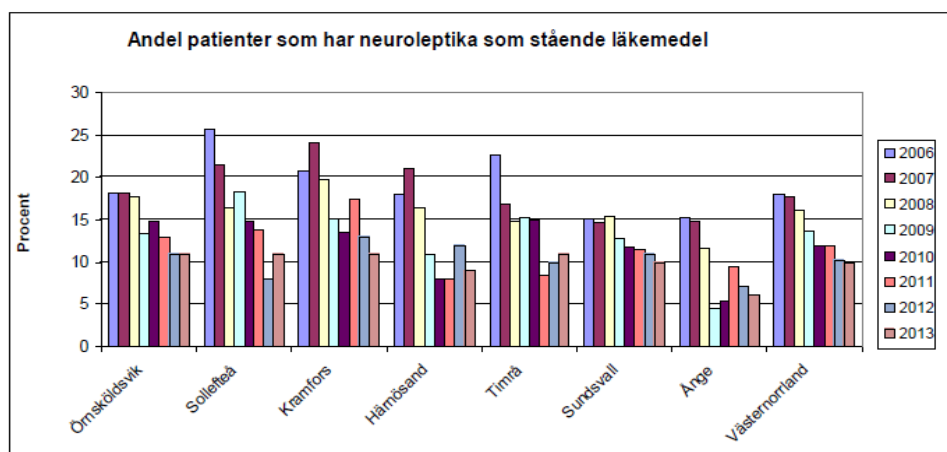
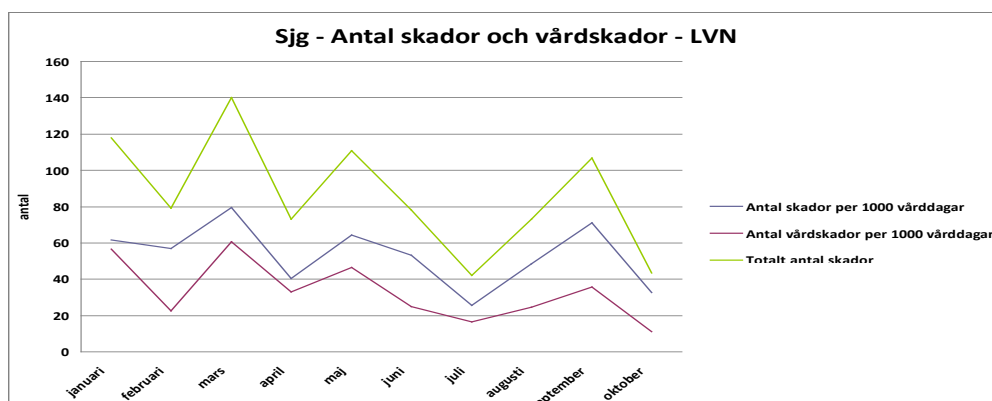


Bild 21: Andelen äldre med stående ordination av neuroleptika har minskat med 34% mellan 2006 och 2013.
Figur 19-20. Andelen per kommun och landstinget totalt under åren 2006 – 2013.

Resultat från markörbaserad journalgranskning landstingsövergripande

Andelen identifierade vårdskador visar en tendens till minskning utifrån journalgranskningsresultatet. På grund av litet underlag kan inga klara mönster ses.

