

Handlingar

till mötet med
styrelsen för NU-sjukvården

22 mars 2013

Ärende 6

Ärende 6

Tjänsteutlåtande

Datum 2013-03-12

Diarienummer NU 78/2013

Ledningskansliet

Anne Elfving

Styrelsen för NU-sjukvården

Patientsäkerhetsberättelse NU-sjukvården 2012

Ärendet

Den 1 januari 2011 började patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, att gälla. Enligt den nya lagen ska vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse. Berättelsen ska skrivas senast den 1 mars varje år.

Beredning

Berättelsen beskriver patientsäkerhetsarbetet under 2012 och vilka resultat NU-sjukvården har uppnått i patientsäkerhetsarbetet.

Det har tagits fram handlingsplaner för följande:

- Säker vård i NU-sjukvården
- Patientsäkerhetskultur
- Trycksår

Däröver har tagits fram olika övergripande riktlinjer för patientsäkerhetsarbetet, exempelvis riktlinjer för klagomål.

Under året har olika nationella mätningar genomförts:

- Punktprevalensmätningar avseende vårdrelaterade infektioner
- Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
- Trycksår

Andra aktiviteter är införandet av rökstopp inför operation. Verksamhetsspecifika arbeten som pågår är säker kirurgi och säker förlossningsvård.

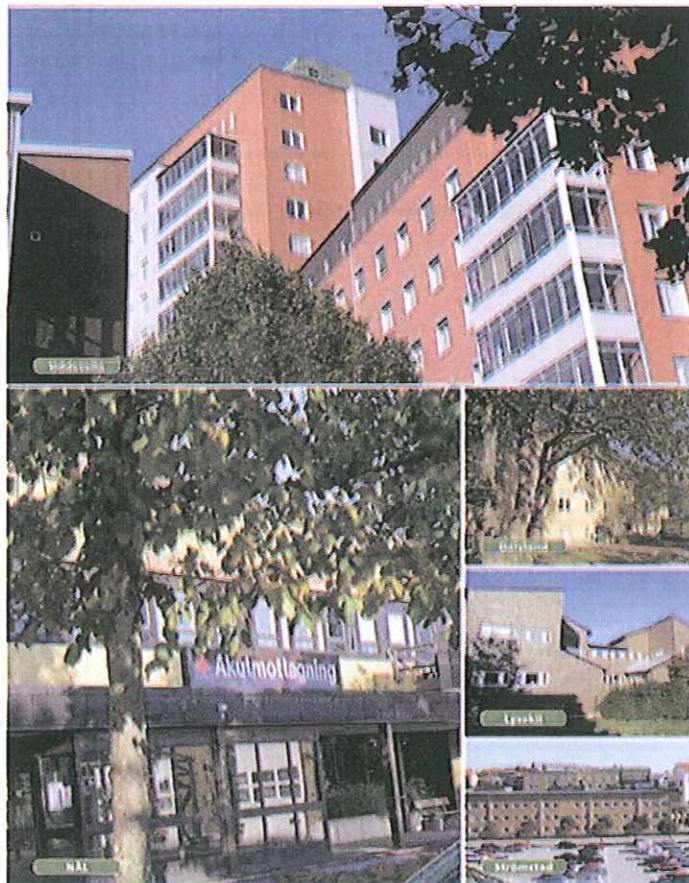
Fortsatt systematiskt arbete har skett med avvikelshantering, händelse- och riskanalyser ingår också i arbetet med att öka patientsäkerheten.

Resultatet visar sammanfattningsvis att det har skett en successiv minskning över tid av vårdrelaterade infektioner och andra vårdskador.

Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården antecknar informationen till protokollet.

Patientsäkerhetsberättelse NU-sjukvården



Avseende år 2012

130131
Chefläkare Ulf Almqvist
Utvecklingsledare/Patientsäkerhet Graciela Carlson

Innehåll

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Uppföljning genom egenkontroll	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Riskanalys	11
Händelseanalys.....	12
Avvikelser	12
Hantering av klagomål och synpunkter.....	13
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	17
Analys överbeläggningar	30
Övergripande mål och strategier för kommande år.....	30

Sammanfattning

NU-sjukvården har ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som är webbaserat. Detta har anpassats efter SOSFS 2011:9. Ett fortlöpande arbete pågår och målsättningen är att beskriva patientrelaterade processer för att förebygga att vårdskador inträffar.

En handlingsplan för "Säker Vård i NU-sjukvården 2011" har anpassats efter patientsäkerhetslagen. Den tydliggör bland annat ansvarsfördelningen mellan förvaltning, verksamheter och medarbetare.

Dessutom finns det fastlagda handlingsplaner för patientsäkerhetskultur och trycksår. Sårombud har utbildats på relevanta vårdavdelningar.

Under året har NU-sjukvården deltagit i de nationella punktprevalensmätningarna avseende vårdrelaterade infektioner, följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler samt trycksår.

NU-sjukvården genomför sjukhusövergripande GTT-mätningar för att registrera vårdskador. Under 2012 genomfördes mätningar även på kirurgkliniken separat. Utöver det har rapportering till SKL nationella databas genomförts där 20 granskade journaler för månaderna januari, februari och mars rapporterats in.

NU-sjukvården har ett eget webbaserat rapporteringssystem där verksamheterna varje månad registrerar följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. Det finns även ett webbaserat rapporteringssystem för att registrera caliciförekomst.

Sjukhusövergripande riktlinjer vid överbeläggningar i NU-sjukvården finns som komplement till åtgärdstrappor inom område medicin, kirurgkliniken och ortopedkliniken. I dessa riktlinjer har NU-sjukvården utöver patientsäkerhet även beaktat brandskyddsaspekter och arbetsmiljö.

Standardvårdplaner för CVK, fall och trycksår med SKL:s åtgärdspaket som grund är implementerade. Även standardvårdplaner för behandling med ECT och för den palliativa vården Liverpool Care Pathway (LCP) har utarbetats.

Sjukhusövergripande riktlinje finns för avvikelshantering.

Under 2012 har ett program för rökstopp inför planerade operationer inom ortopedi och kirurgi implementerats.

Rapportering av patientsäkerhetsarbetet på verksamhetsnivå sker genom patientsäkerhetsdialogmöten med sjukhusets områden en gång per år och vid förvaltningsledningens uppföljningsmöten samt i samband med årsredovisningen.

NU-sjukvården arbetar med Säker Kirurgi, Säker Förlossningsvård och verksamheterna deltar i verksamhetsspecifika kvalitetsregister.

Andelen rapporterade avvikelser per årsarbetare har ökat från 1,25 år 2011 till 1,26 år 2012.

NU-sjukvården har patientvägledare på varje klinik som tar emot patienter och närståendes synpunkter och klagomål. Vi samverkar nära med Patientnämnden.

Vid händelse- och riskanalyser involveras patienter och närstående. De har då möjligheter att föreslå förbättringsåtgärder vad gäller vården.

”Min guide till säker vård” används allt mer av verksamheterna för ökad patientmedverkan och delaktighet. Särskilt kan framhållas att den används i arbetet med strokeprocessen och i en del verksamheter inom opererande specialiteter.

NU-sjukvården kan över tid konstatera att det skett en successiv minskning av vårdrelaterade infektioner, men även av andra vårdskador. Medarbetarna skriver allt fler avvikelserapporter och arbetet med patientsäkerhet har breddats i organisationen. Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler har, sett över en längre period, klart förbättrats.

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§

Ett av NU-sjukvårdens strategiska mål är att vi skapar värde för patienten och en framgångsfaktor är att vi ger god behandling. Med god behandling menas

- att vi arbetar evidensbaserat
- att våra kvalitetsindikatorer visar resultat på hög nationell nivå (över medelvärde)
- att vi har hög patientsäkerhet
- att vi bedriver en jämlik och jämställd vård
- att vi följer nationella och regionala medicinska prioriteringar
- att vi arbetar efter nationella och regionala vårdprogram

En sjukhusövergripande aktivitet är att handlingsplaner för Säker Vård, patientsäkerhetskultur och trycksår följs NU-sjukvården. I dessa finns NU-sjukvårdens mål beskrivna.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

I Handlingsplan för Säker Vård finns beskrivet det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet i NU-sjukvården.

Ett övergripande ansvar har chefläkare, utvecklingsledare för patientsäkerhet och Vårdhygien. Till stöd för denna funktion finns tillgång till utvecklingsledare i verksamheterna och centralt.

Ansvaret för det direkta patientsäkerhetsarbetet har verksamheterna. Organisationen ska säkerställa att patientsäkerhetsarbetet bedrivs systematiskt i enlighet med gällande lagar och föreskrifter. Det innebär bland annat att områdeschef/verksamhetschef:

- ska ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten,
- ansvarar för att mål för verksamheten formuleras och för att dessa nås,
- ansvarar för uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården

Strategier inom verksamheterna

- Dokumentera ansvarsförhållanden avseende patientsäkerhetsarbete
- Utbildningsinsatser för chefer och medarbetare i patientsäkerhet
- Utveckla metoder för patientmedverkan
- Se över patientinformationen
- Uppföljning av avvikelser i verksamheten
- Synpunkter/klagomål via patientvägledare följs upp
- Rapportera patientsäkerhetsarbetet till områdesledningen

Samtliga medarbetare inom NU-sjukvården har ansvar att informera sig om och tillämpa gällande rutiner samt medverka till att ta fram lokala rutiner för verksamheten. Medarbetare har också skyldighet att rapportera till närmaste chef om rutiner saknas.

Alla medarbetare ska vara medvetna om sin roll i kvalitetsarbetet genom rapportering av avvikelser.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Mätmetoder:

- Avvikelse registreras i MedControl PRO
- GTT, 20 journaler granskas sjukhusövergripande samt 20 journaler inom kirurgverksamheten.
- Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler mäts varje månad
- Vårdplatsläget registreras och följs upp dagligen
- Caliciläget registreras i ett webbaserat system kontinuerligt under säsong. Kommunala boenden rapporterar förekomst av magsjuka
- Punktprevalensmätningar utförs av vårdrelaterade infektioner, trycksår och följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
- Nationell patientenkät för God Vård genomförs
- Patientsäkerhetskulturmätningar

Verksamheternas patientsäkerhetsarbete följs upp av sjukhusledningen samt i verksamhetsberättelser (styrkort) på klinik- och sjukhusövergripande nivå. Under 2012 har, efter beslut i sjukhusledningen, chefläkare och utvecklingsledare för patientsäkerhet startat med patientsäkerhetsdialoger med områdesledningarna.

