

Datum 28 januari 2015

Patientsäkerhetsberättelse

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen överlämnar härmed sin berättelse om patientsäkerhet för verksamhetsåret 2014.

Innehåll

Sammanfattning.....	2
Så här har patientsäkerhetsarbetet bedrivits	3
Övergripande mål och strategier	3
System för avvikelserapportering	4
Patientklagomål.....	4
Samarbete med Patientnämnden	4
Utredning och granskning av allvarliga vårdskador.....	4
Risk- och händelseanalys	5
Tillsyn	5
Nationella mål	5
Regionala mål	6
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	6
Struktur för uppföljning/utvärdering	8
Uppföljning genom egenkontroll	9
Åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten	10
Arbete i samband med den nationella patientsäkerhetsstrategin.....	10
Regionala initiativ.....	11
Resultat som har uppnåtts.....	19
Gott resultat i den nationella patientsäkerhetsstrategin.....	19
Övriga resultat av regionens patientsäkerhetsarbete.....	20
Övergripande mål och strategier för kommande år	25

Datum 28 januari 2015

Sammanfattning

Patientsäkerhetsarbetet inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen bygger på en policy, som betonar värdet av avvikelserapporter och patientklagomål. Dessa, tillsammans med data från nationella kvalitetsregister och andra mätningar, utgör utgångspunkter för förbättring.

Förvaltningens arbete har präglats av samarbete över gränser och många olika förbättringsarbeten. Nationella initiativ har varit källa till inspiration med de statliga stimulansmedlen som en viktig drivkraft.

Årets resultat är mycket goda vad gäller tillgänglighet, minskad förekomst av vårdskador och förbättrat omhändertagande av våra äldre. Många nya initiativ som tagits under året är ännu inte möjliga att utvärdera.

Tidigare arbete, såväl som nya initiativ under året, måste förvaltas långsiktigt. En kultur som genomsyras av säkerhetstänkande och systematiskt förbättringsarbete tar lång tid att bygga och kräver fortsatt målmedvetenhet.

Datum 28 januari 2015

Så här har patientsäkerhetsarbetet bedrivits

Övergripande mål och strategier

Mål

Den vård som ges ska vara så säker för patienten som möjligt.

Strategi

”Genom att minska förekomst av vårdskador ökar patientsäkerheten. I arbetet med att öka patientsäkerheten utgör avvikelserapporter från medarbetare samt klagomål och synpunkter från patienter och deras anhöriga ovärderlig information. Den ger möjlighet till förbättring av vårdens organisation och ska som sådan välkomnas i alla lägen.

Information om uppkomna fel eller påvisad risk för skada ska skyndsamt analyseras avseende bakomliggande orsaker och möjliga förbättringar. Berörd verksamhetschef ansvarar för detta och för att beslutade åtgärder följs upp avseende resultat (minskad eller eliminerad risk för skada).

Avvikelse- och rapporteringen ska fortlöpande tas upp på arbetsplatsträffar så att berörd personal får återkoppling och kan vara delaktig i problemlösningen. Patienter och deras närstående ska beredas möjlighet att delta i analysarbetet.

Om en avvikelse har inneburit att en patient drabbats eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom har verksamhetschefen skyldighet att rapportera ärendet till chefläkaren med ansvar för patientsäkerhet. Denne bedömer om avvikelsen ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg enligt lex Maria. Även vid annan typ av allvarlig skada samt när legitimerad personal befaras utgöra en fara för patientsäkerheten ska chefläkaren vidtalas.

Förvaltningens sammanställda resultat av patientsäkerhet ska återföras till både medarbetare och allmänhet. Varje chef inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ansvarar för att innehållet i denna policy är känt av samtliga medarbetare, för vilka denne chef har arbetsgivaransvar.”¹

¹ (Ur Policy för patientsäkerhetsarbete antagen av förvaltningens ledningsgrupp och reviderad 141111)

Datum 28 januari 2015

System för avvikelserapportering

Personalens rapportering av vårdavvikelser görs i det regiongemensamma avvikelshanteringssystemet. Systemet är väl känt och lättillgängligt. Samtliga chefer har tillgång till systemstöd.

