



Patientsäkerhetsberättelse för NU-sjukvården

Avseende år 2015

Datum och ansvarig för innehållet

2016-01-22

Chefläkare Magnus Söderbergh

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Uppföljning genom egenkontroll.....	8
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Risikanalys	11
Händelseanalys	11
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	12
Klagomål och synpunkter	13
Sammanställning och analys	14
Samverkan med patienter och närstående	15
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	16
Resultat	23
Övergripande mål och strategier för kommande år	29

Sammanfattning

- NU-sjukvården har ett webbaserat ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.
- Varje klinik har patientvägledare som systematiskt tar emot patienters och närståendes synpunkter och klagomål.
- Vid händelse- och riskanalyser involveras patienter och närstående. Vården har då möjligheter att tillvarata erfarenheter och förbättringsförslag.
- NU-sjukvården har ett webbaserat uppföljningssystem av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler vilket visar god följsamhet. Det finns även ett webbaserat rapporteringssystem för att registrera förekomst av vinterkräksjuka (Calici).
- Den nedåtgående trenden av förekomst av vårdrelaterade infektioner har sedan 2013 brutits och ökat något.
- NU-sjukvården genomför rutinmässigt journalgranskningar (MJG) för att följa förekomsten av vårdskador och identifiera förbättringsområden.
- NU-sjukvården har en väl fungerande samverkan med Patientnämnden.
- Punktprevalensmätningarna avseende vårdrelaterade infektioner och trycksår har genomförts. 2014 var förekomsten av trycksår i NU-sjukvården hög och en handlingsplan togs fram, bland annat inhandlades tryckavlastande madrasser till samtliga vårdplatser inom den somatiska vuxenvården. 2015 visar punktprevalensmätningarna en lägre förekomst.
- NU-sjukvårdens handläggningstider för IVO-ärenden är fortsatt långa och en ny revidering av rutiner pågår.
- Antalet anmälningar enligt lex Maria har minskat jämfört med 2014 vilket sannolikt beror på en eftersläpningseffekt efter reviderade rutiner under början av året.
- Implementering av infektionsverktyget (IT-stöd för kontinuerlig registrering av vårdrelaterade infektioner och orsaker till antibiotikaordinationer) fortsätter.
- Patientsäkerhetskulturmätningen visade inga stora förändringar jämfört med 2013 men svarsfrekvensen var låg.

Övergripande mål och strategier

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

Tre övergripande mål:

- NU-sjukvården skapar värde för patienterna
- NU-sjukvården har hög kvalitet och tillgänglighet
- NU-sjukvården har kraft att genomföra

Handlingsplanen för patientsäkerhet 2015 är en bilaga till verksamhetsplanen med inriktad mot målet, NU-sjukvården har hög kvalitet och tillgänglighet, där Säker vård är ett underliggande mål med mått och mätetal såsom:

- Andel patienter inom somatisk vård med vårdrelaterade infektioner ska minska.
- Andel patienter 18 år och äldre med trycksår ska minska
- Andel patienter inom slutenvård med läkemedelsberättelse ska öka

Målen har koppling till målen i den regionala Förändringsagendan 2015, "Vi har en patientdriven vård" och "Vi har hög patientsäkerhet" samt målet i budgeten, "Vi ska säkerställa en kvalitetsdriven vård".

Sjukhusgemensamma strategier och prioriterade aktiviteter 2015:

- Med säker vård menar vi att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete.
- Avvikelsehantering utgör grunden för identifikation av vårdskador.
- Vid allvarliga negativa händelser och händelser som hade kunnat leda till allvarlig vårdskada görs händelseanalys enligt rutin.
- Markörbaserad journalgranskning (MJG) används av NU-sjukvården för att identifiera förbättringsområden och få ett övergripande mått på antalet vårdskador.
- NU-sjukvården arbetar för att minska antalet vårdrelaterade infektioner genom att aktivt tillämpa basala vårdhygieniska principer och implementera SKL:s förebyggande handlingsplaner i verksamheterna.
- NU-sjukvården ska också minimera antalet vårdskador genom att förebygga läkemedelsfel i vårdens övergångar, fall, fallskador och trycksår i samband med vården.
- Riskanalyser genomförs vid väsentliga förändringar i verksamheten och om det inträffar många allvarliga avvikelser inom ett område.
- NU-sjukvården ska arbeta med säker remisshantering och samverka med andra vårdgivare, främst primärvården och kommunal vård och omsorg.
- En viktig grund för att nå framgång i arbetet med patientsäker vård är en väl utvecklad säkerhetskultur.

NU-sjukvårdens tre områden följer förvaltningens övergripande mål och strategier och har dessutom konkreta mätbara verksamhetsmål för arbetet med säker vård. I verksamhetsperspektivet anges som framgångsfaktorer att utveckla patientsäkerhetskulturen och reducera antalet vårdskador. En viktig framgångsfaktor i detta avseende är att minska belägningsgraden på våra vårdavdelningar. En annan viktig aktivitet är följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Sjukhusdirektören

Sjukhusdirektören har övergripande ledningsansvar för den verksamhet som bedrivs inom NU-sjukvården. Patientsäkerhetsarbetet följs upp i linjeorganisationen.

Chefläkare

Som stöd till sjukhusdirektören finns två chefläkare. De är anmälningsansvariga enligt Lex Maria och har ett övergripande ansvar för fördelning av vårdplatser vid vårdplatsbrist. Chefläkarna har ansvar för sjukhusgemensamma medicinska riktlinjer och rutiner gällande patientsäkerhet.

Områdeschef

Områdeschefen har ledningsansvar inom respektive område. De har ett övergripande ansvar för den sjukvård som bedrivs i området och för att gällande rutiner följs samt att ta fram rutiner för området. Områdeschefen har ansvar att till sjukhusdirektören lyfta patientsäkerhetsfrågor av övergripande karaktär från sitt område.

Verksamhetschef

Verksamhetscheferna har det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet för respektive verksamhet, enligt Patientsäkerhetslagen 2010:659 och för att verksamheten bedrivs enligt gällande rutiner som ska vara kända bland klinikens medarbetare.

Verksamhetschefen ansvarar för att det finns en rutin för att avvikelser återspeglas till medarbetaren.

Som stöd i arbetet kan det finnas medicinsk rådgivare. Inom några verksamheter är vissa arbetsuppgifter delegerade, till läkare med medicinskt ledningsuppdrag och det övergripande ansvaret, då det gäller enskilda patientärenden.

Verksamhetschef ansvarar för att vid allvarliga negativa händelser och händelser som hade kunnat leda till allvarlig vårdskada initiera händelseanalys som en del i verksamhetens internutredning. Efter att internutredningen är slutförd och då det föreligger risk för eller inträffat en allvarlig vårdskada meddelas chefsläkaren för bedömning om det ska göras en anmälan enligt lex Maria.

Medarbetare

Samtliga medarbetare är skyldiga att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Registreringen görs i avikelshanteringssystemet Med Control PRO.

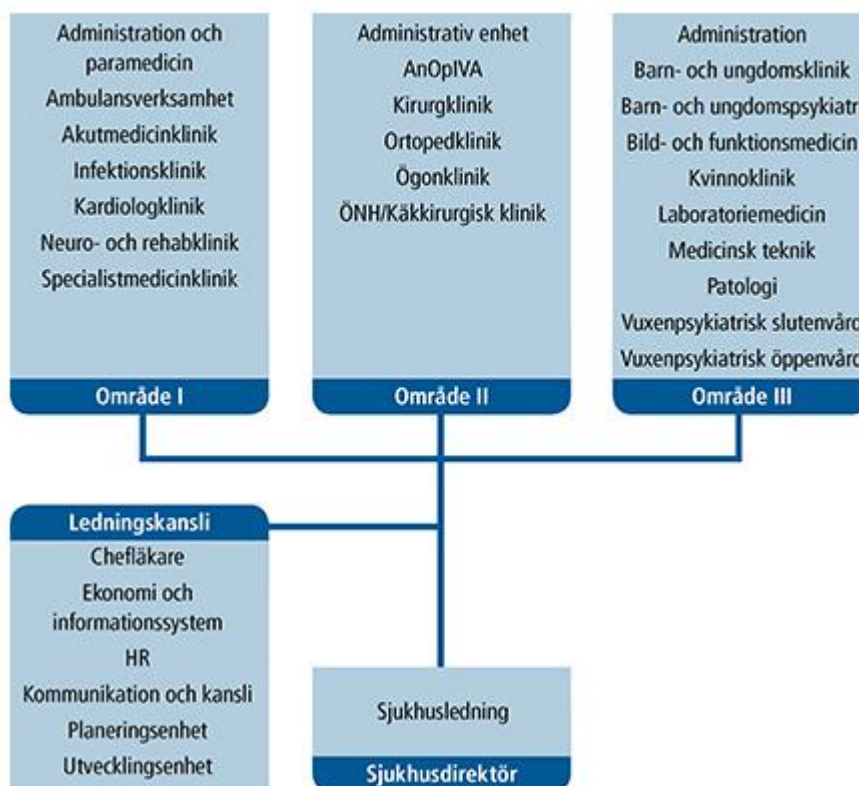
Samtliga medarbetare har ansvar att informera sig om och tillämpa gällande rutiner samt medverka till att ta fram lokala rutiner för verksamheten. De har också skyldighet att rapportera till närmaste chef om rutiner saknas.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

NU-sjukvården har ett webbaserat ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet enligt SOSFS 2011:9. Under 2015 har riktlinjer och rutiner setts över och uppdaterats. Det gäller i första hand där det framkommer brister i verksamheten och där rutinerna behöver säkerställa arbetssätten så att arbetet utförs patientsäkert samt stödjer vårdens utveckling.

