Patientsäkerhetsberättelse

2014

VÄSTERBOTTENS
LÄNS LANDSTING

2015-02-16

Anders Sylvan
Landstingsdirektör

Innehållsförteckning

Sammanfattning..... 3
Övergripande mål och strategier..... 4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet..... 5
Struktur för uppföljning/utvärdering..... 6
Uppföljning genom egenkontroll..... 7
Hur har patientsäkerhetsarbete bedrivits under året och vilka åtgärder
har genomförts för ökad patientsäkerhet..... 10
Samverkan för att förebygga vårdskador..... 14
Riskanalys..... 15
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet 15
Hantering av klagomål och synpunkter..... 15
Sammanställning och analys..... 16
Samverkan med patienter och närstående 17
Resultat..... 17
Övergripande mål och strategier för kommande år..... 22

Sammanfattning

Den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet har pågått under fyra år. Det här var sista året för satsningen. Fokus har som tidigare legat på att förebygga vårdrelaterade infektioner (VRI), läkemedelsfel i vårdens övergångar, läkemedelsrelaterade problem samt fall, fallskador, trycksår och undernäring i samband med vård samt implemetering av Infektionsverktyget. Västerbottens läns landsting (VLL) bedrev under 2014 förbättringsarbeten inom samtliga områden

Stramagruppen har arbetat aktivt för att öka följsamheten till behandlingsrekommendationerna för infektioner och minska onödig antibiotikaanvändning. Hälsocentralerna har fortsatt att själva analysera sina egna data kring antibiotikaförskrivning på enhets- och förskrivarnivå och har följt upp de egna målen för enheterna. Sjukhusklinikerna har fått möjlighet att analysera sin förskrivning med hjälp av Infektionsverktyget. Varje enhet har fått utse en läkare som infektionsambassadör med ett särskilt ansvar att arbeta i patientsäkerhetsteamen med kvalitén på antibiotikaförskrivningen. Landstinget har beslutat att verka för samtliga intentioner i 10-punktsprogrammet mot antibiotikaresistens i sjukvården.

Under 2014 har arbetet för att minska vårdrelaterade infektioner liksom tidigare skett under ledning av Vårdhygien Västerbotten. Arbete bedrivs på flera nivåer i organisationen med tankegången att förbyggande av vårdrelaterade infektioner bäst kan åstadkommas genom styrning uppifrån med uttalade mål. Samtidigt behövs engagemang och ägarskap i vårdverksamhet. VLL har haft som strategi att länka de krav som ställts från SKL och regering till aktiviteter som av vårdverksamheter upplevs ha verksamhetsnytta. System för bättre återkoppling av mätningar finns etablerade i verksamheten.

Läkemedelsarbetet kopplat till patientsäkerhet har huvudsakligen bedrivits enligt två linjer, dels insatser som syftar till att säkerställa en korrekt förskrivning av läkemedel med korrekt information till patienten, och dels insatser som syftar till att följa upp och korrigera eventuellt felaktig läkemedelsbehandling.

Egenkontroll av VLLs patientsäkerhetsarbete har under året skett bland annat genom patientsäkerhetsdialoger, resultat från den nationella patientenkäten, resultat från kvalitetsregister,mätningar av basala hygien- och klädregler, vårdrelaterade infektioner, trycksår samt läkemedelslistans korrekthet. Även start av rapporter ut Infektionsverktyg har påbörjats på vissa enheter. Som ett komplement till avvikelserapportering och annan uppföljning för att identifiera vårdskador har VLL fortsatt med strukturerad journalgranskning vid alla sjukhus, en metod för att identifiera skador på patienter och följa frekvensen av dessa över tid. Under 2014 har den klinikvisa journalgranskningen ökat.

Det omfattade processarbetet av händelseanalysprocessen med att förtydliga arbetssättet och minska ledtiderna i processen har lett till förkortade handläggningstider. Arbetet med att fortlöpande granska avvikelser som inrapporterats i avvikelsesystemet Avans har fortgått och är nu en uppgift som ligger på de centrala händelseanalysledarna i landstinget.

Antalet Lex-Maria ärenden har ökat även under 2014. Det ses som en positiv utveckling och ett resultat av verksamhetens lärande förhållningssätt. Antal enskilda klagomål till IVO ligger på ungefär samma nivå medan antalet anmälda ärenden till patientförsäkringen ökat.

Utifrån sammanfattning av verksamheternas egna patientsäkerhetsberättelser konstateras att för 2014 bör VLL fokusera på patientmedverkan. Vad som också ses är att strukturen för patientsäkerhetsarbetet på klinikerna har blivit tydligare.

Övergripande mål och strategier

Västerbottens läns landsting har som övergripande vision att år **2020 har Västerbotten världens bästa hälsa och världens friskaste befolkning.**

Fullmäktiges mål för patientsäkerhet 2012-2015:

Fullmäktige beslutar om de övergripande strategierna för patientsäkerhetsarbetet under planperioden på fyra år och ger sedan uppdrag till Landstingsstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsnämnden och Nämnden för funktionshinder och habilitering. Landstingsstyrelsen och nämnderna tar egna patientsäkerhetsmål vilka även följs upp i delårsrapport och årsrapport till Fullmäktige. Arbetet under 2014 inriktas på förbättringsarbete baserat på avvikelser och mätresultat kopplade till kvalitetsindikatorer. Systematiken i att planera, genomföra förbättringsarbete, följa upp samt förbättra/korrigera är en grund och ett steg närmare målet att minimera antalet vårdskador.

Fullmäktiges strategier för planperioden

- Säkerställa hög kvalitet och säkerhet för alla patienter, anhöriga och brukare i det vardagliga arbetet inom alla verksamheter
- Minska vårdskador och onödiga kostnader för brister i kvalitet genom att arbeta för en ökad kvalitet och patientsäkerhet
- Arbeta med ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i samtliga verksamheter
- Göra alla medarbetare delaktiga och ansvariga i patientsäkerhetsarbetet
- Arbeta med kvalitet och patientsäkerhet enligt strategisk plan och utifrån ett genusperspektiv
- Uppfylla de krav som ställs på vårdgivare och patientnämnd

Hälso och sjukvårdsnämndens övergripande strategier för patientsäkerhet

Arbetet under 2014 inriktas på förbättringsarbete baserat på avvikelser och mätresultat kopplade till kvalitetsindikatorer. Systematiken i att planera, genomföra förbättringsarbete, följa upp samt förbättra/korrigera är en grund och ett steg närmare målet att minimera antalet vårdsakador.

Några av målvärden för 2014

Målvärde 2014
Alla basenheter med koppling till vården har en handlingsplan för kvalitet och patientsäkerhet som efterlevs
Minska andelen vårdskador (VRI)
Öka andelen korrekta läkemedelslistor till 100 %
Trycksår bland patienter över 65 år ska minska
Öka andelen patienter med utskrivningsmeddelande

Övergripande handlingsplan för kvalitet och patientsäkerhet

På landstingsdirektörsnivå finns en handlingsplan för kvalitet och patientsäkerhet. Planen bereds i Patientsäkerhetsrådet varje år och fastställs av landstingsdirektören. Planen är en fortsättning på de politiska målen och aktiviteterna följer även den nationella satsningen på patientsäkerhet. Det finns ansvariga för respektive aktivitet och planen följs upp i rådet.

Basenheternas handlingsplan för patientsäkerhet

Alla basenheter ska ha en handlingsplan för patientsäkerhet. Den ingår i basenheternas årliga verksamhetsplan.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Styrning och inriktning av patientsäkerhetsarbetet i VLL utgår ifrån politikens mål och strategier. I landstingsdirektörens exekutiva ledningsgrupp (ELG) sitter verksamhetsområdeschefer och stabschefer. Utifrån politisk inriktning fattar ELG beslut om resurser för patientsäkerhetsarbetet. Patientsäkerhetsrådet består av landstingets utvecklingschef, verksamhetsområdescheferna för medicin, kirurgi, regionvård, representant från primärvårdsstaben, anmälningsansvarig tandläkare, enhetschef för vård och kvalitet, patientnämndens kanslichef, Stramagruppens ordförande, chefen för Vårdhygien, chefläkargruppens ordförande, en sjukhussamordnare, kvalitets- och patientsäkerhetssamordnaren samt en verksamhetschef.

Patientsäkerhetsrådet har enligt ledningssystemet till uppgift att:

- besluta om vilka patientsäkerhetsaktiviteter som ska prioriteras och hur de ska organiseras
- vara ett forum för att diskutera krav på verksamheten inom patientsäkerhetsområdet
- föreslå målnivåer för patientsäkerhetsarbetet
- vara ett forum för att diskutera övergripande patientsäkerhetsproblem som har observerats i organisationen och vara uppdragsgivare i landstingsövergripande riskanalyser

På basenhetsnivå är organisationen för patientsäkerhetsarbetet uppbyggd på tanken om teamarbete. Ansvaret för planering, ledning, styrning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet ligger på respektive verksamhetschef . Sedan 2011 efter beslut i Patientsäkerhetsrådet finns lokala patientsäkerhetssamordnare på alla basenheter med patientnära verksamhet. Samordnarna har fått utbildning och särskilda uppdrag att tillsammans med verksamhetsledningen driva patientsäkerhetsarbetet på den egna enheten. Samordnare kan tillsammans med avdelningschef/er, avvikelseutredare, analysledare och eventuellt medicinska chefer jobba i team kring patientsäkerhetsfrågor. Under 2014 har det tillkommit en funktion som "infektionsambassadör" som bland annat har till uppgift att ta fram och analysera rapporter ur Infektionsverktyget som i sin tur kan bidra till enhetens kontroll på antibiotikaförskrivning, VRI och riskfaktorer (exempelvis urinvägskatetrar).

