

Patientsäkerhetsberättelse 2018

Sahlgrenska
Universitetssjukhuset



Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Struktur.....	5
2.1	Övergripande mål och strategier	5
2.2	Organisation och ansvar	6
2.3	Samverkan för att förebygga vårdskador	8
2.4	Patienters och närståendes delaktighet.....	11
2.5	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	12
2.6	Klagomål och synpunkter.....	13
2.7	Egenkontroll.....	13
3	Process - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	17
3.1	Risکاناليس	21
3.2	Utredning av händelser - vårdskador	22
3.3	Informationssäkerhet.....	23
4	Resultat och analys	24
4.1	Egenkontroll.....	24
4.2	Avvikelser	25
4.3	Klagomål och synpunkter.....	27
4.4	Händelser och vårdskador	28
4.5	Risکاناليس	30
5	Mål och strategier för kommande år	32

Bilaga

1 Sammanfattning

Mål

Sahlgrenska Universitetssjukhusets (SUs) prioriterade mål och strategier beskrivs i sjukhusets verksamhetsplan. De övergripande målen är liksom tidigare en akutsjukvård i toppklass, skapa värde för patienten samt att vara landets ledande universitetssjukhus.

En separat aktivitetsplan för patientsäkerhetsarbetet har samma fokusområden som den regionala patientsäkerhetsplanen och följer också SUs övergripande mål:

- Vårdrelaterade infektioner
- Trycksår
- Fall
- Läkemedelsrelaterade skador
- Antibiotikaresistens

Det primära syftet med allt patientsäkerhetsarbete är att förebygga och förhindra vård skador. Vår ambition är att fortsätta arbeta systematiskt med strävan att utveckla en säkerhetskultur som innefattar hög riskmedvetenhet som ingår i det dagliga arbetet.

För patienten ska vård och behandling vara trygg och säker. Patienterna ska få den vård de är i behov av i rätt tid, ska få ett gott bemötande och få vara delaktiga i sin vård.

En god och ständigt förbättrad medicinsk kvalitet är huvudmålet för samtliga verksamheter. Detta kan ske genom att skapa förutsättningar för medarbetare att arbeta med forskning och verksamhetsutveckling, men kräver också patientdelaktighet, en lärande patientsäkerhetskultur och ett kontinuerligt patientsäkerhetsarbete.

Ett ökat värde för patienterna uppnås genom att kontinuerligt följa resultat av att vården utförs på ett säkert sätt och att undvikbara vårdskador systematiskt identifieras och minimeras.

De viktigaste åtgärderna som vidtagits

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet bedrivs systematiskt enligt SUs ledningssystem och följer sjukhusets verksamhetsplan. Dessutom finns en särskilt framtagen aktivitetsplan, vilken har samma fokusområden som den regionala patientsäkerhetsplanen. För flertalet fokusområden finns sjukhusövergripande kompetensgrupper.

Under 2018 har arbetet med att stärka en aktiv avvikelshantering fortsatt, erfarenheter från patientsäkerhetsronder har sammanställts, trycksårsgruppen har tagit fram en rutin för att mäta uppkomna trycksår, samt uppföljning och nylansering av patientinformationsbladet "Din säkerhet på sjukhus" har genomförts. En ny grupp för arbete för att förebygga undernäring har startats.

De viktigaste resultaten som uppnåtts.

När det gäller vårdrelaterade infektioner har målet för året uppnåtts med ett utfall på 5,3 % med målvärde <5, 5 %, vilket är en förbättring jämfört med föregående år då värdet var 5,8 %.

Receptförskrivningen av olämpliga läkemedel till äldre patienter över 75 år har minskat tydligt (från 1,22 % av alla definierade dygnsdoser år 2017 till 1,07 % år 2018), men målvärdet < 1 % har inte uppnåtts.

För övriga fokusområden har målen inte uppnåtts, dock har planerade aktiviteter genomförts.

En påtagligt ökad avvikelserapportering, där rapporter om risk för vårdskada har ökat betydligt mer än rapport om inträffad vårdskada, kan ses som att medvetenheten har stärkts om risker och vikten av rapportering. Möjligen innebär det att det finns en mer aktiv dialog i verksamheterna om avvikande händelser och risker.

En blick framåt

Arbeta vidare med att kvalitets och patientsäkerhetsfrågorna blir centrala och tydliggjorda genom hela organisationen, från högsta ledning, till enhetsnivå och patient.

Utfall av patientsäkerhetsindikatorerna planeras att automatiseras och regelbundet göras kända för ledning och medarbetare, för tydligare återkoppling.

Fortsätta arbetet i de sjukhusövergripande grupperna med prevention för fall, trycksår, vårdrelaterade infektioner, antibiotikaresistens och undernäring.

Via vårdplatsgruppen arbeta för att ett adekvat antal vårdplatser kan hållas öppna för att klara vårdflöden utan långvariga överbeläggningar. Fortsätta den regelbundna veckostatistiken runt beläggning.

2 Struktur

2.1 Övergripande mål och strategier

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet bedrivs systematiskt enligt Sahlgrenska Universitetssjukhusets (SU) ledningssystem och följer sjukhusets verksamhetsplan. Där ingår prioriterade fokusområden enligt Västra Götalandsregionens patientsäkerhetsplan. Sjukhusets övergripande mål är liksom tidigare en akutsjukvård i toppklass, att skapa värde för patienten samt att vara landets ledande universitetssjukhus.

Ett ökat värde för patienterna uppnås genom att kontinuerligt följa resultat av att vården utförs på ett säkert sätt och att undvikbara vårdskador systematiskt identifieras och minimeras.

En aktiv avvikelshantering och en övergripande struktur för årliga patientsäkerhetsronder samt uppföljning av aktiviteter i Kvalitetsbarometern är viktiga förutsättningar i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Kontinuerlig uppföljning sker i funktionsgrupp för kvalitetsutveckling och patientsäkerhet, FKP, av prioriterade områden enligt patientsäkerhetsplanen.

Sjukhuset har under året arbetat för att aktivt bidra till den regionala omställningen med kvalitetsdriven verksamhetsutveckling för en lärande organisation.

Dessutom finns en särskilt framtagen aktivitetsplan, vilken har samma fokusområden som den regionala patientsäkerhetsplanen:

- Vårdrelaterade infektioner
- Trycksår
- Fall
- Läkemedelsrelaterade skador
- Antibiotikaresistens

Andra övergripande aktiviteter för att stärka patientsäkerheten har varit

- Öka patientdelaktigheten genom "Din säkerhet på sjukhus" och personcentrerat arbetssätt
- Redovisa resultatmått fortlöpande och överskådligt på hemsidan
- Fortsatt arbete med aktiv avvikelshantering i form av workshops för chefer
- Uppföljning via egenkontroll i Kvalitetsbarometern
- Årliga patientsäkerhetsronder för alla verksamheter
- Följa upp alla regionala medicinska kvalitetsmått varje delår via Kvartalen
- Arbeta förebyggande enligt SKL:s åtgärds paket
- Riktade journalgranskningar i verksamheterna för uppföljning av t.ex. trycksår, fall och vårdrelaterade infektioner har rekommenderats
- Framtagande av strategi för riktade utbildningsinsatser för att stärka patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet

Arbetet bedrivs både sjukhusgemensamt, på områdesnivå och verksamhetsnivå utifrån kvalitetsbarometern, handlingsplaner, patientsäkerhetskulturmätning och patientenkäter. Betydelsen av att skapa en god patientsäkerhetskultur, där chefer och medarbetare är delaktiga betonas.

Risker för vårdskador identifieras och hanteras genom rapportering av avvikelser i MedControl Pro, anmälningar enligt lex Maria, enskilda klagomål från Inspektionen för vård och omsorg (IVO), rapporter från Patientnämnden, revisionsrapporter, kvalitetsregister, punktprevalensmätningar,

strukturerad journalgranskning, händelse- och riskanalyser samt patientsäkerhetsronder. Dessa bildar underlag till handlingsplaner och verksamhetsutveckling.

Synpunkter från patienter och närstående kommer direkt till verksamheterna men också från IVO, Patientnämnden, linjechefer, medarbetare, patientföreningar, i patientdialog såsom café i entré, genom att klagomål lämnas via SUs hemsida och i Mina vårdkontakter samt via resultat från olika typer av patientenkäter. Alla typer av klagomål registreras i MedControl Pro, utvärderas systematiskt och ligger till grund för patientsäkerhetsarbetet.

2.2 Organisation och ansvar

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset fastställer sjukhusets verksamhetsplan. I verksamhetsplanen och internkontrollplanen anges långsiktiga mål och strategier bland annat rörande patientsäkerhet. Därutöver fastställs en separat aktivitetsplan för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Förste chefläkare, är närvarande vid styrelsens sammanträden, och en punkt för patientsäkerhet och avvikelser, där chefläkare är fördragande, finns alltid på dagordningen. I varje månadsrapport till styrelsen berörs frågor om patientsäkerhet, så som tillgänglighet och vårdskador. I samband med delårsbokslut och årsredovisningar görs fördjupade uppföljningar bland annat avseende patientsäkerhetsfrågor.

Ansaret för patientsäkerhetsarbetet åligger respektive verksamhetschef enligt gällande författning.

Sjukhusledningen

Sjukhusets ledningsgrupp, där Förste chefläkare ingår, leder patientsäkerhetsarbetet. Patientsäkerhet är en stående punkt på ledningsgruppens möten med chefläkare som föredragande.

Förste chefläkarens stab

Efter föregående års stabsöversyn har tidigare kvalitetsdirektör ersatts av befattningen Förste chefläkare. Chefläkarna, verksamhetschef för verksamhet Läkemedel, samt enhetschef för Kvalitetsstrategiska avdelningen, KSA, är direkt underställda Förste chefläkare.

Övergripande funktionsgrupp för kvalitetsutveckling och patientsäkerhet

I funktionsgruppen för Kvalitetsutveckling och patientsäkerhet, FKP, är Förste chefläkare ordförande och i övrigt ingår utvecklingscheferna från varje område, chefläkarna, chefen för Kvalitetsstrategiska avdelningen och verksamhetschef läkemedel. Under året har även chefen för Analys- och projektenheten deltagit. Ordföranden ansvarar för att gruppens förslag förs vidare till sjukhusdirektören, ledningsgruppen och i förekommande fall för information till facklig samverkan. Ordföranden har, beroende på gruppens ansvarsområde, tilldelats särskilt ansvar och befogenhet att besluta på sjukhusdirektörens uppdrag.

För varje kalenderår fastställs en aktivitetsplan för kvalitetsutveckling och patientsäkerhet som följer sjukhusets verksamhetsplan.

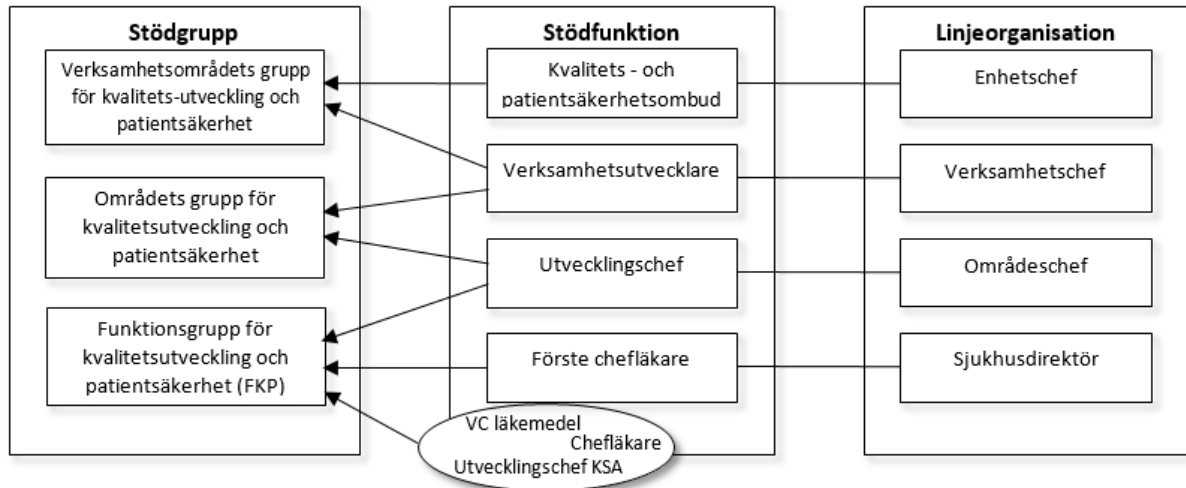
Kvalitets- och patientsäkerhetsgrupper på områdesnivå

Inom varje område finns en utvecklingschef direkt underställd områdeschefen. Utvecklingschefer samlar verksamhetsutvecklare från områdets verksamhetsområden för att genomföra de beslut som berör kvalitets- och patientsäkerhet, samt planering av punktprevalensmätningar, enkäter m.m.

Kvalitets- och patientsäkerhetsgrupper på verksamhetsnivå

Inom de flesta verksamhetsområden finns en verksamhetsutvecklare direkt underställd verksamhetschefen. De flesta verksamhetsområden har medarbetare (ombud) på enhetsnivå med särskilt ansvar.