Patientklagomål

Klagomål och synpunkter från patienter och deras närstående kan lämnas in på många olika sätt. Målsättningen är att det ska vara enkelt att vända sig till vården med sina synpunkter och att de så långt möjligt kan tas om hand av den verksamhet som klagomålen och synpunkterna berör. Klagomålen registreras i systemet för avvikelshantering alternativt i förvaltningens diarium.

Samarbete med Patientnämnden

Sjukvårdens målsättning är att hantera ärenden från Patientnämnden inom fyra veckor. Det finns en rutin för fördelning av ärenden till berörda verksamheter. Övergripande måldiskussioner och kontakter i övrigt med Patientnämnden sker via Chefläkaren med ansvar för patientsäkerhet, som också adjungeras till nämndens sammanträden.

Patientnämnden är en opartisk instans dit man som medborgare kan vända sig när man fått problem i kontakterna med hälso- och sjukvården, tandvården och särskilt boende. Patientnämnden är en politiskt sammansatt nämnd inom regionen och helt fristående från sjukvården, som har som uppgift att förbättra kontakten mellan patient och personal samt på ett tidigt stadium försöka lösa problem och reda ut eventuella missförstånd. Nämndens kansli, som bemannas av serviceförvaltningen, bistår med information om vilka rättigheter man har som patient, möjligheten att få ersättning i vissa fall och att utreda, föreslå lösningar och kontakter visavi vården.

Utredning och granskning av allvarliga vårdskador

Vid allvarlig vårdskada eller vid risk för allvarlig skada, ska vårdgivare anmäla det inträffade till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria.

Med allvarlig menas vårdskada som är bestående och inte ringa eller som har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. Till varje anmälan bifogas en intern utredning, där omständigheterna kring det inträffade beskrivs och berörda chefer yttrar sig över vilka åtgärder man beslutat vidta.

Datum 28 januari 2015

Om sjukvården har haft kontakt med individer, som begår självmord, kort före deras död ska den vårdkontakten granskas och anmälas enligt lex Maria. När sjukvården utreder fallen undersöks om berörd vårdenhet hade kunnat förstå att personen i fråga var självmordsnära och, i så fall, om man hade kunnat förhindra självmordet.

Utredningar i samband med särskilt allvarliga händelser blir, genom att de anmäls enligt lex Maria, granskade av IVO. Vårdgivaren får beskriva sammanhang, händelseförlopp, bakomliggande orsaker samt vilka åtgärder man beslutat vidta.

Risk- och händelseanalys

Förvaltningen erbjuder metodstöd för risk- och händelseanalyser genom utbildade analysledare på olika nivåer i organisationen.

Tillsyn

IVO, Inspektionen för vård och omsorg, granskar anmälningar från vårdgivaren enligt lex Maria. IVO:s granskning blir därmed en kvalitetssäkring av vårdgivarens eget patientsäkerhetsarbete.

Till IVO kommer även enskilda klagomål samt begäran från vårdgivare om utredning av legitimerad yrkespersonals lämplighet.

Utöver nämnda ärendehantering utövar IVO också särskild tillsyn.

Nationella mål

Staten har tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) kommit överens om prestationsbaserad ersättning för att uppmuntra, stärka och intensifiera arbete för ökad patientsäkerhet i landstingen.

I regeringens satsning för ökad patientsäkerhet 2014 ingick fem grundläggande krav:

- A. Patientsäkerhetsberättelse
- B. Nationell patientenkät i primärvården
- C. Patientsäkerhetskultur
- D. Strukturerad journalgranskning
- E. Nationell patientöversikt (NPÖ)

Datum 28 januari 2015

Därutöver innehöll satsningen sex ”indikatorer” som var och en renderade ekonomisk ersättning till landstingen vid måluppfyllelse:

1. Basala hygienrutiner och klädregler
2. Antibiotikaföreskrivning
3. Läkemedelsberättelse efter slutenvård
4. Trycksår
5. Överbeläggningar
6. Infektionsverktyget

Regionala mål

Hälsa- och sjukvårdsnämnden har i sitt styrkort följande styrkort för säker vård:

- 100 % följsamhet till klädregler och hygienregler.
- Antalet vårdskador/1000 vårddagar ska årligen minska med 10 %.
- Antal vårdavvikelse som beror på ej följda rutiner och riktlinjer ska årligen minska med 10 %.
- Högst 250 antibiotikarecept/1000 invånare och år.