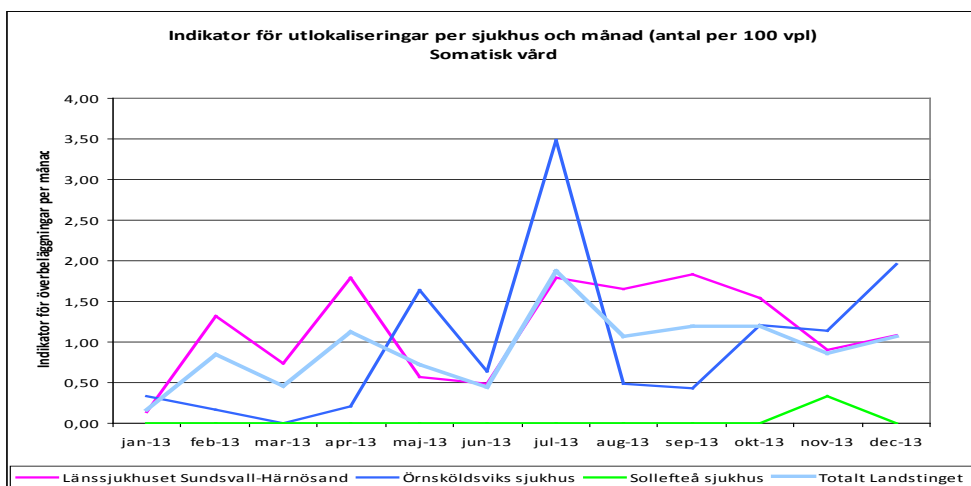
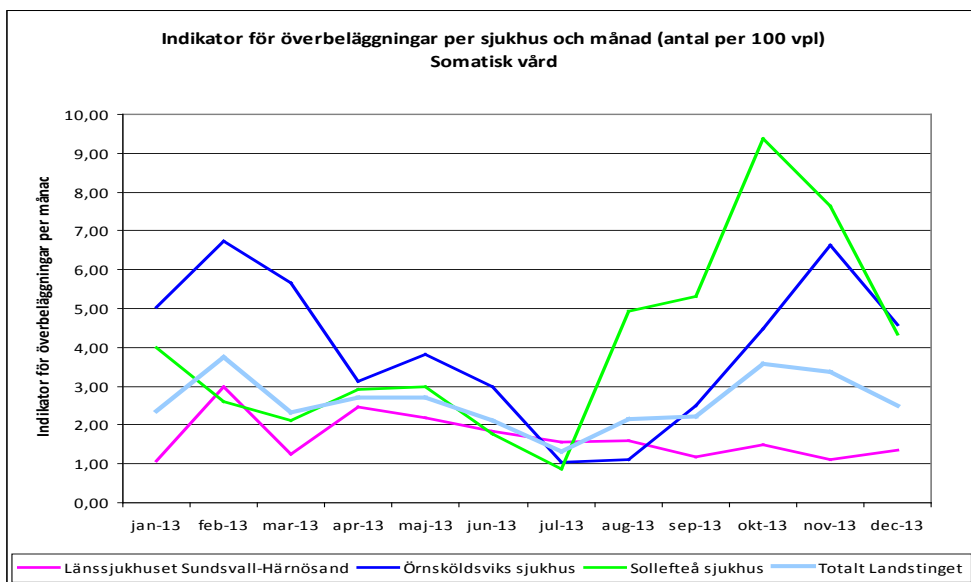


Figur 21. Antal skador/1000 vård dagar mätt med markörbaserad journalgranskning.

Vårdtillfällen för november och december är ej granskade då det ska gå viss tid mellan avslutat tillfälle och granskning.

