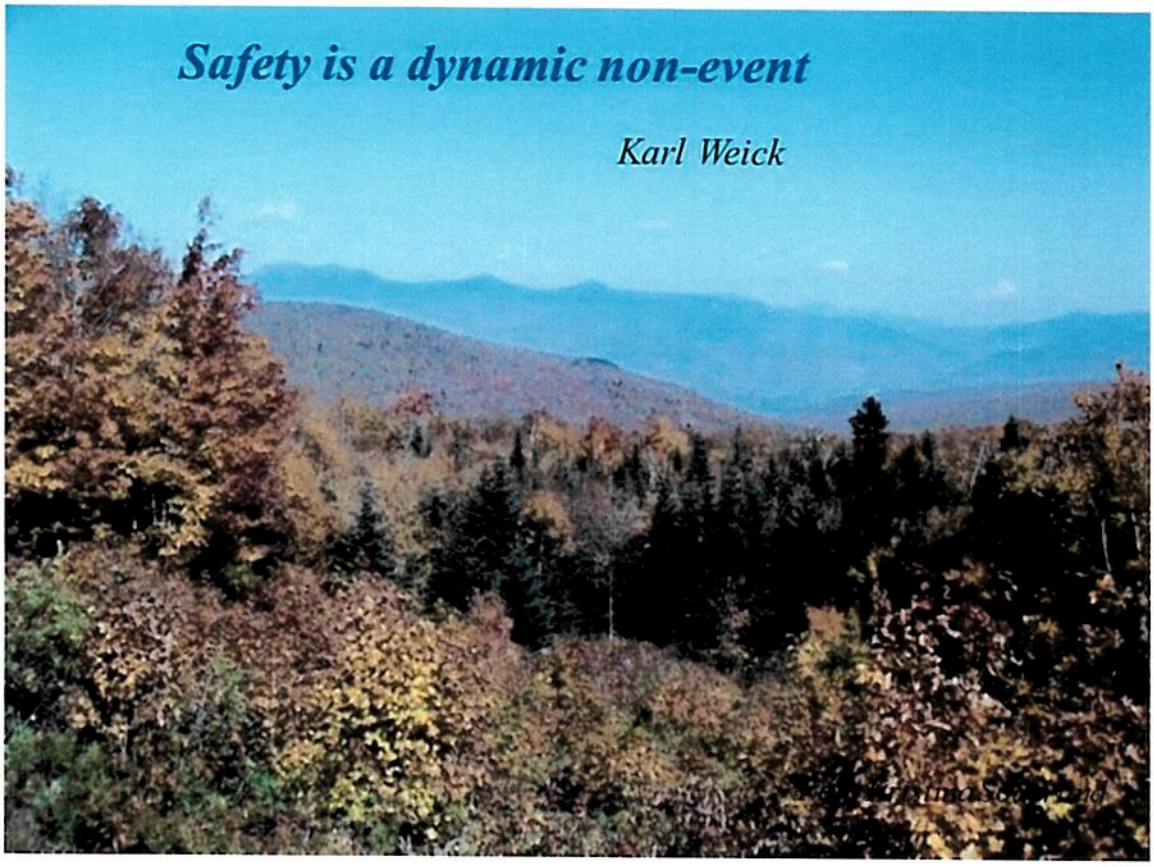
Patientsäkerhetsberättelse

2015

VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING



2016-02-26

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..... 8
Samverkan för att förebygga vårdskador..... 12
Riskanalys..... 14
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet..... 14
Hantering av klagomål och synpunkter..... 15
Sammanställning och analys..... 15
Informationssäkerhet..... 16
Samverkan med patienter och närstående..... 16
Resultat..... 17
Övergripande mål och strategier för kommande år..... 22

Sammanfattning

Den nationella patientsäkerhetssatsningen avslutades i december 2014 så det här var första året landstinget drev patientsäkerhetsarbetet i egen regi utan nationellt uppställda mål. Finansieringen av patientsäkerhetsarbetet i landstinget hade under den nationella satsningen skett med prestationsmedel, därför beslöts om en extra satsning i budgetarbetet inom området för att arbetet skulle kunna fortsätta under 2015. Utifrån de områden som patientsäkerhetsarbetet under SKLs ledning bedrivits har ett fortsatt arbete skett under året. Viktigt har varit att fokusera på det som vi tror har bäst bärighet på patientsäkerheten som till exempel att fortsätt med mätningar för att följa vårdrelaterade infektioner, korrekt läkemedelslista och fortsatt arbete mot antibiotikaresistens. Det har också funnits landstingsövergripande aktiviteter för att förbättra patientsäkerheten. Här kan de så kallade "städveckorna " i Vårdhygiens regi nämnas då de nya städriktlinjerna presenterades i länet och utbildningen i "Gröna Korset" för att lyfta, visualisera och tydliggöra patientsäkerheten. Den senare har på några få månader haft stor genomslagskraft i verksamheterna.

Stramagruppen har arbetat aktivt för att öka följsamheten till behandlings-rekommendationerna 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 påbörjat arbetet med 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 återkoppling av diagnoskopplad antibiotikaförskrivning.

Arbetet för att minska vårdrelaterade infektioner har fortsatt 2015. Verksamheterna inom slutenvården har följt förekomst av vårdrelaterade infektioner med punktmätningar. Följsamhet till hygienrutiner och klädregler har också kontrollerats med punktmätningar inom både primärvård, slutenvård och tandvård. Systemet för återkoppling av mätningar finns etablerade i verksamheten. Utgående från målen i VLLs patientsäkerhetsplanhar Vårdhygien Västerbotten ökat utbildningsinsatserna om vårdhygienisk kvalitetsuppföljning med särskild inriktning på att använda det nya IT-systemet Infektionsverktyget. Informatikenheten har under året arbetat med att förbättra datakvalitén i verktyget.Vårdverksamheterna har förbättrat sina rutiner för att kvalitetsuppfölja och förbättra användningen av riskfaktorerna centrala venaccesser och urinkatetrar.

I en särskild och omfattande satsning har städningen inom VLL förbättrats och nya rutiner för städning har implementerats i hela organisationen.

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. Ett omfattande arbete som startade med en riskanalys över dosförskrivningar via Pascal och som ledde till en handlingsplan för att förbättra och säkerställa rutiner runt Pascal samt utbildningsinsatser för länets läkare har genomförts under året.

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. Rapporter från Infektionsverktyg har påbörjats som systematisk uppföljning 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.

Processarbetet av händelseanalysprocessen med att utveckla arbetssättet och minska handläggningstider har fortsatt under året. Arbetet med att fortlöpande granska avvikelser som inrapporterats i avvikelsesystemet Avans på central nivå har fortgått och därigenom kan allvarliga avvikelser hanteras snabbare. Antalet Lex Maria anmälningar visar på en mindre ökning och även ärenden till patientnämnden ökar och det gör också antalet anmälda ärenden till patientförsäkringen, däremot är det en minskning av antalet klagomål.