Mål för ett av sjukvårdens prioriterade områden, diabetes, är ökad rapportering till kvalitetsregistret i primärvård samt förbättrade behandlingsresultat för samtliga patienter med diabetes.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Varje medarbetares ansvar, vid alla typer av avvikelser

Att rapportera identifierade avvikelser och inkomna patientklagomål i Flexite och rikta rapporten till närmaste chef

Legitimerad personals ansvar vid tillbud, skada eller risk

Informera patienten om

1. vad som har skett eller kunde ha skett
2. vilka åtgärder som ska vidtas. (Detta kan ibland innebära besked om att orsaker till det inträffade ska utredas.) Erbjud patienten att medverka i det arbetet
3. möjligheten att vända sig till Inspektionen för vård och omsorg
4. möjligheten att begära ersättning från Patientskadeförsäkringen
5. regionens Patientnämnd

Dokumentera det inträffade i patientens journal och att samtliga ovan nämnda åtgärder vidtagits

Datum 28 januari 2015

Motsvarande ansvar åvilar närmaste chef när icke legitimerad personal är berörd.

Alla chefers ansvar

Att utan dröjsmål hantera avvikelserapporter i Flexite, ärenden från

Patientnämnden samt begäran om yttrande eller andra frågeställningar från chefläkare med ansvar för patientsäkerhet.

Kontrollera att punkt 1-5 ovan vidtagits och dokumenterats.

Resursområdes- och verksamhetsområdeschefer samt tandvårdschefs ansvar

Vid behov ge uppdrag till analysledare att genomföra risk- eller händelseanalys.

Vid misstanke om allvarlig vårdskada begära ställningstagande till lex Maria-anmälan (via Flexite) av chefläkare med ansvar för patientsäkerhet.

Patientsäkerhetsansvar i förvaltningsledningen

Hälso- och sjukvårdsdirektören har i sin förvaltningsledning tre personer med uppdrag som berör patientsäkerhetsarbetet.

1. Chefläkare med ansvar för patientsäkerhet. Har nämndens uppdrag att anmäla allvarliga vårdskador enligt lex Maria samt i övrigt hantera ärenden gentemot Inspektionen för vård och omsorg. Denna person har även uppdragen IT-strateg och personuppgiftsombud.
2. Chefläkare med ansvar för metod- och kunskapsfrågor.
3. Kvalitetsstrateg med övergripande ansvar för kvalitet och patientsäkerhet

Vårdhygien

Vårdhygien syftar till att förebygga och begränsa vårdrelaterade infektioner inom hälso- och sjukvård samt tillse att vårdhygieniska aspekter tillvaratas i planering av regional verksamhet. Arbetet bedrivs främst genom tillsyn och utbildning. Dessutom akuta insatser vid utbrott eller pågående spridning. I Hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag ingår att säkerställa kompetens inom sakområdet vårdhygien så att hela Region Gotlands behov kan tillgodoses. Inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har detta uppdrag tilldelats Hygiensektionen, bestående av läkare och sjuksköterska. Uppdragsområde är all vårdverksamhet som bedrivs av Region Gotland.

Smittskydd

Samhällets smittskydd ska tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. Varje landsting ansvarar för att

Datum 28 januari 2015

nödvändiga smittskyddsåtgärder vidtas inom sitt geografiska område. Region Gotlands smittskyddsläkare utses av hälso- och sjukvårdsnämnden. Smittskyddsläkaren är en egen myndighet. I frågor som inte gäller smittskyddsläkarens myndighetsutövning ska denne verka under Hälso- och sjukvårdsnämnden.