Vårdgivaren ansvarar för

- att landstingets verksamhet uppfyller kraven på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) respektive tandvårdslagen (1985:125). Den eller de nämnder som avses i 10 och 22 §§ hälso- och sjukvårdslagen är vårdgivarens representant. I VLL är ansvaret för hälso- och sjukvården uppdelat på Landstingsstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsnämnden och Nämnden för funktionshinder och habilitering. Landstingsstyrelsen är beställare och

driftsnämnd för primärvård i länet. Hälso- och sjukvårdsnämnden är driftsnämnd för specialist- och regionsjukvård samt närsjukvård.

Landstingsdirektören ansvarar för

- att det övergripande patientsäkerhetsarbetet bedrivs systematiskt

Verksamhetsområdeschefen ansvarar för

- planering, ledning, samordning, uppföljning och kontroll av verksamheterna inom verksamhetsområdet avseende verksamhet, ekonomi och personal
- att ansvaret för säkerhetsfrågor (inklusive it- och medicinteknisk säkerhet) är klarlagt inom verksamhetsområdet

Verksamhetschefen ansvarar för

- att patientsäkerhetsarbetet inom den egna verksamheten bedrivs som en integrerad del av det dagliga arbetet

Chefläkaren ansvarar för

- att anmäla ärenden som rör landstingets hälso- och sjukvård utom tandvård till IVO (inspektionen för vård och omsorg) enligt lex Maria
- att besluta om länsgemensamma rutiner rörande dokumentation i landstingets journalsystem

Anmälningsansvarig tandläkare ansvarar för

- att anmäla ärenden som rör landstingets tandvård till IVO (inspektionen för vård och omsorg) enligt lex Maria.

Utvecklingschefen ansvarar för

- att driva ett systematisk utvecklingsarbete utifrån sin stab samt vara ordförande och därmed beslutande i VLL:s patientsäkerhetsråd

Kanslichefen för patientnämnden ansvarar för

- att återföring av patientnämndens iakttagelser återförs till ledning och verksamhet

Kvalitets- och patientsäkerhetssamordnaren ansvarar för

- att samordna det strategiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom landstinget

Struktur för uppföljning/utvärdering

Den politiska uppföljningen sker via delårs- och årsrapport där Landstingsstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden redovisar måluppfyllnad gentemot Fullmäktiges mål. Den övergripande handlingsplanen för kvalitet och patientsäkerhet följs upp löpande i Patientsäkerhetsrådet samt i sin helhet vid årets slut. Information om avvikelser från planen

samt det samlade resultatet av planens aktiviteter går i form av en samlad patientsäkerhetsberättelse till Landstingsdirektören.

Uppföljning i de strategiskt övergripande patientsäkerhetsfrågorna samt i resursfrågor sker i ELG efter att ha beretts i Patientsäkerhetsrådet. Patientsäkerhetsrådet har varit styrgrupp både för den nationella patientsäkerhetsöverenskommelsen och satsningen för de mest sjuka äldre med syfte att upprätta en gemensam struktur för arbetet. Uppföljning av basenheternas handlingsplan för kvalitet och patientsäkerhet sker i deras årliga patientsäkerhetsberättelse.

Patientsäkerhetsarbetet följs upp genom patientsäkerhetsdialoger. Syftet med dialogerna är att vara en hjälp till egenkontroll för basenheterna, likväl ett forum för ledningen att identifiera goda exempel på väl genomfört patientsäkerhetsarbete och/eller säkerhetsbrister. VLL har satsat på ett systematiskt arbete med dialoger och strävar efter att erbjuda basenheterna dialog vartannat år. Dialogmötet avslutas med att enheterna får skriva en handlingsplan med identifierade förbättringsområden. Under 2014 har även verksamhetsområdeschefer deltagit vid dialogerna

Strama analyserar antibiotikaförskrivning månatligt och rapporterar resultatet till Patientsäkerhetsrådet. Förbättringsarbete, utbildningar och informationsinsatser utgår ifrån Stramas förslag följt av beslut i rådet.

Andelen inneliggande patienter som drabbas av vårdrelaterade infektioner mäts genom punktprevalensmätningar. Dessa mätresultat tillsammans med resultat av mätningar av basala hygien- och klädregler analyseras och rapporteras av chefen för Vårdhygien vid Patientsäkerhetsrådet. Förbättringsarbete, utbildningar och informationsinsatser utgår ifrån Vårdhygiens förslag följt av beslut i rådet

Andelen inneliggande patienter som drabbas av trycksår mäts genom punktprevalensmätningar. Resultaten analyseras och rapporteras i rådet tillsammans med förslag på förbättringsarbete.

Resultatet av mätning av korrekt läkemedelslista återkopplas till ledningen av chefläkare.

Resultatet ur kvalitetsregistret Senior Alert samt resultat ur Palliativa registret har sammanställs av Region Västerbotten. Resultat kan tas fram av varje enhet och används som underlag i sitt förbättringsarbete.

Som ett komplement till avvikelserapportering för att identifiera vårdskador har VLL infört strukturerad journalgranskning vid alla sjukhus. Markörer identifieras i journaldokumentationen, det vill säga uppgifter som tyder på att en skada kan ha inträffat. Resultatet presenteras i Patientsäkerhetsrådet. Förbättringsarbete, utbildningar och informationsinsatser utgår ifrån rådets beslut.

Uppföljning genom egenkontroll

Egenkontrollmoment som är obligatorisk att genomföra för samtliga (relevanta) basenheter är:

- Deltagande i Nationell patientenkät (vartannat år primärvård vartannat år sjukhusvård)
- Patientsäkerhetsdialoger (samtliga, kallelse skickas ut inför dialog)

- Kvalitetsregister (samtliga)
- Mätning av basala hygien- och klädregler fyra ggr/år (basenheter med patientnära arbete)
- Mätning av vårdrelaterade infektioner fyra ggr/år (psykiatrisk och somatisk slutenvård)
- Trycksår två ggr/år (psykiatrisk och somatisk slutenvård + sjukstugor)
- Läkemedelslistans korrekthet fyra ggr/år (primärvård, öppen- och sluten sjukhusvård)

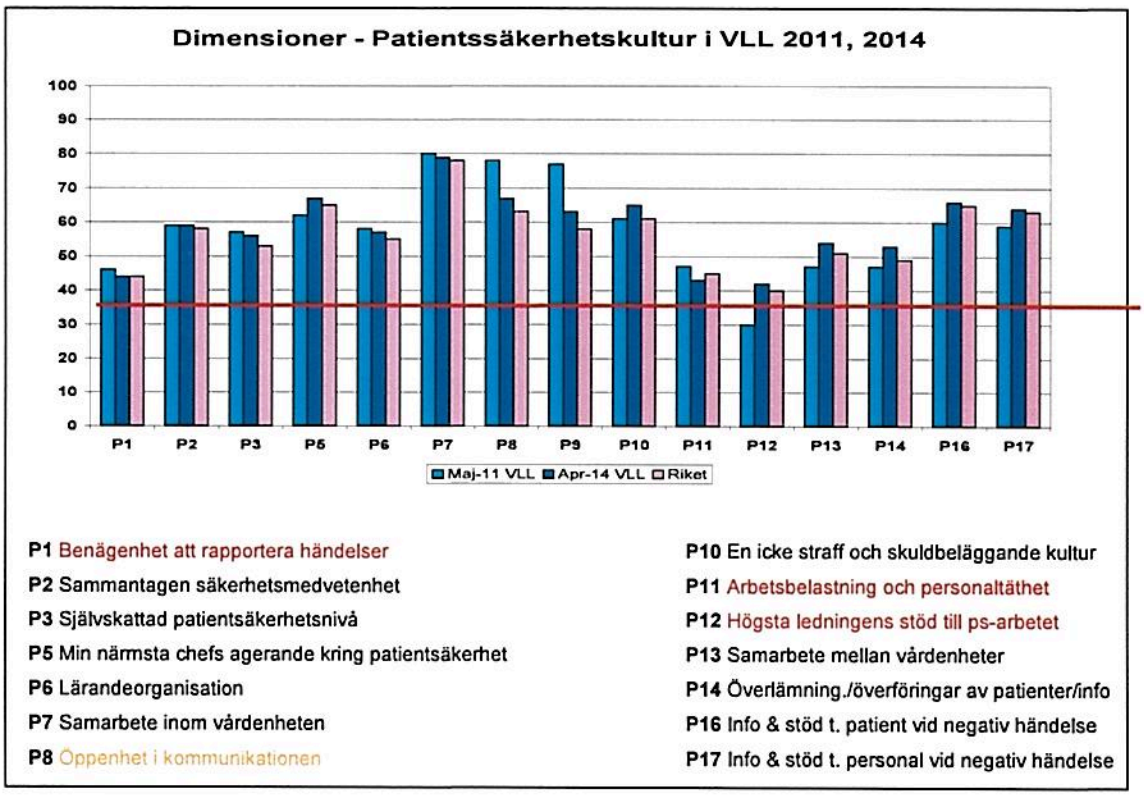
Analys efter varje moment eller mätning ska ske och återrapporteras vid lämpligt forum. I samband med verksamhetsplan ska samtliga basenheter analysera det samlade resultatet av egenkontrollmomenten. De övergripande resultaten redovisas i Patientsäkerhetsrådet.