Frågor som går igenom är:

- Hur har patientsäkerhetsarbetet bedrivits?
- Vilka åtgärder har vidtagits?
- Vilka resultat har uppnåtts?

Inom följande områden ska måluppfyllelse och arbetssätt redovisas gällande:

- Handlingsplan för patientsäkerhetskultur
- Handlingsplan för trycksår
- Avvikelse
- Lex Maria
- Säker kirurgi
- Säker förlossningsvård
- Risk- och händelseanalyser
- VRI:er
- Hygienombud
- Stängda avdelningar pga Calici
- SBAR
- Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
- SKL:s handlingsplaner

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Intern kontroll enligt lagen

Kommunallagen föreskriver nämnders och styrelser ansvar för verksamheten (Kommunallagen 6 kap, § 7). För NU-sjukvårdens del ska styrelsen inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har bestämt samt inom de föreskrifter som gäller för verksamheten. Den ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt.

Revisorerna ska bedöma om den interna kontrollen som görs inom nämnder och styrelser är tillräcklig (Kommunallagen 9 kap § 9).

Ett av riskområdena som det görs internkontroll på är utveckling

Riskområde utveckling

- Risk att fel uppstår pga bristande stöd i form av reglemente/rutiner
- Risk att styrning, uppföljning och planering blir direkt felaktig
- Risk att lagar och förordningar ej efterföljs

NU-sjukvårdens patientsäkerhetsenhet har under år 2012 gjort intern kontroll av:

- att dokumenterade rutiner är uppdaterade
- handlingsplaner är upprättade, genomförda och uppföljning av åtgärder

Målgruppsundersökningar

Nationell patientenkät

NU-sjukvårdens enheter i både öppenvård och slutenvård, har genomfört den nationella patientenkäten 2012.

Punktprevalensmätningar

Punktprevalensmätningar vårdrelaterade infektioner

Punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner har genomförts två gånger under året. Ansvariga utses för enheterna inför varje mättillfälle. Respektive verksamhetschef utser ansvarig läkare och respektive avdelningschef ansvarig sjuksköterska.

Punktprevalensmätning trycksår

Punktprevalensmätning av trycksår har genomförts hösten 2012. Ansvariga utses för enheterna inför varje mättillfälle. Respektive avdelningschef utser ansvariga sjuksköterskor, två per enhet.

Punktprevalensmätningar för följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Punktprevalensmätningar för följsamhet till BHK har genomförts 2 gånger under året.

GTT- Global Trigger Tool

Journalgranskning av tjugo journaler per månad sjukhusövergripande samt tjugo journaler per månad på kirurgkliniken under 2012. Granskningsteamet består av tre sjuksköterskor och två läkare som arbetar sjukhusövergripande. Resultat av mätningarna återkopplas till verksamheten.

Rapportering av calici

För rapportering av calici (vinterkräksjuka) har NU-sjukvården ett webbaserat mätverktyg.

Avvikelsehantering

Vårdskador registreras även i avvikelsehanteringssystemet (MedControl PRO).

Mätning av förebyggande åtgärder mot vårdskador

Observationsmätningar av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler
Nationella punktprevalensmätningar har genomförts två gånger under året. NU-sjukvårdens avdelningar och mottagningar utför observationsmätningar av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler varje månad.

Kvalitetsregister

NU-sjukvårdens verksamheter deltar i relevanta kvalitetsregister.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SÖSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Samverkande sjukvård - I Fyrbodals kommun har kommunal hälso- och sjukvård, vårdcentraler och Sjukvårdsrådgivningen (1177) inom primärvården, NU-ambulansen och MÄVA (medicinsk äldrevårdsavdelning) inom NU-sjukvården tillsammans byggt upp ett nytt sätt att ge vård – ett system där vården kommer till patienten istället för tvärtom.

Aktiv hälsostyrning arbetar för att stödja multisjuka patienter med stora vårdbehov som har många besök på akutmottagningar. Sjuksköterskor arbetar med att söka fram patienter som sökt Akutmottagningen vid upprepade tillfällen och som är multisjuka. De ska stötta patienterna, både telefonledes och vid regelrätta patientbesök. En handlingsplan framarbetas till varje enskild patient hur de kan optimera sin hälsa.

Processarbete avseende gravid kvinna med diabetes, mellan kvinnokliniken och specialistmedicin, har pågått under året. Detta arbete har lett till förslag till åtgärder för att förbättra vården för denna patientgrupp.

Ortopedteknik har en aktiv roll i amputationsprocessen som syftar till ett bättre omhändertagande av amputerade som patientgrupp och man samverkar med övriga ortopedtekniska avdelningar inom Västra Götalandsregionen med gemensamma utbildningar riktade mot olika patientgrupper.

Laboratoriemedicin har nybildat ett strategiskt LM-råd. Syftet är att säkerställa att information, kompetensutveckling och rutiner för kvalitetsutveckling når ut i hela primärvården Fyrbodals kommun. Man genomförde även på försök ett förbättringsprojekt i att erbjuda nyanställd provtagande personal en introduktionsutbildning i preanalys. Detta gav ett mycket gott resultat, varför detta projekt görs permanent och obligatoriskt för samtliga nyanställd berörd personal inom NU-sjukvården.

Alla vårdavdelningarna använder KLARA-SVPL för att samverka kring patienter som har behov av vård och omsorg från flera aktörer.

På flera kliniker har kommunikationsmetoden SBAR implementerats för att förebygga vårdskador genom att arbeta standardiserat i både muntlig och skriftlig kommunikation.

Ett antal kritiska gränsöverskridande processer har identifierats och prioriterats att ingå i ett systematiskt utvecklingsarbete. Dessa redovisas i tabellen.

Aktivitet	Mål
Vårda patient med stroke	Tillämpa nationella riktlinjer
Vårda patient med prostatacancer	Tillämpa regionalt vårdprogram
Vårda patient med brösttumör	Öka tillgängligheten
Vårda patient med sepsis	Öka antalet överlevande
Behandla och vårda patienter inom elektiv 24-timmarsvård och dagkirurgi	Utveckla arbetssätt för att överföra fler indikationer till öppenvård
Akutvårdskedjan	Korta ledtider
Vårda äldre patient med multifunktionella sjukdomar	Sammanhållen process för de multisjuka äldre
Omhändertade patienter som är i behov av ben/fotamputation	Minska antalet reamputationer Öka antalet patienter som kan gå med protes
Ingå i RCC-processer (RCC=Regionalt CancerCentrum)	Tillämpa regionala beslut
Strukturera vårdavdelningar så att höjd effektivitet, kvalitet och arbetsmiljö uppnås	Tillämpa överenskommen vårdlogik

Kommentarer:

Att vårda patienter med Stroke/Tia

Under 2012 har utvecklingsarbetet inneburit att förbättra och standardisera omhändertagandet av Stroke/TIA-patienter så att de nationella riktlinjerna tillämpas fullt ut. Det har medverkat till:

- att en större andel av de patienter som kommit in med ambulans och "Rädda hjärnan" spåret behandlats inom måltiden 30 min (tiden från ankomst Akuten – påbörjad Trombolys.)
- att en informationskampanj genomförts på Överby köpcentrum för att få fler människor att utföra "Akuttestet" och bli mer medvetna om vikten av att söka vid akut misstanke om stroke.

-
- att "Strokenålsutbildning" startat upp under hösten 2012 och fortsätter under våren 2013. Det syftar till kompetensutveckling för flera yrkeskategorier både som teori och praktik.
 - att utvecklad standardvårdplan för sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter införs under första kvartalet 2013. Dessutom pågår ett arbete för tydligare styrning genom webb-baserade styrdokument, för att underlätta beslutstaganden för läkare.
 - att understödd hemgång har startats upp under året. 33 strokepatienter har erbjudits möjlighet till detta. 25 av dessa patienter har utnyttjat möjligheten.

Att vårda patient med prostatacancer

Processutvecklingen har inneburit att en börprocess har startat upp från november 2012, för att snabba upp hanteringen från biopsi, diagnostiserad cancer till behandling. Dessutom ska en del efterkontroller utföras i Primärvården i stället för vid Urologmottagning i NU-sjukvården. Kontaktsjuksköterska har också etablerats. Börprocessen utvecklas för att följa de regionala riktlinjerna och ska öka tillgängligheten för de patienter som är i akut behov av biopsi, diagnostik och behandling.

Omhändertade patienter i behov av ben/fotamputation

Första mars 2012 infördes den börprocess som tagits fram och som utvecklat genom benchmarking av ledande amputationsverksamheter i Sverige. Börprocessen innebär:

- bättre samarbete mellan kärlkirurg och ortoped för att möjliggöra bästa amputationsnivå.

- att amputationskoordinator är införd. Det är en mycket viktig samordningsfunktion för patienter, anhöriga och berörda verksamheter.

- att efter amputation i möjligaste mån vårda amputerade patienter på en avdelning inom NU, avd 6/GOA, för att där påbörja rehabilitering omgående. Det innebär att bättre tillvarata möjligheten för patienten att bli protesgångare. Ortopedteknik tillverkar proteser till patienten under vårdtillfället och antalet underbensproteser har ökat med ca 50 % under 2012 mot 2011.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Metoden som används vid riskanalysarbetet är från "Riskanalys & Händelseanalys- Handbok för patientsäkerhetsarbete", HFMEA (Healthcare Failure Mode Effect Analysis) vilken är anpassad till svensk hälso- och sjukvård. Ett tvärprofessionellt team sätts ihop vid aktuell riskanalys.

Risikanalyser görs alltid då väsentliga förändringar planeras inom NU-sjukvården. I vissa fall, då det har gjorts många avvikelser inom samma område, har NU-sjukvården valt att göra riskanalys istället för händelseanalys.

En särskild rutin finns framtagen kring arbetet med riskanalyser. Riskbedömningar görs regelbundet för att förebygga fallskador, trycksår (dokumenteras i standardvårdplan) samt inför och under operation liksom i samband med förlösning.

Uppföljning av handlingsplanerna görs både på sjukhusnivå av chefläkare och på verksamhetsnivå av verksamhetschefer. Uppföljning av att de planerade åtgärderna vidtagits (och gett önskad effekt) kan förbättras.