Organisation och funktion



Chefläkare

Inom sjukhuset finns 3,5 chefläkartjänster, under året bemannade av fem chefläkare, varav två på heltid. Chefläkarnas funktion är att vara rådgivande och stödjande till ledningen och verksamheterna i frågor som rör patientsäkerhet och kvalitet. Chefläkarna arbetar med att ur detta perspektiv granska, analysera och följa upp verksamheten samt komma med förslag, råd och rekommendationer, med syfte att förbättra vården. Man deltar i övergripande planerings- och utvecklingsarbete och som rådgivare i styrgrupper och kommittéer. Chefläkare utgör ett kunskapsstöd till linjen i patientsäkerhet och kvalitetsfrågor och bidrar också med föreläsningar inom området. Tillsammans med sjukhusjurist bistår chefläkare även i medikolegala frågor. Chefläkare ansvarar för att sjukhuset gör lex Maria-anmälningar när så är befogat, det vill säga vid allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada.

Kvalitetsstrategiska avdelningen

Den kvalitetsstrategiska avdelningen är en sjukhusövergripande kompetensresurs för att stödja ledningens och verksamheternas arbete med kvalitet och patientsäkerhet. I verksamheten ingår kvalitetsstrategier, samt funktioner som etiskt forum och hälsofrämjande sjukhus. Där ingår även sekreterarfunktionen till expeditionen för patientärenden. Ett tätt samarbete finns med sjukhusets Analys- och projektenhet.

Expeditionen för patientärenden

Inom Kvalitetsstrategiska avdelningen finns administrativa koordinatörer som stöder chefläkarnas arbete med ärendehantering. Arbetet omfattar anmälningar enligt lex Maria, övriga avvikelser och enskilda anmälningar till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). Lex Maria-anmälningar och risk- och händelseanalyser publiceras på sjukhusets hemsida. Föreslagna åtgärder i risk- och händelseanalyser följs upp från Expeditionen för patientärenden. Medarbetare från Expeditionen för patientärenden träffar, tillsammans med chefläkarna, regelbundet patientnämnden för patientsäkerhetsförbättrande åtgärder utifrån nämndens rapporter och har också kontakt med LÖF/Patientskadeförsäkringen och IVO.

Verksamhet Läkemedel

Det strategiska läkemedelsarbetet och sjukhusets läkemedelsförsörjning utgår från verksamhet Läkemedel med målet att alla sjukhusets patienter ska få en evidensbaserad och säker läkemedelsbehandling. Verksamhetschefen leder sjukhusets Strategiska råd för läkemedelsfrågor i enlighet med dess årliga verksamhetsplan. I rådet ingår även chefläkare, funktionsansvariga överläkare från varje område, apotekare, klinisk farmakolog och en ekonom. Funktionsansvariga överläkare leder i sin tur läkemedelsgrupper på varje område och samarbetar med funktionsansvariga läkare med ansvar för läkemedelsfrågor på verksamhetsområdesnivå. Verksamhetschefen för Verksamhet läkemedel deltar i funktionsgruppen för kvalitetsutveckling och patientsäkerhet för att belysa förbättringsområden och patientsäkerhetsaspekter avseende läkemedelsbehandlingar.

Vårdhygien

Vårdhygien har i uppdrag att tillsammans med vårdgivare förebygga uppkomst av vårdrelaterade infektioner hos patienter/vårdtagare och personal samt att förhindra smittspridning. Vårdhygien ansvarar på SU för sammanställning och analyser av mätning av vårdrelaterade infektioner via Infektionsverket. En chefläkare arbetar tillsammans med vårdhygien.

Strama

SU-Strama har i uppdrag att verka mot antibiotikaresistens, övervaka förskrivnings- och resistensdata samt medverka till att bra behandlingsriktlinjer finns, blir kända och följs. Analys av antibiotikaförbrukning och resistensläge ligger till grund för riktade satsningar inom olika verksamhetsområden. SU-Strama arbetar även med utbildning i och statistikuttag från Infektionsverket.

Fallpreventionsgrupp

Den sjukhusövergripande fallpreventionsgruppen arbetar sedan ett par år och består av olika professioner med kunskap om och intresse för fallpreventionsarbete. Man tar fram förslag till arbetssätt och rutiner, följer mätningar sjukhusövergripande och verksamhetsnära som underlag för insatser och föreslår kontinuerligt åtgärder för att bidra till ökad följsamhet till rutin samt måluppfyllnad.

Tryckspårspreventionsgrupp

Den tvärprofessionella, sjukhusövergripande arbetsgruppen för trycksår, som etablerades föregående år, har under året tagit fram en rutin för mätning av uppkomna trycksår. Efter en del förseningar kunde mätmetoden etableras, och lanserades med utbildningar under hösten.

Grupp för förebyggande av undernäring

En ny grupp för arbete för att förebygga undernäring har startats under året, med multiprofessionell kompetens, enligt samma modell som fallpreventionsgrupp och trycksårgrupp.

2.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

Alla verksamheter arbetar med samverkan i syfte att öka patientsäkerheten, såväl inom verksamheten som med andra verksamheter och i förekommande fall med andra förvaltningar och regionövergripande.

Regional samverkan i patientsäkerhets- och kvalitetsfrågor sker via regionens funktionsgrupp för

utvecklingschefer och via funktionsgrupp för chefläkare med återföring till SUs interna funktionsgrupp för kvalitet och patientsäkerhet.

SU deltar aktivt i arbetet med regionala riktlinjer och i arbetet med införande av den nya kvalitetsorganisationen, men också i samverkan gällande kvalitetsregister. Därutöver finns representation i alla regionala samverkansprocesser för en bättre vård, så som framtidens vårdinformationssystem FVM, koncentration av vård, arbete med den nära vården, digitalisering samt arbete med cancerprocesser med stöd av Regionalt cancercentrum.

Samverkan mellan regional slutenvård och öppenvård samt kommunal hälso- och sjukvård i Göteborg med kranskommuner sker i Ledningsgrupp för samverkan (LGS) och regleras genom hälso- och sjukvårdsavtalet och av regional rutin för samordnad vårdplanering. LGS har fyra undergrupper: Temagrupp Barn, Psykiatri, Mitt i livet och Äldre. SU har representanter i de olika temagrupperna. Representanter för SU deltar också i de lokala samverkansgrupperna.

Samverkan i vårdplaneringsprocessen är en av de viktiga frågorna som hanteras inom LGS. Kontinuerligt samarbete sker på olika nivåer mellan sjukhuset, kommun och primärvård för att underlätta processen samordnad vårdplanering och motverka att utskrivningsklara patienter stannar kvar onödigt länge i slutenvården. Under året har arbetet med SAMSA (samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård) intensifierats. Detta har ökat samarbetet mellan hälso- och sjukvård och kommunerna samt ökat patientsäkerheten.

Inom SU har en gemensam grupp för "De sköra äldre" startat under hösten, med deltagare från olika verksamheter.

Ytterligare exempel på samverkan är:

- Vård- och omsorgscoordinatorer finns på akutmottagningarna för att samverka med kommun och primärvård med syfte att skapa trygga och säker övergång till dessa vårdgivare samt för att förhindra undvikbar slutenvård och minska risk för återinläggningar.
- För handläggning av samverkansfrågor mellan kommun, kriminalvård, primärvård och Beroende finns en arbetsgrupp – BEROSAM – som arbetar på uppdrag av temagrupp psykiatri.
- För patienter som vårdas enligt LVM har tillämpningsanvisningar för Göteborgsregionen utarbetats under året tillsammans med kommun, primärvård, verksamhetsområde Beroende, SIS, kriminalvården och polismyndigheten med fokus att undvika glapp i vårdens övergångar, använda SIP i processen och att arbeta så att behovet av LVM förebyggs.
- Chefläkaren samverkar vid behov med chefläkare inom andra förvaltningar för att förebygga allvarliga vårdskador, exempelvis i samband med lex Maria-anmälningar.
- Samarbete sker bland annat inom handkirurgin med Angered's Närsjukhus för att på så sätt minska köerna och förebygga vårdskador.
- Ortopeden arbetar tillsammans med An-Op-IVA och Medicin och Akutenverksamheten gällande avvikelser och att förebygga vårdskador.
- Bedömningsbilen, en specialutrustad personbil bemannad av en erfaren ambulanssjuksköterska, bedömer om vissa patienter behöver sjukhusvård eller vård på annan vårdnivå. Läkarstödsbil som medicinskt verksamhetsstöd. Ambulansen och psykiatrin samarbetar där en erfaren psykiatrisjuksköterska förstärker i bedömningsbil.
- Med start i juni och i samarbete verksamhetsområde Ambulans och Prehospital Akutsjukvård SU och blodheten utrustat läkarbilen i Göteborg med blodkomponenter för att akut kunna transfundera kritisk sjuka/blödande patienter på plats.
- Direktinläggning finns på ett flertal vårdkedjor enligt konceptet "Fast Track".

- ASIH-enheten (Avancerad sjukvård i hemmet) i Göteborg är ett samarbetsprojekt mellan Göteborgs kommun och SU där man vårdar svårt sjuka patienter i hemmet. Sedan februari 2017 ingår även Mölndals kommun i ASIH. Läkare, dietister och kuratorer anställda inom SU medan sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter är anställda av kommunen.
- Mobila team för vård och behandling i hemmet finns inom område 3 och område 2. Arbetet pågår för start av ytterligare mobila enheter även på Sahlgrenska. Utveckling av MÖT - Medicin Östras mobila Team med hembesök och konsultationer per telefon har skett under året. Preliminära effekter av arbetssättet är färre inskrivningar, kortare vårdtider och färre återinläggningar. Projekt Mobil Närsjukvård inom geriatriken område 3, avslutas 2018 och övergår i ordinarie verksamhet 2019. En patientenkät visar att patienterna är mycket nöjda med insatserna. Positiva effekter har varit att kunna förhindrainläggningar, skriva ut patienterna tidigare, förhindra nya akutbesök samt skapa trygghet för patienten.
- Infektion har under 2018 fortsatt med konsultverksamheten till SUs samtliga sjukhusomter samt på Kungälv sjukhus. Antibiotikaronder har genomförts på flera enheter inom SU. Syftet med antibiotikaronder är att minska (över)användning av antibiotika.
- Kund- och PNA-team (patientnära analyser) inom klinisk kemi vänder sig till hälso- och sjukvårdsverksamheter som utför provtagning och patientnära analyserande inom sjukhuset, men även regionalt till andra sjukhus och Närhälsan via regional arbetsgrupp. Teamets uppgift är att kvalitetssäkra och underlätta för dessa verksamheter i syfte att öka patientsäkerheten.
- Arbete med en sammanhållen vårdkedja för barn har påbörjats mellan vuxensjukhuset Sahlgrenska sjukhuset och Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus.
- På Medicin, Geriatrik och Akutmottagning, Östra sjukhuset (MGAÖ) finns en särskild läkarlinje kallad slutenvårdskonsult, som bemannas av specialister eller erfarna ST-läkare med stöd av specialister. De ska bland annat kunna ta emot telefonförfrågningar från sjuksköterskor i kommunen, särskilt boende, korttidsboende, hemsjukvård avseende patienter som skrivits ut från MGAÖ under de senaste 14 dagarna.
- Vårdhygien SU har uppdrag för såväl regionens slutenvård och öppenvård som för kommunernas hälso- och sjukvård.
- Möten på verksamhets- och sjukhusnivå för SVF (Standardiserat vårdförlopp) för att förbättra omhändertagande och ledtider.
- Medicinsk fysik och teknik (MFT) hanterar avvikelser och anmälan till tillverkare/leverantörer och Läkemedelsverket för hela SU där en medicinteknisk produkt (MTP) varit inblandad. MFT tar emot och sprider säkerhetsmeddelanden från tillverkare/leverantör av MTP till berörda inom sjukhuset. MFT stödjer verksamheterna vid utredning av strålningsrelaterade avvikelser för anmälan till Strålsäkerhetsmyndigheten i samråd med sjukhusets strålsäkerhetsstrateg.
- Under oktober infördes ett nytt IT-stödsystem - BoSS BFM - inom Barnradiologi. Systemet är ett VGR-gemensamt system för radiologi och klinisk fysiologi. Barnradiologi är pilot för att säkerställa att alla delar i systemet fungerar dygnet runt utan driftstörningar innan implementering inom vuxenradiologi under 2019.
- En transportorganisation som samordnar och genomför transporter av för tidigt födda/nyfödda barn inom regionen startades under hösten. I vissa fall hjälper vi också sjukhus utanför regionen. Transporter sker med ambulans, helikopter eller flyg.
- Samarbetet med Närakuten på Östra har under året utvecklats och akutmottagningen kan nu dagligen hänvisa mellan 12-20 % av patienterna dit.
- Hud- och könssjukvård har intensifierat samverkan med primärvården genom att verksamheten arbetar målmedvetet med att anta en konsultativ roll med ett servicetänk gentemot primärvården genom att i hög utsträckning ge individuella behandlings- och uppföljningsråd till inremitterande läkare.
- En modell för tidig upptäckt av allvarliga akuta infektioner och strukturerat omhändertagande har utarbetats i samarbete infektionskliniken och akutmottagningen,

Östra sjukhuset. Arbetssättet prövas och utvärderas under 2018/2019.

Samverkan kring akut sjuka på akutmottagningarna

Ett av sjukhusets prioriterade mål är en akutsjukvård i toppklass. Sedan ett drygt år finns akututvecklingscentrum som arbetar tillsammans med akutmottagningarna för att stärka akutsjukvården.

Samverkan med patienter och närstående

Patientens delaktighet är väsentlig för en god och säker vård. Synpunkter på vårdens utformning är en betydelsefull del av sjukhusets systematiska kvalitetsarbete, se nedan.

2.4 Patienters och närståendes delaktighet

Patientens delaktighet är väsentlig för en god och säker vård. Synpunkter på vårdens utformning är en betydelsefull del av sjukhusets systematiska kvalitetsarbete.