Patientsäkerhetskultur

En icke skuldbeläggande kultur inom organisationen är en förutsättning för att dels skapa ett gott arbetsklimat, men framför allt för att värna om patientens säkerhet och känsla av kvalitet i mötet med vården. En god säkerhetskultur är en av de viktigaste förutsättningarna för att nå en hög patientsäkerhet på arbetsplatsen. I april genomfördes den andra enkätundersökningen i syfte att ta reda på personalens uppfattningar om patientsäkerheten på arbetsplatsen.

Svarsfrekvensen blev 64 procent. Resultatet presenteras i dimensioner och varje dimension består av en till fem frågor. SKL: s rekommendationer är att resultat under 50 måste åtgärdas, resultat mellan 50 och 70 är acceptabla men kan förbättras och resultat över 70 är bra eller mycket bra. Det övergripande resultatet för VLL är förbättrat jämfört med 2011. Våra lägst skattade områden var: högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbetet (förbättrat sen 2011), arbetsbelastning och personaltäthet (försämrat sen 2011) samt benägenheten att rapportera händelser (försämrat sen 2011). Återföring och kommunikation kring avvikelser samt öppenhet i kommunikation hade försämrats sen förra mätningen. Områden som upplevs mest välfungerande var: samarbete inom vårdenheten, min närmaste chefs agerande kring patientsäkerhet, information och stöd till patient vid negativ händelse och öppenhet i kommunikation men ett observandum är att öppenheten har försämrats och är lägre än rikets siffror. Enkätutfallet visar på förbättringsområden och styrkor men ger inga svar på varför resultatet ser ut som det gör. Resultatet måste diskuteras och analyseras på respektive nivå..

Det totala resultatet för VLL (figur 1), och i modeller med färgmarkeringar per verksamhetsområde för att få en överblick över det som man är bra respektive mindre bra på samt svarsfrekvens (figur nedan).



Åtgärder

Resultatet ledde till en övergripande handlingsplan för VLL med följande målområden: Ständigt bättre - patienten alltid först. Fortsatt strävan efter en gemensam värdegrund/god patientsäkerhetskultur inom VLL. Fortsatt arbete för att synliggöra högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete. Inga vårdskador inom VLL - fortsatt arbete för att främja rapportering och återrapportering av risker, allvarliga händelser samt utveckling av den lokala och centrala patientsäkerhets organisationen.

Senior Alert och palliativa registret

Registrering i nationella kvalitetsregister innebär att verksamheten har möjlighet att följa, analysera och förbättra sina egna arbetssätt i syfte att öka säkerheten och kvaliteten för patienten. VLL:s grundprincip är att verksamheten ska delta i relevanta kvalitetsregister, och vid många kliniker sker en omfattande registrering och uppföljning med fortlöpande förbättringsaktiviteter. För det diagnosöverskridande omvårdnadsregistret Senior alert och Svenska Palliativregistret sker uppföljning även på övergripande nivå. Vad som uppmärksammats under 2014 är att registreringen minskat i Senior Alert och synpunkter från verksamheten att det är tidskrävande och det innebär dubbeldokumentation. Arbetsgruppen för omvårdnad och rehabilitering fick därför ett uppdrag att se över sättet att utföra riskbedömningar, arbetet förväntas bli klart under 2015.

I det palliativa registret kan man se en liten förbättring av vissa parametrar på sjukhusen som till exempel brytpunktsamtal och smärtskattning men fortfarande finns stora förbättringsområden.

Hur har patientsäkerhetsarbete bedrivits under året och vilka åtgärder har genomförts för ökad patientsäkerhet

Den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet har fortsatt under 2014, med fokus på att förebygga vårdrelaterade infektioner (VRI), läkemedelsfel i vårdens övergångar läkemedelsrelaterade problem samt fall, fallskador, trycksår och undernäring i samband med vård. VLL bedrev under 2014 förbättringsarbeten inom samtliga områden. Implementering av Infektionsverktyget inom den slutna somatiska vården har skett under året. Vid årsskiftet var de somatiska klinikerna kopplade till verktyget och hade fått utbildning.

Under den nationella satsningen "Bättre liv för sjuka äldre" har arbete med konceptet "trygg hemgång skett under året. Detta för att minska fel i vårdens övergångar och bidra till en god sammanhållen vård och omsorg. Konceptet innebär att kliniker har en utskrivningssköterska och använder framtagen checklista vid utskrivning.

Arbetssätt som stimulerat minskad förskrivning av antibiotika

Stephan Stenmark

Motivet till att minska onödig antibiotikaförskrivning är att det motverkar resistensutveckling och ger bättre förutsättningar för en säker och effektiv infektionsbehandling nu och i framtiden. VLL har under ledning av den lokala Stramagruppen fortsatt sitt arbete för att öka följsamheten till behandlingsrekommendationerna. Stramagruppen i VLL har kontakt med länets Hälsocentraler och kliniker via information på hemsidan www.vll.se/strama, egna kontakter, besök, utbildningar och med hjälp av informatörer på Läkemedelscentrum. Under året har vi dessutom startat ett system med av verksamhetscheferna utsedda Infektionsambassadörer på varje enhet med särskilt ansvar för kvalitetsarbete kopplat till antibiotikaanvändning. En första utbildning för dessa läkare hölls i november. I primärvården har Hälsocentralerna fortsatt med sitt uppdrag att två gånger per år analysera sina egna förskrivningsdata i det administrativa systemet Diver. Där ses trender och fördelning av förskrivningen mellan de olika antibiotikaklasserna avseende länet som helhet, sjukhuskliniker, hälsocentraler och akutsjukvården. Förskrivningen kan också följas på individuell förskrivarnivå. Varje verksamhetschef har tillgång till rapporter för den egna enhetens data. Det finns ingen koppling till diagnos. Efter analysen har enheterna tolkat sina data och satt upp mål för kommande period som sedan följs upp vid nästa genomgång. Vi har fortsatt goda erfarenheter av att återkoppla data och har börjat tillämpa samma arbetssätt på sjukhuskliniker efter införandet av Infektionsverktyget under 2014. Inom hela sjukvården fortgår arbetet att tillämpa det antagna 10-punktsprogrammet för minskad antibiotikaresistens inom slutenvården. Varje enhet har fått sina ansvarsområden definierade och förväntas ge återkoppling på hur arbetet går i sina respektive patientsäkerhetsberättelser. Riktlinjer för antibiotikabehandling i primärvård har uppdaterats. Riktlinjerna på sjukhus, och för antibiotika inför kirurgi uppdateras under början av 2015. Alla aktuella riktlinjerna finns samlade i appen Strama-VLL tillgängligt för alla. Läs mer om resultatet av vårt arbetssätt på s.19

Arbete för att minska vårdrelaterade infektioner

Anders Johansson

2014 var ett år med konsolidering av ett arbetssätt byggt kring upprepade mätningar av följsamhet till hygien- och klädregler och vårdrelaterade infektioner. Under året slutfördes också breddinförandet av Infektionsverktyget i VLLs slutenvård och vi tog beslut om förbättrad städning.

Huvudansvaret för ledning av patientsäkerhetssatsningen mot vårdrelaterade infektioner under perioden 2008-2014 har legat på Vårdhygien Västerbotten. Det är Vårdhygien Västerbotten

med stöd av landstingsledningen som ansvarat för mätningar och införandet av Infektionsverktyget. De övergripande strategiska målen har hela perioden bestäms via Patientsäkerhetsrådet som är landstingsledningens rådgivande organ för patientsäkerhet. Eftersom engagemang och ägarskap i vårdverksamheten är avgörande har VLL konsekvent så långt det varit möjligt länkat de krav som ställts från SKL och regering till aktiviteter som av vårdverksamheterna upplevs ha verksamhetsnytta. Under 2014 liksom hela 2013 har t ex varje mättillfälle av vårdrelaterade infektioner (4 gånger 2014) återkopplats till verksamheterna med hjälp av ett egenutvecklat dataprogram som snabbt efter varje mättillfälle skapar PDF-rapporter för varje vårdenhet. Samtliga verksamheter har 3-5 veckor efter mätdagen fått en skräddarsydd rapport med resultatanalys som jämför det aktuella resultatet med de fyra senaste mätningarna i den egna verksamheten. Rapporten innehåller lättöverskådliga tabeller och diagram som identifierar problemområden inom varje enskild verksamhet. Införandet av Infektionsverktyget har skett heltäckande i alla vårdverksamheter utom psykiatrin och parallellt med införandet har alla verksamheter innan start utbildats och fått besök av vårdverksam expertis på verktyget. Verksamheterna har givit tillfälle att påverka den framtida användningen av verktyget. Psykiatrin har lämnats utanför eftersom verksamhetsnyttan bedömts vara minst hos dem. Förutom nationella krav på Infektionsverktygets införande följs användning av urinkatetrar och centrala kärlkateterar i verktyget.