Händelseanalys

Metoden som används är från "Riskanalys & Händelseanalys- Handbok för patientsäkerhetsarbete". Metoden för händelseanalys har sitt ursprung i metoden RCA (Root Cause Analysis)

Händelseanalyser genomförs alltid i de fall då det har gjorts en Lex Maria-anmälan. Lika viktigt som analysen är att följa upp dessa, vilket verksamheterna ansvarar för. Handlingsplaner upprättas i varje händelseanalys för att vidta åtgärder som minskar eller eliminerar de identifierade riskerna.

Det görs även händelseanalyser vid enskilda ärenden där patient eller anhöriga riktar anmärkningar mot vården.

Uppföljning av att de planerade åtgärderna vidtagits (och gett önskad effekt) kan förbättras.

Lex Maria-ärenden, dess händelseanalys och Socialstyrelsens beslut publiceras på NU-sjukvårdens webbplats.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Avvikelser

NU-sjukvården har en riktlinje för avvikelshantering som beskriver processen. Alla medarbetare är skyldiga att rapportera händelser och tillbud. Avvikelsen registreras i MedControl PRO. När ärendet är avslutat får den medarbetare som skrivit avvikelsen en återkoppling. Enligt riktlinjen ska avvikelsen sedan rapporteras på olika möten.

Vid introduktion får nyanställda information om avvikelssystemet och inom respektive verksamhet finns det rutiner för att utbilda nya medarbetare.

Det är inte ovanligt att händelseanalyser återrapporteras i seminarieform. Antalet avvikelser har ökat i NU-sjukvården. År 2012 skrevs 1,26 avvikelse per årsarbetare.

Avvikelsehanteringen fungerar generellt bra. Antal rapporterade ärenden skiljer sig mellan olika verksamheter och det finns generellt ett stort mörkertal. För att öka benägenheten bland medarbetare att skriva avvikelser är det viktigt att processteg och resultat återförs i verksamheterna. Arbetet fortlöper med information, utbildning och ett stort arbete görs inom flera verksamheter på att ge medarbetarna återkoppling på ärendena för att öka antalet rapporterade ärenden.

Hantering av klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6

Inom alla områden i NU-sjukvården finns kontaktpersoner - patientvägledare - utsedda att ta emot synpunkter på vården. Klagomål, frågor och övriga synpunkter på vården hänvisas i första hand till aktuell verksamhet. Vid allvarligare karaktär av klagomål registreras dessa i avvikelshanteringssystemet och hanteras enligt denna rutin. Patientvägledarna utreder händelsen och återkopplar till patienten och verksamheten. Patienten informeras om möjligheten att kontakta Patientnämnden. Chefsjuksköterska, utvecklingsledare/patientsäkerhet och chefläkaren träffar patientvägledarna 1-2 gånger per termin för erfarenhetsutbyte tillsammans med Patientnämnden.

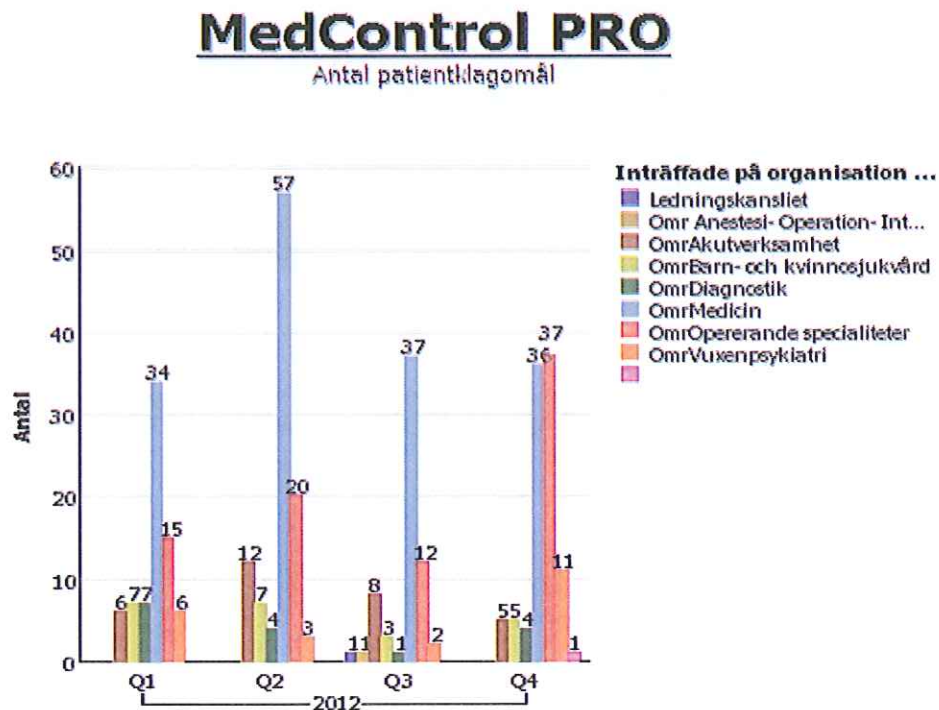
Ärenden av övergripande karaktär hos Patientnämnden tas upp med chefläkaren. Chefläkaren återkopplar ofta ärendena i sjukhusledningen.

Enskilda ärenden till Socialstyrelsen som handlar om klagomål och synpunkter hänvisas ofta till Patientnämnden som hanterar ärendet.

Ärenden som handlagts av patientvägledarna sammanställs inom verksamheterna. Ärenden hos Patientnämnden sammanställs årligen och återkopplas till NU-sjukvården.

Sjukhusövergripande riktlinjer för NU-sjukvårdens patientvägledare, chefer och medarbetare har tagits fram under året som stöd i arbetet med klagomålshandlingen.

Diagrammet är hämtat ur Cognosrapport för MedControl PRO och visar antal patientklagomål för år 2012 indelat på områdesnivå.



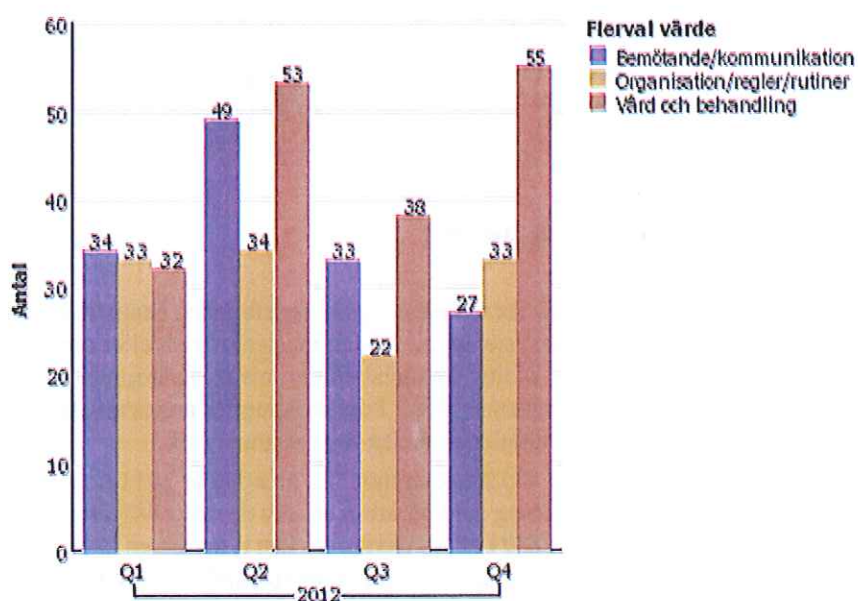
Riskvärde		2012				Summa (Riskvärde)
		Q1	Q2	Q3	Q4	
Lechningskanslet	Riskvärde 1				1	1
					1	1
	Ej angivet värde			1		1
	Summa(Område)			1		1
Omr Anestesi- Operation-Intensivvård	Riskvärde 2			1		1
	Summa(Område)			1		1
Omr Akutverksamhet	Ej angivet värde	1	1	1	2	5
	Riskvärde 1	4	10	7	2	23
	Riskvärde 2	1			1	2
	Riskvärde 3		1			1
	Summa(Område)	6	12	8	5	31
Omr Barn- och kvinnosjukvård	Ej angivet värde	2	4	1	3	10
	Riskvärde 1	4	3	1	1	9
	Riskvärde 2	1		1	1	3
	Summa(Område)	7	7	3	5	22
Omr Diagnostik	Ej angivet värde				1	1
	Riskvärde 1	7	4	1	2	14
	Riskvärde 2				1	1
	Summa(Område)	7	4	1	4	16
Omr Medicin	Ej angivet värde	1	3	8	17	29
	Riskvärde 1	30	48	27	16	119
	Riskvärde 2	3	6	2	3	14
	Riskvärde 3		2			2
	Summa(Område)	34	57	37	36	164
Omr Opererande specialiteter	Ej angivet värde	2	7	6	27	42
	Riskvärde 1	9	10	5	7	31
	Riskvärde 2	4	3	1	3	11
	Summa(Område)	15	20	12	37	64
Omr Växensjukvård	Ej angivet värde				7	7
	Riskvärde 1	2	2		1	5
	Riskvärde 2	3	1	2		6
	Riskvärde 3	1			3	4
	Summa(Område)	6	3	2	11	22
Summa		75	103	65	99	342

Kommentar: Område medicin arbetar särskilt aktivt med patientvägledning. Viktigt är tidig återkoppling till den klagande (mål inom 10 dagar).

Diagrammet och tabellen är hämtat ur Cognosrapport för MedControl PRO och visar antal patientklagomål indelat i typ för år 2012 .

MedControl PRO

Antal patientklagomål - per typ



Typ av patientklagomål		2012				Summa(År händelse)
		Q1	Q2	Q3	Q4	
Bemötande/kommunikation	Ej angivet värde	1	6	10	13	30
	Riskvärde 1	30	41	20	11	102
	Riskvärde 2	3	2	3	3	11
	Summa(Riskvärde)	34	49	33	27	143
Organisation/regler/rutiner	Ej angivet värde		8	7	15	30
	Riskvärde 1	24	19	14	13	70
	Riskvärde 2	8	6	1	2	17
	Riskvärde 3	1	1		3	5
Summa(Riskvärde)	33	34	22	33	122	
Vård och behandling	Ej angivet värde	6	7	11	27	51
	Riskvärde 1	21	39	22	20	102
	Riskvärde 2	4	5	5	7	21
	Riskvärde 3	1	2		1	4
Summa(Riskvärde)	32	53	38	55	178	
Summa	99	136	93	115	443	

Tabellen visas antal ärenden till Patientnämnden för NU-sjukvården.