Verksamheternas egna patientsäkerhetsberättelser och verksamhetsplaner visar att ett systematiskt arbetssätt för patientsäkerhetsarbetet finns och ett stort engagemang för att förbättra på den egna verksamheten.

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. 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 2015 inriktas på förbättringsarbete baserat på avvikelser och mätresultat. Systematiken i att planera, genomföra förbättringsarbete, följa upp samt förbättra/korrigera är en grund och ett steg närmare målet att minimera antalet vårdskador.

Några av målvärden för 2015

Målvärde 2015
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. Det är en separat plan och berättelse som skicka ut tillsammans med verksamhetsplaneringen.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Styrning och inriktning av patientsäkerhetsarbetet i VLL utgår ifrån politikens mål och strategier. I landstingsdirektörens exekutiva ledningsgrupp (ELG) sitter hälso och sjukvårdsdirektören och de biträdande hälso- och sjukvårdsdirektörerna samt verksamhetsområdeschefer och stabschefer. Utifrån politisk inriktning fattar ELG beslut om resurser för patientsäkerhetsarbetet. Patientsäkerhetsrådet består av landstingets utvecklingschef, en biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör, representant från primärvårdsstaben, anmälningsansvarig tandläkare, patientnämndens kanslichef, Stramagruppens ordförande, chefen för Vårdhygien, chefläkargruppens ordförande, en sjukhussamordnare, kvalitets- och patientsäkerhetssamordnaren.

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. 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) finns på flertalet kliniker.

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/hälso- och sjukvårdsdirektören 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. 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. En enkät till verksamhetscheferna efter genomförd dialog genomfördes under våren 2015 för att utvärdera upplevd nytta med dialogerna och resultatet visade att man ansåg att patientsäkerhetsdialogen var en hjälp i patientsäkerhetsarbetet.

Strama analyserar antibiotikaförskrivning månatligt. Rapportering ett par gånger per år 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 till 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.

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 två ggr/år (basenheter med patientnära arbete)
- Mätning av vårdrelaterade infektioner två ggr/år (psykiatrisk och somatisk slutenvård)
- Trycksår en ggr/år (psykiatrisk och somatisk slutenvård + sjukstugor)
- Läkemedelslistans korrekthet två 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. Under våren 2014 genomfördes den andra enkätundersökningen i syfte att ta reda på personalens uppfattningar om patientsäkerheten på arbetsplatsen. Verksamheterna fick sedan i uppdrag att utifrån resultatet arbeta med aktiviteter som skulle förbättra. Det arbetet har pågått även under 2015. Även centralt gjordes en handlingsplan där vi arbetet med olika aktiviteter. En som på kort tid har fått stor genomslagskraft är arbetet med "Gröna korset". Det är ett enkelt och visuellt sätt att visa på och diskutera de avvikelser och "strul" som händer i verksamheten och på så sätt lyfts och tydliggörs patientsäkerhetsarbetet. Arbetet startade under hösten med utbildningstillfällen i länet och i december är det cirka 30% av verksamheterna som startat med arbetssättet.

Omvårdnadsregister

Registrering i nationella kvalitetsregister för omvårdnad 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. Problemet med att verksamheterna upplevde att tidsåtgången för Senior Alert blev för stor samtidigt som det krävdes det dubbeldokumentation dvs både i registret och patientjournalen gjorde att kravet att registrera i Senior Alerts kvalitetsregister togs bort 2015 men däremot inte kravet att göra en riskbedömning. Även under 2015 finns det enheter som fortsatt använda kvalitetsregistret. Arbetsgruppen för omvårdnad och rehabilitering (AOR) har utvecklat en egen mätning som genomförs en vecka per år där även journalgranskning ingår. Mätningen har under 2015 tagit upp två delar fallrisk och nutrition. Journalgranskningen visar att riskbedömning sker i mycket hög utsträckning ute i verksamheterna. För nästa år finns planer på att inlemma trycksår i mätningen också. Även i det palliativa registret fortsätter registreringarna. För landstingets del ses en liten förbättring i dokumenterade brytpunktssamtal, läkemedel mot ångest samt dokumentation av munhälsa. En positiv händelse under året var att Ortopedkliniken på Norrlands Universitetssjukhus fick pris av Reumatikerföreningen, Svensk ortopedisk förening och Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag för att ha tagit fram en metod att systematiskt använda kvalitetsregistren i sitt förbättringsarbete. Metoden innefattade inte bara Senior Alert och Palliativregistret utan också knä- och höftregistret.

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

Patientsäkerhetsarbetet har under året fortsatt att fokusera på att förebygga vårdrelaterade infektioner (VRI), läkemedelsfel i vårdens övergångar läkemedelsrelaterade problem samt fall, fallskador, trycksår och undernäring i samband med vård. För att minska de vårdrelaterade infektionerna har nya städrutiner tagits fram och implementerats i verksamheterna. Exempel på aktiviteter som skett ät bland annat att temadagar runt städning har hållits på de tre sjukhusen, en handlingsplan för att minska felaktigheter vid användning av Pascal (dos ordination av läkemedel) med nya rutiner och ett flertal utbildningstillfällen har hållits, utskrivningssköterskorna har fortsatt sitt arbete med att förbättra utskrivningen av patienterna och göra dem mer informerade samt fortsatt arbete med infektionsambassadörerna i verksamheterna för arbete med korrekt antibiotikaförskrivning. En broschyr ("Patientsäkerhet Vad kan du bidra med?") har tagits fram som kan ingå introduktionen till nya medarbetare för att tydliggöra vad alla ska bidra med. I Umeå har ett projekt startats med

"mobilt hemgångsteam" för att se om äldre personers inskrivningar och besök på akuten kan minska om en läkare och sköterska kan besöka dem i hemmet.

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 samarbetet med de utsedda Infektionsambassadörerna på varje enhet med särskilt ansvar för kvalitetsarbete kopplat till antibiotikaanvändning. De har fått utbildning i hur man tar fram rapporter i Infektionsverktyget. 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. Vi har fortsatt med vårt nätverk för läkare med ansvar för äldreboenden och har gjort en uppföljande studie av infektionsincidens och antibiotikabehandlingar. Riktlinjer för antibiotikabehandling i primärvård har uppdaterats. Även riktlinjerna på sjukhus, och för antibiotika inför kirurgi har uppdateras under 2015. Alla aktuella riktlinjerna finns samlade i appen Strama-VLL tillgängligt för alla. Läs mer om resultatet av vårt arbetssätt på sidan 18.
Västerbotten har under 2015 tillsammans med norra regionen påtagit sig värdskapet för det nationella arbetet mot antibiotikaresistens i Programråd Strama, som är en del av kunskapsstyrningen inom SKL.