Café i entré genomfördes i september. Årets fråga som ställdes till både patienter och medarbetare i SUs entréer var "Hur kan vi bli bättre?" Sammanställning av alla svar är gjord av studenter på sjuksköterskeprogrammet som en uppsats på 15 hp grundnivå ska ligga till grund för framtida förbättringsarbeten.

Det sjukhusgemensamma programmet Din säkerhet på sjukhus, är ett informationsblad med råd och anvisningar i patientsäkerhetsfrågor som ges till patient vid inläggning på vårdavdelning, för att öka delaktigheten hos patient och närstående. En undersökning efter sommaren visade på för lågt användande, varpå en större informationskampanj gjordes under hösten på sjukhuset. Utvärdering görs med vetenskaplig metodik.

Strategiska rådet för läkemedelsfrågor har som mål att alla patienter ska få korrekt och begriplig information om sina läkemedel när de skrivs ut från sjukhuset för att underlätta patienters och anhörigas medverkan i det fortsatta förloppet. Ett särskilt fokusområde är därför att öka andelen vård- och läkemedelsberättelser. Andelen vård- och läkemedelsberättelser redovisas på verksamhetsnivå i den periodiska rapporteringen och i Kvalitetsbarometern som stöd för verksamhetens kontinuerliga förbättringsarbeten.

En variant av Markörbaserad journalgranskning, Patientsäkerhet i Realtid, PiR, används inom område 2 och sprids nu till fler områden. Ett team gör i realtid en journalgenomgång vid en avdelning. Till de ordinarie markörerna har lagts ytterligare några och ett antal patienter intervjuas om sina upplevelser av det aktuella vårdtillfället. Resultaten sammanställs och återkopplas samma dag till den aktuella avdelningen. Metoden har ränt stor uppskattning bland medarbetarna och visat sig kunna medföra omedelbara åtgärder avsedda att höja patientsäkerheten. Arbetssättet har presenterats, såväl i media som på nationella och internationella kongresser.

För en effektiv utskrivningsprocess och delaktig patient får alla patienter inom verksamhet onkologi en "Checklista vid utskrivning". Checklistan syftar till att göra patienten mer delaktig i utskrivningsprocessen för en tryggare hemgång.

Patientföreträdare bjuds ibland in till ledningsgruppsmöten inom vissa verksamheter. Inom ett område erbjuds patienter att vara med på utbildningsdagar.

Patienter och närstående bereds allt oftare möjlighet att delta i händelseanalyser och interna

utredningar liksom vid riskanalyser.

De årliga kvalitetsdagarna har ett utpräglat patientfokus i såväl projektgrupp som föreläsare.

Arbetet pågår för att säkerställa det gemensamma basutbudet i 1177 Vårdguidens e-tjänster ska finnas tillgänglig för patienterna inom samtliga verksamheter.

Flera verksamheter arbetar med förbättrad informationsöverföring till icke-svensktalande. Tolk anlitas vid behov och informationsmaterial översätts till flera språk. Bildstöd används i ökad omfattning som komplement i kommunikationen.

Lokala patientenkäter används som en del i verksamheternas förbättringsarbete.

Dialog och erfarenhetsutbyte sker kontinuerligt med patient- och brukarföreningar. SU har bland annat ett nära samarbete med Ung cancer.

Öppna föreläsningar för allmänheten fortsätter, där ett område per år ansvarar för programmet.

Personcentrerat arbetssätt

Ett ökat antal verksamheter arbetar med ett personcentrerat arbetssätt, PCA. En arbetsgrupp finns etablerad och ett aktivt informations-spridningsarbete har genomförts. Ett samarbete är etablerat med funktionen hälsofrämjande sjukhus. Arbetet utvärderas fortlöpande både genom kvalitetsmått och genom upplevelse av arbetssättet.

2.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Samtliga medarbetare ska rapportera alla vårdskador eller risker för vårdskador i avvikelshanteringssystemet MedControl Pro. Detta får nyanställda information om vid den obligatoriska introduktionsutbildningen. Information ges även regelbundet vid APT, medarbetarsamtal, i ledningsgrupper och på chefsmöten.

Inom laborieverksamheter rapporteras interna avvikelser i deras dokumenthanteringssystem RMT+. Externa avvikelser rapporteras i MedControl Pro.

Alla avvikelser ska utredas, analyseras och återkopplas inom berörda enheter och utgör underlag för förbättringsarbete. Hur verksamheterna arbetar med avvikelser efterfrågas t.ex. vid årliga patientsäkerhetsronder med områdeschef, utvecklingschef och chefsläkare.

Flera verksamheter arbetar strukturerat med morbiditets- och mortalitetsronder i syfte att lära sig av komplikationer och missöden. Dialog om detta förs bland annat vid patientsäkerhetsronderna.

Återkommande görs sammanställning och analys av rapporterna på sjukhus, områdes- och verksamhetsnivå. Återföring sker bland annat på APT, vid kvalitets- och patientsäkerhetsronder samt via intranätet.

Några händelseanalyser har redovisats via seminarier för flera berörda verksamheter och yrkesgrupper.

Allvarliga avvikelser identifieras av den som handlägger avvikelserna eller närmaste chef, som i förekommande fall lyfter frågan om fortsatt hantering av ärendet till chef alternativt chefsläkare.

Programmet för Aktiv avvikelshantering för en lärande organisation hade en workshop för chefer med tema klagomålshantering. Syftet är att stimulera användningen av MedControl Pro samt förbättra återkoppling och kunskapsspridning från systemet. Ett konkret arbetsmaterial för chefer finns framtaget.

En gemensam mall för de årliga patientsäkerhetsronderna finns sedan föregående år.

2.6 Klagomål och synpunkter

Synpunkter inkommer till verksamheterna via individuella klagomål från IVO, brev eller e-post till linjeförstaperson, patientnämnd, individuellt möte eller samtal med linjeförstaperson, medarbetare eller klagomålshanterare, vid kontakt med patientföreningar, i patientdialog typ café i entré, genom att lämna klagomål via SUs hemsida och i Mina vårdkontakter.

Synpunkter och klagomål ska, på samma sätt som andra avvikelser, analyseras i verksamheterna och tas upp till diskussion i medarbetargrupper, arbetsplatsträffar och med berörda medarbetare som ett underlag för verksamhetsförbättring.

Klagomål som framförs till medarbetare och till enheternas/verksamheternas klagomålshanterare skall registreras och hanteras i MedControl Pro. Även medarbetarsynpunkter av olika karaktär registreras i MedControl Pro.

Sedan årsskiftet skickas skriftliga ärenden från Patientnämnden via Expeditionen för patentärenden, där chefläkare läser handlingarna, innan de registreras i MedControl Pro, och därefter skickas till respektive verksamhet.

Inom Laboratoriemedicin utreds, besvaras och registreras klagomål i avvikelssystemet i RMT.

2.7 Egenkontroll

Arbetet har drivits enligt aktivitetsplanen för kvalitetsutveckling- och patientsäkerhet, vilken har samma fokusområden som den regionala patientsäkerhetsplanen. Planen innehåller dessutom några sjukhusinterna aktiviteter, se mål och strategier. I uppdraget för funktionsgruppen för kvalitetsutveckling och patientsäkerhet ingår att kontinuerligt följa utvecklingen och vid behov initiera åtgärder såväl preventivt som i korrigerande syfte. Samtliga mål och mätetal rapporteras och följs upp under året.

Patientsäkerhetsfrågor är en stående punkt på styrelsens och sjukhusledningens möten samt på samtliga områdes- och verksamhetsledningsmöten. Chefläkarna rapporterar regelbundet kring alla delar av patientsäkerhetsarbetet i sjukhusets ledningsgrupp och till sjukhusstyrelsen samt informerar i central samverkan.

I månads-, delårs- och årsrapporter ingår uppföljning av patientsäkerhetsaktiviteter liksom vid controlling av sjukhusets områden och verksamhetsområden.

Tvärprofessionella övergripande grupper finns för arbete inom de prioriterade områdena.

Patientsäkerhetsrond genomförs årligen på verksamhetsnivå med områdeschef, utvecklingschef och chefläkare.

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler registreras inom samtliga verksamheter och

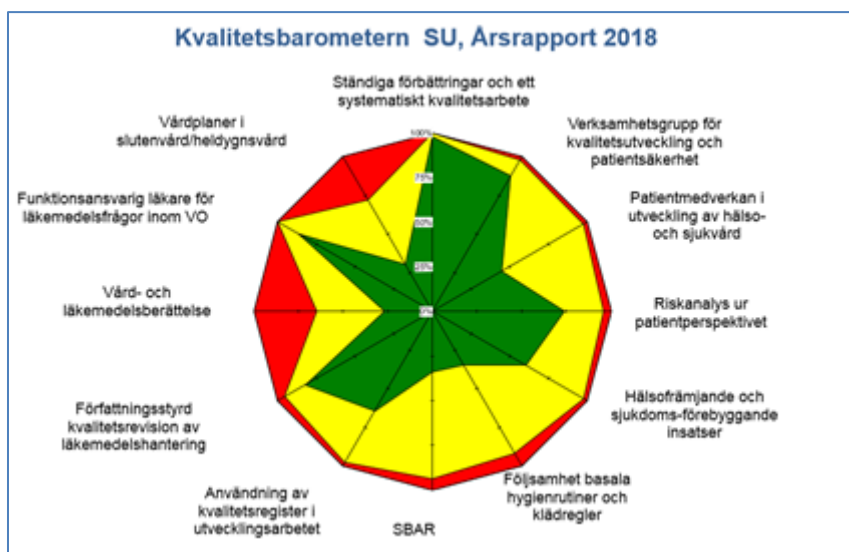
resultaten följs upp i delårsrapportering och controlling.

Kvalitetsbarometern

Kvalitetsbarometern är ett ledningsverktyg för kontinuerlig uppföljning och ingår i delårs- och årsberättelser. Resultatet följs och redovisas på sjukhusnivå, vid patientsäkerhetsronder och på verksamhetsnivå. Barometern innehåller ett antal processmått som stöd för verksamheternas och sjukhusets egenkontroll.

Hur väl man når upp till varje mål mäts genom egenbedömning markerad med rött, gult och grönt. För att nå målet och bli grönmärkt ska arbetet bedrivas på ett systematiskt sätt och resultat och utvecklingsarbetet ska kunna beskrivas. Resultaten presenteras i en färgmatris och det är enkelt att se var brister finns.

Det sjukhusövergripande resultatet för 2018 presenteras här:



Avvikelse rapporter, MedControl Pro

Registrerade vårdskador och risk för vårdskador, samt patientsynpunkter ska tas upp på enhetsnivå för att skapa delaktighet och förbättringsarbete. Uppföljning sker på verksamhetsnivå samt sjukhusövergripande. Resultatet på sjukhusnivå återförs enligt ovan.

Lex Maria, enskilda klagomål via IVO, rapporter från Patientnämnden och LÖF

Systematisk genomgång görs av chefläkare och utvecklingschefer för lärande och möjlighet till sjukhusövergripande åtgärder. Dialog förs i verksamheter och vid patientsäkerhetsronder. Resultatet på sjukhusnivå återförs enligt ovan.

Infektionsverktyget

Infektionsverktyget används för att följa utveckling av våldsrelaterade infektioner, samt för förbättringsarbete såväl lokalt som sjukhusövergripande. Resultatet på sjukhusnivå återförs enligt ovan.

Uppföljning av fallriskvärdering och fallprevention

Varje verksamhet får rapporter om vilken följsamhet man har till den sjukhusövergripande rutinen om fallriskvärdering, vilket även följs övergripande.

Trycksår

Punktprevalensmätning avseende trycksår genomfördes under våren. Resultaten på sjukhusnivå återfördes till sjukhusledning, styrelse och i central samverkan; de nedbrutna resultaten återfördes på områdes- och verksamhetsnivå.

Antibiotikaresistens

Följsamhet till antibiotikaresistensarbetet registreras och redovisas via SU Strama, till verksamheter och övergripande.

Läkemedel

Läkemedelsarbetet följs och redovisas via Strategiska rådet för läkemedelsfrågor och verksamhet läkemedel. Andel olämpliga läkemedel, samt vård och läkemedelsberättelser redovisas sjukhusövergripande.

Överbeläggningar och utlokaliseringar

Antal vårdplatser och beläggningsgrad följs via veckorapporter områdes- och sjukhusövergripande, samt följs på daglig basis i verksamheterna. Den sjukhusövergripande vårdplatsgruppen arbetar med planering över tid.

Följsamhet till rutiner

Egenkontroll av följsamhet till rutiner sker i många verksamheter i form av kollegial granskning, stickprovskontroller och ronder. Vid laboratorieverksamheterna genomförs regelbundet egenkontroll av analys- kompetens och utförandenivå, som regleras i instruktioner i kvalitetsmanualer.

Markörbaserad journalgranskning

Markörbaserad journalgranskning, MJG, genomförs dels på sjukhusnivå (20 journaler per månad) för inrapportering till SKL och dels lokalt med riktade frågeställningar i majoriteten av verksamheterna.

Resultaten av granskningar och MJG på sjukhusnivå återförs enligt ovan. Förbättringar och åtgärder initieras på samtliga nivåer i förvaltningen, spridning av desamma sker via intranätet, ledningsmöten, arbetsplatsträffar, APT, och vid olika former av dialogmöten.

Kvalitetsregister

SU deltar i alla VGRs rekommenderade kvalitetsregister. De flesta kvalitetsregistren används för verksamhetsutveckling, upprättande av handlingsplaner samt fortlöpande uppdatering för att förbättra utfall. Uppföljning sker även vid controlling inom SU och med regionen, samt vid delårs- och årsredovisning.