Strama

Strama (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens) bildades som en nationell arbetsgrupp i Sverige 1995. Den lokala Stramagruppen på Gotland bildades i maj 2007 på smittskyddsläkarens initiativ och fick 2011 ett formellt uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämnden.

Uppdraget är att

- följa antibiotikaföreskrivning och resistensläge på Gotland samt återföra denna kunskap till verksamheterna
- se till att det i verksamheterna finns aktuella lokala och nationella rekommendationer och vårdprogram för profylax och behandling av vanliga infektioner vad gäller antibiotika
- sprida upplysning om antibiotikaresistensproblemet till allmänhet och media, samt i övrigt verka enligt riktlinjer från centrala Stramarådet vid Folkhälsomyndigheten.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Resultat i Öppna jämförelser och andra nationella mätningar analyseras enligt en särskild process i förvaltningen. Verksamheternas egna, regionala, resultat sammanställs i presentationer som åskådliggör vårddata i realtid. Såväl nämnd som förvaltnings- och sjukvårdsledning tar initiativ till förbättringar utifrån dessa resultat.

Förvaltningsledningens kvalitets- och patientsäkerhetsansvariga följer upp patientsäkerhetsarbetet i sjukvårdens resurs- och verksamhetsområden samt itandvården i samband med s.k. ”dialogmöten”. Dessa möten äger rum en gång per år.

Risk för fallskador, trycksår och undernäring hos patienter, liksom deras munhälsa, värderas och åtgärdas via kvalitetsregistret Senior Alert. Inträffade fallskador och upptäckta trycksår rapporteras i avvikelserapporteringssystemet. Förekomst av trycksår följs även genom nationella mätningar.

Datum 28 januari 2015

Icke rapporterade vårdskador påvisas med hjälp av s.k. ”strukturerad” journalgranskning och resultat från riktade analyser återförs till berörd verksamheter.

Enheten för vårdhygien analyserar resultat från kontroller av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, dels genom regional uppföljning varannan månad och dels genom nationella mätningar.

Smittskyddsläkarenheten analyserar resultat från nationella mätningar av förekomst av vårdrelaterade infektioner. Smittskyddsläkaren sammanställer även förekomst av samtliga anmälningspliktiga infektioner inom regionen.

Strama analyserar antibiotikaförskrivning månatligt.

Uppföljning genom egenkontroll

Systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten ska ske för att säkerställa att den bedrivs enligt fastställda processer och rutiner. Till stöd för denna egenkontroll ska ett förvaltningsövergripande ledningssystem utvecklas.

I förvaltningens egenkontroll för ökad patientsäkerhet har följande källor följts upp och analyserats:

- Avvikelsesrapporter (kontinuerlig registrering)
- Patientkultutmätning (vart annat år)
- PPM – basala hygienrutiner och klädregler (en gång årligen)
- Egna mätningar av följsam till basala hygienrutiner och klädregler (varje månad)
- PPM – vårdrelaterade infektioner (en gång årligen)
- Infektionsverktyget (kontinuerlig registrering)
- Antibiotikaförskrivning (uppföljning varje månad)
- Strukturerad journalgranskning (uppföljning varje månad)
- PPM – trycksår (en gång årligen)
- Senior Alert (kontinuerlig registrering)
- Palliativa registret (kontinuerlig registrering)

Resultaten kommuniceras till olika nivåer i verksamheten genom information på arbetsplatsträffar, i ledningsgrupper, på intra- och internet.

Datum 28 januari 2015

Åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten

Arbete i samband med den nationella patientsäkerhetsstrategin

Samtliga privata vårdgivare, som har uppdrag inom ramen för den vård hälso- och sjukvårdsförvaltningen driver som sjukvårdshuvudman, inbjöds för andra året i rad till ett särskilt möte. SKL:s mall för patientsäkerhetsberättelse presenterades och frågor om patientsäkerhet diskuterades. Vid mötet presenterades också det nya dokumenthanteringssystem DocPoint.

Regionen deltog i årets nationella patientenkät för slutenvård och specialiserad öppenvård samt i förra årets enkät för primärvård.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen reviderade under året sin handlingsplan för att förbättra patientsäkerhetskulturen inom sjukvården.