Arbete för att minska vårdrelaterade infektioner

Anders Johansson

Viktiga aktiviteter under 2015 har varit förbättrad städning, fokus på kvalitetsuppföljning via IT-systemet Infektionsverktyget och intensifierat arbete för att kunna vårda patienter med antibiotikaresistenta bakterier utan smittspridning.
Nya förbättrade städrutiner har införts inom hela VLL med starkt fokus på förbättrat samarbete mellan VLLs städenhet och vårdenheterna. Städpersonal, Vårdhygien och vårdpersonal har tillsammans ordnat och medverkat i många utbildningar och tagit fram e-learningprogram av hög kvalitet. Undersökningar hos vårdens chefer tyder på att implementeringen fungerat väl, vi har dock ännu inte fullständigt nått den beslutade målsättningen att professionell städning i hygienutrymmen ska ske på alla vårdenheter veckans alla dagar (professionell helgstädning).
Punktmätningar av vårdrelaterade infektioner har fortsatt och återkopplats till verksamheterna med hjälp av ett egenutvecklat dataprogram som snabbt efter mättillfället skapar PDF-rapporter för varje vårdenhet. Samtidigt har utbildning skett av särskilt utsedda "Infektionsambassadörer" inom varje verksamhet för att uppföljning i framtiden ska kunna ske via IT-systemet Infektionsverktyget som är kopplat till den elektroniska journalen. Det nya med detta sätt att följa upp blir att hela vårdproduktionen inom en verksamhet följs upp

kontinuerligt, det rör sig alltså inte bara om stickprov. Införandet av Infektionsvertyget i skarpt rutinmässigt användande har försenats pga. tekniska problem med datakvalitén vilket har upplevts frustrerande av verksamheterna och ännu vid årets slut kunde man inte lita på data i systemet. Vi har dock under året kunnat inleda storskalig uppföljning av användning av urinkateter i slutenvården inom vissa verksamheter och preliminära data i Infektionsverktyget visar att de vanligaste typerna av vårdrelaterad infektion inom VLL slutenvård i fallande skala varit djup och ytlig postoperativ infektion, urinvägsinfektion, lunginflammation, sepsis med okänt fokus samt *Clostridium difficile*.
Ett rekordstort antal fynd av resistenta bakterier inom vården 2015 har inneburit ökade insatser för att kunna vårda patienter utan smittspridning och ökade insatser med smittspårning för att säkerställa att varje händelse inte orsakat vidare smittspridning. Det är framförallt bakterierna MRSA (71 nyupptäckta fall under 2015 vilket är nära en fördubbling jämfört 2014), tarmbakterier av typen ESBLcarba (7 nyupptäckta 2015, 3 fall 2014, inget fall 2013) samt tarmbakterien VRE (4 fall 2015) som har ökat. Ökningen innebär att vård på enkelrum krävts vilket ofta ger ett produktionsbortfall och att avsevärda resurser går åt till smittspårning där man inte sällan kontrollodlar 10-tals till 100-tals personer. VLL hade 2015 två mindre smittspridningar. Det var bakterien MRSA som spreds till fyra barn och två vårdpersonal under våren 2015 på neonatalavdelningen Nus, samt bakterien VRE som spreds mellan två patienter under sensommaren på Geriatriska kliniken Nus. Sammantaget är detta ett mycket bra utfall även om målet naturligtvis är noll fall av spridning inom vården.
Utbildning om vårdhygien har ökat generellt, som ett exempel så har under året införts ett obligatoriskt moment för alla ST-läkare (inom LEKA-programmet).
VLL har även under året bidragit till nationell påverkan att minska vårdrelaterade infektioner genom Programråd Strama genom att VLL leder detta på SKL-nivå och har infört och utformat Vårdhygieniska kvalitetsmål i den under året fastställda nationella verksamhetsplanen.

Läkemedel

Marit Danell-Boman, Yvonne Nilsson, Jörn Schneede ,Bo Sundqvist.

I arbetet med att öka patientsäkerheten i frågor som rör läkemedel har Läkemedelscentrum (LmC) en viktig roll som kunskaps- och utvecklingscentrum i regionen.
Läkemedelscentrum ska verka för en effektiv, säker och ändamålsenlig läkemedelsanvändning samt läkemedelshantering inom Västerbotten. 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.
Ett annat sätt att förbättra korrekt och evidensbaserad förskrivning av läkemedel är införande och underhåll av förskrivarstöd i form av centrala receptfavoriter i receptmodulen för rekommenderade läkemedel där det tas hänsyn till ålder och kön. Receptfavoriter minimerar dessutom risken för felskrivning och förbättrar följsamheten till terapirekommendationerna.
Utöver detta har också arbetet med att följa upp och utvärdera läkemedelsbehandling utökats påtagligt och totalt har över 1750 fördjupade läkemedelsgenomgångar ledda av apotekare genomförts i både öppen- och slutenvård. Apotekarna har också bidragit till utbildningar i läkemedelsgenomgångar till olika grupper i sjukvården. Läkemedelsgenomgångar har också genomförts för 65 vårdsamordnarpatienter i Skellefteå och Umeå. Arbetet med att minska användandet av olämpliga läkemedel för äldre pågår och utbildningar inom behandling av sömnstörningar samt rationell användning av neuroleptika har arrangerats. Dessutom har primärvården utfört ett stort antal förenklade läkemedelsgenomgångar i egen regi utan stöd av apotekare. Läkemedelscentrum deltar även aktivt i arbetet för att minska risken för fallskador, bland annat i en arbetsgrupp i Skellefteå som är ett samarbete med kommun och landsting.
Vidare arbetar Läkemedelscentrum för en säker läkemedelshantering och ökad spårbarhet av läkemedel. Läkemedelsenheten medverkar i upphandling av läkemedel som används inom

sjukhusen där de utformar kravspecifikationer för bättre patientsäkerhet. Under 2015 har arbetet med införandet av ATC-ordning i läkemedelsförråd inom VLL slutförts. Förutom andra fördelar kommer ATC-ordningen även att minska risken för förväxlingar.
Läkemedelsenheten har påbörjat införandet av plockkontroll via scanning i vätskehanteringen i länet och på NUS har detta införts under 2015. Plockkontrollen görs av särskild utbildad servicepersonal som ansvarar för att packa vätskevagnar till sjukvården. Plockkontrollen innebär att varor scannas på förrådshylla och på vätskevagn så att rätt vara blir packad.
Läkemedelscentrum har också kvalitetsansvar för gas- och dialysverksamhet där arbetet med kvalitetsmöten och interninspektion vid dialysavdelningarna fortgår.

Läkemedelscentrum fortsätter upprätthålla en högkvalitativ service med evidensbaserade och kvalitetskontrollerade utredningar av läkemedelsfrågor som ställs till läkemedelsinformationscentralen ELINOR. Under året har 263 utredningar genomförts om olika läkemedelsfrågor från sjukvården i regionen vilket också bidrar till en bättre patientsäkerhet. Dessa utredningar är sökbara och finns nu även tillgängliga på Linda-Medicinska databasen – Relis eller www.relis.no

Utbildning inom läkemedelsområdet har genomförts för AT- och ST-läkare för att de ska få en bra grund för evidensbaserad och kostnadseffektiv förskrivning. En första kurs för läkare med utländsk utbildning har arrangerats "Introduktion till svensk sjukvård för läkare med utländsk utbildning" där en hel dag ägnades åt olika aspekter, rutiner och strategier vid läkemedelsbehandling i Sverige. Läkemedelscentrum har även ansvarat för specialistövergripande ST-läkarutbildning inom läkemedelsområdet i enlighet med Socialstyrelsens nya direktiv.