Patientsäkerhetskulturmätning

En gemensam analys av 2017 års patientsäkerhetskulturmätning och arbetsmiljöenkät gjordes med HR-chefsgruppen och funktionsgruppen för kvalitet och patientsäkerhet. Förbättringsarbete utifrån resultatet genomförs inom ramen för det ordinarie systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Patienters och närståendes synpunkter

Patienters och närståendes synpunkter på vårdens utformning är en betydelsefull del av sjukhusets systematiska kvalitetsarbete. Synpunkter kan framföras direkt till verksamheten eller inkomma som

klagomål via Inspektionen för vård och omsorg eller patientnämnden. Samtliga klagomål ska registreras i MedControl Pro.

Nedan är ett exempel på annan egenkontroll, omfattning och källa som används sjukhusövergripande och i varierande omfattning i verksamheterna:

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	3 gånger per år	Infektionsverktyget
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per månad	BHK rapporteringssystem
Hygienronder	2 gånger per år	Protokoll
Patientsäkerhetsdialoger	1 gång per år	Protokoll
Avvikelser	3 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet, BI-portalen
Trycksår	PPM 1 gång per år, för vissa verksamheter ytterligare tillfällen, journalgranskning 1 gång per månad	PPM-databasen, journalgranskning, avvikelsehanteringssystemet
Patientens klagomål och synpunkter	3 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet
Strålsäkerhet	1 gång per år	Protokoll
Fallskador	1 gång per månad	Journalgranskning, Cognos, Avvikelsehanteringssystemet
Antibiotikaresistens	3 gånger per år	Infektionsverktyget
Läkemedelsrelaterade skador	3 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet, Cognos
Överbeläggningar	1 gång per månad, veckostatistik på sjukhus och områdesnivå	BI-portalen, Elvis

3 Process - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Vårdrelaterade infektioner och smittspridning i vården

Målvärdet för vårdrelaterade infektioner uppnåddes 2017 5,8 % (målvärde 6,0 %) och värdet har förbättrats under 2018 där senaste procenttalet kvartal 3 var 5,3 % med målvärde <5,5 %.

Arbetet pågår med stöd av enheten för vårdhygien, verksamhet infektion samt sjukhusets Stramagrupp. En chefläkare är delaktig i arbetet, som fortlöpande rapporteras till FKP och sjukhusledning.

Antibiotikaronder genomförs av infektionskonsulter på alla tre sjukhustomterna, nu på nio vårdavdelningar inom fyra verksamhetsområden. Ronderna är mycket uppskattade och ökar kännedom om riktlinjer för standardbehandling och behandlingstider på de enheter där ronderna genomförs. Uppföljning har visat ökad följsamhet till riktlinjer på de enheter som hittills utvärderats.

Det är stor variation mellan olika verksamheter vad gäller hur stor andel patienter med afebril urinvägsinfektion, UVI, som behandlas med kinoloner. Infektionskonsulter och sjukhus-Strama genomför riktade insatser mot de verksamheter som har störst förbrukning. Arbetet pågår för att säkerställa att alla förskrivande läkare genomgår webbutbildning i vårdrelaterade infektioner, VRI.

Rekommendationer för standardbehandling av infektioner på IVA är implementerad och följs sannolikt i relativt hög grad. Uppföljande data kommer att kunna tas fram i samband med klinisk studie vad gäller läkemedelskoncentrationer under våren. Arbetet mot Östra sjukhuset fortsätter i form av antibiotikaronder och journalgranskning av 100 journaler från patienter med afebril UVI.

På Infektion görs arbete med genomgång av journaler för patienter som behandlats med Meropenem respektive Piperacillin/Tazobactam. Rapport kommer under våren.

Arbetet pågår med hygienkörtkort för alla i vårdnära arbetet, uppföljningsansvar hos linjechef. Kontaktläkare för Infektionsverktyget finns på alla verksamhetsområden och de samlas regelbundet med stöd av Sjukhus Strama. Fortsatt arbete med användning av urinvägskateter och relaterade infektioner pågår, lett av vårdhygien.

Trycksår

Den tvärprofessionella sjukhusövergripande arbetsgruppen för trycksår som etablerades hösten 2017 har arbetat fram en ny rutin för gemensamt trycksårspåbyggande arbetssätt som publicerades under våren. En kampanj genomfördes efter sommaren, innehållande utbildningsinsatser och spridning av kunskapsstöd.

Målet är att förbättra arbetet mot trycksår och som led i detta även kunna fortlöpande mäta trycksår, grad 1-4 uppkomna under vårdtiden. Utdata av resultat kan följas månadsvis på SU övergripande nivå, men rapporten i Cognos blev försenad och hittills har det varit få data att inhämta.

Ett kunskapsstöd är etablerat i form av en webbutbildning om trycksår, trycksårsprevention och åtgärder, enligt modell från region Skåne. Ytterligare utbildningsinsatser och kunskapsutbredning har gjorts under hösten.

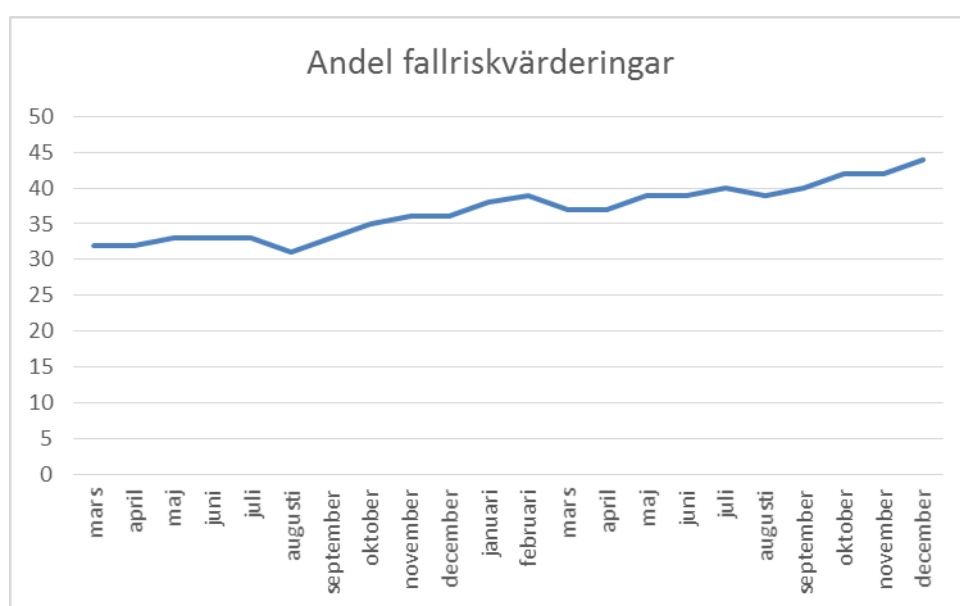
Sjukhuset deltar i arbetet inom Regionalt nätverk för Trycksårsprevention och VRI samt i Regionala Trycksårsgruppen

Genomgång av trycksårsprevention för personal inom olika områden samt genomgång av nyanställda planeras under 2019 höst. Studentmedverkan planeras i form av verksamhetsförankrade examensarbeten samt examensarbeten inom förbättringskunskap.

Fallskador

Den sjukhusövergripande fallpreventionsgruppen följer mätningar sjukhusövergripande och verksamhetsnära som underlag för insatser och föreslår kontinuerligt åtgärder för att bidra till ökad följsamhet av rutin samt måluppfyllnad. En webbutbildning finns tillgänglig för alla medarbetare i patientnära arbete för att öka den generella och specifika kunskapen om fall och fallprevention och arbete pågår för att medarbetarna ska genomföra denna.

Andel patienter över 65 år som fallriskvärderas mäts månadsvis. Fallriskvärderingen ligger till grund för att göra en riskbedömning på de patienter som har risk att falla. Andelen fallriskvärderingar som gjordes enligt rutinen var 44 % i december vilket är högsta uppmätta värdet hittills.



Flera verksamheter gör sedan tidigare Riskbedömning av fall vilket är en mer omfattande åtgärd och omställningen till fallriskvärdering pågår, därav sannolikt ett falskt lågt resultat. Ett analysstöd är under utarbetande för att underlätta för verksamheterna att analysera sina resultat.

Informationskampanj gjordes under hösten med bland annat deltagande i den nationella fallveckan (vecka 40) i form av entréaktiviteter (fråga specialister arbetsterapeuter, dietister, farmaceuter och fysioterapeuter), flashmob: #balanseramera och föreläsningar.

Läkemedelsrelaterade skador

Arbetet mot läkemedelsrelaterade skador leds av sjukhusets Strategiska råd för läkemedelsfrågor, där verksamhetschef Läkemedel är ordförande. Där ingår bland annat representanter från varje område och chefläkare.

Fokusområden har varit äldre patienter och att samtliga som lämnar sjukhuset ska få korrekt och begriplig information om sina läkemedel, liksom besparingar som inte gör avkall på medicinsk kvalitet. Vård och läkemedelsberättelse följs som nyckeltal inom sjukhuset.

En lokal produktionsenhet för slutenvårdsdos har med framgång startats upp på Östra sjukhuset och

levererar till hittills 70 vårdenheter på alla sjukhusomter. Produktionsmålet är att nästa år tillgodose hela Sahlgrenska (cirka 80 vårdenheter) och Kungälvssjukhus.

Lagerhållningen av vissa viktiga läkemedel i händelse av stora olyckor har utretts för att förbättra katastrofberedskapen på samtliga tomter.

Farmaceuter deltar i vårdarbete på femtiotalet vårdenheter för att möta regionens långsiktiga kompetensbehov. En rad utvärderingar visar förbättrad arbetsmiljö för sjuksköterskor och att vårdpersonal upplever mer patientsäkerhet genom korrekt hantering av läkemedel och expertförstärkning på plats i vården. Efter Socialstyrelsens uppdatering av läkemedelshanteringsföreskriften under 2018 överlämnar farmaceuter läkemedel till ineliggande och hemgående patienter på några vårdenheter och patienter får hemgångsinstruktioner om sina läkemedel direkt från en farmaceut.

Sjukhusövergripande spädningsrutiner för flertalet vanliga intravenösa läkemedel har arbetats fram för att skapa enhetlig hantering och minska risken för läkemedelsfel i vårdens övergångar inom sjukhuset.

Riktade utbildningsinsatser kring läkemedel för olika medarbetargrupper har genomförts.

Under året har ePed (erfarenhets och evidensbaserad databas för barnläkemedel) införts som stöd för säkrare läkemedelsordinationer inom barnsjukvården.

När det gäller läkemedel är andelen vård- och läkemedelsberättelse vid utskrivning i ökande. Vårt mål inför 2019 är att över 85 % av alla patienter som skrivs ut från sjukhuset ska få en vård- och läkemedelsberättelse. År 2018 har andelen legat på 43 % (med målvärde > 75 %), att jämföra med 2017 då siffran var 33 %.

Vidare kommer sjukhuset att arbeta med att andelen olämpliga läkemedel på recept till patienter 75+ ska ligga på <1% (andel av antal DDD). Siffran för 2018 hamnade på 1,07 %, att jämföra med 2017 då siffran var 1,22 %.

Som sömnmedel till äldre rekommenderas Zopiklon då det har bäst kinetisk profil och minst biverkningar till äldre. Som mål har vi att andelen Zopiklon av alla receptförskrivna läkemedel (av antal DDD) ska ligga >75%. Andelen Zopiklon 2018 hamnade på 57 %, vilket är en knapp minskning jämfört med 2017 då den var 60 %. Kvoten påverkas av en ökning av användningen av melatonin som är ett icke-rekommenderat läkemedel, dock inte lika ofördelaktigt som övriga sömnläkemedel.

Genom att arbeta vidare med dessa tre viktiga målsättningar bedömer sjukhuset att risken för fall, desorientering och bristande följsamhet till ordinerade läkemedel ska kunna minska i framtiden.

Antibiotikaresistens

Fortsatt arbete inom SU-Strama för att stärka kunskap kring rätt antibiotikaval pågår.

Den totala användningen av antibiotika inom slutenvården mäts i DDD/100 vårdplatser och var 76,9 för kvartal 4 2018, men för helåret 2018 hamnade siffran på 71,3 DDD/100 vårdplatser. DDD är definierat av WHO och med dagens förändrade vårdplatser och öppenvårdsbehandlingar blir överensstämmelsen mellan DDD/100 vårdplatser och faktisk förbrukning inte helt korrekt. I "guidelines for antibiotic stewardship" rekommenderar man istället "day of therapy" som mått. Det pågår ett regionalt arbete att försöka ta fram data för "days of therapy" istället vilket kommer vara mer rättvisande. Den totala mängden antibiotika/100 000 invånare i SUs upptagningsområde

minskar. Måttet är dock inte validerat och kan inte användas för jämförelser.

För betalaktamantibiotika har sjukhuset höjt den mängd antibiotika som ges under det senaste året i enlighet med nationella och internationella rekommendationer. Det innebär att mätningar av antalet DDD av antibiotika på rekvisition per 100 vård dygn stiger, trots att arbetet pågår med att generellt minska användningen av antibiotika.

Sjukhus Strama och infektionskonsulter har ett pågående arbete mot akutmottagningarna för att öka följsamheten till förstahandsval av antibiotika vid samhällsförvärvad pneumoni och andra samhällsförvärvade infektioner. Flera faktorer påverkar där en är att patienter med vårdrelaterad pneumoni registreras felaktigt som samhällsförvärvad. Den andra är att SU Strama bedömer att aminoglykosider bör användas med viss försiktighet.