Ett viktigt beslut angående städning av vårdlokaler togs också under 2014. I syfte att förebygga smittspridning inom vården beslutade fullmäktige att införa helgstädning av toaletter utförd av professionell städpersonal på alla vårdavdelningar. Tidigare låg den arbetsuppgiften på vårdpersonalen. VLL har bedömt detta som en angelägen patientsäkerhetsfråga. Beslutet har föregåtts av ett mångårigt beredningsarbete av frågan av Städenheten VLL i samarbete med bland andra Vårdhygien. Nya styrdokument som relegerar helgstädning och en förbättringar av vårdhygienisk kvalitet har tagits i bruk.

Operationsverksamheterna har också förbättrat sin kvalitetssäkring av att operationsmiljön uppfyller nationella hygieniska krav. VLL genomförde 2011-2014 en omfattande satsning på ombyggnation av operationsventilation och förbättring av operationsmiljö i fler än 20 operationsrum. De opererande verksamheterna bedriver sedan ombyggnationerna kvalitetsarbete för att minimera riskerna för postoperativa infektioner genom att säkerställa att luften i operationsrummen innehåller så låg nivå av bakteriebärande partiklar som möjligt. Kvalitetsarbetet innehåller ett rullande schema med mätning av luftens renhet under pågående operationer och ändrat arbetssätt med egenkontroller vid utförandet av operationer. VLL kan visa att den nationella standarden för luftrenhet inne på operationsrum uppfylls i alla våra operationslokaler.

Fler än 30 landstingsövergripande riktlinjer för att förebygga VRI har uppdaterats under 2014. Läs mer om det förebyggande arbetet mot vårdrelaterade infektioner på s. 21.

Läkemedel

Marit Danell-Boman

I arbetet med att öka patientsäkerheten i frågor som rör läkemedel har Läkemedelscentrum (LmC) en viktig roll som kunskaps- och utvecklingscentrum för läkemedelsfrågor i regionen. Arbetet med patientsäkerhet har bland annat bedrivits genom insatser som syftar till en säker och ändamålsenlig förskrivning av läkemedel genom att uppdatera Terapirekommendationerna som distribueras till förskrivare, dessa finns också tillgänglig via intranätet Linda samt Vll.se. Arbetet fortsätter med införande och underhåll av förskrivarstöd i form av centrala receptfavoriter i receptmodulen för rekommenderade läkemedel. Dessa favoriter underlättar en korrekt och evidensbaserad förskrivning med hänsyn till ålder och kön och de minimerar dessutom risken för felskrivning och förbättrar följsamheten till terapirekommendationerna. För att säkerställa korrekt läkemedelsinformation har ett övergripande beslut tagits inom VLL om att alla verksamheter skall arbeta med

läkemedelsberättelse och Läkemedelscentrum har lett arbetet med att ta fram rutinerna för implementering och uppföljning. Utöver detta har också arbetet med att följa upp och utvärdera läkemedelsbehandling utökats påtagligt: totalt har över 1600 läkemedelsgenomgångar ledda av apotekare genomförts i både primärvård och slutenvård. Apotekarna har också bidragit till utbildningar i läkemedelsgenomgångar till olika grupper i sjukvården. Arbetet med olämpliga läkemedel för äldre pågår och utbildningar inom behandling av sömnstörningar samt användning av neuroleptika har också varit i fokus för en del utbildningar. Ett stort antal förenklade läkemedelsgenomgångar har också genomförts direkt av primärvården utan stöd av apotekare. LmC har aktivt deltagit i "Fall int!"-kampanjen för att förebygga fallskador där läkemedel kan vara inblandade.

Läkemedelscentrum arbetar också för en säker läkemedelshantering och ökad spårbarhet av läkemedel. Vi medverkar i upphandling av läkemedel som används inom sjukhusen där vi är utformar kravspecifikationer för bättre patientsäkerhet och för att förebygga förväxlingsrisker. Arbetet med att sortera om läkemedelsförråd i ATC-ordning har påbörjats, även detta för att minska förväxlingsrisken.

Läkemedelscentrum fortsätter upprätthålla en högkvalitativ service med evidensbaserade och kvalitetskontrollerade utredningar och svar på olika läkemedelsfrågor från sjukvården vilket också bidrar till en bättre patientsäkerhet.

Utbildning har genomförts för AT- och ST-läkare för att de ska få en bra grund inom klinisk relevanta läkemedelsfrågor. För första gången planeras en kurs för läkare med utländsk utbildning "Introduktion till svensk sjukvård för läkare med utländsk utbildning" där en hel dag ägnas åt olika aspekter och rutiner vid läkemedelsbehandling i Sverige.

Omvårdnadssatsningar

Ingrid Hugosson-Wallgren

Under året har särskilda satsningar gjorts på omvårdnadsområdet. En länsövergripande gruppering "Arbetsgruppen för omvårdnad" med kompetens från vårdverksamhet, universitet och personalområdet har under året utvidgats och kallas nu "Arbetsgruppen för omvårdnad och rehabilitering". Gruppen har anordnat utbildningar och temaveckor inom området.

För andra året i rad anordnades under vecka 40 en kampanj i Västerbotten med det dialektala namnet Fall int! Som namnet antyder handlade kampanjen om att förebygga fallolyckor och fallskador hos äldre personer denna gång med inriktning mot sömn och sömnläkemedel. En viktig pådrivande faktor till kampanjen är att Västerbotten sticker ut med ett betydligt sämre resultat när det gäller fallskador jämfört med övriga län i landet. Kampanjveckan var ett samarbete mellan Västerbottens läns landsting, Umeå universitet och Region Västerbotten. En särskild "Fallgrupp" bildades med sakkunnig från kommun, landsting och universitet. Sammanlagt skedde cirka 157 aktiviteter i länet vilket är en ökning från föregående år och alla kommuner deltog. Engagemanget visade sig vara stort och förutom huvudarrangörerna har pensionärsföreningar, privata näringsidkare, studieförbund och ideella föreningar bidragit med en rad olika inslag för att uppmärksamma riskerna och förebygga fall. Inom problematiken kring fall återfinns cirka 20 procent av avvikelserna inom VLL då klassificerade inom området behandling. Under året har enstaka kliniker fått i uppdrag att göra en handlingsplan inom detta område när man uppmärksammat att kliniken haft ett ökat antal avvikelser inom området.

Under vecka 43 genomfördes en egeninitierad punktprevalensmätning av fall vid länets vårdavdelningar där patienter vårdas som har ökad risk att drabbas av fall under vårdtiden. Syftet med mätningen var att få en nulägesbeskrivning som underlag för fortsatt arbete med en länsövergripande handlingsplan för att minska fall vid länets sjukhus.
Resultatet visade tydligt på att riskbedömning av inneliggande patienter är en vanligt förekommande åtgärd vid länets sjukhus. Det visade också att andelen inneliggande patienter som har risk att drabbas av vårdskada är hög och belyser områdets angelägenhetsgrad. Innan handlingsplanen kan färdigställas ska verksamheternas synpunkter på genomförd mätning och resultat tas till vara.

Under vecka 47 genomfördes en länsgemensam aktivitet för andra året som syftade till att stärka arbetet med att förebygga trycksår och fick därmed namnet "Trycksårsveckan". Innehållet i veckan var utställningar och kortare föreläsningar som även skedde via video. Tyvärr var det även i år ett problem för verksamheterna att delta. Därför beslutades att föreläsningarna streamas fortsättningsvis så möjlighet finns att kunna ta del av informationen på avdelningarnas ordinarie avdelningsmöten. Läs mer om trycksårsresultat på s. 23.

Förbättrad Lex-Maria process

Det processarbete av händelseanalysprocessen som ledde fram till ett nytt arbetssätt efter den kritik som framfördes av IVO 2013 har utvärderats för att se om arbetssättet förkortat ledtiderna vilket också har skett. Processarbetet resulterade även i en ny analysfunktion för att identifiera och sammanställa risker och avvikelser på övergripande nivå som har pågått under året och är nu en ordinarie arbetsuppgift för de centrala händelseanalysledarna

Värdegrunden - "Ständigt bättre - patienten alltid först!"

Det fortsatta arbetet med värdegrunden som startades under våren 2013 har pågått under året nu i form av att verksamheterna själva formulerat värdegrundens innebörd för verksamheten själv i det dagliga arbetet.