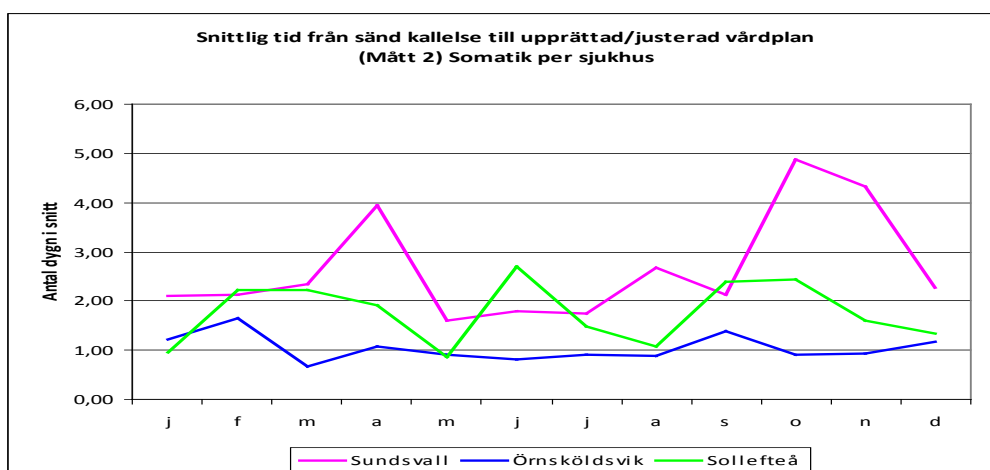
Säkra övergångar

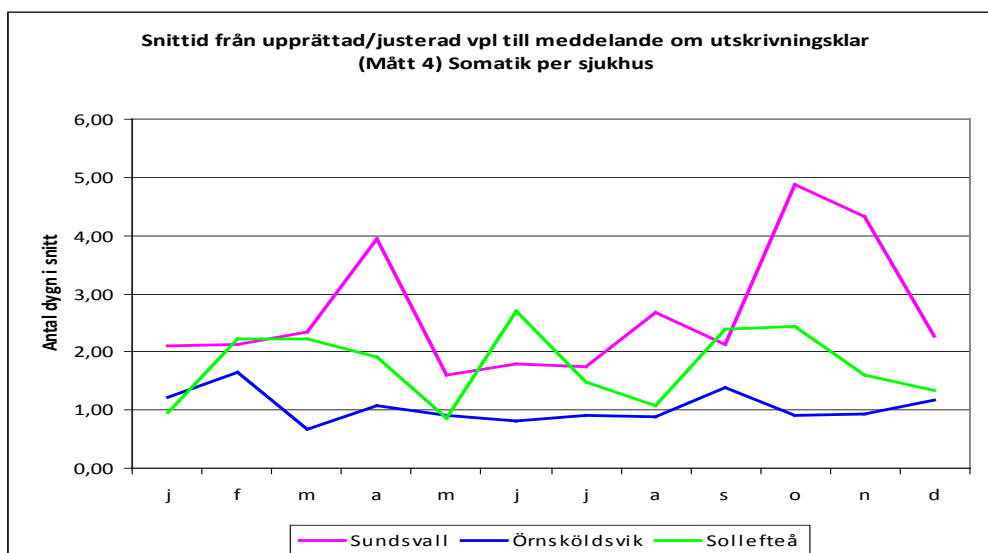
Resultat från mätningar som fångar avvikelser och förbättringsutrymmen när det gäller säkra övergångar sker som en delmängd i de olika avvikelse-systemen. Nedan redovisas några exempel på sjukhusövergripande resultat (kan även utläsas på enhetsnivå) i det nyutvecklade uppföljningssystemet för att stödja arbetet med kvalitet, säkerhet, effektivitet och arbetsmiljö i patientflödet (motsvarande finns för psykiatri):



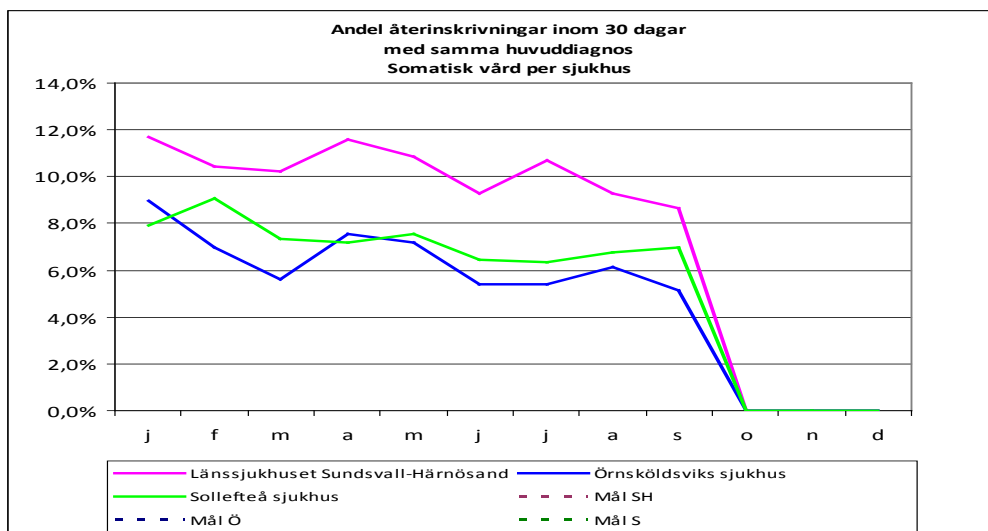
Figur 22-23. Utveckling under 2013 avseende överbeläggningar och utlokaliserade.