Organisation



NU-sjukvården har under 2015 tagit fram ett ledningssystem för strålsäkerhet tillsammans med de andra sjukhusförvaltningarna i regionen. Ansvarsfördelningen följer Strålskyddslagen (SFS 1988:220) och Strålskyddsförordningen (SFS 1988:293) och föreskrifter som meddelats med stöd av strålskyddslagen.

Ledningen följer upp alla verksamheters patientsäkerhetsarbete

Sjukhusdirektörens ledningsgrupp följer upp målen för patientsäkerhetsarbetet för verksamheterna på ett liknande sätt som i ”öppna jämförelser”.

Patientsäkerhetsarbetet följs upp i linjeorganisationen. På respektive område finns det med på ledningsmötenas agendor. Respektive område har skrivit en patientsäkerhetsberättelse som en sammanfattning på verksamheternas patientsäkerhetsarbeten under året.

Vårdskador

Avvikelsehantering utgör grunden för identifikation av vårdskador och de ska rapporte-

ras i avvikelssystemet. Under 2015 har rutiner för risk- och händelseanalyser setts över och på vilket sätt resultaten följs upp och används i förbättringsarbetet.

Under 2016 kommer egenkontrollen utvecklas ytterligare bland annat genom ett bättre utnyttjande av rapporteringssystemet NITHA. Arbetet med att sprida lärdomar internt kommer också att utvecklas framförallt när det gäller allvarliga vårdskador. Dessutom förbättras rutiner och arbetssätt för IVO-ärenden och Lex Maria för att skapa ett enhetligt arbetssätt inom sjukhuset och korta ledtider från anmälan till färdigt svar.

Markörbaserad journalgranskning (MJG) är en strukturerad journalgranskningsmetod för att identifiera vårdskador. Den utgör en del i patientsäkerhetsarbetet inom NU-sjukvården. NU-sjukvårdens granskningsteam består av tre sjuksköterskor och tre läkare, och har arbetat enligt metoden sedan 2007. Syftet med journalgranskningen är att följa förekomsten av skador och vårdskador över tid, samt att identifiera typer av skador. Granskningsresultatet används av verksamheterna som utgångspunkt för att analysera bakomliggande orsaker och för att genomföra åtgärder, för att minska risken för upprepning och därmed öka patientsäkerheten. Vårdskador som upptäcks i granskningen registreras i MedControl. De flesta klinker inom NU-sjukvården har genomgått en granskning och använder nu resultaten i det fortsatta systematiska patientsäkerhetsarbetet. Samtliga kliniker i förvaltningen ska kunna använda sig av strukturerad journalgranskning. Det förvaltningsgemensamma teamet kan erbjuda metodstöd vid riktad granskning på verksamhetsnivå.

Vårdrelaterade infektioner och trycksår

Under 2015 har punktprevalensmätningar genomförts för vårdrelaterade infektioner (VRI) och trycksår och det kommer även att göras 2016. Resultaten återkopplas till respektive verksamhet för att följas upp och initiera till förbättringsarbete.

Infektionsverktyget, det nationella IT-stödet för att dokumentera, lagra och återkoppla information om vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning är under implementering och kommer att ersätta punktprevalensmätningarna för VRI. Syftet med Infektionsverktyget är att få en bättre information och bättre möjlighet till uppföljning, för att förebygga vårdrelaterade infektioner, förbättra följsamhet till behandlingsrekommendationer samt att minska bruket av bredspektrum antibiotika.

Basala hygienrutiner

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler mäts varje månad och följs upp av respektive verksamhet och Vårdhygien.

Fall och undernäring

Inom område I, görs fallriskbedömningar som följs upp av med en rapport i Cognos, utdatasystem. Dessutom har verksamheter inom området genomfört förbättringsarbete för att minska undanröja kända risker för fall och på så vis minska antalet undvikbara fall.

Calici

Caliciläget registreras i ett webbaserat system och följs kontinuerligt upp under säsongen. Kommunala boenden rapporterar förekomst av magsjuka.

Kvalitetsregister

I öppna jämförelser kan de medicinska resultaten följas och jämföras med andra sjukhus. Kvartalen är ett annat uppföljningsverktyg för den somatiska vården och Psykiatri-

kompassen används för att följa kvalitetsparametrar inom psykiatrisk vård.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Under 2015 har följande mätningar utförts

- I samband med regional kvalitetscontrolling, två gånger/år, följs utfallet i kvalitetsregister upp för respektive verksamhet.
- I delårsrapporteringen
- Internkontroll patientsäkerhet, se bilaga 1 till NU-sjukvårdens verksamhetsberättelse 2015.
- Mätning av antalet registrerade avvikelser i avvikelshanteringssystemet, MedControl PRO. Vårdskador ska rapporteras i avvikelshanteringssystemet. Avvikelser följs upp regelbundet inom respektive verksamhet
- MJG (markörbaserad journalgranskning) utförs varje månad
- Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler mäts varje månad.
- Punktprevalensmätningar har genomförts för vårdrelaterade infektioner under våren 2015.
- Infektionsverktyget har införts under 2015
- Punktprevalensmätningar har genomförts för trycksår vår och höst 2015
- Caliciläget registreras i ett webbaserat system kontinuerligt under säsongen. Kommunala boenden rapporterar förekomst av magsjuka
- Patientsäkerhetskulturmätning har genomförts hösten 2015
- Vårdplatsläget registreras och följs upp regelbundet
- Verksamheterna rapporterar in medicinska resultat till kvalitetsregister. Hur resultaten kan följas är beroende på kvalitetssystem. I Öppna Jämförelser kan en årlig återkoppling ges.
- Uppföljning av läkemedelsberättelser genomförs
- Läkemedelsenheten i NU-sjukvården genomför regelbundna kvalitetsrevisioner i verksamheterna.

IVO har efter inspektion under 2015 pekat på brister i NU-sjukvårdens egenkontroll kring hur vi säkerställer att åtgärdsplaner får effekt. Bristerna kommer att åtgärdas i enlighet med förvaltningens patientsäkerhetsplan för 2016.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En viktig grund för att nå framgång i arbetet med patientsäker vård är en väl utvecklad säkerhetskultur.

- NU-sjukvården arbetar med säker remisshantering och samverkan med andra vårdgivare, främst primärvården och kommunal vård och omsorg. Det finns regelbundna samverkansmöten mellan primärvården och NU-sjukvården.
- Vårdsamverkan Fyrbodal är ett gemensamt verksamhetsforum mellan kommun och privat/offentlig sjukvård för att på bästa sätt ge vård stöd och omsorg till personer inom Fyrbodal för att dessa ska ha samma möjligheter till en god hälsa.
- Samverkande sjukvård, NU-sjukvårdens samarbetsprojekt med 1177, primärvården i Fyrbodal samt kommuner inom upptagningsområdet, har under 2015 utökats ytterligare med fler deltagande kommuner och antalet uppdrag som genomförts har

ökat.

- Under sommaren har NU-sjukvården haft telefonmöten med kommunerna varje vecka för att förbättra dialogen och säkerställa att förvaltningarna hjälps åt att klara omhändertagandet av utskrivningsklara patienter.
- NU-sjukvården arbetar för att minska antalet vårdrelaterade infektioner genom att aktivt tillämpa basala vårdhygieniska principer och implementera SKL:s förebyggande handlingsplaner i verksamheterna.
- NU-sjukvården ska också minimera antalet vårdskador genom att förebygga läkemedelsfel i vårdens övergångar, fall, fallskador och trycksår i samband med vården. Dessutom arbetar NU-sjukvårdens tre verksamhetsområden med för dem prioriterade processer, se nedanstående specificering.

Område I har arbetat aktivt med följande:

- Vårdrelaterade urinvägsinfektioner
- Läkemedelsfel i vårdens övergångar
- Läkemedelsrelaterade problem
- Fall och fallskador

Aktuella processer under utveckling:

- Stroke/TIA
- Sepsis
- KOL
- Hjärtsvikt
- Lunginflammation

Området deltar i kvalitetsregister enligt regionens direktiv och i markörbaserad journalgranskning på NU-nivå.

Området följer den regionsgemensamma rutinen för samordnad vårdplanering.

Deltagandet i patientsäkerhetskulturmätningen 2015 och patientenkäten 2014 har lett till att diskussioner förts på APT, klinikledning och områdesledning.