I projektet *Säker Dos* i Västerbotten har målet varit att bidra till en säkrare och mer användarvänlig läkemedelshantering av patienter i såväl sluten- som öppenvård och i hemsjukvård i Västerbotten som använder dosdispenserade läkemedel. I projektet som letts av apotekare vid Läkemedelscentrum har en länsgemensam rutin för Pascal/Apodos tagits fram och utbildning har hållits för närmare 300 medarbetare i länet varav drygt 100 var läkare. Läkemedelscentrum ansvarar också fortsättningsvis för kontinuerlig uppföljning och förbättring av rutinerna vid dosdispensering.

Läkemedelscentrum medverkar också i den regionala processen för ordnat införande och uppföljning av nya läkemedelsbehandlingar nationellt och inom norra regionen genom sitt ordförandeskap inom ARIL där det ställs krav på läkemedelsuppföljning vid introduktion av nya läkemedel.
Utbildning och information i olika läkemedelsfrågor till hälsocentraler, kliniker och personalgrupper pågår kontinuerligt under året och är också en del i patientsäkerhetsarbetet.

Omvårdnadssatsningar

Ingrid Hugosson-Wallgren

Arbetsgruppen för omvårdnad och rehabilitering (AOR) har fortsatt driva frågor och satsningar utifrån ett omvårdnads och rehabiliteringsperspektiv. Gruppen har anordnat utbildningar och temaveckor inom området.

För tredje 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. Kampanjveckan var ett samarbete mellan Västerbottens läns landsting, Umeå universitet och Region Västerbotten. En rad aktiviteter genomfördes under veckan med ett stort engagemang förebygga fall. Under vecka 37 var det "munhälsa" som var fokus för omvårdnadspersonalen och vecka 40 genomfördes den andra egeninitierad punktprevalensmätning av fall och denna gång också med näring vid länets vårdavdelningar. Syftet

med mätningen var att få ett underlag för fortsatt arbete med en länsövergripande handlingsplanen men också ge verksamheterna en möjlighet att fundera över de resultat man hade på respektive avdelning. Resultatet visade tydligt på att riskbedömning av inneliggande patienter är en vanligt förekommande åtgärd vid länets sjukhus. Trycksårsdagen var det sista fokusområdet under året som genomfördes vecka 47 i länet.

För att försöka minska antalet vårdskador har AOR startat fyra arbetsgrupper med omvårdnadspersonal i länet som ska fokusera på att hitta åtgärder som kan förbättra patientsäkerheten i det dagliga arbetet inom fall, sår, mat och näring samt vårdrelaterade infektioner. Arbetet beräknas vara klart i juni 2016.

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 och ytterligare förbättringar i processen har tagits fram för att förkorta handläggningstiderna och förbättra uppföljningen av de handlingsplaner som skrivs vid Lex Maria. En övergripande analysfunktion för att identifiera allvarliga risker och avvikelser sker av de centrala händelseanalysledarna.

Värdegrunden - "Ständigt bättre - patienten alltid först!"

Värdegrunden är implementerad i verksamheten och ska vara ledstjärnan för allt förbättringsarbete som sker i VLL och ska genomsyra den dagliga verksamheten.

Tandvården Fokusområden 2014

Ulf Söderström

Organisationsförändringen av folktandvårdens patientsäkerhetsteam har nu genomförts och antalet avvikelseutredare har reducerats. Denna förändring tillsammans med införandet av lokala händelseanalysledare har förbättrat det systematiska utredningsarbetet, åtgärdsplaner och uppföljning, något som eftersträvats.
Under 2015 syns en liten minskning av antalet avvikelser mot föregående år, däremot har fyra händelser har anmälts till IVO enligt Lex Maria. Inkomna avvikelser analyseras kontinuerligt och frekventa och allvarliga händelser renderar till mer djupgående utredningar. I år har fokus varit på försenad diagnostik och behandling samt radiologiska avvikelser. Detta har medfört att ett flertal riktlinje- och rutindokument reviderats samt anpassade utbildningsinsatser.
Under året har ett flertal allvarliga händelser med livshotande infektionsspridning inträffat.
Som en del i utredningsarbetet gjordes en retrospektiv analys av alla liknande patientfall som behandlats på avdelningen för käkkirurgi 2014-2015. Inget tydligt orsakssamband har kunnat identifieras förutom att tobaksbrukare var överrepresenterade vid dessa komplikationer.
Under hösten har en granskning av signerade remiss genomförts man uppmärksammade en större mängd osignerade svar vilket nu enheterna har i uppdrag att åtgärda till sistamars 2016.
Antalet klagomål till patientnämnden har ökat vilket för tandvården innebär en fördubbling mot föregående år, där brister i bemötande, information och kommunikation dominerar.
Under året har dessa varit prioriterade utvecklingsområden på klinikerna.
Tandvårdens antibiotikaförskrivning är fortsatt lägst i riket.

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. Det systematiska arbetssättet med att trygga patientens hemgång från sjukhuset och därigenom minska risken för återinskrivning har fortsatt under året.

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 sjuksköterskan (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 på sikt 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.

Regeringen har beslutat om en särskild satsning under 2015–2018 för att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna i cancervården i landet. Satsningens fokus ligger på införande av ett nationellt enhetligt system med så kallade standardiserade vårdförlopp (SVF) som syftar till att minska ledtider och skapa en mer sammanhållen vårdprocess kring patienten. Under perioden utgår statsbidrag till de landsting som klarar av att uppnå speciella krav under införandet. I Västerbotten har SVF för 5 pilotdiagnoser införts och en processorienterad vård har etablerats. Arbetet sker i nära samarbete med övriga landsting/regioner inom den Norra sjukvårdsregionen och med Regionalt cancercentrum RCC Norr. Arbetet har skett enligt fastställd handlingsplan och efter en första avstämning av införandet till Socialdepartementet har VLL fått del av de statsbidrag som avsatts för att stödja införandet. Medlen som tillförts VLL har fördelats i överenskommelse mellan ingående verksamheter och avsatts till resursförstärkningar där man bäst behöver detta och till tjänster/stödjande strukturer i flödet, exempelvis kontaktsjuksköterskor och koordinatorer. Erfarenheterna hittills från införandet visar på flera positiva effekter för patienter och verksamheten även om vissa målsättningar som exempelvis gällande ledtiderna inte kan uppnås på alla håll ännu. Under 2016 finns beslut om att införa ytterligare SVF för 13 cancerdiagnoser under.

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.

Under året har ett projekt mellan Västerbotten och Jämtland inletts med tanke på det patientsäkerhetsrisker som finns vid överföringar av patienter mellan sjukhusen i länen som ett led i att se om vi kan göra förbättringar.