År	2011	2012
Vård- och behandlingsfrågor	284	338
Bemötande, kommunikation och information	67	77
Organisation, regler och resurser	154	152
Övrigt	17	8
Summa	522	575

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Sammanställning av statistik för avvikelser görs regelbundet. Statistik tas fram ur Cognos eller ur avvikelssystemet av utvecklingsledare och/eller områdescontroller inom områdena. Dialog förs med chefer, medarbetare, patientvägledare och Patientnämnd angående utfall. I delårsrapporter anges antalet avvikelser för perioden, liksom antalet händelse- och riskanalyser.

År 2012 registrerades totalt 575 ärenden mot 522 ärenden år 2011 hos Patientnämnden, vilket är en ökning med 53 ärenden. Av dessa är 443 ärenden registrerade i MedControl PRO i NU-sjukvården. Det tyder på en ökad samstämmighet i bedömning av ärenden mellan Patientnämnden och NU-sjukvården vad gäller allvarlighetsgrad.

Det har skett en ökning av ärenden inom huvudområden såsom vård- och behandling, bemötande, kommunikation och information. De flesta ärenden som inkommit under vård och behandling rör enligt anmälaren felaktig, försenad eller utebliven behandling samt synpunkter på komplikationer. De ärenden som registrerats under rubriken bemötande handlar till stor del om att patienten ej känner sig lyssnad på. Patienterna uttrycker att det inte finns tid hos vårdpersonalen att ta till sig och lyssna på den information som patienten har. Bland ärenden som rör organisation, regler och resurser finns tillgänglighet, vårdgarantifrågor samt synpunkter på att bli bollad hit och dit mellan enheter och sjukhus.

Fördelningen av ärenden är jämn mellan klinikerna i NU-sjukvården.

En bidragande orsak till ärendeökningen kan vara bestämmelserna i den nya Patientsäkerhetslagen. Patientnämnden har också noterat att NU-sjukvården hänvisar patienter till dem i enlighet med Patientsäkerhetslagen

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid händelse- och riskanalyser intervjuas patienter och/eller anhöriga för att vården ska få del av deras upplevelse och uppfattning. De har också möjlighet att lämna förbättringsåtgärder för en säkrare vård. Efter genomförda analyser delges patienterna resultatet.

För att förebygga vårdskador sker samverkan inom delar av NU-sjukvården med patienter genom att använda "Min guide till säker vård" från Socialstyrelsen, vars syfte är att öka patienternas medverkan till en trygg och säker vård. Flera verksamheter inom område opererande specialiteter samt inom medicin har använt "Min guide till säker vård" under 2012.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Akutverksamheten

Riskanalys har genomförts inom NU-ambulansen med anledning av att ett flertal upprepade händelser där patienter felaktigt inte bedömts ha haft ambulansbehov. I denna framkommer att det uppstår komplexitet när strukturer möter kulturer och att det uppmärksammats att det finns subkulturer i arbetssätt och förhållningssätt till följsamhet till riktlinjer. Utifrån detta har handledarledda dialoggrupper fortlöpt med olika teman såsom dokumentskrivning, bedömning av patienter (olika patientfall) i utbildningssyfte och för att belysa vikten av följsamhet till riktlinjer och att förstå konsekvenserna då man ej gör det. Rotationstjänstgöring har startats, bland annat som ett led i att splittra upp subkulturer i arbetsgrupper.

Områdessekreterare, utvecklingsledare och vårdutvecklare stödjer verksamhetschefen i patientsäkerhetsarbetet.

Patientsäkerhet finns som stående punkt på alla ledningsmöten, ansvarig är områdessekreterare/analysledare.

Arbete med förbättrad kommunikation har genomförts och metoden SBAR har införts.

Prioritering av hantering av avvikelser har medfört att medarbetarna får ta del av uppföljningar och svar från dessa på olika mötesforum.

Aktiviteter för att eliminera dygnstjänstgöring inom NU-ambulansen då det bedöms som en stor risk ur patientsäkerhetssynpunkt

Föreläsning för alla chefer om säkerhetskultur av Marianne Törner, professor om säkerhetskultur har genomförts.

Opererande specialiteter och AnOpIVA

För att förebygga vårdskador arbetar området aktivt med följsamhet mot basala hygienrutiner och klädregler.

För att minska patientriskerna i samband med kirurgiska ingrepp arbetar området med Världshälsoorganisationens, WHO:s, checklista för säker kirurgi.

Checklistan används för att förbättra kommunikationen i operationslaget och bidrar till att alla säkerhetsåtgärder genomförs vid varje operation.

Respektive verksamhet har sänt utsedda medarbetare för utbildning i trycksårsbedömning och standardvårdplan för trycksår har implementerats. Kirurgkliniken har implementerat ett program för rökstopp inför planerad kirurgi. Detta dels för att minska vårdrelaterade infektioner i samband med kirurgi och dels som ett led för att verka som ett hälsofrämjande sjukhus. Ortopedkliniken startade detta arbete under 2011 och har fortsatt med det under 2012. Kirurgkliniken har tillsammans med AnOpIVA påbörjat ett förbättringsarbete för Säker Bukkirurgi.

Liverpool Care Pathway LCP- standardvårdplan för döende patienter har införts på den Palliativa enheten. Detta för att öka kvaliteten på vården i livets slutskede.

För att upprätthålla patientsäkerheten inom journalhanteringssystemen har arbete bedrivits för att utjämna kön och motverka att oskrivna diktat ligger mer än en vecka på akutmottagningen.

Arbete har bedrivits för att utveckla prostatacancerprocessen under 2012. ÖNH- och Käkkirurgiska kliniken har under 2012 genomfört kartläggning av klinikens patientsäkerhetsarbete och preliminärt utarbetat en handlingsplan för det fortsatta arbetet.

På IVA genomförs säkerhetsronder varje vecka med patientsäkerhet i fokus. Journalgranskning enligt GTT har genomförts på kirurgkliniken under 2012. Sammanställning av resultatet kommer att ske i början av 2013.

Barn och kvinnosjukvård

Information och diskussion kring patientsäkerhet har varit ett återkommande tema i olika möten på alla nivåer.

Kvinnokliniken går igenom avslutade händelseanalyser med all personal via APT, men också vid gemensamma samlingar där all personal har möjlighet att delta. Detta planeras även för barnkliniken.

Genom kontinuerlig dialog med patienter och anhöriga som upplevt sig besvikna i kontakten med verksamheten ökar kunskapen om riskerna för vårdskador.

Kontinuerlig utbildning och genomgång av avvikelssystemet MedControl PRO sker. Det finns hygienombud och hygien är en stående punkt på APT.

Under året har arbete med att uppdatera verksamheternas medicinska PM bedrivits.

“Tid NU” införs på våra barn- och gynnottagningar. Inom BUP bokas alla besök sedan länge i dialog.

“Mina vårdkontakter” är under införande på samtliga mottagningar.

Årliga medicintekniska ronder utförs där all medicinteknisk utrustning går igenom. Om något avviker däremellan kontaktas MTA som gör en kontroll

En administrativ rutin har tagits fram som stöd vid överbeläggningar inom slutenvården. Utlokaliseringar ses ej som ett alternativ i barnsjukvården då alla barn har rätt att vårdas i barnmiljö.

Riktlinje om individuell vårdplan har utarbetats och är implementerad i journalsystemet

Skanning av provsvar har haft en tendens att bli fördröjda varför förbättrings-åtgärder har genomförts.

Barn och ungdomskliniken

På barnavdelningen har en van sjuksköterska fått ändrade arbetsuppgifter så att tid frigörs för att stötta nyrekryterade sjuksköterskor.

Avvikelser är ibland kopplade till hög arbetsbelastning och man arbetar aktivt för att ha en adekvat bemanning. Skriftliga rutiner med åtgärdstrappa finns.

Slutenvården inom BUP har utvecklat den s.k. Bergenmodellen, som berör personalens förhållningssätt vid hot- och våldssituationer.

Alla barn som avd 34 (neonatalavdelningen) tar emot från Göteborg odlas med hänsyn till multiresistenta bakterier och isoleras tills negativa provsvar erhållits. Inga fall av vårdrelaterade infektioner har hittats vid mätningar och följsamheten till basala hygienregler registreras. Aktivt arbete pågår för att få ändamålsenliga lokaler. På barnmottagningen används speciella rum vid misstanke om smittfarliga sjukdomar.

För att vara lättillgängliga har barnmottagningen på NÄL alltid en eller två linjer öppna för rådgivning.

Många patienter med kroniska sjukdomar har sjuksköterskor med specifik kompetens. Detta ger en trygghet och kontinuitet.

BUP arbetar med utveckling av klinikkens interna processer. Detta medför en ökad kontroll av patientflödet och ger även ett säkrare internt flöde mellan klinikkens enheter.

Från den 1 januari inför BUP en samordnad individuell plan (SIP) som ska upprättas där andra vårdgivare är involverade i vården.

Utveckling av remisshantering, nybesök och behandlingskonferenser har gjorts på BUP genom framtagande av administrativa riktlinjer som nu är implementerade och beslutade.

Kvinnokliniken

Alla vårdrelaterade infektioner registreras i MedControl PRO på kvinnokliniken.

Varje månad granskas journaler med fokus på postoperativa infektioner för att analysera och finna förbättringsmöjligheter. Falldiskussioner sker dagligen på förlossningsavdelningens rond.

Förekomst av sfinkterrupturer mäts och rapporteras. Alla patienter med konstaterad ruptur följs upp av specialutbildad sjukgymnast för att minska framtida problem hos patienten.

All personal på förlossningen och alla läkare har deltagit i praktisk obstetrik för att höja kompetensen hos personalen.

All personal på gynnavdelningen har gått ALERT-utbildning.

Sju sjuksköterskor har under året tagit cytotatikakörkort för att öka den medicinska säkerheten vid administrering av cytotatika.

För att säkerställa patientsäkerheten och ha en samlad journal för gravida kvinnor har under flera år arbete pågått för en integration mellan datasystemen Obstetrix och Melior. Denna begäran har inte prioriterats av IT-enheten så fortfarande kan man inte använda Melior och Obstetrix på ett integrerat sätt.