Område II har arbetat aktivt med följande:

Aktivitet	Uppföljning 2015
Matstrupe- och magsäckscancerprocessen	Standardiserat vårdförlopp
Urinblåsecancerprocessen	Standardiserat vårdförlopp
Prostatacancerprocessen	Standardiserat vårdförlopp
Huvud- halscancerprocessen	Standardiserat vårdförlopp
Bråckprocessen	Värdestyrd vårdprocess
Ledplastikprocessen	Värdestyrd vårdprocess
Barnprocessen ögon	Värdestyrd vårdprocess
Glaukomprocessen	Värdestyrd vårdprocess
Allmän/Akut processen	Värdestyrd vårdprocess
Operationsprocessen ögon	Värdestyrd vårdprocess
Kataraktprocessen	Värdestyrd vårdprocess
Övrig ortopedi/operationsprocessen	Värdestyrd vårdprocess
Barnkirurgiprocessen	Värdestyrd vårdprocess

MIG (Mobil intensivvårdsgrupp)	AnOpIVA samverkar med samtliga vårdenheter för att förebygga intensivvård genom mobil intensivvårdsgrupp.
PIG (Post intensivvårdsgrupp)	AnOpIVA följer upp patient på vårdavdelningen efter vården på IVA för att säkra en trygg övergång till en lägre vårdnivå genom post intensivvårdsgrupp.
Samverkan Ögonkliniken och BVC	Undervisning av personal vid Vårdcentralernas BVC har genomförts, för att på säkraste sätt lära ut synprovning på barn vid 4-årskontrollen.
Samverkan Ögonkliniken och remitter	Samverkan sker löpande med de instanser som remitterar patienter till Ögonkliniken. Under våren genomfördes en uppskattad optikerträff med ”öppet hus” där Ögonkliniken ledning och processansvariga läkare informerades, och därefter visades klinikens lokaler och apparatur.
Samverkan Ögonkliniken och patientföreningar	Ögonkliniken har bjudit in en patientförening till Patientsäkerhetsrådet vid två tillfällen under året, för att medverka i patientsäkerhetsarbetet.
Samverkan Kirurgkliniken och patientföreningar	Några av Kirurgkliniken processer samarbetar med patientföreningar
Samverkan Kirurgkliniken och AnOpIVA	Processarbeten Gemensam morbiditetskonferens- och mortalitetskonferens 15/12 med syfte att varsamt analysera omhändertagandet och utifrån patientfall diskutera samarbetet och de medicinska ställningstaganden som gjorts. Syftet var att utifrån en gemensam erfarenhet, öka systemförståelsen, identifiera framgångsfaktorer och defekter, och att föreslå en handlingsplan med åtgärder för att öka vårdkvaliteten.
Samverkan kirurgkliniken och kuratorsavdelningen	Initierad diskussion angående hur kurators arbete på vårdavdelningen kan bli mer naturlig och öka möjligheten att fånga upp psykisk ohälsa hos patienter med ex extrem lång vårdtid.

Område III har arbetat aktivt med:

- Ett klinikövergripande utbildningsarbete avseende akut omhändertagande av svårt sjuka barn sk A-HLR har under året genomförts. Denna utbildning är nu en stående rutin på kliniken med regelbunden uppföljning.
- Det finns ett tätt samarbete med neonatalenheten i Göteborg där NU- sjukvården har kunnat bidra med vårdplatser vid överbeläggningssituationer.
- Under sommaren har avtal funnits med SkaS för att ta emot barn vid hotande förlossning i gestationsvecka 27+0 – 31+6, men dessa barn har även tagits emot resterande del av året.
- Svårt sjuka barn över 32 v med intensivvårdsbehov har även mottagits från SkaS under året.
- Ett team har bildats för omhändertagande av barn med ovanliga smittor där samarbete med infektion har etablerats vilket leder till säkrare omhändertagande av dessa patienter.
- Ett systematiskt arbete har skett för att öka andelen penicillin (PC) vid

- antibiotikabehandling i vården, med aktiv uppföljning via infektionsverktyget.
- Patologkliniken arbetar med ständigt förbättringsarbete inklusive patientsäkerhetsarbete och deltar aktivt i olika processer både i NU-sjukvården samt i Regionala processer.
 - Verksamhetsföreträdare deltar också i olika typer av ronder varav en del är multidisciplinära.
 - Instruktörer från laboratoriemedicin har bedrivit utbildningar i preanalys för både primärvård och slutenvård vid ett flertal tillfällen med dokumenterat gott resultat. Utbildningarna har varit mycket behovsanpassade och både teoretiska och praktiska. Instruktörerna har även varit drivande i NU-sjukvårdens arbete med kvalitetssäkring och monitorering av patientnära kontroller.
 - BFM är involverade i 4 av de 5 standardiserade vårdförlopp, SVF, (en nationell satsning på förkortad ledtid från misstanke om cancer till start av första behandling) som införts 2015. Dessa arbetsflöden går ut på att ta bort icke-värdeskapande tid för patienterna och ställer höga krav på samarbetet och samordningen mellan bild- och funktionsmedicin och övriga kliniker. Uppföljning av ledtiderna för de olika förloppen visar goda resultat för NU-sjukvården och VGR.
 - Under 2016 införs ytterligare 13 standardiserade vårdförlopp, av vilka majoriteten involverar BFM.
 - Samverkansplaner finns utarbetade tillsammans med samtliga kommuner i upptagningsområdet när det gäller vuxenpsykiatri. Handlingsplaner finns till varje samverkansplan. Möten mellan kommun och specialistpsykiatri har genomförts lokalt i alla kommuner.
 - Konsultationsmodellen finns införd över hela området där de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna bjudit in Primärvården till konsultationsträffar.
 - Den regionala överenskommelsen mellan kommunalförbundet och VGR har tagits vidare till beredningsgruppen för psykiatri missbruk inom Vårdsamverkan Fyrbodal. Den ligger till grund för alla lokala samverkansplaner.

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Riskanalyser genomförs vid väsentliga förändringar i verksamheten och om det inträffar många allvarliga avvikelser inom ett område.

Riskanalyser är ett av de områden som följs upp vid internkontrollen, se bilaga 1 till NU-sjukvårdens verksamhetsberättelse 2015.

För att utveckla ett mer riskförebyggande arbetssätt med avvikelshantering kan förbättringstavla med visuell metod för patientsäkerhetsarbete t.ex. Gröna Korset, ”proaktiv förbättringstavla vara till hjälp. Här fångar man upp potentiella risker som man har observerat eller avvikelser som hänt under dagen. Dessa diskuteras och förs sedan in i avvikelshanteringssystemet för att på så vis få med dem i den ordinarie uppföljningen. Gröna Korset har börjat användas i några verksamheter under året.

Arbetet med att utveckla stöd processerna och förbättra den vårdhygieniska standarden har inte genomförts under 2015 som planerat.

Metoden för riskanalys som används finns beskriven i boken ”Riskanalys & Händelseanalys” analysmetoder för att öka patientsäkerheten ISBN:978-91-7585-237-9. Handboken är utgiven av SKL. Metoden är en version av HFMEA (Healthcare Failure Mode Effect Analysis) anpassad till svensk hälso- och sjukvård.

Inom sjukhuset finns det ca 20 utbildade analysledare. Analysteamerna sätts samman inför varje riskanalys. En rapport sammanställs efter varje genomförd analys där förslag på åtgärder, ansvarig, och datum för uppföljning finns beskrivet enligt metoden.

Uppdragsgivaren har ansvaret för att uppföljning sker för de planerade åtgärderna.

Riskanalys ur ett patientsäkerhetsperspektiv görs alltmer i samband med att en riskbedömning enligt AML genomförs. Riskbedömningen och riskanalysen åtgärder följs då för det mesta upp samtidigt på samverkanmöten.

Händelseanalys

Händelseanalys ska utföras vid allvarliga händelser eller tillbud. Med händelseanalys menar vi den metod som finns beskriven i boken "Riskanalys & Händelseanalys" analysmetoder för att öka patientsäkerheten ISBN:978-91-7585-237-9. Handboken är utgiven av SKL och har i stor utsträckning inspirerats av metoden RCA (Root Cause Analysis). Inom sjukhuset finns ca 30 utbildade analysledare, varav ca 15 personer är aktiva i arbetet.

Analysteam sätts samman inför varje händelseanalys. En rapport sammanställs efter varje genomförd analys där förslag på åtgärder, ansvarig, datum för uppföljning finns beskrivet. Uppdragsgivaren har ansvaret för att uppföljning sker för de planerade åtgärderna.

Genom den översyn som görs av rutinen för händelseanalys kommer uppföljningen av att åtgärderna faktisk blir genomförda säkerställas i NITHA. Dessutom blir det lättare att se om den önskade effekten uppnås. Erfarenheterna ska spridas genom information och dialog så att det blir ett lärande i hela organisationen.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Rapportering och analys av avvikelser är viktigt för att öka säkerheten i verksamheten för både patienter, personal och besökare. Genom att systematiskt analysera, vidta åtgärder, följa upp genomförda åtgärders effekt samt sprida erfarenheterna i organisationen, kan det förhindras att en liknande händelse inträffar igen. Ett kontinuerligt arbete bedrivs för att öka förståelsen för att alltid rapportera avvikelser.

Alla medarbetare har skyldighet och behörighet att rapportera negativa händelser och tillbud enligt rutin. Avvikelsen ska registreras i MedControl PRO. Även avvikelser som kunnat innebära en vårdskada ska rapporteras. Detta gäller också patientklagomål. Medarbetare får utbildning i avvikelshanteringssystemet, bl.a. vid introduktionen för varje nyanställd medarbetare.