Tandvården Fokusområden 2014

Ulf Söderström

Under året har ett utvecklingsarbete påbörjats för att förbättra risk- och avvikelsehanteringen inom Folktandvården. Antalet avvikelseutredare har reducerats och regionala händelseanalysledare har utbildats. Dessa har i uppdrag att utreda allvarligare händelser eller avvikelser som frekvent inrapporteras. Utredningen initieras av verksamhetschef efter kontakt med anmälningsansvarig tandläkare. Genom denna förändring bör kvaliteten och effektiviteten förbättras i analysarbetet samt möjliggöra för att arbetet med åtgärdsplaner och uppföljning sker mer systematiskt.
Resultatet av 2014 års Patientsäkerhetskulturmätning visade en förbättring mot tidigare mätningar och endast ett fåtal områden uppvisade resultat som kräver åtgärder. Varje basenhet har analyserat sina resultat och upprättat egna handlingsplaner.
Tandvårdens antibiotikaförskrivning är lägst i riket. Under hösten har en mätning av antibiotikaförskrivningen genomförts enligt mall från STRAMA. Resultatet har ännu inte analyserats men de första resultaten visar på en god följsamhet till framtagna riktlinjer.
Ett annat fokusområde under året har varit att förbättra journalföringen. Ett riktlinjedokument har utarbetats och flera basenheter har under året genomfört systematisk kvalitetsgranskning enligt framtagna checklistor. Förbättringsområden har identifierats och handlingsplaner framtagits. För att förbättra granskning och diagnostik vid röntgenundersökningar har nya diagnostiska skärmar installerats vid alla kliniker i länet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan mellan landstinget och kommunerna

AC Konsensus är ett politiskt samarbetsorgan mellan länets kommuner och landstinget i frågor som bör hanteras likvärdigt i länet Samverkan avser länsövergripande överens-kommelser inom vård och omsorg. Länssamordningsgruppen är ett samarbetsorgan som består av ledande tjänstemän från socialtjänsten och landstinget och hanterar frågor som rör samverkan däremellan. FoU Välfärd på region Västerbotten har på några år etablerat sig som en regional kunskapsmiljö i länet och kan tillsammans med andra kunskapsmiljöer ge kunskaps- metod och implementeringsstöd till kommunernas socialtjänst och berörda delar av hälso- och sjukvården. Den nationella överenskommelsen "Bättre liv för sjuka äldre" är den största gemensamma satsningen hittills över huvudmannagränser inom äldreområdet och bygger på samverkan där bland annat arbetet med kvalitetsregistren Swedem, Palliativa registret och Senior alert har ingått och utvecklats. Inom " Bättre liv för sjuka äldre" ligger också området "Säker läkemedelsanvändning för äldre" där fortsatt satsning på läkemedelsgenomgångar har genomförts inom särskilda boenden, primärvården och sjukhusvården vilket gett resultat. (läs mer under avsnitt Läkemedel s.11)

Under den nationella satsningen "Bättre liv för sjuka äldre" finns arbetet med att med ett systematiskt arbetssätt trygga patientens hemgång från sjukhuset och därigenom minska risken för återinskrivning. Arbetet har fortsatt under året med att utöka antalet avdelningar som har en utskrivningssköterska och använder framtagen checklista vid utskrivning. Via "webbkollen- ring upp" har patienter som varit inneliggande ringts upp och det visat tydligt att patienterna är mer informerade, har mer kontroll på sina läkemedel och i större omfattning vet var man ska vända sig om det blir problem.

Arbetssätt för att hitta brister i vårdens övergångar

I enlighet med överenskommelsen mellan VLL och kommunerna när det gäller samordnad vårdplanering sker regelbundna träffar för att hantera avvikelser kring samverkan. Från sjukhusen skickas avvikelser alltid först till berörd part inom kommun med en kopia till landstingets sjukhussamordnare. I kommunerna är det den medicinskt ansvariga sjuk-sköterskan (MAS) som hanterar samverkansavvikelser. Träffarna sker i olika konstellationer; ibland tillsammans med biståndshandläggare och MAS och ibland enbart med MAS där man diskuterar avvikelser utifrån ett systemtänk. Sjukhussamordnarnas arbete kring avvikelser syftar till att se övergripande systemfel/brister och i samverkan med kommunerna arbeta utifrån en åtgärdsplan tillsammans eller var för sig. Under nästa år kommer landstingets avvikelsemodul "Avans" uppgraderas vilket kan ge möjlighet för kommunerna att direkt på elektronisk väg skicka in avvikelser.

Samverkan inom regionen

Regionalt Cancercentrum Norr (RCC Norr) har en viktig roll att samordna och utveckla cancervården i norra regionen. Flera av huvudpunkterna i den regionala utvecklingsplanen har direkt betydelse för patientsäkerheten. Bland annat ska alla patienter erbjudas tillgång till en kontaktsjuksköterska. Denna har en viktig betydelse för att optimera vårdkedjorna och stärka patientens roll i vårdprocessen. Den regional nivåstruktureringsplanen är framtagen för att säkerställa en tillräcklig koncentration av såväl patienter som resurser och kompetenser för att alla cancerpatienter i regionen ska få en god, jämlik och säker vård. Patientdelaktighet är centralt i arbetet inom RCC Norr. Det regionala patientrådet, med representanter från olika patientföreningar, har direktkontakt med RCC Norrs ledning, är remissinstans för RCC:s arbete och driver viktiga frågor ur patient- och närståendeperspektiv.

Registercentrum Norr (RCN) som är ett stöd för nationella kvalitetsregister, har nu byggts upp och blivit operativt. I uppdraget ligger att utveckla och bygga kvalitetsregister, utbilda, skapa rapportmallar för datauttag samt bidra till forskning på registerdata. Syftet är att öka användandet av registerdata för verksamhetsutveckling. RCN deltar också i nationell samverkan rörande patientmedverkan i kvalitetsregister samt arbetar lokalt och nationellt.

Forskning och förbättringskunskap för att minska vårdskador

Som ett led i att stärka den kunskapsbaserade och säkra vården brukar det genomförs en dag årligen i samverkan mellan Umeå universitet och landstinget, dock inte 2014 då det istället anordnades en Äldrekonferens. Planen är att inför nästa år genomföra dagen med Umeå universitet och kommunen.

Riskanalys

Alla risker ska rapporteras i avvikelsehanteringssystemet Avans enligt samma rutin som följer av nästa kapitel (Hälso och sjukvårdspersonalens rapporteringsskuldighet). I Avans finns också en riskfunktion där enheterna själva kan rapportera risker uppåt i organisationen. Risken tas emot av kvalitet- och patientsäkerhetssamordnaren som lyfter risken i Patientsäkerhetsrådet. Risker som ska rapporteras enligt föregående rutin är sådana som man på lokal nivå inte har resurser eller mandat att hantera, eller en risk som åtgärdats men återkommer.

Riskanalys ska initieras vid större organisatoriska förändringar, vid en identifierad risk i verksamheten eller vid en samling av avvikelser inom samma område. Syftet med en riskanalys är att på ett systematiskt sätt identifiera och värdera risker och identifiera orsaker till dessa. Åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna, eller mildrar konsekvenserna av dessa, ska tas fram. Resultatet av en riskanalys ska ligga till grund för att starta ett förbättringsarbete. Uppdragsgivare till riskanalyser på basenheter är verksamhetschef. Uppdragsgivare på övergripande nivå är landstingsdirektör eller Patientsäkerhetsrådet.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

All personal är enligt patientsäkerhetslagen skyldig att rapportera risker och avvikelser som observerats. Samtliga enheter ska ha en handlingsplan för patientsäkerhet utifrån VLLs anvisning i vilken det ska ingå en beskrivning av hur avvikelsearbetet är organiserat. I handlingsplanen ska även mål och aktiviteter definieras för att avse förbättra det som avvikelserna visar brister på. Avvikelseutredare och lokal patientsäkerhetssamordnare har en viktig roll i arbetet att sammanställa och analysera avvikelser. Samtliga basenheter ska sammanställa sina avvikelser minst en gång per år, vid verksamhetsplanearbetet, men bör med fördel göras flera gånger per år.

De allvarligaste händelserna ska utredas med händelseanalys enligt av Socialstyrelsen rekommenderad modell. Vissa enheter har utbildade analysledare för detta och centrala analysledare finns som metodstöd vid mer komplexa ärenden, framför allt ärenden där flera enheter är inblandade. Verksamhetschef ansvarar för att kontakta chefläkare som sedan beslutar om vidare gång och eventuell Lex Maria anmälan. Det finns en central riktlinje för avvikelsehantering i VLL.

En omfattande utvecklingssatsning inom vårt avvikelsehanteringssystem pågår. Systemet ägs av VLL tillsammans med tre andra landsting och det nya systemet kommer att tasi bruk under 2015.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål från patienter eller närstående som kommer direkt till verksamheten bör i första hand hanteras av verksamhetschefen enligt egen rutin. Enligt landstingets riktlinjer ska

klagomålen därefter föras in i risk- och avvikelsehanteringssystemet Avans för att kunna analyseras och ligga till grund för förbättringsarbete. Synpunkter och klagomål som kommer via Inspektionen för vård och omsorg hanteras via berörd verksamhetschef efter hantering av central handläggare.

Klagomål som kommer till Patientnämnden hanteras av patientnämndens tjänstemän som har en löpande kontakt med hälso- och sjukvårdens personal samt verksamhetschef i samband med enskilda patientärenden. I vissa ärenden kontaktas chefläkare eller anmälningsansvarig tandläkare för ett yttrande. Patientnämndsärenden återförs till chefläkare och kvalitets- och patientsäkerhetssamordnare efter varje nämndssammanträde. Samma arbetssätt tillämpas för primärvård och tandvård. Sammanställning av ärenden redovisas i Patientsäkerhetsrådet liksom förslag på förbättringsarbeten

Sammanställning och analys

Nedan följer en lista på rapporterade avvikelser och anmälningar.