Verksamhetsområde Infektion kommer på uppdrag av SUs ledningsgrupp att ta fram ett förslag där verksamhetsområdet får processansvar för pneumoni. Det är då möjligt att ta fram beslutsstöd som ökar följsamheten till gällande rekommendationer.

Ett riktat projekt mot IVA-enheter pågår för ökad följsamhet av antibiotikarekommendationer. Ett separat utskick angående följsamhet till antibiotikariktlinjer har gjorts till verksamhetschefer och kontaktläkare inom verksamheter med hög antibiotikaförskrivning.

Ett mycket framgångsrikt arbete avseende andel afebril UVI som ordinerats kinoloner har genomförts i samarbete med Sjukhus Strama och kontaktläkare inom urologi.

Sjukhus-Strama SU har gjort rondkort utformat som ett beslutsstöd till hela rondteamet, vilket finns på Stramas hemsida (via Infektions hemsida).

Medicinklinikerna och kirurgklinikerna på SU kommer att göra ett arbete under vintern och våren med mål att optimera antibiotikabehandlingen på akutmottagningar och vårdavdelningar.

SUs riktlinjer för empirisk antibiotikaterapi är under revidering.

Undernäring

För arbetet mot undernäring har under året en multidisciplinär grupp startats, enligt samma modell som för fallprevention respektive trycksårsarbete. Gruppen leds av medarbetare från kvalitetsstrategiska avdelningen, har chefläkarmedverkan och rapporterar till förste chefläkare och funktionsgruppen för kvalitet och patientsäkerhet.

Medicintekniska produkter

Medicinsk fysik och teknik (MFT) hanterar avvikelser och anmälan till tillverkare/leverantörer och Läkemedelsverket för hela SU där en medicinteknisk produkt (MTP) varit inblandad. MFT deltar i, och har en ledande roll inom händelseanalyser för sjukhusövergripande avvikelser med medicintekniska produkter (MTP) samt strålningsrelaterade avvikelser. Utveckling av samarbetsmodell har under året tagits fram för SU.

Strålsäkerhet

MFT stödjer verksamheterna vid utredning av strålningsrelaterade avvikelser för anmälan till Strålsäkerhetsmyndigheten i samråd med sjukhusets strålsäkerhetsstrateg.

Ett strukturerat samarbete med halvårsvis avstämning har etablerats mellan chefläkargruppen och

sakkunniga inom medicinteknik och strålsäkerhet inom MFT.

Överbeläggningar och utlokaliseringar

Överbeläggningar och utlokaliseringar är en patientsäkerhetsrisk och sjukhuset arbetar med frågorna på flera plan så som kompetensförsörjning och översyn av arbetssätt. Beläggningssiffror följs varje vecka. En sjukhusövergripande vårdplatsgrupp, där chefläkare ingår, arbetar kontinuerligt med bland annat platsöversyn och samarbete mellan verksamheter.

En operativ direktör tillsattes under året, bland annat för arbete med tillgänglighetsfrågor.

Patientsäkerhetsforskning

Flera forskningsprojekt inom patientsäkerhetsfältet pågår inom sjukhuset. Tydliga exempel är uppföljning av informationsbladet "Din säkerhet på sjukhus" samt metoden PiR, patientsäkerhet i relativtid, vilka båda utvärderas med vetenskaplig metodik.

Patientsäkerhetsutbildning

Patientsäkerhetsutbildningar ges som webbutbildning vid introduktion av nya medarbetare. En kort introduktion till kvalitet och patientsäkerhet ges till nya chefer. Chefläkare ger patientsäkerhetsutbildning vid efterfrågan i verksamheterna, så som vid utvecklingsdagar, eller vid verksamhetsmöten och ledningsgruppsmöten på olika nivåer. Nya AT-läkare får en kort introduktion. En strategisk plan för patientsäkerhetsutbildningar är framtagen och samordnas nu med den regionala planen.

För ST-läkare erbjuds tre gånger om året en heldagsutbildning i sjukvårdsjuridik av chefläkare tillsammans med sjukhusjurist. I utbildningen ingår patientsäkerhetslagstiftning och dess tillämpning.

Övrigt

Journalgranskning görs sjukhusövergripande, men även inom fler verksamheter, som ett sätt att följa upp vårdens kvalitet.

Verksamheterna följer sina medicinska resultat, dels lokalt och dels genom nationella kvalitetsregister. Kvartalen används i högre grad för uppföljning. En ökad samverkan ses mellan verksamheter med närliggande medicinska områden.

3.1 Riskanalys

Inom samtliga verksamheter finns och följs rutiner för hur avvikelser registreras och hanteras inklusive händelse- och riskanalyser samt Lex Maria ärenden. God och regelbunden kontakt är upprättad mellan verksamheter och enheten för vårdhygien, sjukhusets läkemedelsenhet och chefläkare.

Arbete med att bedöma om det finns patientsäkerhetsrisker pågår kontinuerligt och som en del av det dagliga arbetet. Detta görs vid dagliga möten vid FOKUS-tavlor, arbetsplatsträffar, patientsäkerhetsgruppernas möten och i ledningsgrupper. Vid omfattande förändring i verksamheten där risk bedöms föreligga fattas beslut i ledningsgrupp om att riskanalys ska utföras.

Riskanalyser genomförs med stöd av anvisningar i Handboken Riskanalys & Händelseanalys, från Socialstyrelsen och SKL. För genomförande finns sjukhusgemensamma mallar avseende

projektuppdrag, mindre riskanalys, större riskanalys, analyschema samt processbeskrivning.

Riskbedömning görs enligt mallar (arbetsmiljöbedömning vid verksamhets- och organisationsförändring - konsekvensanalys och riskbedömning - checklista)

Handlingsplaner upprättas för att vidta åtgärder som minskar de identifierade riskerna i analyserade processer.

Uppföljning görs av planerade åtgärder.

Under året har flera riskanalyser gjorts såväl på verksamhets-, områdes- som SU-övergripande nivå.

Exempelvis har riskanalyser genomförts vid organisationsförändringar såsom vid överförandet av en Geriatrisk vårdavdelning till Medicin inom område 3, samt inom område 2 till följd av verksamhetsförändring i samband med flytt av obstetrisk verksamhet från Mölndals sjukhus till Östra sjukhuset.

Riskanalys utförd inom Beroende handlade om hot- och våldssituation. Analysen visade att verksamheten behöver se över omhändertagandet av utagerande och särskilt vårdkrävande patienter. Det finns också behov av att upprätta dialog med polismyndighet, rättspsykiatri och psykiatriakuten för att förbättra omhändertagandet.

En riskanalys genomfördes gemensamt för område 4, 5 och 6 gällande Säkra akuta patientflöden på Sahlgrenska.

3.2 Utredning av händelser - vårdskador

Alla identifierade vårdskador eller risk för vårdskador rapporteras och utreds med hjälp av MedControl Pro. Vid allvarigare händelser görs en händelseanalys.

Händelseanalys utförs enligt Handbok Riskanalys och händelseanalys (Sveriges Kommuner och Landsting) och administreras och skapas med hjälp av Nationellt IT-verktyg för händelseanalyser (Nitha). Uppdrag ges av verksamhetschef till analysledare, i första hand verksamhetsutvecklare, som i samråd med verksamhetschef utser analysteam. Ibland har analysledare stöd från sitt område eller från kvalitetsstrategiska avdelningen. Några analyser har gjorts gemensamt med flera verksamheter.

Exempel på genomförda händelseanalyser under 2018 är:

- Flera fall där barn fått fel mängd av läkemedel. Diskuteras i verksamheten och resulterar bland annat i ändrade arbetssätt. E-ped kommer in som beslutsstöd.
- Huvudvärksbedömning på akuten
- Kvarglömd duk i vagina efter förlossning
- Akut kejsarsnitt, barn med syrebrist, mor med blodförgiftning
- Patient erhållit Bensylpenicillin trots allergi
- PKU-remitter bortglömda, skickas efter 6 månader
- Felaktig administrering vid läkemedelskoncentration och mängd (upprepade gånger) vilket gjort att befintliga rutiner lyft upp och diskuteras på APT.
- Fel patient-ID (etikett) på provflaskor för odling har gjort att verksamheten förändrat sitt arbetssätt.
- Transfusionsreaktion efter att ha erhållit icke kompatibelt blod blev en lex Maria-anmälning. Arbetet har resulterat i bättre organisation och förvaring av blodprodukter i blodkylskåp och att det alltid bör vara två personer som hanterar blodtransfusioner.

- Flera av de analyser som gjorts under året visar på vikten av en god samverkan mellan olika verksamheter för att främja patientsäkerheten.
- Utredning av suicid och suicidförsök tydliggör behov av samverkan med andra instanser, kunna ge kontinuitet och tillgänglighet med tydlig vård- och behandlingsplan till patienter.
- Trycksår och brännskada efter värmemadrass gäller en patient som opererats för en höftprotes.
- Det har varit ett 30 tal avvikelser gällande patienter med överfylld blåsa postoperativt. En ny rutin utefter den nya kunskap som finns gällande överfylld blåsa är famtagen. Samarbete har skett med forskare för SAFE bladder projektet.
- En samlad redovisning ev. effekter gällande lex Maria vid behandling och kontroll av förändringar i gula fläcken (AMD) har genomförts på begäran av IVO.
- Exempel på andra händelser som utretts under året är: fallolycka, felaktig dos av läkemedel, blödning i hjärna uppfattas som alkoholintoxikation, patient avlider efter hjärtoperation, övervakningsutrustning larmar inte vid hjärtstillestånd, pacemakerinfektion, kvarlämnat material i samband med hjärtoperation, missad sepsis, KOL-patient hemskickad av misstag, hjärtstopp under ingrepp.

Handlingsplaner skapas och uppföljning sker. Vid lex Maria ärenden görs uppföljning via chefläkare efter cirka 6 månader.

3.3 Informationssäkerhet

Under året har det anmälts 1 802 informationssäkerhetsincidenter varav cirka 8 % uppskattas vara informationssäkerhetsincidenter eller personuppgiftsincidenter. Resten är bedömd som brist i kvaliteten i inom vården. Exempelvis en lapp med ett personnummer har tappats i korridoren.

Informationssäkerhetsavdelningen har under året varit delaktiga i informationsklassningar, riskanalyser och flera andra projekt.

eHälsostrategisk avdelningen är certifierade med ett ledningssystem för informationssäkerhet (LIS/ISO 27001) vilket har hjälpt avdelningen att arbeta med information på ett säkert sätt. Det håller på tas fram ett grundmaterial om ledningssystemet för informationssäkerhet till verksamheter som har intresse av att arbeta med ledningssystemet eller implementera ledningssystem på avdelningen.

Förbättringsarbete med koppling till ledningssystemet för informationssäkerhet går framåt i högt tempo. Nya mallar och checklistor är skapade, för att underlätta för verksamheterna att hantera informationssäkerhetsfrågor. Ett mail kommer skickas ut då samtliga dokument är beslutade.

Det har inte gjorts några kartläggningar under 2018 då dessa görs under hösten och vid det tillfället var det personalomsättning på hela informationssäkerhetsavdelningen. Men en ny metod håller på tas fram för att öka antalet kartläggningar i verksamheten.

Loggranskningar avseende journalanvändande genomförs regelbundet och återkopplas till verksamhetschef/områdeschef. Dock har inte informationssäkerhetsavdelningen haft möjlighet att granska loggranskningarna.

Enligt statistik så har ca 4150 medarbetare gjort informationssäkerhetsutbildningen, vilket är ett krav att samtliga medarbetare ska ha gjort. För att bli godkänd i utbildningen behöver medarbetarna svara på en enkät. Enkätkravet är borttaget i början av 2019.