Forskning och förbättringskunskap för att minska vårdskador

Som ett led i att stärka den kunskapsbaserade och säkra vården genomfördes en dag i samverkan med Umeå universitet och landstinget och kommunen under rubriken "Pågående forskning och förbättringskunskap" i december. Tyvärr var antal personer som kom och lyssnade lågt vilket gör att man kommer att omvärdera hur utbildningsdagen ska ske kommande år.

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. En av riskanalyserna som genomförts under året handlar om verktyget för dos ordinationer "Pascal". En handlingsplan för att minska identifierade risker togs sedan fram och en handlingsplan med aktiviteter har genomförts däribland en utbildningsinsats.

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 har pågått under året tillsammans med tre andra landsting, det nya systemet kommer att tas i bruk under 2016 under namnet "Platina avvikelsemodul".

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	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Antal risker/avvikelser inrapporterade i Avans	9934	11345	12155	11695	11590	11055
Antal Lex Maria-ärenden	47	39	39	53	64	67
Antal enskilda klagomål,(HSAN-ärenden 2010)	62	53	122	117	114	100
Antal ärenden anmälda till patientförsäkringen LÖF	406	454	487	533	624	638

Data över avvikelser, rapporterade lex Maria-ärenden, enskilda klagomål, anmälningar till patient-försäkringen 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 Centrum för medicinsk teknik och strålningsfysik i Västerbotten (CTMS), och diskuteras med chefläkare. Läkemedelscentrum följer risker och avvikelser som rör läkemedels-hantering 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 något under året. Det ses som en positiv utveckling och ett resultat av verksamhetens lärande förhållningssätt. Antal enskilda klagomål till IVO har minskat något under fjolåret medan en ökning av antalet anmälda ärenden till

patientförsäkringen ses. Merparten av anmälningarna återfinns inom sjukvården endast knappt 11% av anmälningarna rör folktandvård.

Patientnämnden

Under året har 1022 ärenden registrerats vilket är sedan fjolåret. Det är fler kvinnor än män som tar kontakt med Patientnämnden. Totalt 577 kvinnor och 455 män.

Generellt sett har Patientnämnden i år sett följande tendenser i inkomna ärenden:

- Många ärenden där personella resurser ser ut att ha lett till bristande kontinuitet eller fördröjd behandling/utredning.
- Upplevelse av brister i bemötande och patientens delaktighet vid flera kliniker.
- Tillgänglighetsproblem finns i många ärenden, exempelvis återuppringningssystemet säger alla tider är slut, var god återkom, eller att patienter inte blir kontaktade av vården trots att man kommit överens om detta.
- Flera av Patientnämndens ärenden har inte besvarats av verksamheter trots påminnelser.
- Brister i information mellan vårdgivare och patient eller anhöriga, exempelvis i samband med information om diagnoser och fortsatt behandling eller utskrivningar.
- Fortfarande mycket få ärenden som är kopplade till kommunal hälso- och sjukvård.
- Patienter upplever att stafettläkare inte tar deras uppgifter och symptom på allvar vilket lett till fördröjda diagnoser och brister i journalföring.
- Ärenden där kränkande bemötande angående patienters religion eller utländsk härkomst ser ut att öka.
- Patienter har fått vänta på intyg så länge att det lett till stora konsekvenser för patienten.

Informationssäkerhet

Västerbottens läns landsting har ett flertal riktlinjer för att upprätthålla informationssäkerheten, det finns bland annat riktlinjer för personal och riktlinjer för åtkomst till elektronisk information. Varje verksamhetschef ansvarar för att det finns ett systematiskt arbete med att göra loggkontroller och att avvikelser som uppmärksammas hanteras enligt gällande rutin. Sedan hösten 2015 krävs SITHS kort och ett medarbetaruppdrag för att arbeta ibland annat patientjournalen vilket ökat säkerheten. Att dokumentationen i journalen sker enligt gällande författningar kontrolleras och diskuteras i samband med patientsäkerhetsdialogen.

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. Den nya Patientlagen som trädde i kraft i januari 2015 understryker vikten av patientens delaktighet i vården. I dagsläget finns ingen övergripande strategi hur det här ska gå till men olika verksamheter har exempel på patientdelaktighet i framtagande av informationsmaterial olika typer av "patientråd", förbättringsarbeten i samband med "sårrond" samt ett nära samarbete med patientföreningar.

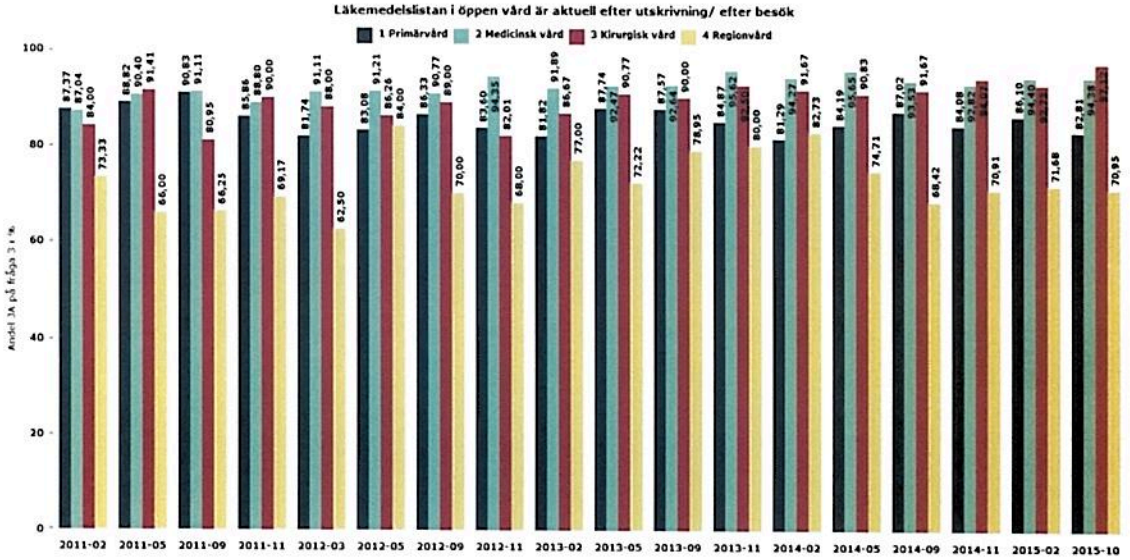
Resultat

Strukturmått

Under året har 28 patientsäkerhetsdialoger genomförts inom sjukhusvård, primärvård och tandvård. Utbildning i avvikelsesystemet och nätverksträffar för att öka kunskap och ge och inspiration till ett förbättrat patientsäkerhetsarbete har genomförts 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 fortsatt samarbetet 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.