Inom respektive område finns avvikelssamordnare (i regel vårdenhetschef) som utreder orsaken till händelsen, tar vid behov hjälp av medicinsk ledningsansvarig på enheten, föreslår och genomför åtgärd. Återföring av de rapporterade avvikelserna är en viktig åtgärd för att öka antalet avvikelser och förbättra patientsäkerheten. Uppföljning och återkoppling sker på APT, vid behov även på klinikledning och områdesledning.

Under 2015 har det rapporterats 5 893 avvikelser inom NU-sjukvården. Av dessa anges i 394 avvikelser, att vårdskada inträffat. Risk för vårdskada anges i 1409 avvikelser.

Trenden sedan 2011 är att antalet registrerade avvikelser där vårdskada inträffat ökar, medan antalet registrerade avvikelser där vårdskada riskerat att inträffa minskar.

Klagomål och synpunkter

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

Inom respektive område finns patientvägledare som tar emot synpunkter och klagomål från patienter och anhöriga. Patientvägledaren löser oftast ärendena direkt i dialog med patient eller anhörig och i en del fall via patientnämnden. Inkomna klagomål och synpunkter registreras i MedControl PRO för att kunna sammanställas och analyseras. Alla ärenden bedöms individuellt vilket gör att det sker olika hantering utifrån ärendets art.

I de fall där patientnämnden tagit emot patient eller närstående med klagomål och synpunkter återkopplas ärenden till sjukhuset och respektive verksamhet. I de fall ärendena är knutna till IVO (enskilda ärenden) handläggs dessa enligt gällande rutiner av verksamhetschefen.

Sjukhusets pressansvariga bevakar media dagligen och mailar ut aktuell information till verksamhetscheferna som vid behov kan vidta åtgärder.

För stöd till respektive verksamhetschef när det gäller ärenden från och till IVO registreras och hanteras dessa av Ledningskansliet.

Under 2015 registrerades 5893 avvikelser i MedControl PRO. Av dessa var 458 registrerade som klagomål vilket innebär ca 27%. Tittar man var klagomålen har registrerats så kan resultaten inte jämföras med tidigare år då områdesindelningen har ändrats under 2015. Numer finns tre områden mot tidigare fem områden.

Område I

På område I finns 3 utsedda patientvägledare, dessa tar emot synpunkter och klagomål från patienter och anhöriga. Knappt en tredjedel (110 st) av alla ärenden ledde till en registrering i MedControl PRO. Tillgängligheten är god då patientvägledaren nästan alltid ersätts vid frånvaro. Den som klagar får alltid ett svar och målsättningen är att hålla de 10 arbetsdagarna som vi satt upp som mål. Rutinbeskrivning för patientvägledning finns.

Omr II

Klagomål och synpunkter från patienter och närstående som kommer direkt till kliniken hanteras av klinikkens patientvägledare. Patientvägledaren löser oftast ärendena direkt i dialog med patient eller anhörig och i en del fall via patientnämnden.

I de fall där patientnämnden tagit emot patient eller närstående med klagomål och synpunkter återkopplas ärenden till verksamheten. Detta görs oftast via verksamhetschefen men också på gemensamma möten mellan patientnämnd, chefläkare, patientvägledare och utvecklingsledare. I de fall ärendena är knutna till IVO (enskilda ärenden) handläggs dessa enligt gällande rutiner av verksamhetschefen.

Omr III

Synpunkter och klagomål från patienter såväl som via Patientnämnden tas emot direkt i verksamheten eller av verksamheternas patientvägledare. Inkomna klagomål och synpunkter registreras i MedControl PRO för att kunna sammanställas och analyseras. Alla

ärenden bedöms individuellt vilket gör att det sker olika hantering utifrån ärendets art. Vid behov tar patientvägledare, avdelningschef och verksamhetschef vid respektive klinik kontakt med berörd patient/kund för att utreda klagomålet/synpunkten. Ofta träffar man patient/anhörig och vid dessa möten tas synpunkter emot och ofta kan förklaringar till beslut förtydligas. Alla ärenden återkopplas till verksamheterna och genomförda åtgärder presenteras på klinikledning och APT.

Patientsäkerhet ska även vara en stående punkt på områdesledningen där ärende kan rapporteras.

Antal ärenden hos patientnämnden:

Indikator	Utfall 2015	Utfall 2014	Utfall 2013
Totalt antal ärenden NU-sjukvården	595	544	413

Under 2015 registrerade norra patientnämnden 595 ärenden gällande NU-sjukvårdens verksamhet. De inkomna ärendena fördelas på följande sätt utifrån problemområden:

Problemområden	Antal ärenden (2015)
1. Vård och behandling	294
2. Omvårdnad	12
3. Kommunikation	97
4. Dokumentation/sekretess	15
5. Ekonomi	17
6. Organisation och tillgänglighet	100
7. Vårdansvar	15
8. Administrativ hantering	37
9. Övrigt	8
Summa	595

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Sammanställning av statistik för avvikelser görs regelbundet inom respektive område. Dialog förs med chefer, medarbetare, patientvägledare och Patientnämnd angående utfall av avvikelser. I delårsrapporter anges antalet avvikelser för perioden, liksom antalet händelse- och riskanalyser.

Antalet rapporterade avvikelser har minskat från tidigare år men antalet vårdskador har ökat procentuellt. Sommaren 2014 sågs en tillfällig uppgång av vårdskador vid markör-baserad journalgranskning. Ökningen uppvisade inte något särskilt mönster exempelvis på skadetyp och verksamhet. Någon liknande ökning har vi inte sett under 2015.

Antalet patientklagomål registrerade i MedControl PRO har minskat med ca 17 procent (94 stycken) jämfört med 2014.

Antalet lex Maria anmälningar har minskat under 2015 jämfört med under 2014. Orsaker till detta behöver analyseras vidare och en diskussion i dialogmöten med verksamheterna kommer att ske under 2016. Enligt tidigare rutiner gjordes anmälan enligt lex Maria innan internutredning genomförts. Bland annat efter diskussioner med IVO ändrades rutinen och nu görs anmälan först efter att internutredningen är färdigställd. Då utredningstiderna i NU-sjukvården fortfarande är långa har detta medfört en eftersläpning i anmälan enligt lex Maria.

Omr I

Antalet inkomna avvikelser, klagomål, ärenden från IVO och patientnämnden är ungefär som 2014 men antalet anmälningar lex Maria är färre än förra året. Ingen större förändring vad det gäller orsakerna till klagomål där ärenden som kommer från IVO och Patientnämnden ofta handlar om bemötande och kommunikation.

I de händelseanalyser som genomförts under året, och även föregående år, finner vi att kommunikation, bristande dokumentation och bristfällig kännedom om befintliga rutiner återkommer i analyser. Den stödfunktion inom området som arbetar med händelseanalyser har därför initierat till en workshop med verksamhetschefer under våren 2016 med fokus på uppföljning och effekter av de åtgärder som föreslås i varje händelseanalys

Omr II

Huvuddelen av Ögonklinikens avvikelser beror på försenade återbesök där måldatum överskridits. Internutredning är genomförd och anmälan är gjord enligt lex Maria i januari 2016.

På Kirurgkliniken har flera avvikelser skrivits med anledning av ofullständiga läkemedelslistor i samband med inskrivning men också ofullständiga APO-DOS-ordinationer i samband med utskrivning. Åtgärden som kliniken har vidtagit är att utbilda samtliga läkare och sjuksköterskor i läkemedelsmodulen under hösten.

Flera avvikelser handlar också om att patienter plötsligt blir försämrade på kirurgavdelningen i andning och cirkulation. För att förebygga och kunna förutsäga försämring hos patienter på kirurgisk vårdavdelning infördes på flera enheter under 2015 MEWS (Modified Earley Warning Score). Det är ett enkelt poängsystem för värdering av vitala parametrar.

Omr III

Inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter sammanställs och analyseras på respektive enhet för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Statistik tas fram ur Cognos och sammanställning presenteras på områdesledning, klinikledning, APT och samverkan. Resultatet presenteras även på områdets resultattavla på intranätet.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienter och/eller närstående intervjuas vid händelseanalyser och vid vissa riskanalyser. Det är viktigt att ta del av deras upplevelse och uppfattning för att göra analysen så

komplett som möjligt. Informationsmaterial för patientmedverkan finns framtaget via SKL och kan användas. Patienter och närstående har också möjlighet att lämna förbättringsåtgärder för en säkrare vård. Efter genomförda analyser delges patienterna resultatet. Vi informerar även om möjlighet att vända sig till patientnämnden eller IVO.

Samarbete med patientföreningar sker på flera kliniker.

IVA har en ”PostIVA-mottagning” där man följer upp patienter efter en längre tids vård på IVA. Denna fyller två syften. Dels som stöd till patienten men även som stöd till förbättringsarbete.

Ett mål inom område II är att varje aktiv process inom området ska ha en handlingsplan för patientmedverkan och delaktighet som stöd i förbättringsarbetet. Inom område III uppmuntras verksamheterna att ha patienter med i minst ett förbättringsarbete årligen.

I processen ”Normal förlossning” har patienter medverkat i syfte att förbättra omhändertagandet under latensfasen.

Inom förlossningsvården används en webbaserad patientenkät ”Quick search”, som skickas till alla patienter som lämnar sin mejladress vid utskrivningen.