4 Resultat och analys

4.1 Egenkontroll

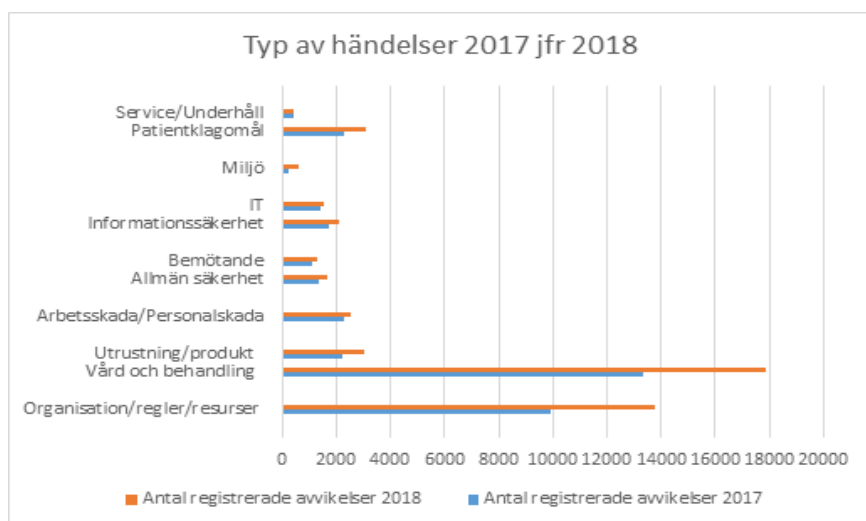
Målområde	Mätetal	Värde 2017	Målvärde 2018	Resultat 2018
Vårdrelaterade infektioner	Andel vårdtillfällen i somatisk slutenvård med vårdrelaterade infektioner	6%	<5,5%	5,3%
Trycksår	Förekomst av trycksår kategori 2-4 (årlig punktprevalensmätning inom vuxen somatisk slutenvård)	5%	<5%	8,1 %
Fallvårdskador	Antal fallvårdskador på sjukhusen i VGR uppskattat genom markörbaserad journalgranskning (MJG)		<750	Regional rapport inväntas
Fallvårdskador	Rapporteringen av fallhändelser i MedControlPro (MCP) ska öka för att fortlöpande kunna följa antalet.	1516		2303
Fallvårdskador	andel patienter där riskvärdering gjorts enligt rutin för fallrisk	36 %	60 %	44 %
Läkemedelsrelaterade skador	Andel personer, 75 år och äldre, som får olämpliga läkemedel (% Vårdval vårdcentral).		Minska mot föregående år	Ej relevant
Läkemedelsrelaterade skador	Olämpliga läkemedel till personer, 75 år och äldre, ska minska mot föregående år (% sjukhusvården)	1,22 %	<1%	1,07 %
Läkemedelsrelaterade skador	Vård och läkemedelsberättelser vid utskrivning	33 %		42,7 %
Antibiotikaresistens	Antibiotikaförskrivning på recept i antal recept per 1000 invånare och år	250	<250	ej relevant
Antibiotikaresistens	Totala användningen av antibiotika på rekvisition (DDD/vårddygn och år) inom sjukhusvården	70%	Minskning med minst 5 % jämfört med 2016	71,3 DDD/100 vårddygn
Antibiotikaresistens	Andel resistensdrivande och bredspektrumantibiotika minskad av antibiotika totalt. För indikatorer, se Riktlinjer för patientsäkerhet		Minska mot föregående år	Minskning, svårvaliderade data se text
	Andel patienter med samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicillin V eller G		> 55 %	30 %
Antibiotikaresistens	Andel patienter med afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner		< 10 %	17 %
Antibiotikaresistens	Antal verksamheter per sjukhusförvaltning som infört antibiotikaronder		1 till 3	10 enheter inom 4 verksamheter

4.2 Avvikelser

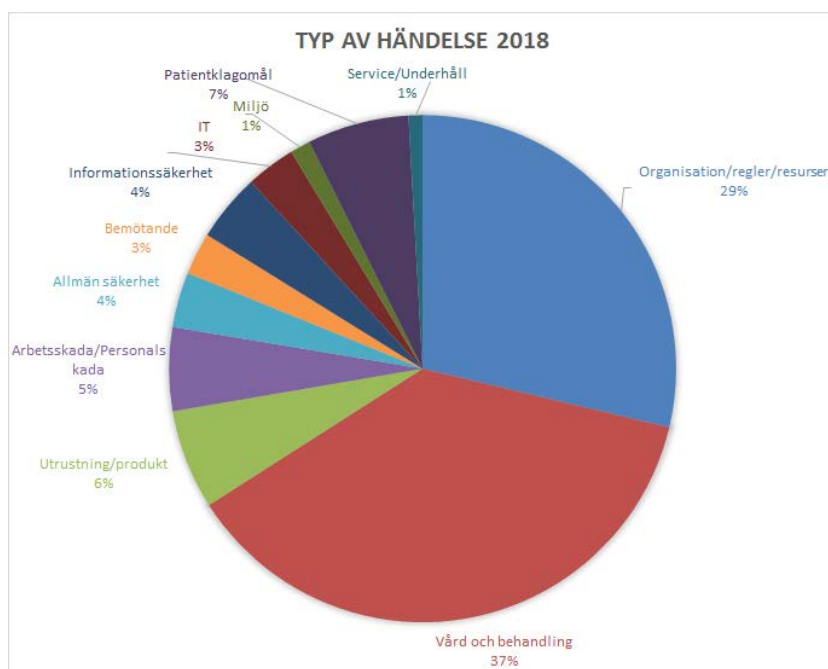
Totalt antal avvikelser uppgår till 33 756 vilket är en kraftig ökning (23,3 %) jämfört med 27 386 föregående år.

Den kraftigaste ökningen, 38,9 %, gäller "vård och behandling", där antalet avvikelser var 17 877, jämfört med 13 343 år 2017. (Endast miljö hade större procentuell ökning, men rör färre avvikelser.) Dock är andelen "vård och behandling" av det totala antalet avvikelser i stort sett oförändrad, 37 % 2018, jämfört 38 % 2017.

Typ av händelse registrerade i MedControl Pro 1 januari-31 december 2017 jämfört med 1 januari-31 december 2018:

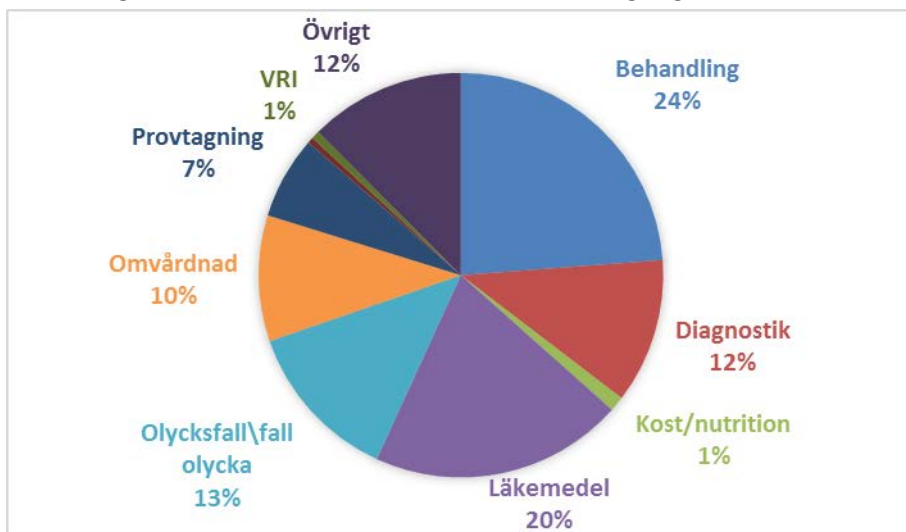


Fördelning av typ av händelse registrerade i MedControl Pro 180101–181231:

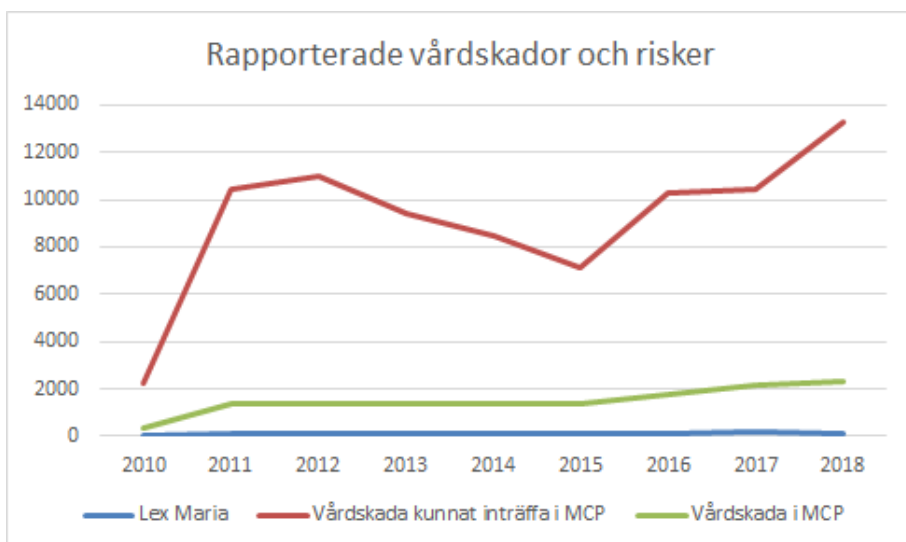


Av avvikelser som rör vård och behandling är avvikelser rörande behandling vanligast, drygt 4000, följt av läkemedelsavvikelser vilka är drygt 3500. Endast 1 %, ca 120 st, av rapporterade avvikelser rör vårdrelaterade infektioner, VRI är, men brukar vid journalgranskning utgöra den största gruppen.

Fördelning av avvikelser rörande vård och behandling registrerade i MedControl Pro 180101–181231:

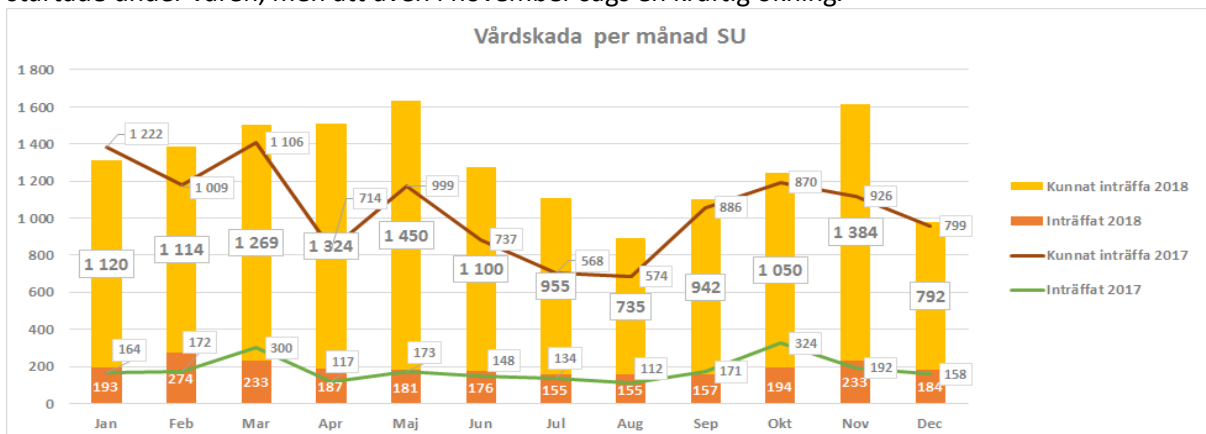


Antalet rapporterade vårdskador och risker över tid:

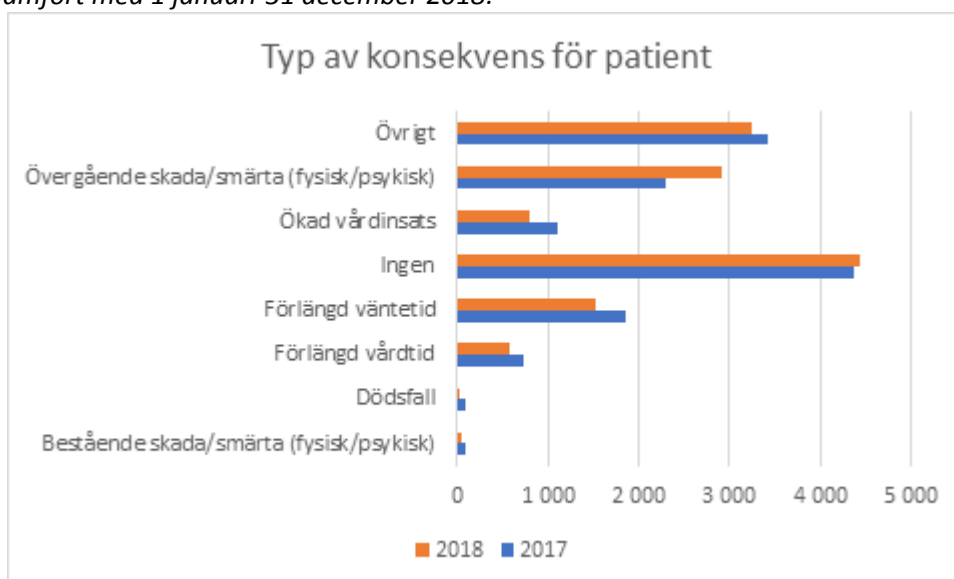


Antalet rapporterade vårdskador och risker har också ökat över tid. Sammantaget ses en 24 % ökning mellan 2017 och 2018. Ökningen av rapporterade inträffade vårdskador endast 7 %.

Vid analys av vårdskaderapporterna fördelat över året jämfört med föregående år ses att ökningen startade under våren, men att även i november sågs en kraftig ökning.



Fördelning av konsekvens för patient registrerade i MedControl Pro 1 januari-31 december 2017 jämfört med 1 januari-31 december 2018:



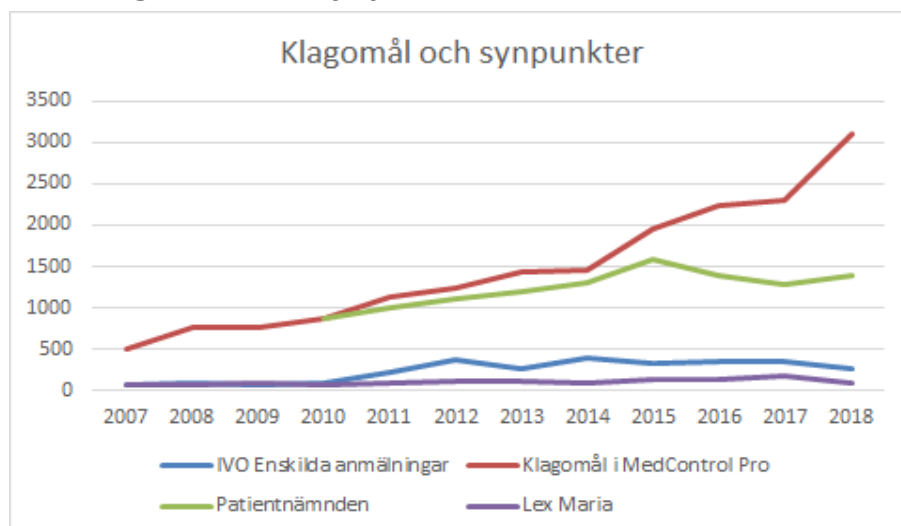
13 574 avvikelser (13958, 2017) har angetts ha konsekvens för patient fördelat enligt ovan. Andel övergående skada har ökat, men antalet med allvarlig konsekvens synes ha minskat något.