Följden blir att manuell inmatning sker av uppgifter in i labbmodulen och att läkemedelsjournalen är i pappersform, vilket är en stor patientsäkerhetsrisk. Elektronisk födelseanmälan har införts under året och det innebär att de flesta barn som föds kommer att få ett fullständigt personnummer direkt vid födseln. Detta minskar risken för felregistrering vid provtagning och olika undersökningar. Personnumret finns då redan i datajournalen. Extra arbete har lagts på att förbättra rutinerna vid identitetsmärkning då det har förekommit flera avvikelser angående detta.

Diagnostik

Samtliga verksamheter arbetar aktivt med avvikelshantering, kläd- och hygienregler, riskanalyser och delar av verksamheterna med händelseanalyser.

Patologkliniken och Laboratoriemedicin är ackrediterade/certifierade för hela eller stora delar av verksamheten och deltar i omfattande kontroll- och kvalitetssäkringsprogram. Klinisk fysiologi deltar i kvalitetssäkringsprogrammet Equalis för tre undersökningstyper.

Patologkliniken har systematiskt arbetat med avvikelshantering enligt SS-EN ISO 15189. Målet med avvikelshantering var att säkerställa patientsäkerheten och att förebygga återupprepning och likartade fel genom att systematiskt registrera, åtgärda, sammanställa, redovisa och följa upp avvikelser från kvalitetssystemet.

Ortoped teknik och Medicinteknik har implementerat God Vård och det har genomförts intern revisioner samt Ledningens genomgång som resulterade i handlingsplaner.

På Medicinteknik så har Läkemedelsverket ansvar för godkännanden och kontroll av medicintekniska produkter. Medicintekniks uppgift är att se till att den enskilda patienten och hälso- och sjukvården får tillgång till säkra och effektiva produkter och att dessa används ändamålsenligt och kostnadseffektivt.

På Laboratoriemedicin skedde den övergripande uppföljningen av klinikens totala arbete för 2012 vid den årliga Ledningens genomgång. Då gjorde man en genomlysning av Laboratoriemedicins kvalitetsindikatorer, TAT (total analys-tid), avvikelser, förbättringsförslag, risk- och händelseanalyser, interna och externa revisioner samt interna och externa kontrollprogram. Laboratoriemedicin har uppfyllt målen för fortsatt ackreditering, certifiering samt tillstånd att bedriva blodverksamhet.

Områdets verksamheter utför en del processarbete både i verksamheterna och sjukhusgemensamt. Arbete pågår också vad avser taligenkänning, det tysta arbetsrummet för radiologer och i ledtidsprojektet.

Avvikelshanteringssystemet används både för att identifiera händelser eller potentiella risker, men också för förbättringsförslag. Här fångas många risker upp och åtgärdas. Så även i riskanalyser och händelseanalyser.

Laboratoriemedicin utbildar nyanställd personal i preanalys för att ytterligare belysa vikten av att göra rätt från början och att genom exempel visa vilka fel som kan hända och hur de kan förebyggas.

Medicin

Patientvägledare, tillika utbildad analysledare, har under året närvarat vid APT på de flesta avdelningar/mottagningar inom området och informerat om avvikelshantering, patientvägledning samt händelse- och riskanalys .

En arbetsgrupp har bildats tillsammans med en kommun inom upptagningsområdet för att identifiera läkemedelsbister i vårdens övergångar.

Meliorgrupp har bildats för att förbättra dokumentation inom området, initialt för omvårdnadspersonal.

Vårdplaneringsenheten har möjlighet till vårdplanering via video och detta används vid ca 2-3 tillfällen/vecka.

Vårdplatskoordinering sker även nattetid.

Vårdplatskoordineringsmöte varje vardag kl. 11:30, där alla vårdenhetscheferna träffas via videolänk mellan NÄL och Uddevalla, verksamhetschef i beredskap kan vb adjungeras.

Systematiska patientsäkerhetsbedömningar görs vid överbeläggningar i ett webbaserat verktyg (Vårdplatsläget) används.

Verksamhetschefer, avdelningschefer och medicinskt ansvariga på respektive sektion har påbörjat ett arbete med avvikelshantering för att optimera patientsäkerheten.

Vuxenpsykiatri

Område vuxenpsykiatri har ett ledningssystem för patientsäkerhet med händelseanalyser, återföring av händelseanalyser, handlingsplaner och uppföljning av dessa sker vid självmord samt andra allvarliga händelser. Analysen används i patientsäkerhets- och förbättringsarbetet inom området och handlingsplanen förankras och beslutas i linjen.

Under året har en revidering av områdets självmordpreventionsprogram påbörjats. Detta program beräknas vara klart för införande under våren 2013.

Området har deltagit i ett genombrottsprojekt, initierat av SKL, för att förbättra kvalitén vid användande av tvångsåtgärder samt minska behovet av användande av tvångsåtgärder. Kopplat till detta genombrottsarbete har nya rutiner tagits fram. Förbättrad kvalitet och minskat behov av användande av tvångsåtgärder påverkar såväl patientsäkerhet som arbetsmiljö positivt.

För att uppnå en högre patientsäkerhetskultur krävs ett engagemang från områdets ledningsgrupp. På samtliga ledningsmöten finns patientsäkerhetsarbetet med på agendan.

Patienter som skrivs ut från psykiatrisk slutenvård planeras till öppenvård när det behövs via intern patientöverföring och vårdplanering.

I slutenvård har patienten utsedda kontaktpersoner under vårdtillfället. En stor del av patienter i öppenvård har behov av uppföljning och/eller behandling av annan person än läkare. Här finns god kontinuitet och man möter samma person eller personer varje gång. Många patienter behöver insatser från flera yrkesgrupper och kontinuitet och samordning finns även här. Patienter med stora svårigheter avseende funktion erbjuds case manager, en person som samordnar vård och insatser från olika vårdgivare samt upprätthåller kontakter med närstående.

Från forskning och egen statistik vet den psykiatriska verksamheten att tiden mellan utskrivning från slutenvård till besök/uppföljning i öppenvård är kritisk när det gäller suicidrisk. Ett kontinuerligt arbete sker därför kring intern patientöverföring. Detta område följs nu även inom ramen för en av vuxenpsykiatriens huvudprocesser, depressionsprocessen

Under året har 90 % av dem som väntar på första besök erbjudits tid inom 60 dagar och 99 % erbjudits tid inom 90 dagar. Här finns dock patienter med som uteblivit vid första erbjudna besök och som inte gått att nå inom garantitid. Av patienter som väntar på neuropsykiatrisk utredning har 48 % erbjudits förstasbesök inom 90 dagar.

Aktiviteter för att förbättra tillgänglighet till neuropsykiatrisk utredning är:

- Utbildning/fortbildning: neuropsykiatri GU för psykologer
- Fortsatt arbetet med processförbättringar på enheterna för en effektiv utredningsprocess
- Processförbättringar för att hålla samman de olika utredningsdelarna i tid för patienten.
- Ökat antal psykologer

För att bygga in patientsäkerhetsarbetet i verksamhet och verksamhetsutveckling lyfts patientsäkerhets- och kvalitetsfrågorna in i processarbetet. De mått som används i processerna kan till stor del kopplas till patientsäkerhetsarbetet.

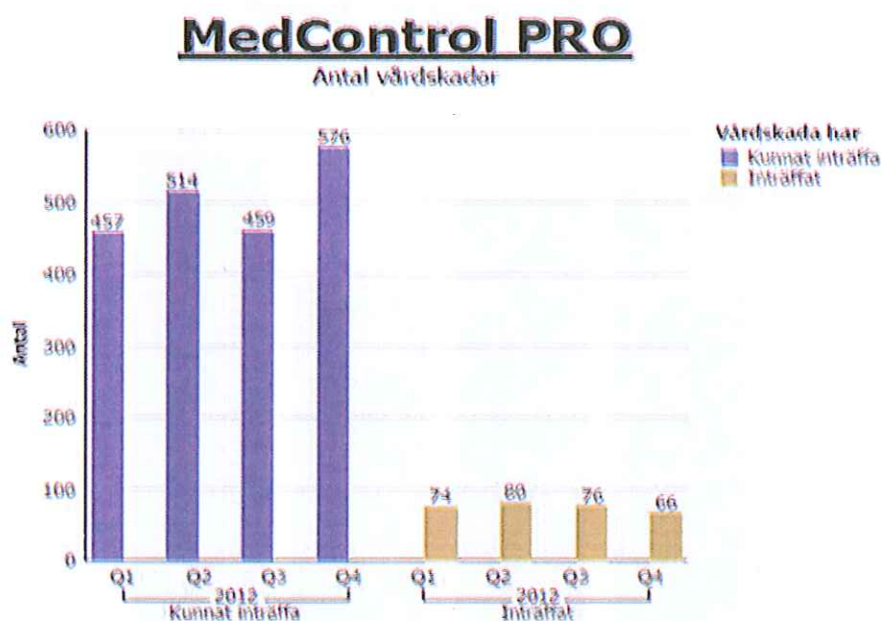
Standardvårdplan vid ECT har utarbetats inom ramen för NU-sjukvårdens projekt med Eyedoc. Arbetet har lyft fram patientsäkerhetsarbetet i samband med ECT.

Viktiga delar i patientsäkerhetsarbetet ligger inom ramen för processorienteringen. Under året har arbetet med väl beskrivna och förankrade processer fortsatt.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Diagrammet är hämtat ur Cognosrapport för MedControl PRO och visar antal avvikelserapporter avseende patientavvikelser för år 2012 i NU-sjukvården.