Socialstyrelsens egenvårdsblankett används av hemsjukvårdsteamet inom neonatalverksamheten för att säkra föräldrarnas kunskap vid behandlingar i hemmet. Upplärning av föräldrarna sker inför hemgång och föräldrabroschyr angående handhygien finns. I behandlingsarbetet har man som målsättning att öka de pedagogiska insatserna till närstående. Genom ökad kunskap hos anhöriga kan den individuella patientsäkerheten öka.

Under året har ett brukarråd startats inom psykiatrin. Där finns möjlighet för brukarorganisationer och verksamhet att ta upp frågor. Liknande forum finns lokalt på vissa orter. I beredningsgruppen för psykiatri och missbruk inom vårdsamverkan finns brukarrepresentant.

Nationell Patientenkät är ett samlingsnamn för flera mätningar av den patientupplevda kvaliteten inom vården. Nationell Patientenkät genomförs av Institutet för kvalitetsindikatorer (Indikator) på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Mätningarna upprepas regelbundet och syftar till att skapa en bättre vård. Resultatet av enkäten ska följas upp på områdes- och verksamhetsnivå. Handlingsplan skapas vid behov för respektive verksamhet. Nationell Patientenkät genomfördes 2014.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Sjukhusövergripande

Den 29 april genomfördes en temadag kring patientsäkerhet med medverkan från styrelse, ledning, medarbetare och fackliga representanter, där verksamheterna gavs möjlighet att lyssna på externa föreläsare samt sprida kunskap om sina egna förbättringsarbeten och även visa hur risker kan undvikas genom att tänka och arbeta mer förebyggande.

Sjukhusövergripande vårdplatskoordineringsmöte sker sedan sommaren varje vardag kl. 11:30, där chefläkare och representanter för områdena träffas via videolänk mellan NÄL och Uddevalla. Skriftliga rutiner med åtgärdsstrappa finns som stöd vid överbeläggningar inom slutenvården men är i behov av revision.

En grupp med chefläkare och utvecklingsledare från utvecklingsenheten samt respektive område har under hösten träffats regelbundet vecka, för att stämma av nya och pågående risk- och händelseanalyser. En granskning har visat på långa ledtider och att utredningsprocesserna behöver förbättras. Framförallt finns behov av att se effekter av att åtgärdsförslagen införts.

NU-sjukvården har haft instabilitet i telefonin vid flera tillfällen, med avbrott, vilket även ledde till en anmälan enligt lex Maria under 2014. Under 2015 har därför ett back-upsystem med annan telefoni tagits fram så att det finns redundans i systemet vilket har säkerställt att intern och extern telefoni alltid ska fungera.

En NU-gemensam rutin för hantering av IVO-ärenden har arbetats fram under året och ska testas inför implementering. Syftet är att höja kvalitén, snabba upp hanteringen och uppfylla kraven i SOSFS 2005:28.

För att få hela den transfusionsmedicinska verksamheten kvalitetssäkrad, krävs ett brett blodövervakningssystem omfattande hela kedjan ”från ven till ven”. BIS (Blodövervakning i Sverige) är ett komplement till befintliga avvikelserapporteringssystem. NU-sjukvården har under året registrerat nio avvikelser i BIS vilket är en ökning från föregående år (fem stycken). Laboratiemedicin har sedan 2013 sett en ökning av avvikelser med brister i patientidentifikationskontroller. Under 2015 har flera avvikelser inträffat vid fastställande av identitet hos patienter och vi har identifierat ett behov av att regelbundet informera och utbilda medarbetarna. Bland annat genomförs utbildning vid introduktionen av nyanställda. En sjukhusgemensam rutin för patientidentifikation har tagits fram och aktiviteter för att implementera denna planeras för 2016.

Infektionsverktyget har införts. Ett antal tekniska bekymmer har framkommit och dessa bearbetas. Validering har visat på ett behov av att säkerställa rätt registrering av samhällsförvärd/vårdrelaterad infektion.

I samverkan med Högskolan Väst har en sårdag anordnats för vårdpersonalen och ett sjukhusgemensamt sårvårdsteam bildas. Alla avdelningar har utsedda sårombud vilka ska agera kunskapsspridare till övriga medarbetare. Utsedda sårombud har under 2015 beretts möjlighet att delta vid regional trycksårsdag i Göteborg.

Ett arbete med att revidera standardvårdplanen för trycksår har inletts och i detta har även framkommit behov av att kontinuerligt följa upp trycksårsförekomst.

Införandet av dokumenthanteringssystemet Barium fortsätter, vilket säkerställer lättare tillgänglighet, dokumentsäkerhet och versionshantering.

Under hösten genomfördes mätning av patientsäkerhetskulturen. Resultatet visar inga stora förändringar jämfört med 2013 men svarsfrekvensen var låg (45%). Sannolikt är en förklaring till detta att medarbetarenkäten gick ut precis innan patientsäkerhetskul-

turmätningen. Dimensionen ”högsta ledningens stöd till patientsäkerhet” förbättrades från en mycket låg nivå 2013 men NU-sjukvården ligger fortfarande lågt jämfört med övriga VGR och nationellt.

Under 2015 har chefläkarfunktionen förstärkts med ytterligare en chefläkare, samtidigt som utvecklingledarefunktionen inom patientsäkerhetsenheten tagits bort.

Omr I

En arbetsgrupp har tillsammans med en kommun inom upptagningsområdet identifierat läkemedelsbister i vårdens övergångar samt kommit med förbättringsförslag som har implementeras under våren 2014. Arbetet har fortgått under 2015.

Meliorgruppen har arbetat med att förbättra dokumentation inom området, initialt för omvårdnadspersonal.

Vårdplaneringsenheten har möjlighet till vårdplanering via video och detta används vid ca 4-5 tillfällen/vecka vilket är en fördubbling jfr med föregående år trots att konceptet ”trygg hemgång” används av ett flertal kommuner.

Vårdplatskoordinering sker även nattetid för området.

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

Omr II

Varje verksamhet utom en har under året inrättat ett patientsäkerhetsråd. Området har under året arbetat med uppgiftsväxling för att använda resurserna mer optimalt och minska trycket på vissa bristyrkesgrupper. Nedan är exempel där detta genomförts.

- Områdets kliniker har under 2015 arbetat med uppgiftsväxling/workshifting, bl.a. för att frigöra läkartid, öka lärande för alla medarbetare samt att öka tillgängligheten för patienter. Några exempel på detta kommer nedan:
- Sjuksköterskor på smärtenheten handlägger remisser självständigt och ger behandlingsförslag till andra verksamheter.
- Sjukgymnast genomför återbesök efter akuta diffusa knäskador istället för ortopedläkare.
- Arbetsterapeut genomför uppföljning efter handledsfrakturoperation istället för ortopedläkare.
- Sjuksköterskor på ortopedmottagningen genomför återbesök efter protesoperationer istället för ortopedläkare. Beräknas leda till ca 400 återbesök mindre årligen.
- Sekreterare genomför bokning av besök på ortopedmottagning, avlastar sjuksköterskor som får frigjord tid till exempelvis telefonrådgivning.
- Sjuksköterskor på urologmottagningen följer prostatacancerpatienter istället för urologläkare. Andelen nybesök på läkarmottagningen har kunnat ökas.
- Sjuksköterskor med utbildning och delegation på urologmottagningen hanterar ESVL – njurstenskrossen.
- Sjuksköterskor på urologmottagningen har egen mottagning för patienter med blåscancer som går på regelbundna cystoskopi-kontroller enligt vårdprogram.
- Sjuksköterska med specialistutbildning i kirurgi följer patienter, enligt vårdprogram, som opererats för kolorektal cancer, är äldre än 70 år, och som fått cytostatikabehandling postoperativt. Skriver röntgenkontroller på delegation och följer patienterna via besök och telefon.

- Stomiterapeut undervisar och kontrollerar patienter efter stomioperation istället för kirurgläkare.
- Ögonsjuksköterska med erfarenhet har delegation att spruta Lucentis/Eylea istället för ögonläkare.
- Ögonsjuksköterska gör egenbedömning och utförande av synfältsundersökningar vid glaucom istället för ögonläkare.
- Ögonsjuksköterska gör egenbedömning och utförande av diabetesfoto istället för ögonläkare.
- Ögonsjuksköterska gör remissbedömningar istället för ögonläkare.

Inom vissa verksamheter har en särskild satsning gjorts för att öka följsamheten till riskbedömning avseende trycksår på patienter som skrivs in på vårdavdelningen. In- och utskrivningsrutiner har setts över. Alla avdelningar har ökat följsamheten till riskbedömning inom 24 timmar.

Ronden på Ortopedkliniken akutavdelningar har ändrats. En teamrond har införts där läkare, sjuksköterska, undersköterska, arbets- och fysioterapeut ingår för att få en samlad bild över planeringen för patienten och för att minska rapporter mellan olika yrkeskategorier. Utvärdering har visat att teamronden är kort och effektiv.

Ortopedkliniken och Ögonkliniken har arbetat med att utveckla den skriftliga informationen till patienter. På ortopedkliniken informeras patienter också i grupp inför operation.

Operationsavdelningarna på Uddevalla sjukhus och Näl har dagliga säkerhetsronder för att gå genom eventuella problem som varit dagen innan, ta lärdom och eventuellt göra förbättringar för att öka patientsäkerheten.