Strukturerad journalgranskning är ett långsiktigt åtagande. Sjukvården har utsett en permanent arbetsgrupp som består av tre läkare och sex sjuksköterskor. Samtliga granskare har genomgått utbildning i metoden. Strukturerad journalgranskning har genomförts av 30 vårdtillfällen per månad i slutenvården på Visby lasarett. Resultaten redovisas i SKL:s databas. Dessutom har en granskning ”på klinisk nivå” gjorts av utlokaliserade patienter, dvs patienter i slutenvård som vårdats på annan avdelning än den som normalt handlägger samma patientkategori. I sjukvårdsledningen har en diskussion förts om hur journalgranskningen kan utvecklas samt resultaten användas för att förbättra verksamheten.

Samtliga vårdenheter i landstinget kan både lämna ut och ta emot uppgifter från andra vårdgivare inom ramen för NPÖ, nationell patientöversikt. Journalsystemet TakeCare är anslutet med fem s.k. ”informationsmängder”.

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler mättes i SKL:s ”ögonblicksmätning” (PPM) en gång på våren inom såväl öppen som sluten vård.

Datum 28 januari 2015

Arbetet att minska felaktig användning av antibiotika och på så sätt minska utveckling av behandlingsresistenta bakterier bedrivs inom ramen för Strama Gotland. Deras arbete beskrivs i detalj i särskild årsrapport.

Verksamhetsområde medicinska och opererande specialiteter har tagit fram en dokumenterad rutin för alla avdelningar på Visby lasarett för information vid utskrivning i form av skriftlig läkemedelsberättelse. Den ska delas ut till patienten, tillsammans med aktuell läkemedelslista, i samband med utskrivning. Andel patienter som får läkemedelsberättelse registreras och redovisas en gång per månad till sjukvårdsledningen.

Förekomst av trycksår har mätts på samtliga vårdavdelningar i SKL:s PPM våren 2014. Den handlingsplan för att minska uppkomst av trycksår, som upprättades första gången 2012, har reviderats med tydligt uppsatta mål, ansvariga personer för olika åtgärder samt tidpunkt för uppföljning.

Antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter på Visby lasarett följs dag för dag och rapporteras in till en nationell databas.

Infektionsverktyget har integrerats i TakeCare och införts inom all slutenvård.

Regionala initiativ

Öppen redovisning av patientsäkerhetsarbetet

Patientsäkerhetslagen betonar värdet av öppenhet i arbetet med att analysera inträffade vårdskador samt att patienter, anhöriga och personal bereds möjlighet att medverka i analysarbetet. Förvaltningens bedömning är att återkoppling på vad sådant arbete leder fram till stimulerar alla berörda parter till fortsatt förbättring.

- All information kring patientsäkerhet har samlats på en hemsida som kan nås av både allmänhet och personal.
- Förvaltningens lex Maria anmälningar publiceras också där.
- Slutrapporter av genomförda händelseanalyser läggs in i en nationell databas, NITHA. All vårdpersonal i de landsting som är anslutna till databasen har tillgång till denna kunskapsbank.
- De riskanalyser som genomförs publiceras på förvaltningens intranät.

Datum 28 januari 2015

Händelseanalyser – konsolidering av ny organisation

För att tillgodose behovet av att genomföra händelseanalyser i sjukvården togs en mer hållbar struktur fram i slutet av 2013. Kompetens för genomförande av händelseanalyser motsvarande 60 % av en årsarbetstid ska finnas inom förvaltning, sjukvård och tandvård. Fördelningen är 2/3 inom sjukvård respektive 1/3 inom förvaltning/tandvård. Dessutom ska det finnas ett större antal personer i hälso- och sjukvårdsförvaltningen som, med olika grad av handledning från de spetskompetenta, kan genomföra analyser. Sjukvårdschef, tandvårdschef och förvaltningschef avgör när en händelseanalys ska göras. När det gäller suicid inom psykiatri kan verksamhetsområdeschef psykiatri besluta. Den faktiska beställningen görs på verksamhetschefsnivå och i vissa fall av sjukvårds-, tandvårds- respektive förvaltningschef. Målvärde för genomförande av en analys är 10 veckor. En egen utbildning av analysledare påbörjades för första gången hösten 2014. Beslut togs också om hur administrativt stöd till analyserna ska organiseras och de chefssekreterare som ingår i det stödet får särskild utbildning under början av 2015.