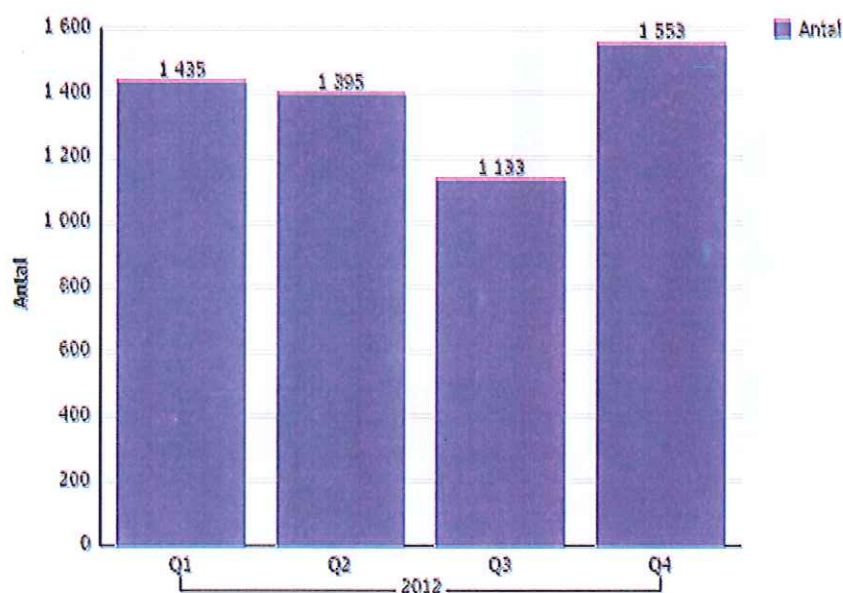
Riskvärde	Kunnat inträffa 2012				Inträffat 2012				Summa(Riskvärde)
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	
Ej angivet värde	44	60	86	253	6	12	16	24	501
Riskvärde 1	350	325	318	252	51	51	37	30	1 414
Riskvärde 2	60	121	54	69	12	15	18	8	356
Riskvärde 3	3	8	1	3	5	2	5	4	31
Summa	457	514	459	526	74	80	76	66	2 302

Huvuddelen av registrerade patientavvikelser utgörs av tillbud. Avvikelserna är ungefär jämt fördelade under året. Totalt har 31 avvikelser fått det högsta riskvärdet. Det är både tillbud och inträffade vårdskador. Under året har NU-sjukvården anmält 31 ärenden enligt Lex Maria.

Diagrammet är hämtat ur Cognosrapport för MedControl PRO och visar antal patient- och personalavvikelser för år 2012 i NU-sjukvården.

MedControl PRO

Antal avvikelser



Avvikelser	2012				Summa(År händelse)
	Q1	Q2	Q3	Q4	
Ej angivet värde	147	146	251	641	1 185
Riskvärde 1	1 084	1 034	753	763	3 634
Riskvärde 2	190	200	122	136	648
Riskvärde 3	14	15	7	13	49
Summa	1 435	1 395	1 133	1 553	5 516

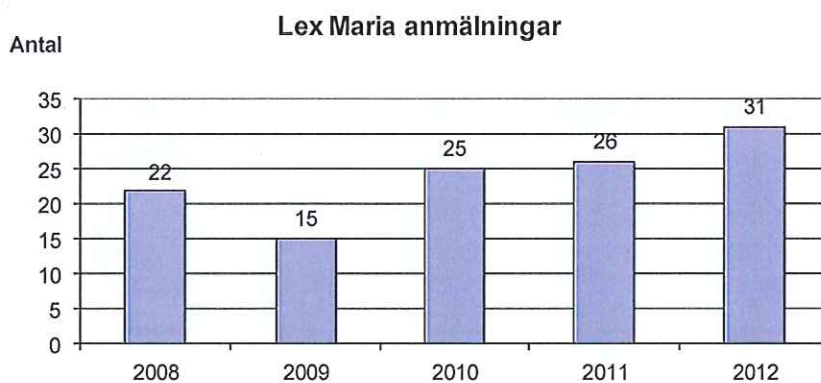
NU-sjukvården har haft som mål att medarbetarna ska skriva minst en avvikelse var under året. År 2011 skrevs 1,25 avvikelse/nettoårsarbetare och 2012 var motsvarande siffra 1,26.

Tabellen visar antal registrerade risk- och händelseanalyser samt antal registrerade avvikelser/nettoårsarbetare i NU-sjukvården under år 2012.

Utfall 2012	Kolumn1	Kolumn2	Kolumn3
	Indikator 1	Indikator 2	Indikator 3
	(antal registrerade avvikelserrapporter per årsarbetare)	(antal utförda riskanalyser	(antal utförda händelseanalyser
Akutverksamhet	0,9	7	1
Medicin	1,91	3	11
AnOpIVA	1,07	3	4
Diagnostik	2,8	10	4
Opererande	0,8	1	4
VUP	0,46	2	8
Barn/KK	0,93	2	6
NU sjukvården	1,26	28	38

Det görs färre riskanalyser jämfört med antalet händelseanalyser.

Diagrammet visar en sammanställning över antalet anmälda ärenden enligt Lex Maria 2008 till 2012.



Antalet Lex Maria anmälningar har ökat under åren. NU-sjukvården tolkar det ökande antalet som ett uttryck för en ökande öppenhet och intresse för det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

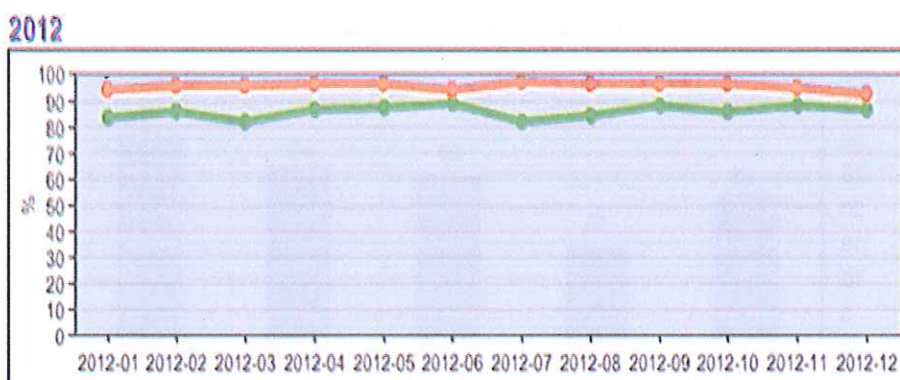
NU-sjukvården har sedan andra halvan av 2007 genomfört sjukhusövergripande GTT-mätningar. Utfallet presenteras i tabell nedan.

	Antal granskade journaler	Antal vårdskador/ komplikationer	Antal VRI	% vårdskador/ komplikationer	% VRI
2008	240	44	19	18,3	7,9
2009	240	35	16	14,6	6,7
2010	240	23	14	9,6	5,8
2011	240	23	8	9,6	3,3

Sjukhusövergripande GTT-mätningar har fortsatt under 2012. En sammanställning av utfallet för 2012 är ännu inte klar.

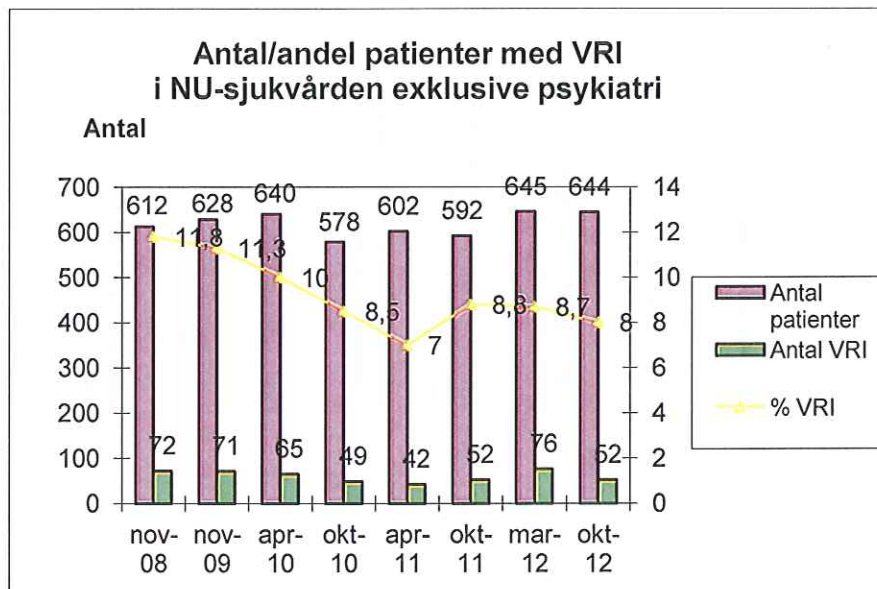
Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler framgår av bild nedan. I december 2012 var följsamheten till basala hygienrutiner 86 procent och till klädregler 92 procent.

Den gröna linjen visar följsamhet till basala hygienrutiner och den röda linjen till klädregler



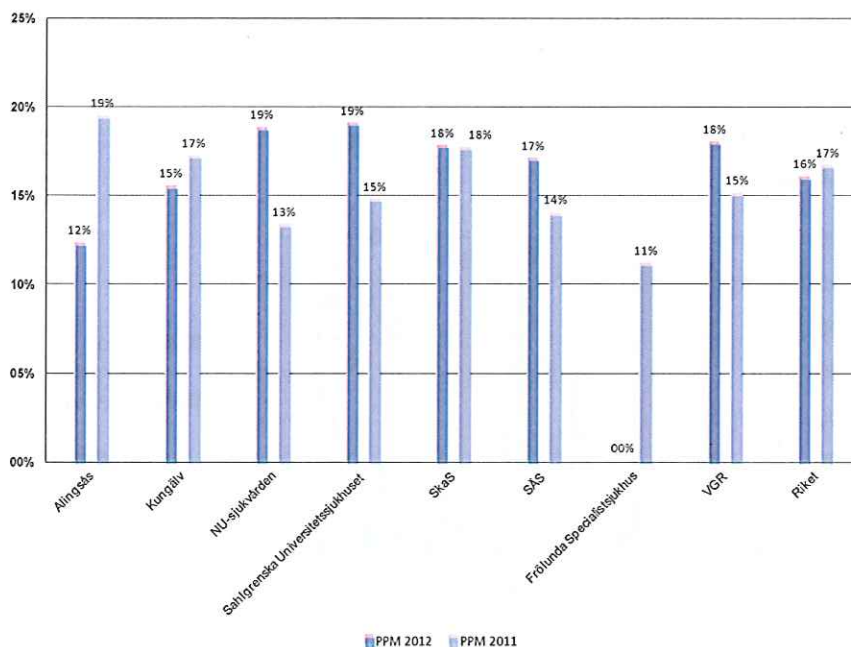
Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler ligger sammantaget på en hög nivå. Det är kanske inte möjligt att uppnå 100 procents följsamhet till basala hygienrutiner i alla situationer, men däremot borde följsamheten till klädregler vara 100 procent.