Antal inrapporteringar/anmälningar		2011	2012	2013	2014
Antal risker/avvikelser inrapporterade i Avans	9934	11345	12155	11695	11590
Antal Lex Maria-ärenden	47	39	39	53	64
Antal enskilda klagomål, (HSAN-ärenden 2010)	62	53	122	117	114
Antal ärenden anmälda till patientförsäkringen LÖF	406	454	487	533	624

Tabell 2. Data över avvikelser, rapporterade lex Maria-ärenden, enskilda klagomål, anmälningar till patientförsäkringen LÖF och till patientnämnden från patienter/närstående.

Enligt ledningssystemet ska alla enheter föra in samtliga avvikelser, risker och klagomål i avvikelsehanteringssystemet. Varje verksamhet ska göra en sammanställning och analys av sina risker och avvikelser för att följa trender och identifiera säkerhetsbrister på den egna enheten. VLLs säkerhetsgrupp gör årligen landstingsövergripande analyser av inrapporterade avvikelser inom de olika säkerhetsområdena och rapporterar till landstingsdirektören i form av en årsberättelse. Risker och avvikelser där medicinteknisk utrustning är inblandad följs av Medicinsk teknik och strålning, och diskuteras med chefläkare. Läkemedelscentrum följer risker och avvikelser som rör läkemedelshantering och rapporterar till chefläkaren vid misstänkt vårdskada. Inom tandvården och primärvården görs kvartalsuppföljningar av respektive verksamhetsområdes alla inrapporterade risker och avvikelser.

Den centrala funktionen med ansvar för att fortlöpande granska rapporterade risker och avvikelser finns nu inom de centrala händelseanalysledarna. Avvikelser av allvarligare art, riskavvikelser och återkommande avvikelser inom samma område lyfts till chefläkarfunktionen för bedömning. Syftet är att så snabbt som möjligt, efter chefläkarbedömning, initiera uppstart av händelseanalys eller vidta andra lämpliga åtgärder. Antalet händelseanalyser har ökat under året. Det ses som en positiv utveckling och ett resultat av verksamhetens lärande förhållningssätt. Antal enskilda klagomål till IVO ligger på samma nivå som fjolåret medan antalet anmälda ärenden till patientförsäkringen ökat.

Patientnämnden

Under året har 719 ärenden avslutats vilket är en ökning med 34 ärenden sedan fjolåret.

Nämnden har under året bl.a. noterat följande tendenser:

- Brister i operations och vårdplatsresurser med försenade och uppskjutna operationer som följd

- Problem med försenade remisser. Långa väntetider för bedömning och behandling generellt sett och i synnerhet för utredning och behandling vid Barn och ungdomspsykiatriska kliniken (BUP) Kommunikations- och bemötandeproblem mot patienter
- Kommunikationsbrister mellan olika vårdenheter
- Ökat antal komplexa ärenden
- Brister i samverkan mellan olika vårdgivare – informationsbrister och planering inför hemgång för äldre patienter

Fortfarande är det fler kvinnor än män som tar kontakt som patient eller som anhörig. 297 män och 422 kvinnor. Jämfört med tidigare år har antalet män ökat medan antalet kvinnor är relativt konstant. Den vanligaste åldersgruppen som kontaktar Patientnämnden är gruppen mellan 40-60 år.

Samverkan med patienter och närstående

Patienters erfarenheter av och synpunkter på hälso- och sjukvården är en viktig grund i kvalitetsarbetet. Mätning genom den nationella patientenkäten genomförs på ett standardiserat sätt med ett validerat frågeinstrument i VLL. Målgruppen är patienter som har besökt primärvård, öppen vård på sjukhus eller har ett vårdtillfälle i sluten vård.

Alla verksamheter med patienter som har ett stort vårdbehov ska erbjuda "Min Guide till säker vård", en skrift från Socialstyrelsen. Den ger nödvändig information om vad patient och anhörig kan förvänta sig inför mötet med vården. Informationsinsatser har genomförts för att säkerställa kunskap och användningsområde av skriften.

Trots goda exempel saknar VLL en övergripande strategi eller riktlinje för hur arbetet med att involvera patienten i patientsäkerhetsarbetet ska genomföras. Det är ett fortsatt förbättringsområde för 2015.

Resultat

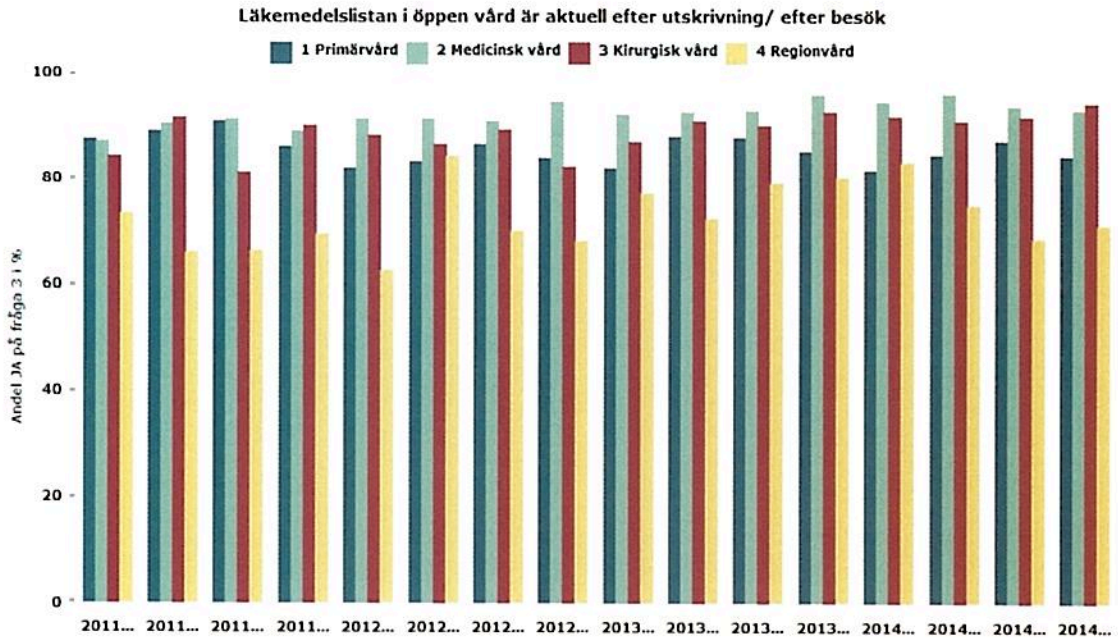
Strukturmått

Under året har 44 patientsäkerhetsdialoger genomförts inom sjukhusvård, primärvård och tandvård. En rad utbildningar som ger kunskap och förutsättningar för ett patientsäkerhetsarbete har genomförts Utbildning i avvikelsehanteringssystemet har också skett under året.

Stramagruppen i VLL har kontakt med länets Hälsocentraler och kliniker via information på hemsidan www.vll.se/strama, egna kontakter, besök, utbildningar och med hjälp av informatörer på Läkemedelscentrum. Under året har vi dessutom startat ett system med av verksamhetscheferna utsedda Infektionsambassadörer på varje enhet med särskilt ansvar för kvalitetsarbete kopplat till antibiotikaanvändning.

Processmått

VLL har sedan 2008 genomfört mätningar inom läkemedelsområdet, bland annat andel patienter som får en korrekt läkemedelslista vid utskrift från slutenvård eller efter besök i öppenvård.

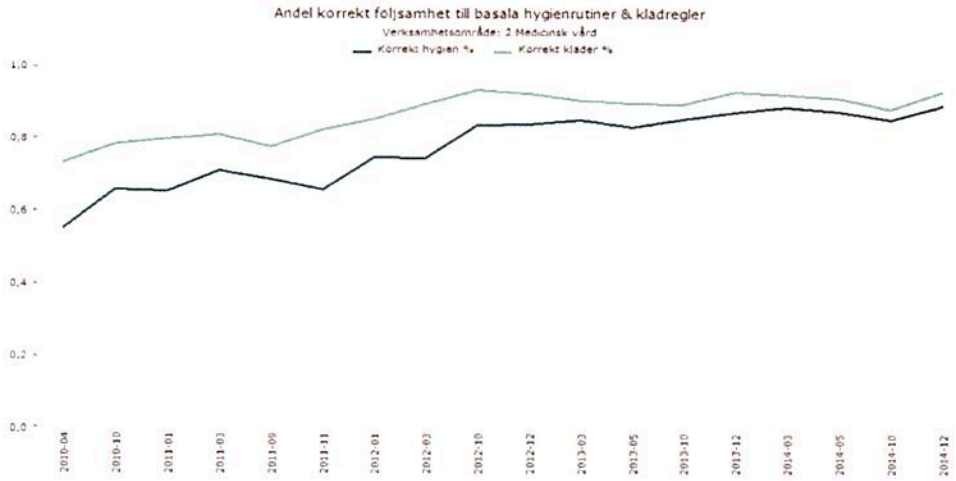


Figur 1 Andel patienter som vid utskrift från slutenvård eller besök i öppenvård har en aktuell läkemedelslista/kvartal

Resultaten relativt konstanta vid de senaste mätningarna där det är vo-område regionvård som har lägre värden. Arbetet med att förbättra utskrivningsinformationen för patienten pågår i och med den nationella satsningen, Mest sjuka äldre" och kommer troligen att generera större andel korrekta läkemedelslistor för patienter.