Många av avvikelserna handlar om bristande följsamhet till rutiner, brister i kommunikationen och en inte obetydlig andel om de risker man sett vid överbeläggningar. Gällande att minska överbeläggningar pågår flera arbeten. Flera verksamheter arbetar också med förbättrade rutiner för hantering av utlokaliserade patienter.

Överbeläggningar och utlokaliseringar

Inom den somatiska vuxenslutenvården har beläggningsgraden successivt ökat under åren 2014–2018 och låg SU-övergripande 2018 på 98 %. Samtliga områden med medicinsk och kirurgisk vård hade en ökning av medelbeläggningen 2018 jämfört med föregående år. Detta återspeglas också i att överbeläggningarna per 100 disponibla vårdplatser har ökat påtagligt. 2018 jämfört med 2017. Se separat bilaga.

4.3 Klagomål och synpunkter



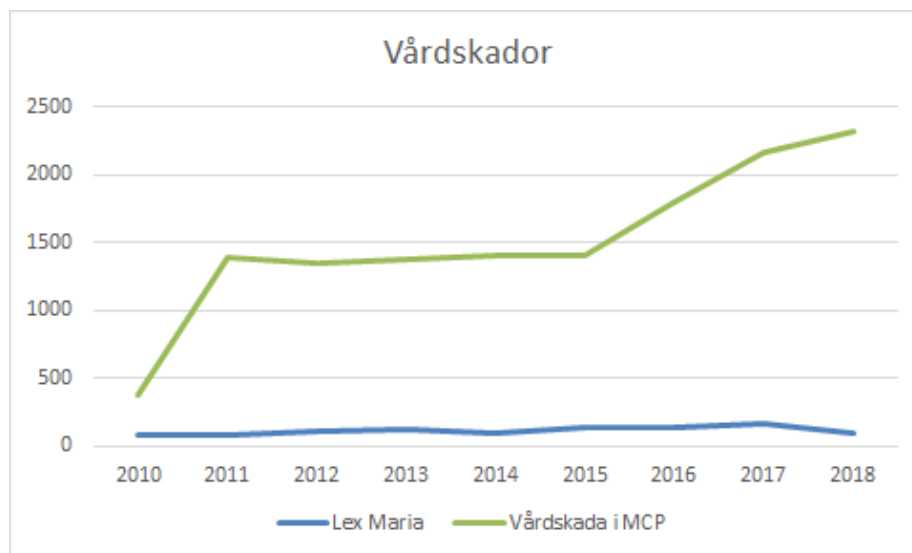
Antalet registrerade klagomål har ökat betydligt. Sannolikt har kunskap om den nya klagomålshandlingen bidragit till en ökad följsamhet till rutinen om att registrera synpunkter.

En stor andel av klagomålen rör vård och behandling och bristande tillgänglighet, men bemötande och kommunikation är också vanligt. Inom psykiatrins heldygnsvård ses också brister i samverkan vid utskrivning. Arbeten för ökad tillgänglighet pågår inte minst inom operationsverksamheterna. Bemötandefrågor har ett stort fokus inom flera verksamheter och aktiviteter har genomförts på flera håll, exempelvis har en akutmottagning ändrat arbetssätt för att förbättra upplevelsen för patienterna och optimera patientflödet.

Klagomål och synpunkter är viktiga för att kunna förbättra verksamheten. Analys och åtgärder sker på lokal nivå och rapporteras på arbetsplatsträffar. Analys sker också övergripande och följs upp bland annat vid patientsäkerhetsronder.

4.4 Händelser och vårdskador

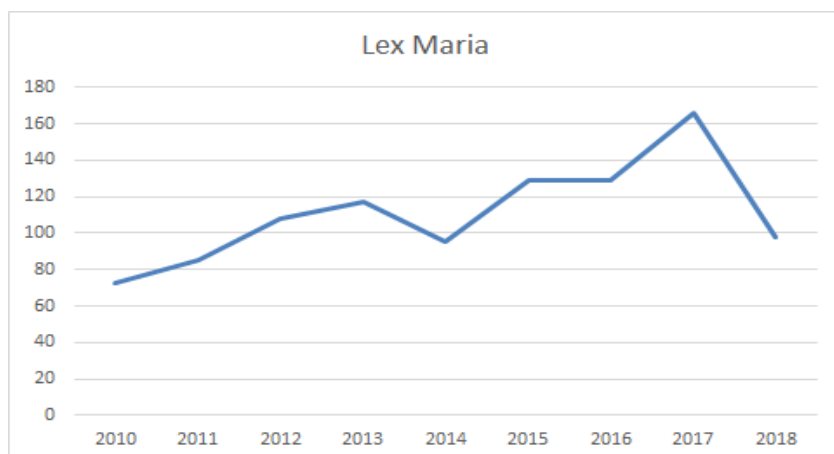
Rapporterade vårdskador över tid



Av andelen rapporterade vårdskador utgör de som bedöms vara allvarliga och därmed föremål för anmälan enligt lex Maria drygt 4 %, mot att tidigare utgjort runt 7–9 %.

Antalet lex Maria-ärenden har minskat påtagligt från 166 2017 till 98 2018. Framför allt har andelen inom suicidgruppen minskat och är nu cirka 8 % av antalet lex Maria, mot att tidigare år utgjort runt 30 % av ärendena. Orsaken till minskningen bedöms vara det nya regelverket där nu endast undvikbara fall av suicid eller suicidförsök skall bli föremål för anmälan.

Inlämnade anmälningar enligt lex Maria över tid, statistik från expeditionen för patientärenden



Bakomliggande orsaker till utredda händelser och vårdskador är ofta brister i patientsäkerhetskulturen, brister i kommunikation, otillräckliga rutiner eller bristande kännedom om befintliga rutiner.

Den stora lärdomen är att det oftast inte är en enskild händelse utan en mängd olika faktorer som har lett till ett misstag. Viktigt är att tala om och identifiera risker inom verksamheterna. Med anledning av det stora antalet rapporterade avvikelser som berör läkemedelshantering och de två anmälningarna enligt lex Maria inom Barncancercentrum, har läkemedelshantering varit i fokus i verksamheten. Barncancerbehandlingen bygger på läkemedel i olika kombinationer och doser utifrån aktuell diagnos. Sedan ett drygt år tillbaka har ett digitalt ordinations- och administreringsstöd för cytostatika införts.

Andra exempel på åtgärder till följd av lärdomar från händelseanalyser är att Neonatologi erbjuder alla nya sjuksköterskor grundkurs i Neonatologi inom ett år från anställningsstart.

Fallolyckor har sedan flera år tillbaka lett till Lex Maria anmälningar vilket förstärker hur viktigt det är att arbeta med alla typer av fallprevention. Flera verksamheter som arbetat aktivt med fallprevention visar en påtaglig minskning av fallolyckor.

Handlingsplaner med åtgärder av Hot-och våldssituationer har upprättats inom Beroende. Verksamheten har också planerat för att öka tillgänglighet på vårdplatser och att hitta arenor för en ökad samverkan med kommunen.

Verksamhet An-Op-IVA i Mölndal anmälde till Lex Maria en av avvikelserna där patient transporterades intuberad och sederad utan anestesipersonal närvarande under transport till annat sjukhus. Händelseanalys pågår.

Ett introduktionsprogram för nya läkare har tagits fram inom ortopedin efter att allvarliga avvikelser har visat på brister i introduktionen av nya medarbetare. I arbetet med karriärutvecklingsmodellen på de olika enheterna kommer sjukhusets checklista att kompletteras med introduktion i det som är viktigt för verksamheten och enheten.

Antalet anmälningar inom patologi och cytologi har ökat något, möjligen på grund av de förlängda svarstider som gäller inom vissa organområden. I de händelseanalyser som gjorts framgår att multidisciplinära ronder utgör en klar kvalitetsförbättring och minimerar risken för felaktiga

tolkningar av tidigare PAD-svar. Vikten av att verksamhetsintern-konsultation blir allt tydligare.

Antal läkemedelsrelaterade avvikelser under 2018 var 3 514 att jämföra med 2 835 avvikelser under 2017. Det har således skett en ökning. Orsaken kan vara en ökad rapporteringsbenägenhet i MedControl Pro då hanteringen av läkemedel ute på avdelningarna borde vara säkrare eftersom 47 avdelningar på SU har farmaceuter anställda.

Läkemedelsavvikelserna 2018 fördelade sig enligt följande: Administration (ge patienter läkemedel) 799 avvikelser, beställning 52, förvaring 112, iordningsställande av läkemedel 300, leverans 171, läkemedel i vårdens övergångar 293, ordination 1120 och läkemedelsavvikelser ospecificerat 667.

Inom verksamheter där slutenvårdsdos har införts har noterats en kraftig minskning av läkemedelsavvikelser troligtvis på grund av förbättrad kontroll.

Antalet lex Maria anmälningar 2018 som berörde läkemedel var 7, vilket utgjorde 7,1 % av alla lex Maria anmälningar. För 2017 var siffrorna 17 respektive 10,2%.

Sammanställning av olika ärendetyper, statistik från expeditionen för patientärenden samt Cognos

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Lex Maria	108	117	95	129	129	166	98
<i>Kvinnor</i>	36	55	53	65	67	81	42
<i>Män</i>	68	57	40	60	61	75	49
<i>Övrigt</i>	4	5	2	4	1	10	7
IVO Enskilda anmälningar	368	263	381	317	345	346	258
<i>Kvinnor</i>							
<i>Män</i>	194	162	211	178	202	199	147
<i>Övrigt</i>	173	100	168	138	143	141	111
LÖF (Patientförsäkring)	747	689	689	779	816	773	759
Avvikelser i MCP	21 089	18 200	19 813	22 536	25 418	27 386	33 756
Vårdskada kunnat inträffa i MCP	11021	9448	8502	7151	10278	10410	13235
Vårdskada i MCP	1344	1374	1399	1404	1795	2165	2322
Klagomål i MCP	1243	1445	1455	1962	2191	2312	3116
Patientnämnden	1113	1194	1299	1577	1390	1278	1385

4.5 Riskanalys

Riskanalys ur patientsäkerhetsperspektivet används i allt högre omfattning, såväl innan organisationsförändringar som inför införande av olika system eller nya arbetsätt.

Några exempel på genomförda riskanalyser:

- Postoperativ vård inom obstetrik
- Patientfördelning mellan Näkakuten och barnakuten
- Bröstmjölkskhanteringen
- Ny läkemedelsförfattning
- Införandet av läkemedelsmodulen på AnOplva Neonatal
- Innan uppstart av olika workshiftingprocesser såsom ryggkirurgi, proteskirurgi där

fysioterapeutisk tar hand om återbesök.

- Vid processkartläggning av amputationsprocessen
- Inför beslut om överförandet av vårdplatser från Geriatriken till Medicin genomfördes en riskanalys tillsammans med Geriatrik- och Ortopedverksamheten
- Riskanalys av projekt för införande av ny strålterapiutrustning, IT-system och nya arbetsätt.
- Bemanning inom mammografiavdelningen
- Patientsäker transport med avseende på BOIC.
- Inför uppgradering av ProSang inom Klinisk immunologi och transfusionsmedicin
- Inför förändrade öppettider på den cytologiska punktionsmottagningen inom klinisk patologi och cytologi.
- En områdesövergripande riskanalys mellan område 4,5 och 6, gjordes beträffande Säkra akuta patientflöden på Sahlgrenska med gemensam handlingsplan.
- Inför flytt av Geriatrik från verksamhetsområde (VO) Geriatrik, lungmedicin och allergologi till VO Medicin,
- Inför flytt av Thoraxmottagning till tillfälliga lokaler över sommaren,
- Inför flytt av Thoraxintensivvård och evakuering av operationsverksamheten operation 3 till operation 2 inför sterilcentralens start.

Förbättringsområden som identifierats i samband med riskanalyser är t.ex.

- Brister i vård- och behandlingsplan eller avsaknad av vård- och behandlingsplan
- Brister i samverkan med vårdgrannar och andra myndigheter
- Brister i närståendes delaktighet i vården
- Vårdskador och tillbud relaterade till fall
- Hot och våld inom heldygnsvård
- Bemanningsproblem
- Lokaler som inte är anpassade till verksamhetens behov
- Hög beläggningsgrad

5 Mål och strategier för kommande år

Strategier:

Arbeta vidare med att kvalitets och patientsäkerhetsfrågorna blir centrala och tydliggjorda genom hela organisationen, från högsta ledning, till enhetsnivå och patient

Utfall av patientsäkerhetsindikatorerna planeras att automatiseras och regelbundet göras kända för ledning och medarbetare, för tydligare återkoppling.

En utdataenhet är under uppstart för att stödja detta och för konsistens i datauttagen

Fortsätta arbetet i de sjukhusövergripande grupperna med prevention för fall, trycksår, VRI, antibiotikaresistens och undernäring.

Arbeta för att den vårdnära inmatningen av patientsäkerhetsindikatorerna integreras och inte sker via separata mallar. Ett arbete som måste påtalas inför framtidens vårdinformationsmiljö

Via vårdplatsgruppen arbeta för att ett adekvat antal vårdplatser kan hållas öppna för att klara vårdflöden utan långvariga överbeläggningar. Fortsätta den regelbundna veckostatistiken runt beläggning.