Vårdplaneringsprocessen innehåller fem mål och mått som följs upp utifrån den överenskommelse som gemensamt fastställts mellan Landstinget Västernorrland och länets kommuner. Resultaten redovisas per enhet och grafer med resultat kan snabbt och enkelt jämföras med önskade avdelningar inom landstinget. Vissa av måtten omfattar insatser från samtliga aktörer medan några enbart berör någon aktör. Exempel från två av måtten redovisas nedan:





Figur 24-25. Utveckling under 2013 för tid från kallelse till upprättad/justerad vårdplan och från upprättad/justerad vårdplan till meddelande om utskrivningsklar



Figur 26. Resultat under 2013 från uppföljning av andel återinskrivningar inom 30 dagar med samma huvuddiagnos.

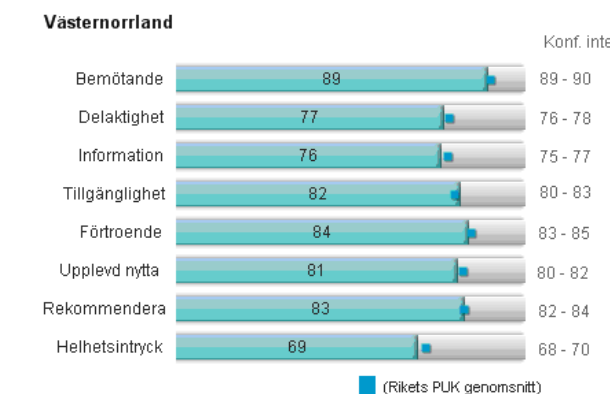
Patient- och närståendemedverkan

Nationella patientenkäten

Den nationella patientenkäten visar små skillnader för landstinget Västernorrland i jämförelse med rikssnittet. Det lägsta värdet inom både primärvård och akutmottagningar ses i patienternas upplevelse av helhetsintrycket.

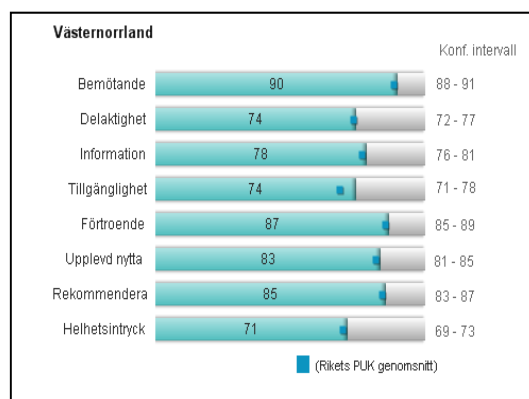
Primärvård

(undersökning hösten 2012 resultat presenterades 2013)



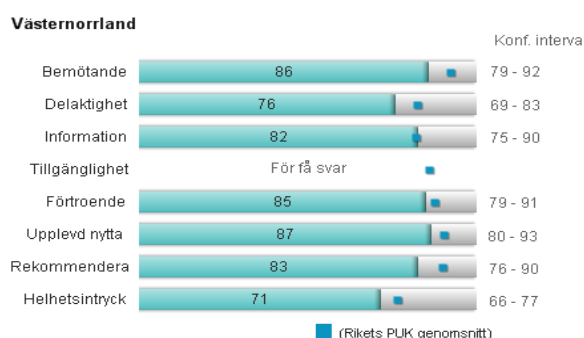
Akutmottagningar

(undersökning hösten 2012 resultat presenterades 2013)