Basala hygien- och klädrutiner

Inom VLL har följsamheten till hygien- och klädregler ökat från mätningarnas start fram till idag. Det finns kvalitetsindikatorer som på verksamhetsnivå är kopplade till utfall av följsamhet till hygien- och klädregler vilka följs upp kvartalsvis av ekonomistaben.

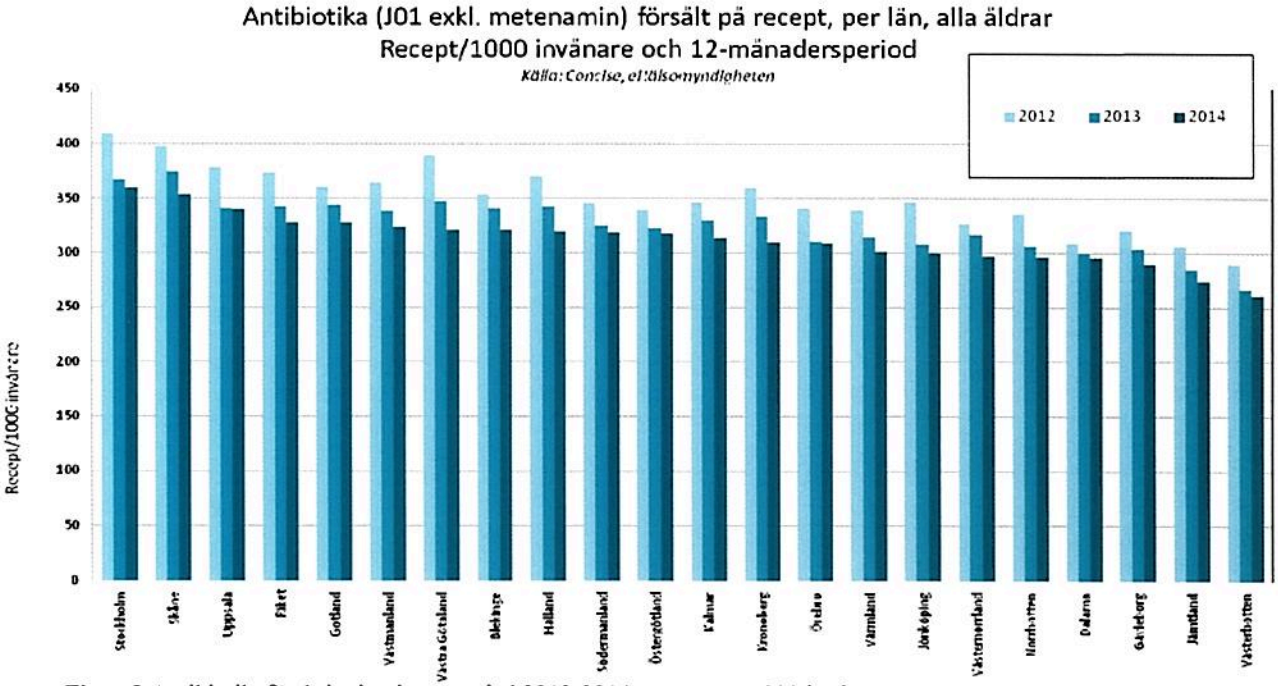


Figur 2 Andel korrekt följsamhet till basala hygien- och klädregler över tid (2010-2014)

Resultatmått

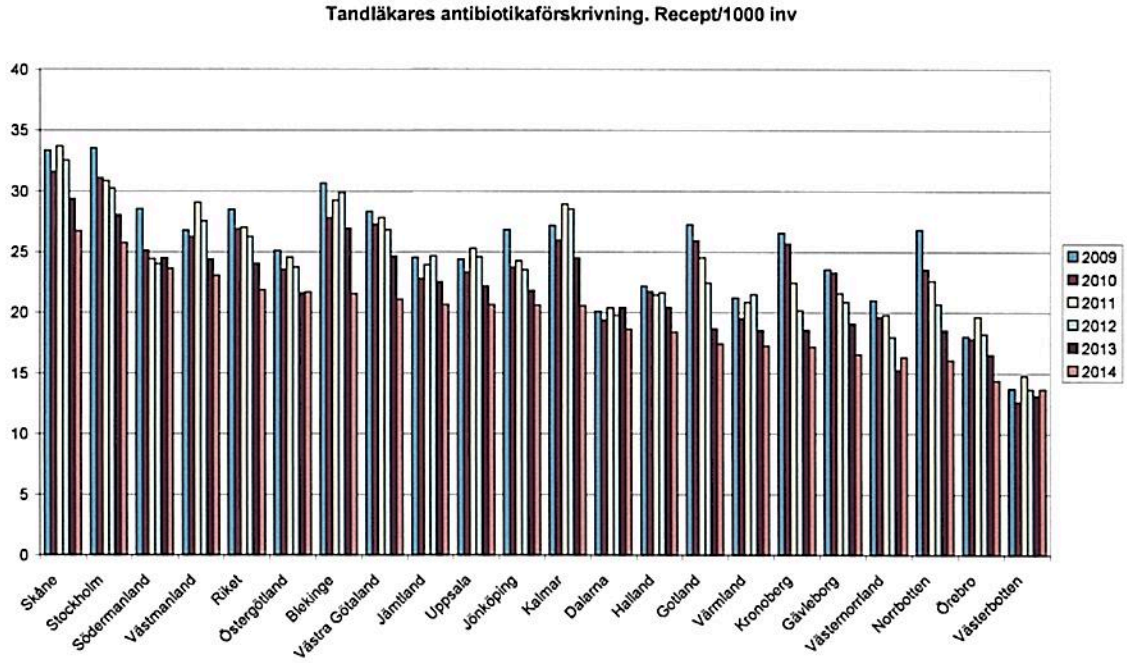
VLL hade 2014 fortsatt landets lägsta antibiotikaförskrivning med 260 recept per 1000 invånare och år inom öppenvård (se figur 3). Utöver en sjunkande volym av antibiotika ser vi även ett bättre förskrivningsmönster med högre följsamhet till behandlingsrekommendationerna.

Antibiotika



Figur 3 Antibiotikaförskrivning i öppenvård 2012-2014, recept per 1000 invånare

VLL hade fortsatt även landets lägsta förskrivning av antibiotika i tandvården (se figur 4)



Figur 4. Förskrivning av antibiotika i tandvården länsvis 2009-2014. DDD/1000 invånare

Västerbotten har fortsatt landets tredje högsta rekvisition av antibiotika mätt i DDD/1000 inv och dag. Andelen penicillin av total antibiotikaförbrukning på sjukhus har ökat. Vi ligger under rikssnittet och minskar andelen intravenösa bredspektrumantibiotika som Meronem och Tazocin. Andelen kinoloner och cephalosporiner har ökat något och står i fokus 2015 för uppföljning via Infektionsverktyget på alla kliniker. Trenden av kinolonförskrivning mot urinvägsinfektion för kvinnor 18-79 år är sjunkande till ca 15% 2014. Det är lågt kvar till målet 10 %, förskrivningen i primärvården är dock nere på under 5 %. För 2015 satsar vi på att med stöd av rapporter i Infektionsverktyget följa antibiotikaprofil vid behandling av urinvägsinfektion utan feber på alla sjukhuskliniker och andelen penicillinbehandlade samhällsförvärvade lunginflammationer på medicinska kliniker 2ggr per år. Andelen barn 0-6 år som får Penicillin V förskrivet vid luftvägsinfektion ligger kvar på drygt 70% 2014. Målet är att nå upp till 80 %, vilket kommer att bli svårt att nå då förstahandsbehandlingen för barn 0-6 år med luftvägsinfektion är att avstå från antibiotikabehandling.

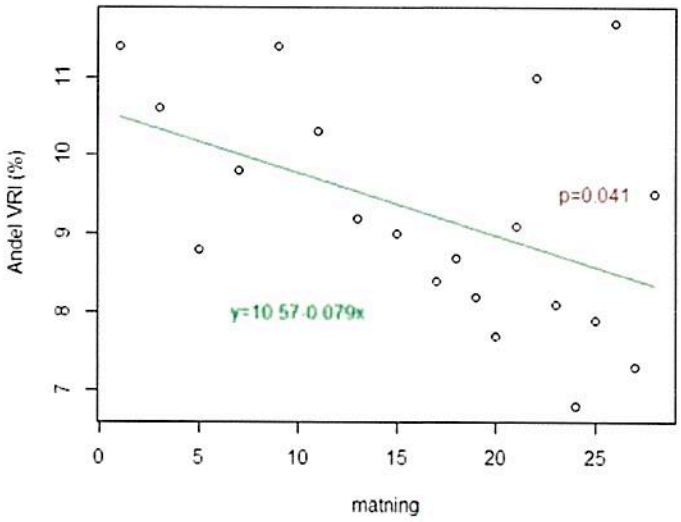
Vårdrelaterade infektioner

En analys av vilken effekt satsningen på patientsäkerhet haft på förekomsten av vårdrelaterade infektioner inom VLL visar att det skett en minskning på ca 20 procent.