Ögonkliniken har under 2015 arbetat med att förbättra den bristande tillgängligheten.

Under året har flera utbildningsaktiviteter varit aktuella, exempelvis:

- Trycksårutbildningar
- Fortlöpande HLR utbildningar
- Simuleringsövningar för träning av samarbete med kommunikation enligt SBAR på IVA
- Psykiatriskt omhändertagande av patienter på IVA/IMA
- AnOpIVA och Ögonkliniken har utbildat medarbetare för att kunna införa Gröna korset 2016
- MIG/NEWS på ortopedavdelningarna
- ProACT pågår kontinuerligt på ortopedavdelningarna
- Läkemedelsmodulen i Melior för läkare
- Avvikelsehantering för nya avvikelsesamordnare på Kirurgkliniken och Ögonkliniken
- Ögonsjukvård av ögonkliniken för medarbetare på avdelning 3
- Kodning/klassificering för sekreterare som kodar
- "Cytostatikakörkort" för medarbetare på onkolog- och cytostatikamottagningen

Inom AnOpIVA pågår en studie för att förkorta tiden för urträning ur respirator och minska risken för VRI. Detta pågår fortsatt 2016.

Område II har arbetat med standardiserade vårdförlopp och värdestyrd vård och inom ramen för dessa processarbeten har flera patientsäkerhetsstärkande åtgärder genomförts. Bland annat har tillgängligheten till förstabesök och behandling ökat. Kirurgkliniken har arbetat med akutvårdskedjan och bland annat infört en förstärkningslinje på akutmottagningen.

Omr III

Antalet patienter som skrivits in med stöd av LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård) ligger relativt konstant. Under året har åtta inskrivningar skett med stöd av LPT vilket är samma antal som under 2014.

Inom patologin innebär reviderade vårdprogram att det idag tas fler bitar av vävnadsprov och görs fler immunhistokemiska undersökningar. Detta innebär en ökad diagnostisk säkerhet. Några fall har identifierats där undersökning enligt tidigare vårdprogram inneburit att malignitet feldiagnosticerats som benign förändring. Dessa fall har diskuterats med chefsläkare.

Patologkliniken har systematiskt arbetat med avvikelshantering enligt SS-EN ISO 15189:12.

Personal från patologkliniken är idag mycket mer ute och föreläser om sin verksamhet och för en dialog med kunder/patienter till exempel hos patientföreningarna.

Patientsäkerhet har varit en stående punkt på dagordningen vid områdes- och klinikledningar samt på APT. Chefsträffar har genomförts för alla chefer på området två gånger per termin. Information och diskussion kring patientsäkerhet var då ett återkommande tema. Klinikgemensamma genomgångar av händelseanalyser och IVO-ärenden har genomförts i syfte att sprida kunskap och förankra åtgärder.

KK (kivinnokliniken) har gått igenom avslutade händelseanalyser med all personal på APT, men också vid två gemensamma samlingar där all personal har haft möjlighet att delta. Två enheter inom KK har infört Gröna korset där man dagligen går igenom händelser som skulle kunna leda till brister i patientsäkerheten.

Arbete med att genomföra trycksår- och fallriskbedömningar har accentuerats men målet har inte nåtts under året.

Förlossningsenheten har varje månad följt upp utfall gällande sectio, VE, sfinkterrupturer och barnutfall.

Under året har flera utbildningsaktiviteter varit aktuella, exempelvis:

- Avdelningarnas/mottagningarnas laboratorieombud har erhållit en mer djupgående utbildning i preanalys, även denna utvärdering med mycket gott resultat.
- Barnkliniken fortsätter att sträva efter att våra sjuksköterskor har vidareutbildning inom barn och därmed fortsatt ligga på de högsta nivåerna i landet.
- På KK genomförs satsning på utbildning i Avancerad HLR för alla personalkategorier med planerad regelbunden uppföljning.
- Utvecklingsdagar med fokus på kommunikation på KK, utifrån flera händelseanalyser där man kommit fram till brister i kommunikation mellan olika yrkesgrupper.
- CTG-utbildningar och fortbildningar för barnmorskor och läkare.

- Praktisk obstetrik för alla barnmorskor, läkare och undersköterskor på KK.
- Utbildningsinsatser för nyanställd personal kring hot och våld på BUP.

Vid tvångsåtgärder sker mätningar av patienters uppfattning av ”svåra situationer” vid exempelvis bältesläggning och tvångsmedicinering. Detta ger värdefull information för fortsatt utveckling av patientsäkerhet och delaktighet.

Planering för ombyggnad av neonatalavdelningen har påbörjats.

Årliga medicintekniska ronder har utförts.

Enheten medicinsk teknik har arbetat med en prioriteringsmodell för förebyggande underhåll och har utbildat apparatombud och användare.

Representanter för medicinsk teknik har tidigt varit delaktiga i projektarbeten med syfte att bidra med kompetens för en god patientsäkerhet ur ett medicintekniskt perspektiv.

På kliniken för BFM (bild- och funktionsmedicin) har ett arbete pågått under hela 2015 med att säkerställa röntgenverksamheten vid överflyttningen av den akuta ortopediska verksamheten från Uddevalla till NÄL. Det gäller såväl lokaler som personal. Standardiserade vårdförlopp för bröstcancer har arbetats fram under året.

Tillgängligheten till gynmottagningen har varit låg och under 2015 tog man bort systemet TeleQ och ökade antalet telefonrådgivare. Även systemet ”Omvänd bokning” på gynmottagningen har tagits bort med anledning av att det inte funnits tillräckligt med läkartider att erbjuda patienterna. Detta då läkarschemat inte hade tillräckligt lång framförhållning. Förändringen har gjort att patienterna nu får en tid för besök i stället för att ringa flera gånger för att boka en tid. KK har genomfört en riskanalys avseende patientsäkerhet i samband med förslaget om en sammanslagning av den obstetriska- och gynekologiska vården till en enhet. Analysen påvisade att viss ombyggnad bör ske innan sammanslagning och behov av hotellplatser anses som ett krav.

Patologkliniken har visat goda resultat i nationella jämförelser avseende diagnostiken när det gäller svarstider. Idag besvaras 80 % av provvolymen inom 10 arbetsdagar.

Inom psykiatri har ett övergripande arbete inriktats på tillgänglighet till förstabesök inom öppenvården. Aktiviteter har genomförts för att förbättra tillgänglighet till neuropsykiatrisk utredning:

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

Viktiga delar i patientsäkerhetsarbetet ligger inom ramen för processorientering. 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.

Enheten klinisk kemi har för att optimera sin personalresursanvändning infört tidsbokning för provtagning av patienter, både på Uddevalla sjukhus och NÄL. Någon sommarstängning av provtagningen lik den som skedde 2014 har därmed inte varit aktuell.

För att minska köerna till elektiva undersökningarna inom radiologin pågår ett arbete med att skicka remisser för utförande till Carlanderska röntgen i Göteborg. Detta gäller främst CT- och MR-undersökningar. Det pågår ett intensivt arbete inom kliniken med produktions- och kapacitetsplanering för att optimera öppettider och scheman. Även en del insatser för kökortning har genomförts inom kliniken.

Inom klinisk fysiologi pågår arbete med att förkorta väntetiderna framför allt för ultraljud av hjärtat och cystometri. Väntetiden till långstids-EKG är nu rimlig efter att en stor insats utförts.

Ny teknik för överföring/kommunikation av bilder och bokningsuppgifter innebär en mer patientsäker hantering av patientdata. Under året har nio vårdcentraler startat med elektronsik remiss till BFM vilket ger såväl förbättringar för patientsäkerheten som för miljön.

Barnkliniken har aktivt deltagit i projektet Säker läkemedelsprocess avseende barn inom VGRs sjukhusvård.

MJG har genomförts av på KK och visar en hög benägenhet att anteckna i journalen då ett fel begåtts. Detta är givetvis positivt och tyder på en icke skuldbeläggande kultur. Journalgranskningen visade också på komplikationer/vårdskador i samband med operativa ingrepp. En djupare analys av detta kommer att göras under 2016.

De medicinska journalerna Melior och Obstetrix har under året integrerats med varandra för att minska risker för informationsbrist. Genom att använda Meliors lablista har risken för fel vid införandet av provsvar eliminerats. KK har granskat särskilda vårdhändelser i gynekologiskt operationsregister och återfört till opererande läkare.

Kopplingen av labdatasystemen Flexlab och AdBact till Västfolket har höjt patientsäkerheten. Dessa labdatasystem kopplades under året ihop med Närhälsans journalsystem Asynja. Arbete med regional Prosang (regional gemensam databas för blodgivning och blodkomponenter) har fortsatt, vilket innebär förutsättningar för en ökad säkerhet vid blodtransfusioner i regionen.