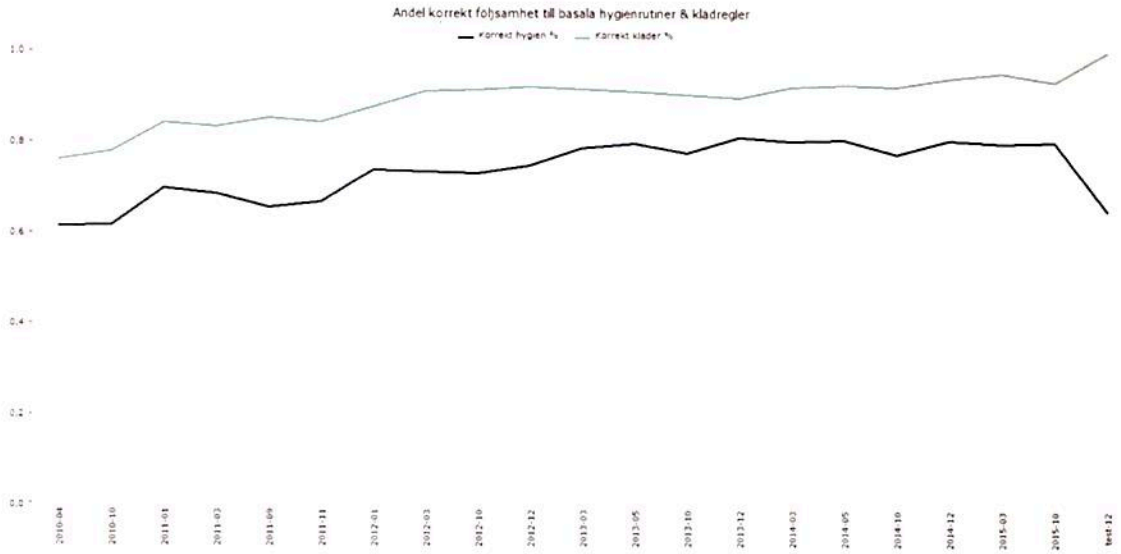


Figur 1 Andel patienter som vid utskrift från slutenvård eller besök i öppenvård har en aktuell läkemedelslista 2011-2015

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 verksamheterna och utskrivningsmeddelande med en läkemedelslista finns i flertalet verksamheter.

Basala hygien- och klädrutiner

Inom VLL har följsamheten till hygien- och klädregler ökat från mätningarnas start fram till idag. Följsamheten ligger konstant högt (observera att sista värdet är en test). Det är framförallt "desinfektion av händerna före" som drar ner värdet och det gäller i de flesta verksamheterna.

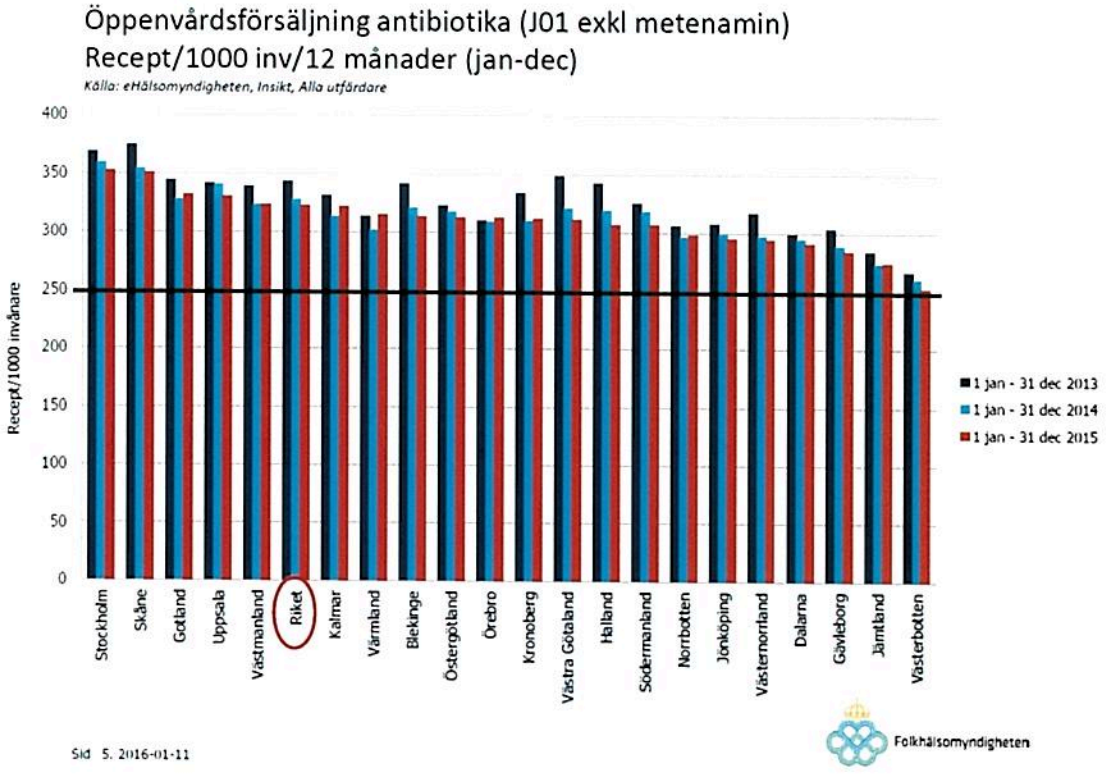


Andel korrekt följsamhet till basala hygien- och klädregler över tid (2010-2015)

Antibiotika

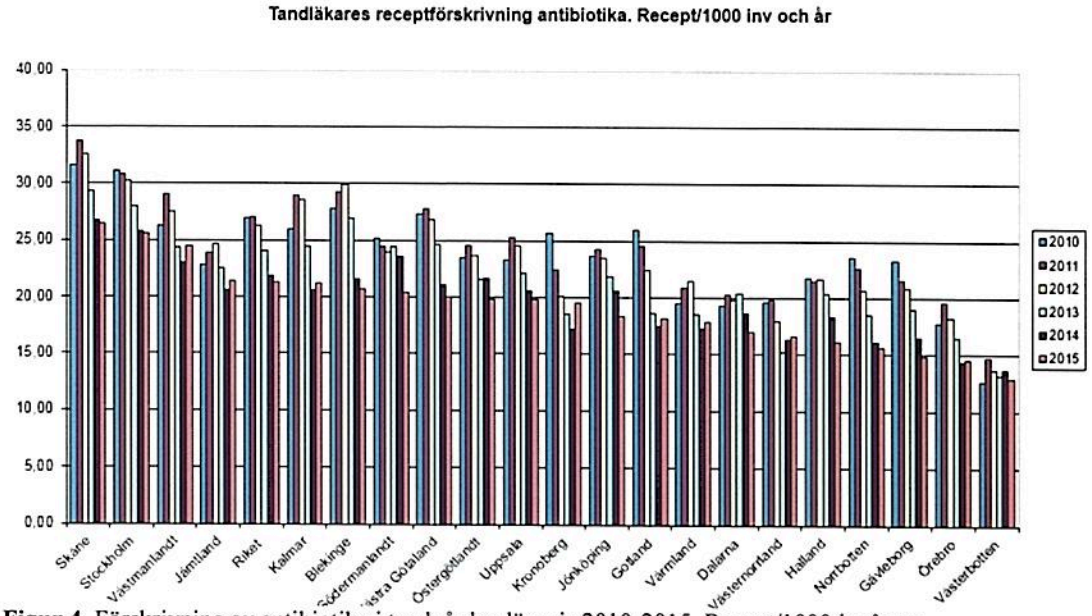
Resultatmått

VLL hade 2015 fortsatt landets lägsta antibiotikaförskrivning med 252 recept per 1000 invånare och år inom öppenvård (se figur 3). Utöver en sjunkande volym av antibiotika ser vi även ett bra förskrivningsmönster med hög följsamhet till behandlingsrekommendationerna.