Öka antalet markör baserade journalgranskningar inom SU för att bättre kartlägga vårdskadepanoramata. I detta tillse att områdena regelbundet journalgranskar.

För måltal: se verksamhetsplan och detaljbudget.

Överbeläggningar och utlokaliseringar

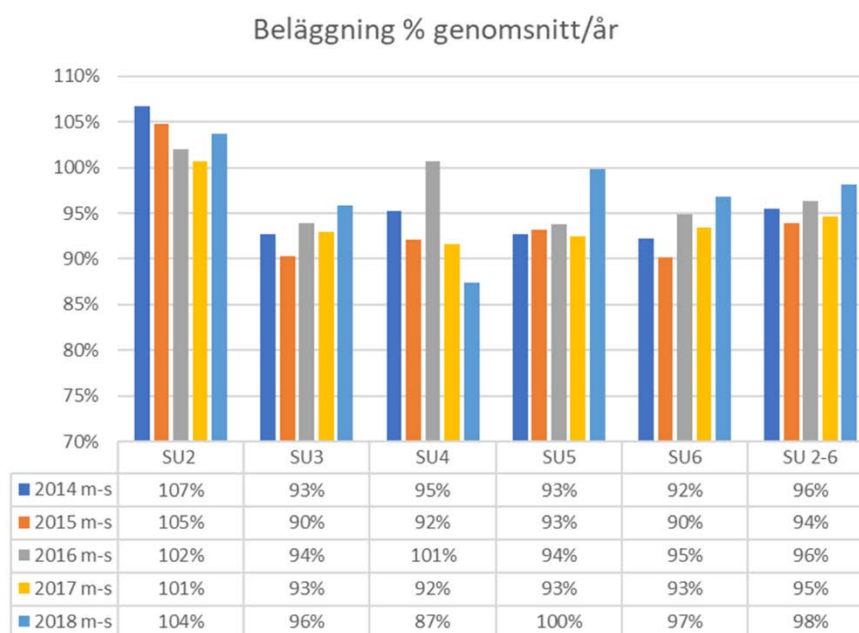
Överbeläggningar och utlokaliseringar är en patientsäkerhetsrisk och sjukhuset arbetar med frågorna på flera plan så som kompetensförsörjning och översyn av arbetssätt.

Beläggningssiffror följs varje vecka.

En sjukhusövergripande vårdplatsgrupp, där chefläkare ingår, arbetar kontinuerligt med bland annat platsöversyn och samarbete mellan verksamheter.

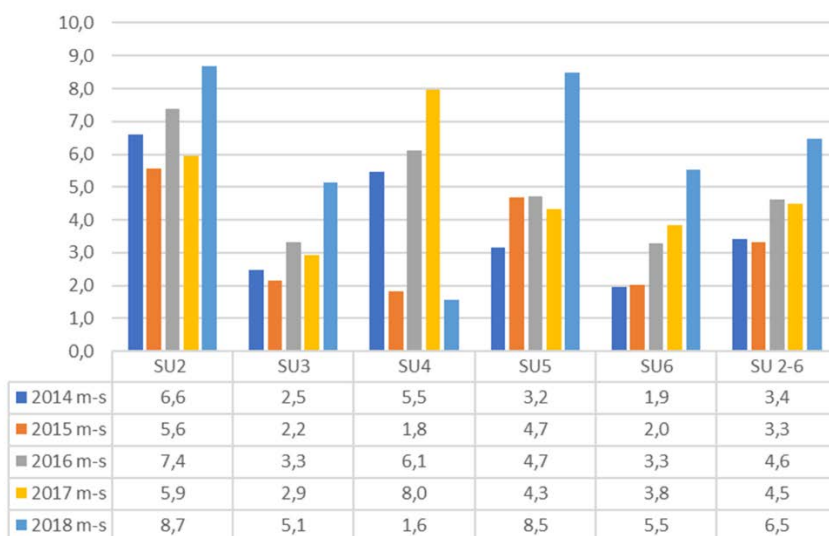
En operativ direktör tillsattes under året, bland annat för arbete med tillgänglighetsfrågor.

Inom den somatiska vuxenslutenvården har beläggningsgraden successivt ökat under åren 2014-2018 och låg SU-övergripande 2018 på 98 %. Samtliga områden med medicinsk och kirurgisk vård (område 2,3, 5 och 6) hade en ökning av medelbeläggningen 2018 jämfört med föregående år. Detta återspeglas också i att överbeläggningarna per 100 disponibla vårdplatser har ökat påtagligt för 2018 jämfört med 2017. Samtliga områden med medicinsk och kirurgisk vård har årligen minskat sina antal disponibla vårdplatser. Sammantaget har antalet vårdplatser minskat med cirka 21 % mellan 2014 och 2018 (motsvarar i snitt 77 vårdplatser/dag).



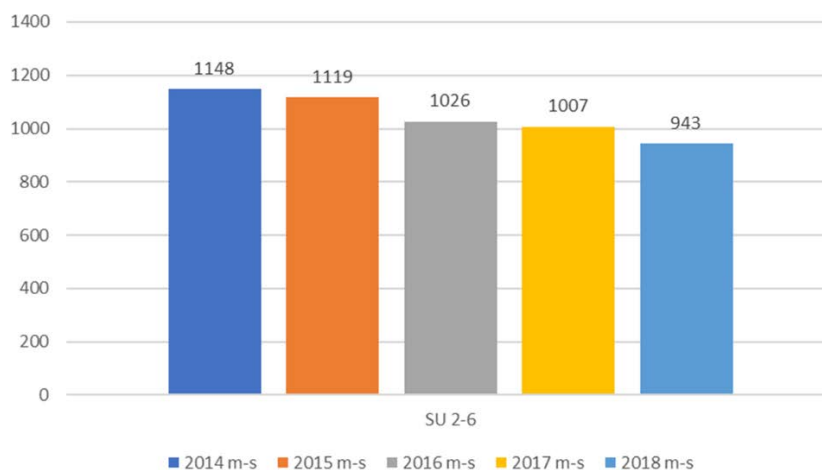
Somatisk vuxenslutenvård. Källa: Nya VS-databasen

Överbeläggningar/100 DVPL genomsnitt/år



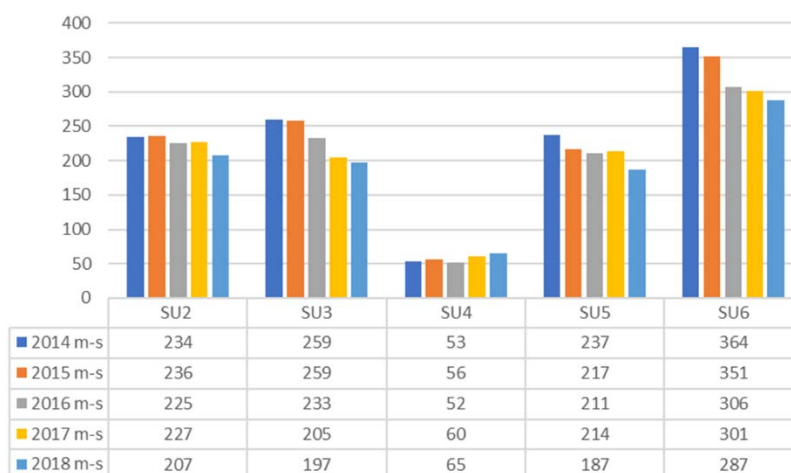
Somatisk vuxenslutenvård. Källa: Nya VS-databasen

DVPL/dag medel



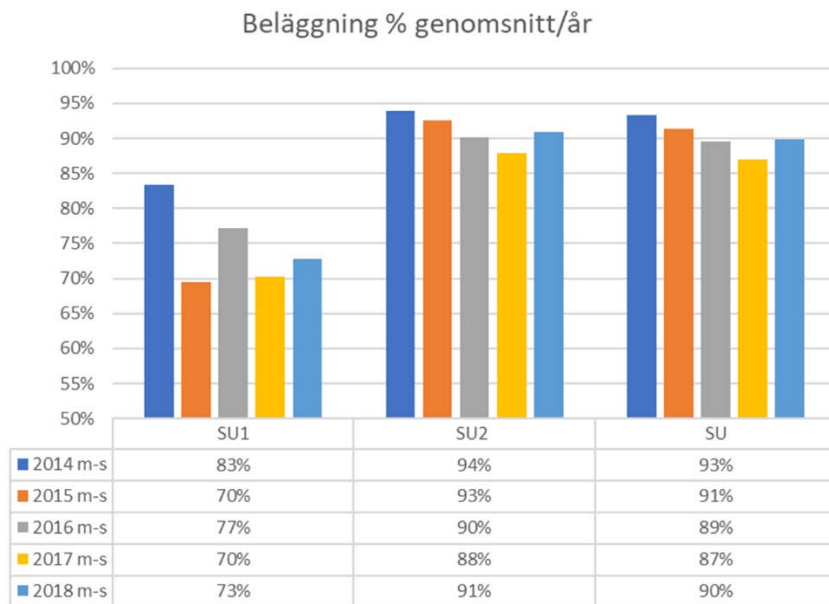
Somatisk vuxenslutenvård. Källa: Nya VS-databasen

DVPL/dag medel

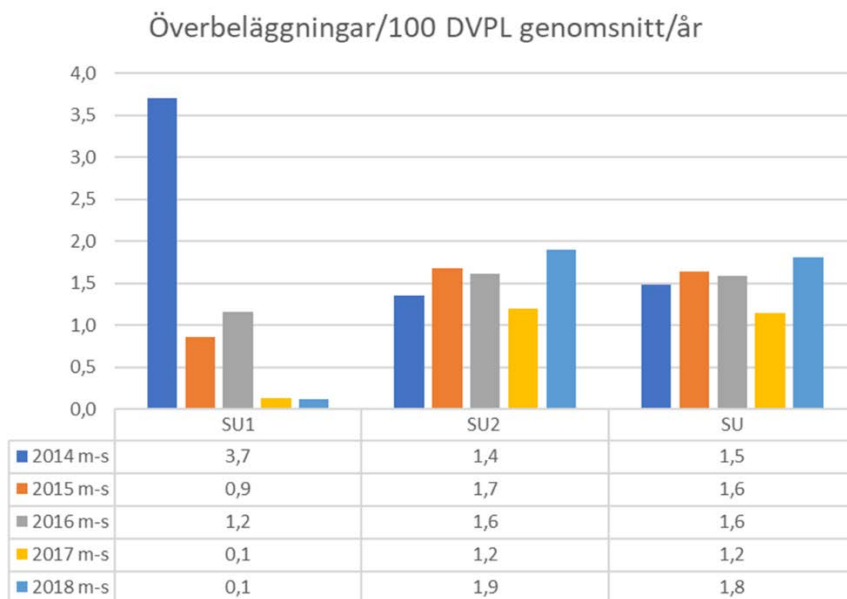


Somatisk vuxenslutenvård. Källa: Nya VS-databasen

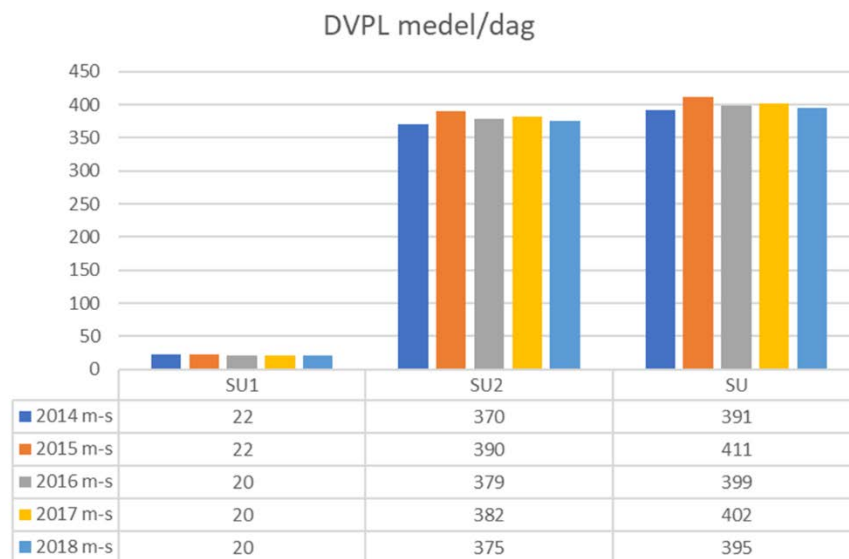
Inom den psykiatriska slutenvården har beläggningsgraden och antal överbeläggningar legat på nivåer som eftersträvs. Någon ändring av tillgången på vårdplatser har inte skett.



Psykiatrisk slutenvård. Källa: Nya VS-databasen



Psykiatrisk slutenvård. Källa: Nya VS-databasen



Psykiatrisk slutenvård. Källa: Nya VS-databasen

Det är en strävan att undvika utlokaliseringar, särskilt i akutskedet av en vårdepisod. Om en patient flyttas från en avdelning till en annan på grund av överbeläggningar eller platsbrist ska tillgång till den medicinska kompetens som behövs säkerställas och patientens behov av omvårdnad tillgodoses, s.k. "säker utlokalisering", vilket minskar risken för vårdskada. Vid vårdplatsbrist ska i första hand överbeläggning väljas före utlokalisering. För att minska riskerna för att vårdtiden förlängs för utlokaliserade patienter eftersträvas att de rondas av läkare med erforderlig kompetens tidigt på dagen, så att tillgängliga vårdplatser kan användas på bästa sätt.