Diagrammet visar utfall vid punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner i NU-sjukvården 2008 till 2012



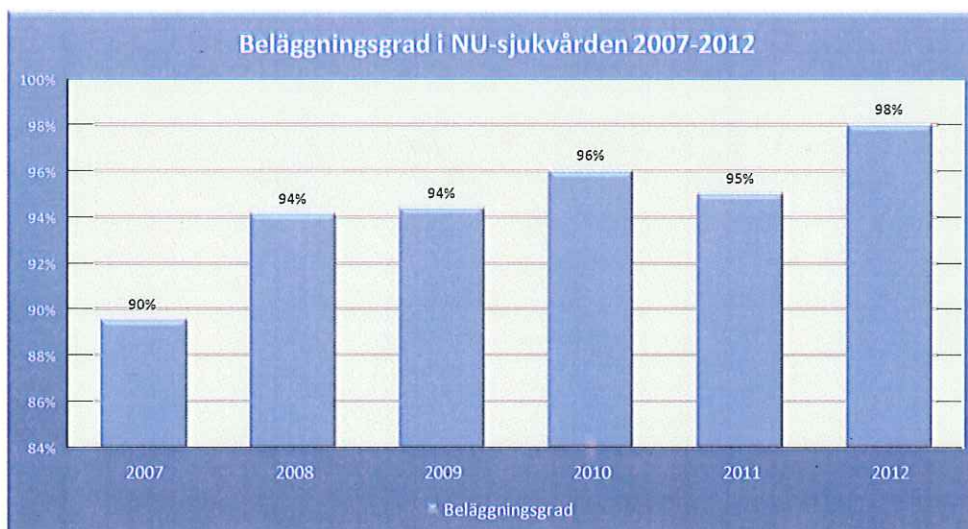
Andelen VRI sjönk under åren 2008 till 2011, men därefter planat ut. Mätmetoden har ifrågasatts då den visar bild under en dag. Ett bättre sätt att registrera VRI kommer så småningom när infektionsverktyget finns på plats. Det är angeläget att pilotprojektet kan avslutas och att verktyget breddinförs i regionen.

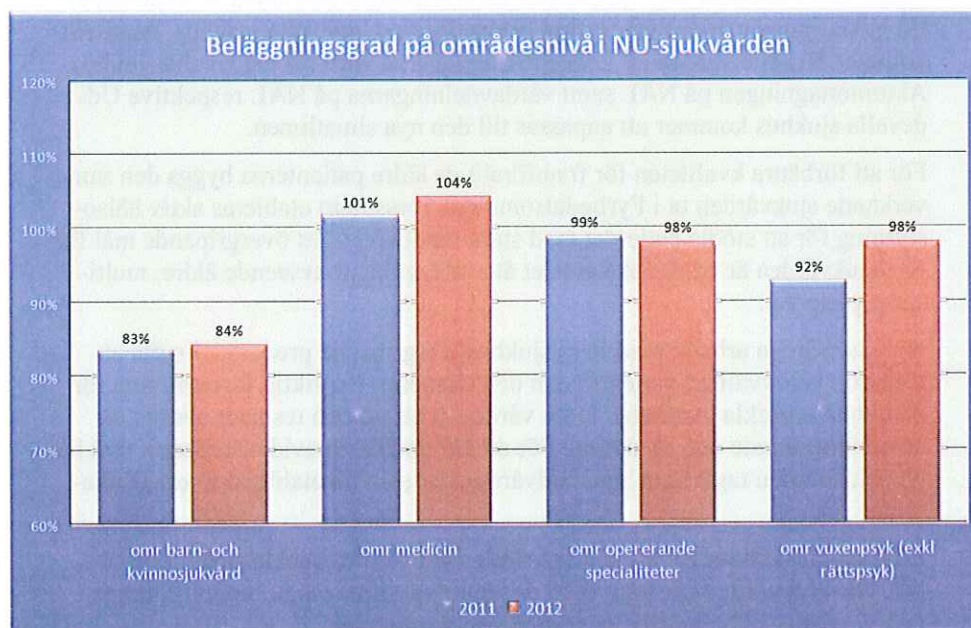
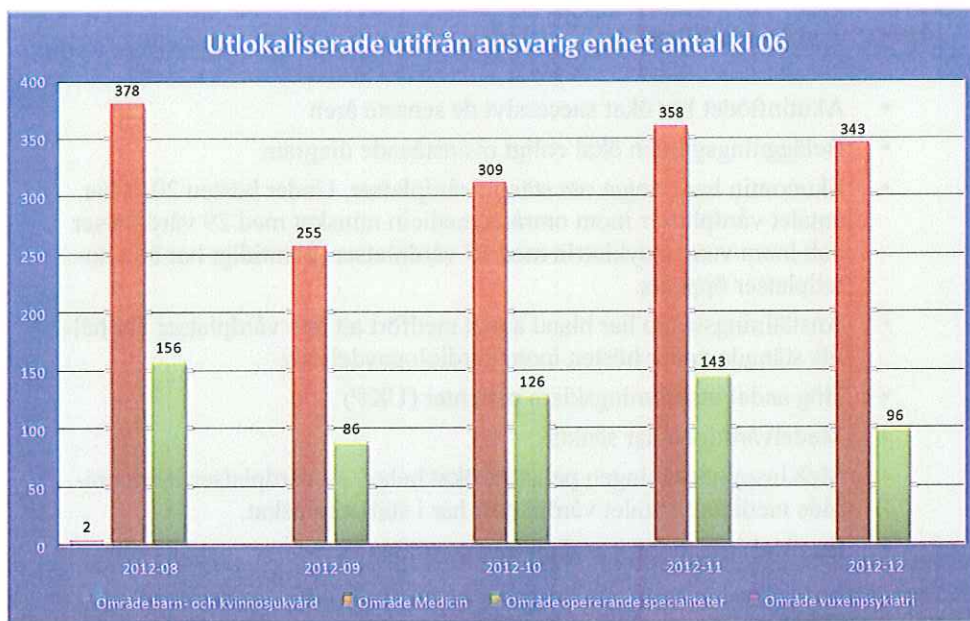
Andel patienter med trycksår vid punktprevalensmätningarna 2011 och 2012



Andelen registrerade trycksår ökade under 2012 jämfört med 2011. Bortfall av rättspsykiatrin under 2012 kan ha ökat andelen trycksår för 2012, men också att kunskapen förbättrats.

Resultat avseende överbeläggningar.





Analys överbeläggningar

- Akutinflödet har ökat successivt de senaste åren
- Beläggningsgraden ökat enligt ovanstående diagram
- Ekonomin har tvingat oss stänga vårdplatser. Under hösten 2012 har antalet vårdplatser inom område medicin minskat med 29 vårdplatser och inom vuxenpsykiatri med 15 vårdplatser. Samtidigt har åtta hotellplatser öppnats.
- Anställningsstopp har bland annat medfört att åtta vårdplatser har hållits stängda under hösten inom kardiologavdelning
- Hög andel utskrivningsklara patienter (UKP)
- Medelvårdtiden har sänkts
- McKinsey-utredningen pekat på ökat behov av vårdplatser inom område medicin. Antalet vårdplatser har i stället minskat.
- En ökad belastning har skett av personalen

Övergripande mål och strategier för kommande år

Under 2013 kommer NU-sjukvården att konsolidera den akuta verksamheten till NÄL, innebärande flytt av akut ortopedi från Uddevalla sjukhus. Parallellt kommer NU-sjukvården att koncentrera planerad vård till Uddevalla sjukhus. Akutmottagningen på NÄL samt vårdavdelningarna på NÄL respektive Uddevalla sjukhus kommer att anpassas till den nya situationen.

För att förbättra kvaliteten för framförallt de äldre patienterna byggs den samverkande sjukvården ut i Fyrbodalsområdet. Dessutom etableras aktiv hälsostyrning för att stödja patienter med stora vårdbehov. Ett övergripande mål för NU-sjukvården är att minska antalet återinläggningar avseende äldre, multisjuka patienter.

NU-sjukvården arbetar med flera sjukhusövergripande processer i syfte att förbättra vårdkvalitet, patientflöden och ekonomi. En viktig förutsättning för att kunna utveckla kvaliteten inom vården är att tid och resurser avsätts för utvecklingsarbete och forskning. För att säkerställa en evidensbaserad vård har NU-sjukvården tagit fram standardvårdplaner som nu etableras i verksamheterna.

En framgångsfaktor för att bedriva säker vård är att utveckla säkerhetskulturen. NU-sjukvården har tagit fram en handlingsplan som kommer att följas upp via patientsäkerhetsdialoger med verksamheterna.

En annan viktig fråga för år 2013 är att NU-sjukvården arbetar vidare med patientens delaktighet i vården. Arbetet kommer att omfatta ökad patientmedverkan, i händelse- och riskanalyser och vad avser patientupplevd kvalitet.

Arbete pågår med att ta fram ett IS-stöd för att mäta överbeläggningar regionalt (VVU-projektet). I arbetet deltar NU-sjukvården. Målsättningen är att ta fram kvalitetssäkrade siffror angående överbeläggningar på regionens sjukhus. Då dessa har tagits fram krävs bland annat en dialog med både ägare och beställare.

Ett övergripande problem i NU-sjukvården är överbeläggningar. En handlingsplan för det interna arbetet tas fram för att minska dessa, men tar tid att implementera. Lösningen på kort sikt är att öka antalet vårdplatser inom område medicin.

En annan strategiskt viktig fråga ur patientsäkerhetssynpunkt är att behålla och förstärka den medicinska kompetensen.

Ärende 7

Ärende 7

Tjänsteutlåtande

Datum 2013-03-12

Diarienummer NU 246/2012

Ledningskansliet

Anne Elfving

Styrelsen för NU-sjukvården

Motion om vård i livets slutskede – satsa på palliativa vårdenheter

Ärendet

Regionstyrelsen har remitterat en motion av Conny Brännberg (KD) om vård i livets slutskede – satsa på palliativa vårdenheter, till Styrelsen för NU-sjukvården m fl.

Beredning

Svar på motionen har beretts av verksamhetschefen för kirurgkliniken.

I yttrandet beskrivs bl a den palliativa vård som bedrivs inom NU-sjukvården. Det finns en palliativ enhet som består av ett mobilt team och en vårdavdelning med 17 vårdplatser vid Uddevalla sjukhus. Den palliativa enheten i NU-sjukvården deltar i det svenska palliativregistret, ett nationellt kvalitetsregister där samtliga dödsfall inom sjukvården bör registreras. Uppföljningen visar att inom vissa områden finns förbättringar att göra för att uppnå målvärdet.

NU-sjukvården följer det nationella vårdprogrammet för palliativ vård och uppfyller de krav som finns för en specialiserad palliativ vårdenhet. Vidare arbetar NU-sjukvården efter en handlingsplan för att samtliga kliniker ska delta i det svenska palliativregister fr o m 1 juni 2013.

Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården avger svar på motionen i enlighet med yttrande daterat 2013-03-11.

Remissvar ”Motion om ”Vård i livets slutskede – satsa på palliativa vårdenheter”

Enligt det nationella vårdprogrammet definieras allmän palliativ vård som den vård som ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap i palliativ vård. Allmän palliativ vård kan erhållas från primärvård, hemsjukvård eller länssjukvård.

Specialiserad palliativ vård, är palliativ vård som ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov och som utförs av ett multi-professionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativ vård. Den specialiserade palliativa vården utförs av special enheter som ofta utgår från sjukhus.

Palliativ vård är aktuell när bot inte längre är möjlig. Det är ett klart och medvetet förhållningssätt i omhändertagandet för att hjälpa både patienten och närstående till så god livskvalitet som möjligt.

I NU-sjukvården bedriver vi allmän palliativ vård på alla vårdavdelningar och på den palliativa enheten erbjuder specialiserad palliativ vård.

Den palliativa enheten består av ett mobilt-team och en vårdavdelning med 17 vårdplatser (avd 14) på Uddevalla sjukhus. Patienter remitteras till enheten från primärvård och länssjukvård.

Den palliativa enhetens uppdrag innebär

- Råd och stöd till patienter, närstående och personal i hemsjukvård och primärvård dygnet runt, för att möjliggöra en trygg och säker vård i det egna hemmet eller i ett kommunalt boende.
- Möjlighet till direkt inläggning på den palliativa vårdavdelningen, när symptomkontrollen sviktar eller behov finns av specialiserad palliativ vård.
- Palliativa teamet utgör basen i den palliativa enheten med telefonkontakt, möjlighet till hembesök, mottagningsbesök och dagvård på vårdavdelningen.
- Den palliativa enheten har också uppdraget att vara kompetenscentrum för kunskapsområdet Palliativ vård.
Till enheten finns en utvecklingssjuksköterska som förutom internutbildning av NU-sjukvårdens personal, regelbundet arrangerar kunskapsseminarier, för alla vårdgivare i primärvård, kommun och NU-sjukvården.

Arbetet med den palliativa patienten präglas av en uttalad helhetssyn och på enheten arbetar förutom palliativa läkare, sjuksköterskor, undersköterskor även dietist, kurator, sjukgymnast, arbetsterapeut och diakon.

Vården är individanpassad och förutom aktiva insatser för att öka livskvaliteten ägnas mycket tid åt samtal med patient och närstående.

Motionen lyfter fram angelägna förbättringsområden i vården av de palliativa patienterna: Möjligheten att få välja var man vill avsluta sitt liv, tillgång till information för patient och närstående, närvaro i dödsögonblicket och kompetent stöd till närstående efter dödsfall.

Den palliativa enheten i NU-sjukvården deltar i Det Svenska Palliativregistret. Detta register är ett nationellt kvalitetsregister där samtliga dödsfall inom sjukvården bör registreras.

I registret beskrivs hur den sista tiden i livet uppfattades och dokumenterades av vårdpersonalen.

I kvalitetsregistrets årsrapport för år 2012, finner vi att den palliativa enheten i NU-sjukvården till 85% (målvärde 90%) uppfyllde målet om mänsklig närvaro i dödsögonblicket.

Patientens önskemål om dödsplats uppfylldes till 49% (målvärde 100%). Under 2012 avled 483 av de palliativa patienterna som var inskrivna på den palliativa enheten, varav 29% av dem i det egna hemmet, 36% inom kommunal omsorg och 34% på en vårdavdelning inom NU-sjukvården (av dessa avled 93% på den palliativa vårdavdelningen och 7% på andra vårdavdelningar).

Information till patient inför det terminala skedet, ges till patient i 85% och till närstående i 90% av patientfallen (målvärde 100%, i båda fallen).

Efterlevandesamtal erbjuds till 100%, d v s alla närstående erbjuds samtal med sjuksköterska efter dödsfall.

NU-sjukvården arbetar efter en handlingsplan för att samtliga kliniker skall delta i det Svenska Palliativregistret fr o m 1/6 2013. Ansvarig för utbildning, implementering och uppföljning är utvecklingsjuksköterskan vid den palliativa enheten.

Sammanfattningsvis följer NU-sjukvården det nationella vårdprogrammet för palliativ vård och uppfyller de krav som finns för en specialiserad palliativ vårdhet. Verksamheten har idag ingen jourlinje för de palliativa läkarna endast beredskap kl 9-14 på helgen. Regionalt arbetar man med frågan om en regional jourlinje för palliativa frågeställningar.

NU-SJUKVÅRDEN
Kirurgkliniken

Maria Wiksten Ericsson
verksamhetschef



Handläggare: Omr.chef opspa (158) V
Kopia: Sjukvården (LH) V Sevkr styr (AE)

Ledningskansliet för NU-sjukvården Ankom
2012-12-12
D nr. 246.10/2012

Avdelning:

Administrativa avdelningen

Handläggare:

Britt-Marie Gustafsson

Datum:

2012-12-10

Diarienummer:

RS 2528-2012

Till

Hälso- och sjukvårdsnämnden Göteborg Hisingen

Hälso- och sjukvårdsnämnden Östra Skaraborg

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Styrelsen för NU-sjukvården

Hälso- och sjukvårdsutskottet

Motion av Conny Brännberg (KD) om vård i livets slutskede – Satsa på palliativa vårdenheter

Regionstyrelsen har valt att remittera denna motion till rubricerade för yttrande.

Av motionssvaret skall framgå nämndens/styrelsens synpunkter på om och hur motionsförslaget kan genomföras. I svaret ska också anges om det redan nu pågår verksamhet eller motsvarande i enlighet med motionens intentioner. Någon mer omfattande utredning i sakfrågorna ska inte göras i samband med besvarandet av motionen. T.ex. vill motionären ha en utredning är det regionfullmäktige som avgör om utredningen ska göras efter att berörda nämnder/styrelser lämnat synpunkter. Regionkansliet sammanställer därefter inkomna remissvar och lämnar förslag till beslut.

Motionssvaret tillsammans med protokollutdraget ska vara regionkansliet tillhanda senast den 31 mars 2013. Ange vårt diarienummer när svaret sänds in.

Sänds in via email: britt-marie.gustafsson@vgregion.se eller per post enligt adress nedan.

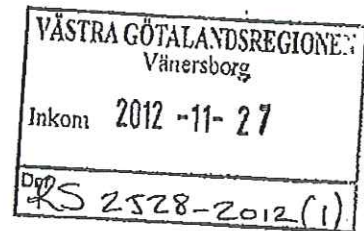
Önskas ytterligare uppgifter i ärendet kan Ni kontakta undertecknad på tel 010-4410142.

Med vänlig hälsning

Britt-Marie Gustafsson
Britt-Marie Gustafsson



Kristdemokraterna



Motion till Regionfullmäktige

Vård i livets slutskede - Satsa på palliativa vårdenheter

"Sällan bota, ofta lindra alltid trösta" brukar det heta när man talar om vårdens roll och ansvar. Ändå är betoningen av den botande vården så stark att vi tenderar att glömma bort den viktiga vård som syftar till att lindra och trösta. Vården vid livets slut måste präglas av värdighet, omtanke och respekt för patienten. Den måste organiseras så att det blir naturligt för anhöriga att vara tillsammans med patienten den sista tiden.

Många människor vill ha möjligheten att avsluta livet i sitt hem. Denna önskan måste naturligtvis tillgodoses i möjligaste mån. Samtidigt vet vi att detta inte är möjligt för alla. Därför är det angeläget att det också finns särskilda enheter som är anpassade för vården i livets slutskede.

I de fall en människa saknar anhöriga är det särskilt angeläget att vi ger vårdpersonalen förutsättningar att vara nära patienten. Ingen ska behöva dö i ensamhet.

Även om det inte är realistiskt att erbjuda särskilda palliativa enheter i varje kommun är det viktigt att den palliativa vården och vård i livets slutskede utvecklas och ser utifrån patientens och anhörigas behov och önskemål i hela regionen. Ett bra komplement där palliativa enheter saknas är särskilda enheter som miljömässigt och kompetensmässigt anpassats för att kunna vårda just denna patientgrupp.

Både anhöriga och patienter upplever ofta att informationen i samband med läkarbesök och behandling är bristfällig och otillräckligt. Detta är inte bara en patientsäkerhetsfråga utan även en fråga om värdighet och respekt. Varje patient måste ges tid för att få frågor besvarade och för att kunna skaffa sig kunskap om sin hälsostatus och eventuell behandling.

I samband med en interpellationsdebatt i Regionfullmäktige om Palliativregistret uppmärksammades behovet av fortsatt utveckling av information till patienter och anhöriga. Genom att erbjuda särskilda enheter, menar vi, ökar omvårdnaden för patienterna och stödet till de anhöriga, vilket stärker en god omvårdnad i ett skede som kräver stora insatser.

Det finns några sådana enheter som är goda förebilder, men för att alla patienter i behov av palliativ vård i Västra Götalandsregionen ska kunna garanteras en sådan individuellt anpassad vård bör en kartläggning av behov och tillgång

Mer: BM
Ernstsson

göras.

Mot bakgrund av ovanstående föreslås Regionfullmäktige besluta

att **uppdra åt Regionstyrelsen att utreda behovet av särskilda palliativa enheter i Västra Götalandsregionen.**

Vänersborg 2012-11-27



Conny Brännberg (KD)
Regionfullmäktigeledamot

Ärende 9

Ärende 9

Ärende 10

Ärende 10



Anmälningssärenden 2013-03-06

Inkomna skrivelser

Revisionsenheten 2013-01-30 – granskning av arbetet med att utveckla effektiviteten i hälso- och sjukvården

Utgående skrivelser

Hälso- och sjukvårdsutskottet

Ordnat införande av nya läkemedel, metoder och riktlinjer 2012-2013, etapp 2, 2012-12-19, § 241

Nationell satsning för ökad patientsäkerhet 2013, 2013-02-06, § 19

Ekonomiutskottet

Regionstyrelsen

Regionuppdrag för rörelseorganens sjukdomar, 2013-01-22, § 11

Regionfullmäktige

Ägarutskottet

Hälso- och sjukvårdsnämnderna i norra Bohuslän, Trestad och Dalsland