Figur3 Antibiotikaförskrivning i öppenvård 2013-2015, recept per 1000 invånare

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



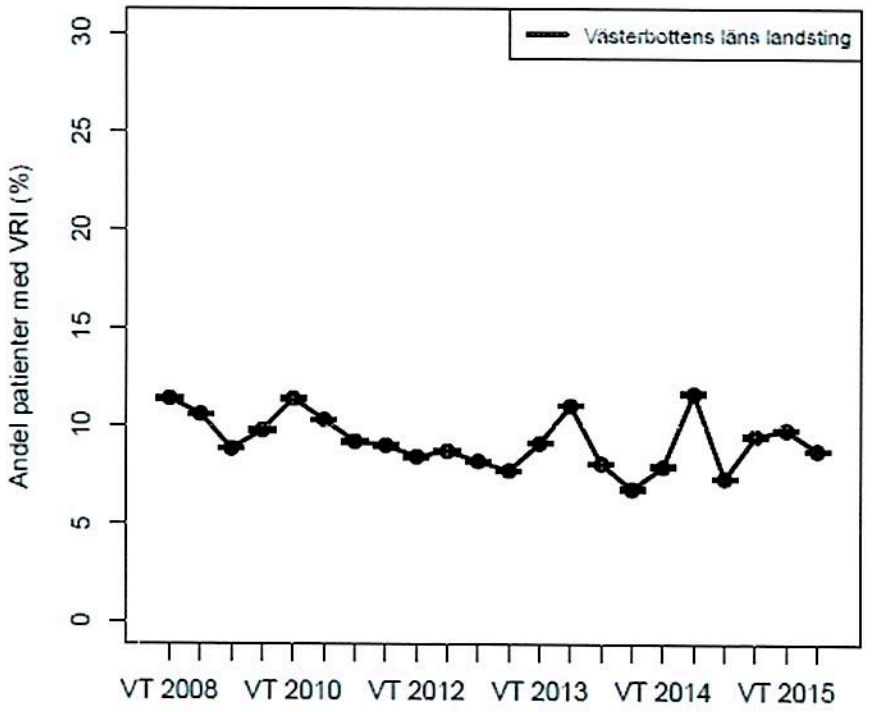
Figur 4. Förskrivning av antibiotika i tandvården länsvis 2010-2015. Recept/1000 invånare

Västerbotten landets näst högsta rekvisition av antibiotika mätt i DDD/1000 inv och dag. Den totala nivån ligger för hög men fördelningen av de olika preparatenen är på flera sätt bra Andelen penicillin av total antibiotikaförbrukning på sjukhus har ökat. Vi ligger under rikssnittet för intravenösa bredspektrumantibiotika som Meronem och Tazocin. Andelen kinoloner och cefalosporiner har ökat något och står i fokus 2016 för uppföljning via Infektionsverktyget på alla kliniker. Kinolonförskrivning mot urinvägsinfektion för kvinnor 18-79 år har sjunkit marginellt och ligger på ca 15% 2015. Det är lågt kvar till målet 10 %, förskrivningen i primärvården är dock nere på under 5 %. För 2016 arbetar 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. Vi ska även följa den andel patienter som får kirurgisk profylax kortare än ett dygn. Andelen barn 0-6 år som får Penicillin V förskrivet vid luftvägsinfektion har ökat och ligger på 73%. 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. I en studie på 35 äldreboende i nio kommuner sågs en infektionsincidens på 2,27 % och i medel ordinerades 2,06 % av brukarna antibiotika per vecka. Detta är lägre nivåer än vad som har rapporterats nationellt.

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

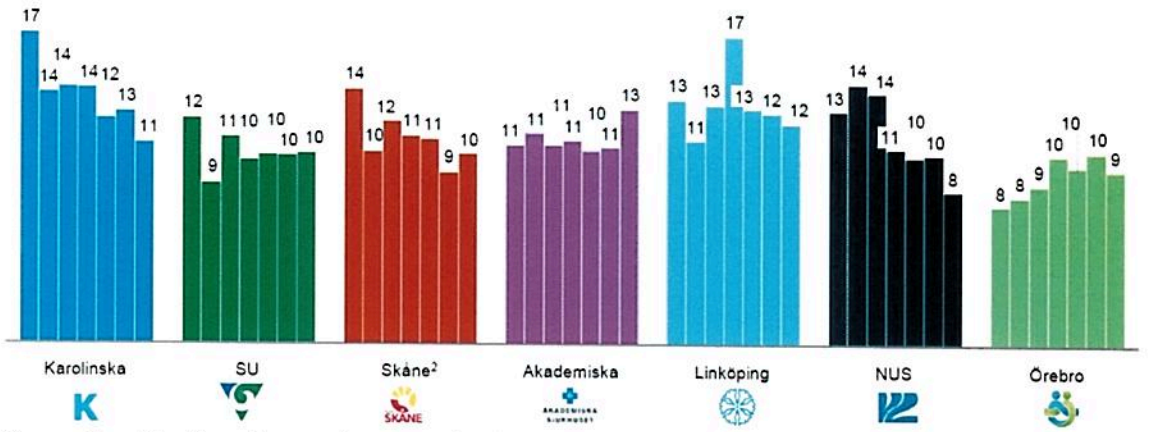
Vårdrelaterade infektioner

Nedan visas en graf som illustrerar de 22 punktmätningar av vårdrelaterade infektioner som utförts på alla inneliggande patienter på Västerbottens tre sjukhus 2008-2015 (figur 1). En statistisk analys tyder på att infektionerna blivit något färre (ca 20 % minskning) under tidperioden men att minskningen har avstannat under 2015. Siffrorna på Y-axel är procent patienter med vårdrelaterad infektion medan siffrorna på X-axeln illustrerar de olika mätningarna. Sammanlagt 18743 patienter ingår och antalet patienter per mätning är 988-693 med en trend av minskning parallellt med ett minskande antal vårdplatser. Samtliga data på varje patient har kvalitetsgranskats av vårdhygiens personal som också har skött inmatningen i det nationella mätsystemet.