Nedan visas en graf som illustrerar de 20 punktmätningar av vårdrelaterade som utförts på alla inneliggande patienter på Västerbottens tre sjukhus (PPM-VRI). Siffrorna på Y-axel är procent patienter med vårdrelaterad infektion medan siffrorna på X-axeln illustrerar de olika mätningarna (de 20 punkterna illustrerar 20 mättillfällen 2008-2014).

År 2008-2011 gjordes två mätningar per år och 2012-2014 har det gjort fyra mätningar per år. Sammanlagt 17 320 patienter ingår och antalet patienter per mätning är 748-909. Vi vågar påstå att vi har haft mycket ambitiös kontroll av datakvalitet i jämförelse med andra vårdgivare. Alla data på varje patient har kvalitetsgranskats av vårdhygiens personal som också har skött inmatningen i det nationella mätsystemet.

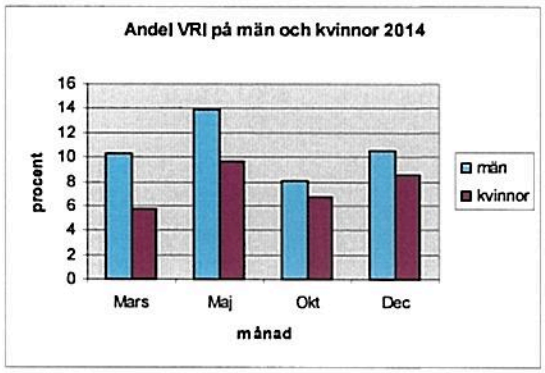
Finns det någon linjär trend i andelen VRI över tid i VLL?



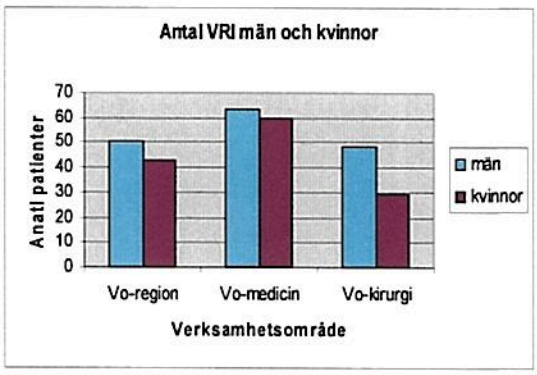
Det finns en signifikant trend av minskad andel vårdrelaterad infektion. Regressionsanalys visar att minskningen 2008 till 2014 är 10,6 till 8,4 procent motsvarande en minskning med ca 20 procent. Samtidigt illustrerar bilden att variationen mellan mätningar är stor, det är en inneboende svaghet med metoden punktmätning. VLLs data skiljer sig från nationella data som inte visat en signifikant minskning. Patientsäkerhetssatsningen nationellt hade som mål att halvera förekomsten av vårdrelaterade infektioner. Dit har vi inte nått i VLL men de data

vi har pekar på att patientsäkerhetssatsningen har haft effekt. En minskning med 20 procent är ett anmärkningsvärt bra resultat.

Ur ett genusperspektiv ser resultaten ut på följande sätt för årets fyra mätningar, färre kvinnor har drabbats av VRI och en viss skillnaden mellan verksamhetsområdena kan ses (se fig nedan)

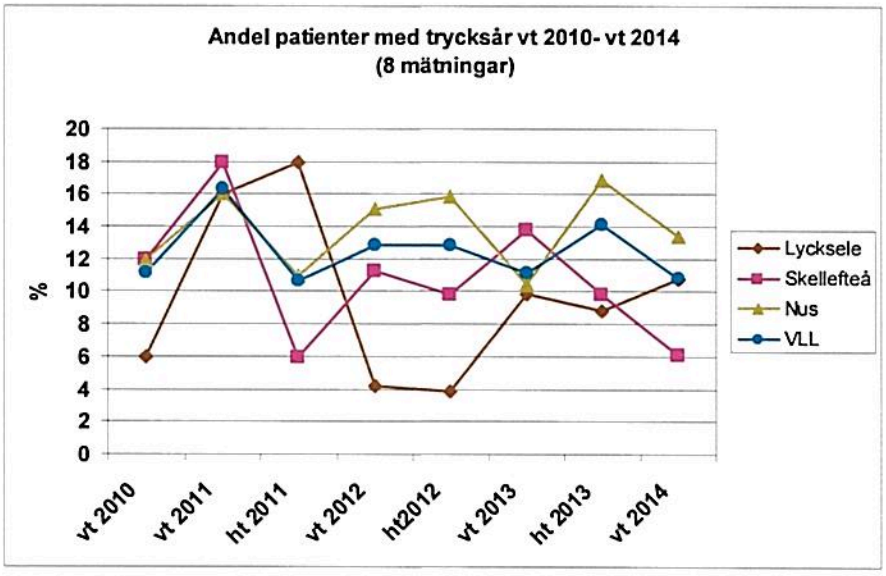


Andel VRI 2014



Antal VRI per vo-område

Trycksår



Figur 7 Andel inneliggande patienter med trycksår i VLL över tid (2010-2014)

En punktprevalensmätning är endast ett nedslag vid en given tidpunkt och innebär att tolkningen av data bör ske med försiktighet. Under 2014 genomfördes två mätningar men av olika anledningar blev registreringen betydligt sämre under oktobermätningen vilket gjorde det svårt att tolka och därför är den inte heller med i diagrammet ovan. Sammantaget visar resultatet en förbättring avseende andel trycksår men andelen riskbedömningar (36%) är fortfarande låg, även om den ökat något, och av dessa så hade en relativt hög andel trycksår (34%). Lokalisationen av trycksår följer samma mönster som tidigare mätningar.

De största förbättringsområdena är övergripande att fler riskbedömningar ska göras, men framför allt att de med risk för trycksår ska få adekvata åtgärder insatta och att uppföljning görs samt dokumenteras. Användandet av hälavlastning för patienter som bedömts ha risk för trycksår har ökat vilket är positivt. En lite djupare analys av resultat på avdelningsnivå har också gjorts under 2014 där man försiktigtvis kan dra slutsatsen att på avdelningar som har systematik i sitt arbete ser man också ett färre antal trycksår. Det finns fortfarande brister i den systematiska vårdpreventionsprocessen och arbetsgruppen för omvårdnad och rehabilitering har startat ett arbete för att se över den vårdpreventiva processen i länet och har till uppgift att utarbeta länsövergripande riktlinjer.

Måluppfyllelse

Under rubrik Övergripande mål och strategier (s.4) beskrivs Västerbottens läns landstings övergripande mål för patientsäkerhet. Nedan följer en avstämning för måluppfyllelse.

Målvärde 2014	Uppfyllt?	Analys
Alla basenheter med koppling till vården har en handlingsplan för kvalitet och patientsäkerhet där genusperspektiv beaktas	JA	Alla enheter har en handlingsplan och många men inte alla har med ett genusperspektiv - lite beroende på aktivitet
Läkemedelsberättelser ska införas och öka successivt under 2014.	JA	Läkemedelsberättelse har införts och har ökat under året
Minska vårdrelaterade infektioner	NEJ	PPM mätningarna är bara en ögonblicksbild och vi lyckades inte uppnå målet med en minskning på 10%
Öka andelen korrekta läkemedelslistor till 100 %	NEJ	Värdet för 2014 blev 87,4% . Finns problemområden ex Pascal som inte identifieras genom dessa mätningar
Trycksår ska minska till under 10 %	NEJ	Vi kom nästan i mål snitten på mätningarna blev 10,8%. Aktiviteter har pågått under året
Uppföljning av fall- och fallskador ska göras	JA	Via ökat identifierade antal avvikelser för fall har kliniker fått riktade uppdrag att presentera en handlingsplan
Öka andelen patienter med utskrivningsmeddelande	JA	Under året har en ökning skett

Övergripande mål och strategier för kommande år

Fullmäktiges mål för patientsäkerhet 2012-2015:

Strategierna är desamma (se s.4) eftersom de politiska strategierna sträcker sig över en mandatperiod. Patientsäkerhetsrådet kommer att fortsätta att styra patientsäkerhetsarbetets aktiviteter utifrån den handlingsplan som håller på att utvecklats för att gälla 2014-2015.

En medveten patientsäkerhetskultur i hela organisationen ska minska onödiga vårdskador och kostsamma kvalitetsbrister De politiska nämndernas målvärden summeras i tabell 4.

Utifrån sammanfattning av verksamheternas egna patientsäkerhetsberättelser konstateras att för 2015 bör VLL fokusera på ökad patientmedverkan, fortsätta utveckla arbetet med patientsäkerhetsteamen samt arbeta med att förbättra resultaten från patientsäkerhetskulturen.