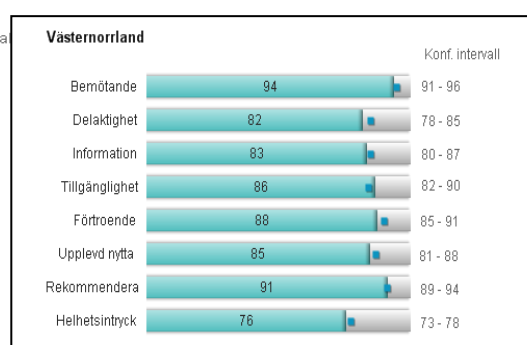


Barnsjukvård slutenvård (undersökning 2013)

(undersökning 2013)



Barnsjukvård öppenvård



Figur 27-30 Här visas Landstinget Västernorrlands resultat jämfört med rikssnittet.

RPK

RPK:s uppdragsgivare/remittenter får årligen svara på en enkät och göra en nöjdhetsbedömning. Resultaten sammanställs och redovisas i en rapport. Uppdragsgivare/remittenter är i sina svar nöjda med hur RPK har utfört givna uppdrag. På en sammanfattande 10-gradig skala över nöjdhetsindex är det genomsnittliga värdet 8,0. Detta är en viss nedgång från fjolårets värde på 9,2, men antalet respondenter är så pass litet att förändringen inte är statistiskt säkerställd.

Genomförda möten med medborgare och föreningsrepresentanter förutom möten i andra former:

Organ	Antal sammanträdestillfällen 2013
Medborgarpanelen	- 8 tillfällen
HälsoSamY	- 4 tillfällen
Länspensionärsrådet	- 5 tillfällen

Patentnämnden/Etiska nämndens ärenden 2012, 2013:

	Utfall 2012	Utfall 2013	Varav kvinnor	Varav män
Vård och behandling	469	489	281	208
Org, regler, resurser	281	302	165	137
Bemötande/kommunikation	140	122	93	29
Övrigt	54	45	21	24
Totalt	944	958	560	398

Övergripande mål och strategier för kommande år

Under 2014 tilldelas extra medel motsvarande 12 miljoner för förbättringsarbeten inom patientsäkerhetsområdet. Arbetet med att utarbeta aktivitetsplaner kommer att ske i nära samverkan med verksamheterna. Gemensam workshop kommer att arrangeras i början av 2014 för att implementera målen.

Verksamhetsnära nätverk med utsedda personer för kvalitets- och patientsäkerhetsförbättringar kommer att utvecklas och inventering av utbildningsbehov ske där utbildningsplan utarbetas. Den länsövergripande patientsäkerhetskonferensen genomförs även 2014 och arbetsmiljö kommer tydligare att vägas in i patientsäkerhetsarbetet.

De fyra satsningsområdena är oförändrade: *Patientsäkerhetskultur, Undvikbara vårdskador, Säkra övergångar, Patient- och närståendemedverkan.*

Patientsäkerhetskultur:

- **Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) finns utarbetad i landstinget Västernorrland och påbörjad implementering fortsätter under 2014. Arbeta med integrering av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete sker med det landstingsgemensamma ledningssystem som utvecklas under 2014.
- **Handlingsplan för patientsäkerhetskultur och ny kulturmätning**
Fortsatt implementering och uppdatering av handlingsplanen för att stärka patientsäkerhetskulturen. Det sker genom utbildning i patientsäkerhetskultur på alla nivåer, samt via integrering av kulturfrågor och resultat från tidigare mätningar i kontakter med verksamheterna t ex vid patientsäkerhetsdialoger.

Undvikbara vårdskador:

- **Förebyggande av vårdrelaterade infektioner och Vårdpreventivt arbete**
 - Vårdhygienaktiviteter, som till exempel ökad följsamhet till basala hygienrutiner och minskad smittspridning i vården.
 - Stramaaktiviteter och adekvat antibiotikaförskrivning.
 - Infektionsregistrering.
 - Breddinförande av IT-stödet Infektionsverktyget.
 - Implementering av SKL's vägledningar för minskad förekomst av urinvägsinfektioner, infektioner vid centrala venkatetrar och sårinfektioner efter operation.