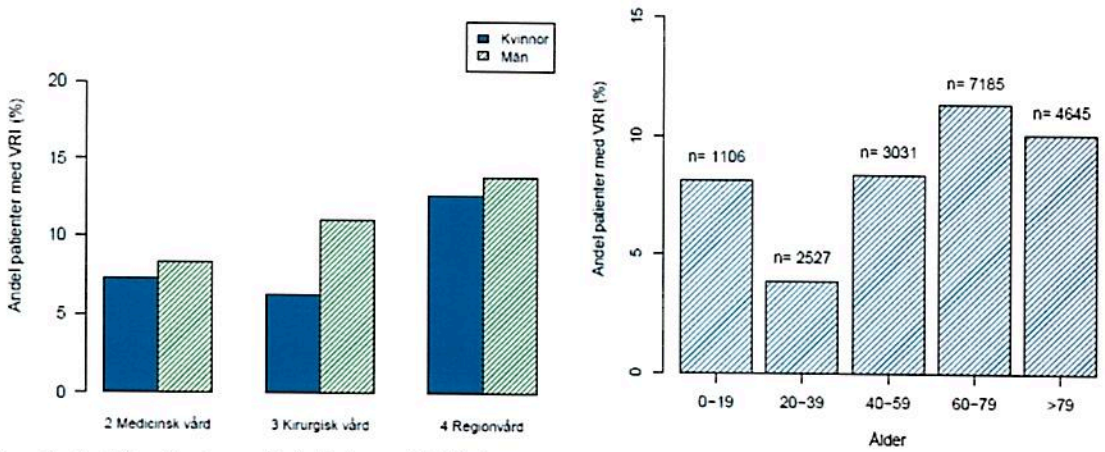
Figur X. Utveckling av vårdrelaterade infektioner VL slutenvård.

En jämförande analys av landets sju universitetssjukhus presenterad i oktober 2015 visade att Norrlands universitetssjukhus tillsammans med Karolinska hade de mest konsekventa förbättringsresultaten 2008-2015 och att Nus konsekvent haft ett par procent lägre infektionsfrekvenser (Figur Y).



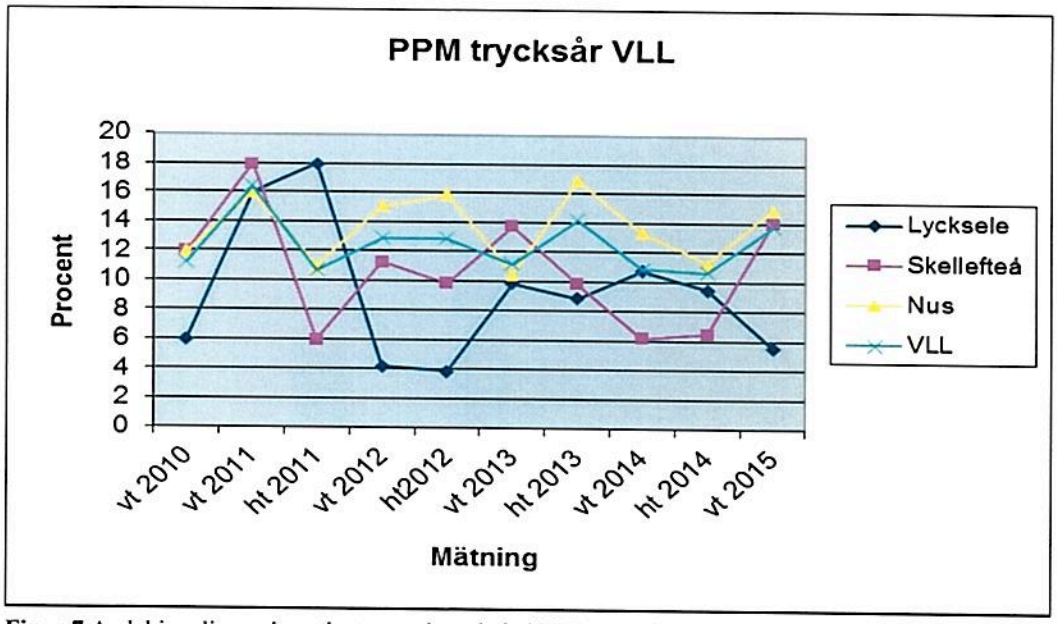
Figur 2. Jämförande analys av landets sju universitetssjukhus avseende frekvensen vårdrelaterade infektioner 2008-2014.

Könsuppdelad och åldersuppdelad analys av VLLs slutenvårdsresultat visar att fler kvinnor vårdas på sjukhusen och att män oftare drabbas av VRI än kvinnor (grovt räknad 1,2 ggr ökad risk hos män) och att det finns tydliga skillnader mellan olika verksamhetsområden (Figur 3). Där märks som förväntat att regionvården som behandlar infektionskänsliga patienter med cancersjukdomar också har högre frekvens vårdrelaterad infektion. Skillnaderna mellan olika åldersgrupper är ganska liten förutom att den är lägst hos yngre vuxna, mycket tack vare att förlossningar på sjukhus räknas in i denna patientgrupp och extremt sällan leder till infektion.



Figur 3. Andel patienter med vårdrelaterad infektion per verksamhetsområde (vänster) och per ålderskategori (höger).

Trycksår



Figur 7 Andel inneliggande patienter med trycksår i VLL över tid (2010-2015)

En punktprevalensmätning är endast ett nedslag vid en given tidpunkt och innebär att tolkningen av data bör ske med försiktighet. Under 2015 genomfördes en mätning under SKLs ledning. Nästa år planeras ytterligare en mätning tillsammans med den egeninitierade mätning som sker gällande fall och undernäring. Sammantaget visar resultatet en försämring av resultatet avseende andel trycksår, risk och hudbedömningar inom 24 timmar jämfört med samma tidpunkt året före. Lokalisationen av trycksår följer samma mönster som tidigare mätningar där ryggslut och häl är de vanligaste lokalisationerna. Dock har andelen patienter som får insatser för att minska risken för trycksår ökat när det gäller hälavlastning, tryckavlastande madrasser och hälavlastning vilket är positivt. En fortsättning på den vårdpreventiva processen är startade under ledning av AOR och beräknas vara klar till juni 2016 med en handlingsplan.

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 2015	JA	Läkemedelsberättelse har införts och har ökat under året
Minska vårdrelaterade infektioner	NEJ	Vi lyckades inte uppnå målet med en minskning på 10 % från fjolåret värdet ligger ganska oförändrat på 9,2 %
Öka andelen korrekta läkemedelslistor till 100 %	NEJ	Värdet för 2014 blev 87,1% .
Trycksår ska minska till under 10 %	NEJ	Värdet blev 13,8%
Uppföljning av fall- och fallskador ska göras	JA	Egen punktprevalensmätning genomförs årligen för uppföljning av fall/fallskador
Öka andelen patienter med utskrivningsmeddelande	JA	Under året har en ökning skett

Övergripande mål och strategier för kommande år

Fullmäktiges mål för patientsäkerhet 2016-2019:

Landstingsplanen för mandatperioden har fyra övergripande inriktningsmål med strategier för varje inriktningsmål. Dessa är bättre och jämlik hälsa, god och jämlik vård, aktiv och innovativ samarbetspartner samt attraktiv arbetsgivare. Där finns bland annat att hälso-och sjukvård utgår från delaktiga patienter. De övergripande målen bryts sedan ner i planerna för landstingsstyrelsen där mål för säker läkemedelsbehandling finns och i planen för hälso- och sjukvårdsnämnden finns mål för vårdrelaterde infektioner och allvarliga vårdskador.