På KK granskas varje månad journaler med fokus på postoperativa infektioner för att finna förbättringsmöjligheter.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Resultat utifrån målen i handlingsplanen 2015

Vi har hög kvalitet och tillgänglighet – Säker vård	Frekvens	Utfall december 2015	Målvärde 2015	Långsiktigt mål 2018
Andel patienter inom slutenvård som har vårdrelaterade infektioner ska minska	1 gång/ månad med infektionsverktöget (IV)	10,3 % (PPM)	< 7 % (IV)	< 5 % (IV)
Andel patienter 18 år och äldre med trycksår ska minska	2 ggr/ år	16 % (PPM)	< 15 % (PPM)	< 5- 10 % (PPM)
Andel patienter inom slutenvård med läkemedelsberättelse	1 gång/ månad	53 %	80 %	90 %

Resultat utifrån målen i handlingsplanen 2016

Mätetal	Frekvens	Nuläge 2015	Målvärde 2016	Målvärde 2018
Andel verksamheter som använder resultaten från markörbaserad journalgranskning i sitt förbättringsarbete.			100% av granskade verksamheter t o m 2015	
Andel slutenvårdstillfällen per 12 månader där patienten drabbats av (minst) en skada	2 gånger per år	11%*	10%	9%
Andel slutenvårdstillfällen per 12 månader där patienten drabbats av (minst) en vårdskada	2 gånger per år	6%*	5%	4%

*november 2014 - oktober 2015

Diagrammet visar antal patientklagomål 2015 indelat/område. Områdesindelning ändrades 2015, mellan kvartal (Q) 2 och 3, från 5 till 3 områden

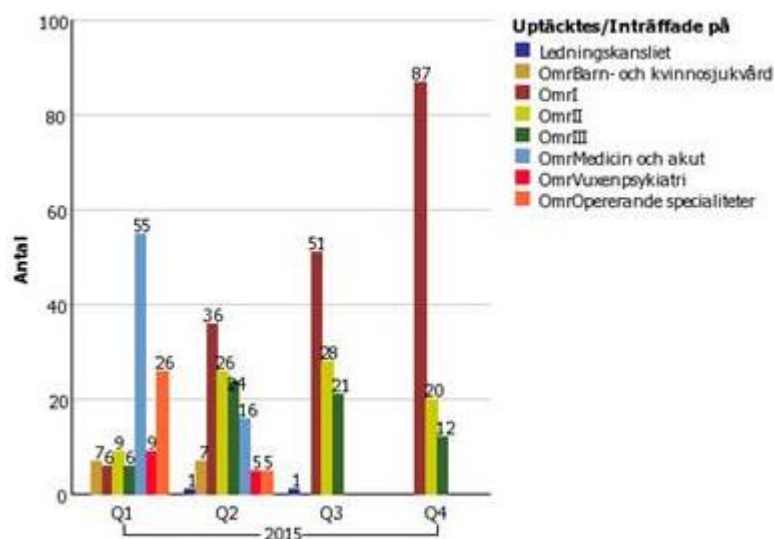
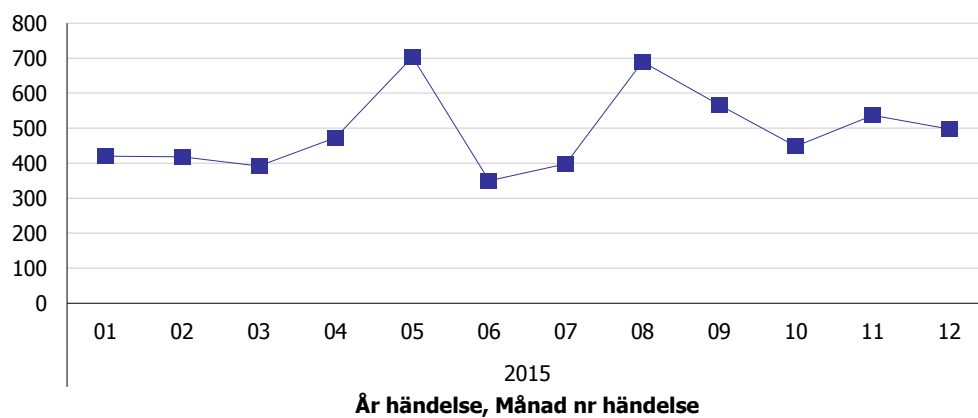


Diagram för hur rapporteringen i avvikelserapporteringen sett ut månadsvis 2015

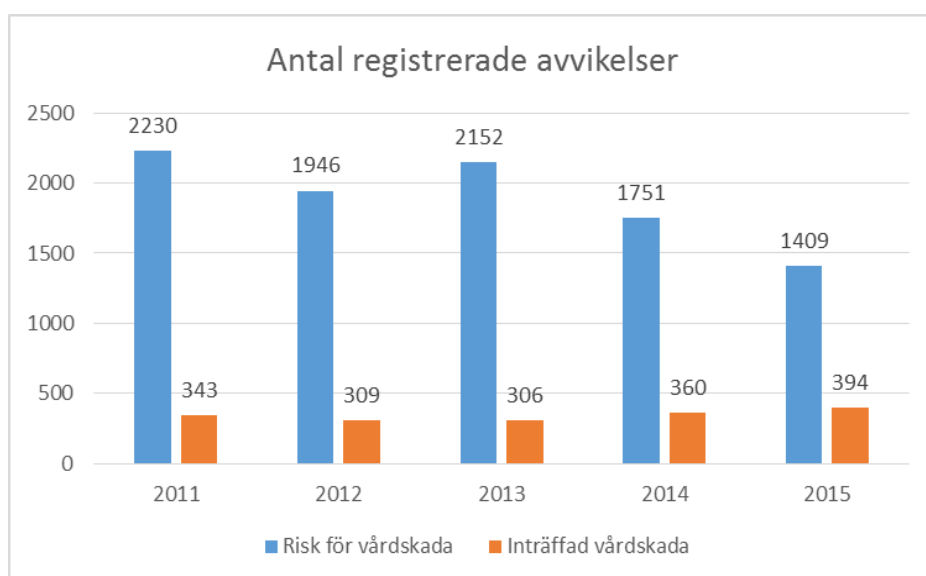
Antal avvikelser per månad



Antal registrerade avvikelser per årsarbetare

Indikator	Utfall 2015	Utfall 2014	Utfall 2013	Utfall 2012
Antal registrerade avvikelser per årsarbetare i NU-sjukvården	1,1	1,0	1,0	1,3

I nedanstående diagram ingår endast de avvikelser som registrerats som risk för vårdskada alternativt inträffad vårdskada. Det kommer att göras ytterligare analys av resultatet.



Antal utförda riskanalyser:

Indikator	Område	Utfall 2015	Utfall 2014
Antal utförda riskanalyser	Område I	9	10
	Område II	11	5
	Område III	15	17
Totalt antal utförda Riskanalyser	NU-sjukvården	35	32

Antal utförda händelseanalyser:

Indikator	Område	Utfall 2015	Utfall 2014
Antal utförda händelseanalyser	Område I	9	10
	Område II	8	9
	Område III	14	23
Totalt antal utförda händelseanalyser	NU-sjukvården	31	52

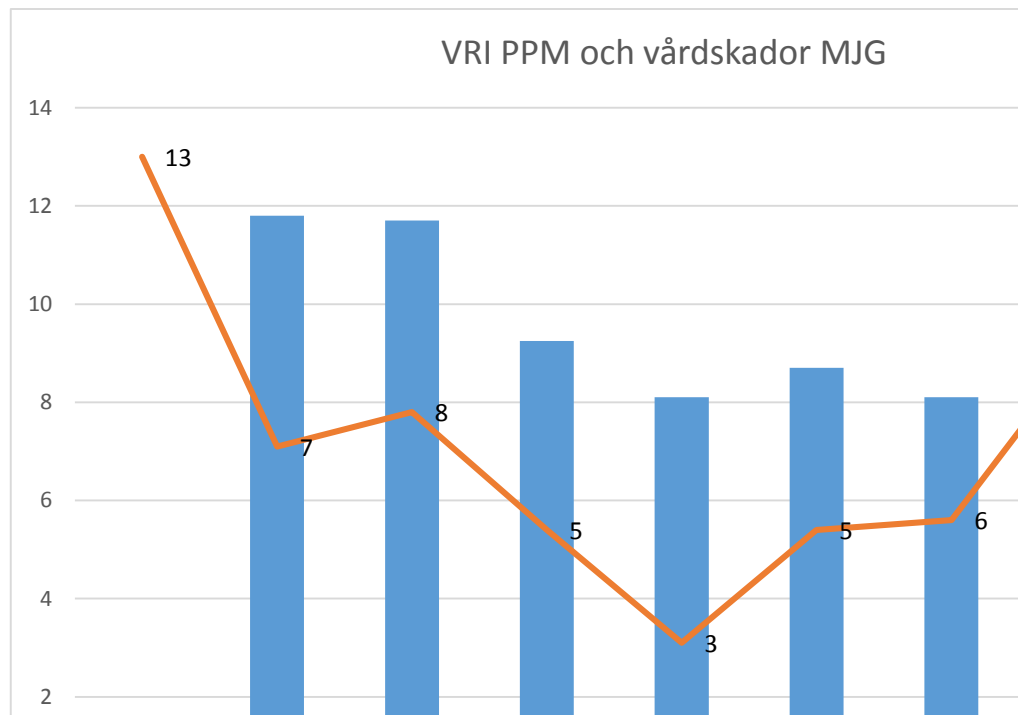
Antal anmälningar enligt lex Maria, tre av anmälningarna 2015 gällde suicid:

Indikator	Område	Utfall 2015	Utfall 2014
Antal utförda	Område I	3	6
	Område II	5	10
	Område III	4	16
	Ledningskansliet	0	1
Totalt antal utförda lex Maria	NU-sjukvården	12	33

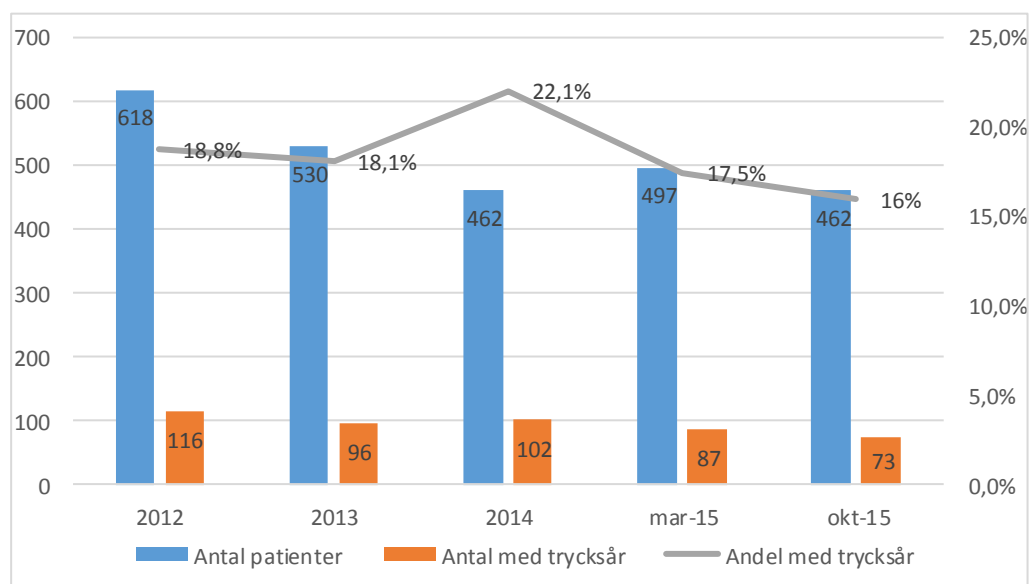
I nedanstående diagram är fördelningen av de olika skadetyper som man hittat vid Mar-körbaserad journalgranskning, rapportering 2014.



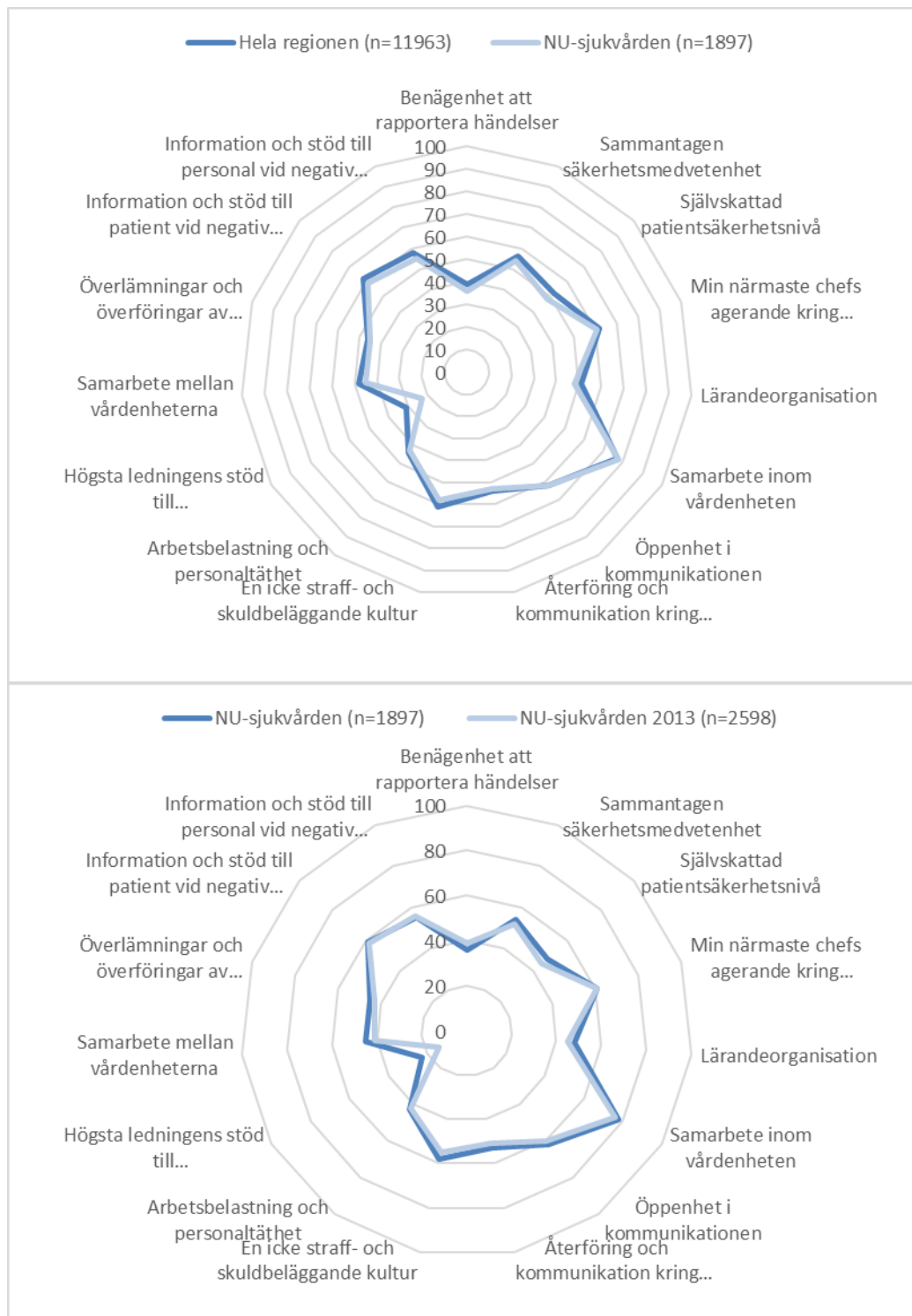
Nedanstående diagram visar jämförelse mellan VRI-mätningar (PPM) och vårdskador vid Markörbaserad journalgranskning, rapport 2014. Rapport MJG 2015 är inte klar.



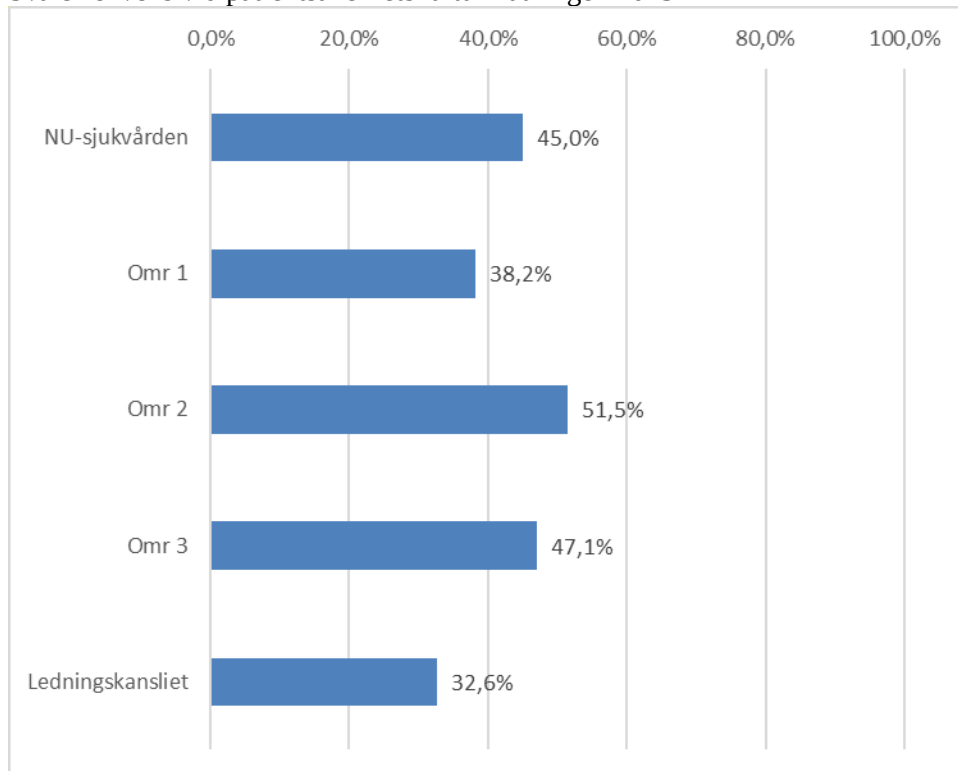
Nedanstående diagram visar resultat trycksårsmätningar (PPM)



Patientsäkerhetskulturmätningen 2015.



Svarsfrekvens vid patientsäkerhetskulturmätningen 2015



Övergripande mål och strategier för kommande år

NU-sjukvårdens övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet 2016 finns beskrivet i Patientsäkerhetsplanen för 2016.

Utgångspunkten för NU-sjukvårdens patientsäkerhetsplan har varit den regionala patientsäkerhetsplanen samt NU-sjukvårdens handlingsplan för patientsäkerhet 2015 och patientsäkerhetsberättelsen för 2015.