SKL's övriga vägledningar för att förebygga vårdskador (fall och fallskador, undernäring, trycksår, läkemedelsfel i vårdens övergångar, läkemedelsrelaterade problem) och instrument som Senior Alert, "Checklista för säker vård" och arbetet med "De mest sjuka äldre" förs samman till en satsning på vårdpreventivt arbete. Aktiviteterna kring vårdplaneringsprocessen och patientsäker beläggning ingår sedan tidigare. Det är viktigt att integrera arbetsmiljöaspekterna i detta arbete.

En arbetsgrupp för Vårdrelaterade infektioner och en för Vårdpreventivt arbete får i uppdrag att utarbeta aktivitetsplan, med uppföljningsbara mål och mått, som samordnat stödjer det arbete som pågår i verksamheterna inom dessa områden.

- **Struktur för analys**

Struktur för analys av avvikelser och andra underlag skall vidareutvecklas under året där synpunkter från patienter och anhöriga vägs in. Detta omfattar det ovan redovisade samt:

- Rutiner, resurstilldelning och kompetens för kedjan avvikelshantering, händelseanalyser, anmälan enligt lex Maria och beslut från tillsynsmyndigheten. Målet är att anmälan och utredning sker ändamålsenligt samt motsvarar såväl tillsynsmyndighetens krav som vårdgivarens målsättningar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.
- Genomgång av rutiner för riskanalyser så arbetet är likvärdigt och ändamålsenligt. Sammanställning av alla riskanalyser och uppföljning ska ske årligen. Rapporter om internkontrollarbete skall kontinuerligt ges till vårdgivarna och vårdområdesansvariga samt ingå i vårdgivarens årliga patientsäkerhetsberättelse.
- Material från markörbaserad strukturerad journalgranskning ska särskilt analyseras och kunna utgöra den bakgrund mot vilken de övriga materialen jämförs.

Säkra övergångar

- **Informationsöverföring.**

Fortsatt arbete med införande av SBAR och ALERT/MEWS inom hela hälso- och sjukvården. Detta för att säkra informationsöverföring och kontinuitet i övergångarna mellan olika vårdenheter och vårdnivåer. Målsättningen för 2014 är att alla hälso- och sjukvårdsarbetare inom minst 30 % av alla vårdenheter inom landstingsdriven primärvård och sjukhusvård ska ha en utbildning i strukturerad kommunikationsmetodik.

- **Behandlingslinjer och kvalitetssäkrade vårdprocesser**

Fortsatt arbete med utveckling och uppdatering av behandlingslinjer samt med metod för implementering, uppföljning och patientmedverkan.

Arbete enligt modell för kunskapsstyrning med de fyra beslutade kvalitets-säkrade vårdprocesserna fortgår. Detta bestående av färdigställande, implementering och uppföljning.

- **Vårdprocessen**

Modell och metod med utvalda mål och mått utarbetas för en mer sammanhållen processororienterad uppföljning av vårdplaneringsprocessen. Detta för att skapa bättre underlag till förbättringsarbete. Workshop genomförs med enhetschefer för dygnetrunt verksamheter inom den specialiserade vården.

Patient- och närståendemedverkan

- **Struktur för analys av synpunkter från patienter och anhöriga.**

Inkommande material från patienter och anhöriga ska tillsammans med avvikelser analyseras för att ringa in kända och nya riskområden inom hälso- och sjukvården.

- **Struktur för medverkan**

Medverkan från patienter och närstående utvecklas som ett led i utveckling av behandlingslinjer och kvalitetssäkrade vårdprocesser.

Riktade insatser ska ske via: Händelseanalysarbetet, Samarbete med patientföreningarna, Hälsosam Y, Patientnämnden/Etiska nämnden, Utfall i patientfokuserade indikatorer (PROMs) i nationella kvalitetsregister och andra källor.

Sammanfattningsvis är målsättningen för 2014 fortsatt starkt på fokus kvalitets- och patientsäkerhetsområdet och då med ökad ambitionsnivå för att nå målet om God vård. Detta omfattar alla nivåer och samtliga verksamheter inom landstinget Västernorrland.