Handlingsplan för förbättrad patientsäkerhetskultur

Tidigare handlingsplan för att förbättra patientsäkerhetskulturen har reviderats. Den innehåller mätbara mål för förbättrade resultat i kommande kulturenkät 2015. Arbetet ska fokuseras på att förenkla avvikelserapporteringsprocessen samt att tydliggöra högsta ledningens stöd för patientsäkerhetsarbetet.

Förbättringsarbeten enligt genombrottsmetoden

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens genomför en gång per år utbildning i förbättringskunskap, som även omfattar praktiskt genomförande av förbättringsarbeten enligt genombrottsmetoden. Utbildningen tillgodoser kraven för specialisttjänstgörande läkare i detta avseende och den största delen av de team som deltar leds av ST-läkare. Samtidigt byggs en ökad kompetens inom området som gagnar hela förvaltningens utveckling mot ökad kvalitet och patientsäkerhet.

Enkel läkemedelsgenomgång i primärvården

Ett av föregående års förbättringsarbeten var en metod för att systematiskt gå igenom äldre patienters läkemedel i primärvården ("DÅD-projektet"). För detta arbete vann förbättringsteamet "Årets förnyelsepris" i regionen. Arbetssättet har implementerats på vårdcentralen Visby Norr och har informerats om till samtliga enheter i primärvården.

Datum 28 januari 2015

Rondarbete och utskrivningsmeddelande

Två andra arbeten i förbättringskunskapskursen har påverkat avdelning C3 och C4. En ny struktur för rondarbetet på avd C4 har tagits fram, som leder till mer effektiv rond och tydligare planering för patienterna. På avd C3 har arbetet gällt utskrivningsmeddelandet med tillhörande läkemedelsberättelse och aktuell läkemedelslista.

Bättre flöde i vården

Inom ramen för satsningen ”Bättre liv för sjuka äldre” har ”patientsimulering” genomförts med deltagare från HSF samt SOF. Även deltagare från det gemensamma projektet ”Trygg hemgång” har deltagit. . En förbättring som uppstått ur det genomförda projektet är rutin för att starta demensutredningar under det akuta vårdtillfället. Många andra lärdomar har vunnits i alla delar av processen, från rutiner och kommunikation på akuten och avdelningen via biståndsbedömningen och planeringen av eftervård. Projektet kommer att fortsätta i utökad form och med genomförandeplanering inom SKL:s satsning ”Bättre flöde i vården”.

Kampanjen ”Trill int ikull”

I Sverige dör fler av fallolyckor än i trafiken. På Gotland beräknades sjukvårdskostnaderna för vården av fallskador runt 40 miljoner kronor år 2010. Varje år vårdas mer än 300 personer på Visby lasarett för fallskador.

1 oktober gick startskottet för årets kampanj av ”Trill int ikull”. På Hemse Stortorgdag informerades besökare om hur man kan förebygga riskerna för att ramla och skada sig. Fram till 11 november genomfördes olika aktiviteter. Bland annat har ett 80-tal gotlänningar gjort en balanstest med efterföljande individuella råd av sjukgymnast/fysioterapeut. Det har också funnits möjlighet att delta på föreläsningar om matens betydelse för att minska risken att ramla och vikten av att ha koll på sina läkemedel.

Förbättrad tillgänglighet till primärvården

Sedan 1 december 2014 kan patienter boka, omboka och avboka sina besök via den nationella eHälsa-tjänsten ”Mina vårdkontakter”.

I december infördes även drop-in mottagning till primärvården.

Tillgång till psykolog i tandvården

Patienter som lider av allvarlig tandvårdsskräck har det senaste året kunnat få genomgå KBT behandling hos en kontrakterad psykolog. Den behandlingen

Datum 28 januari 2015

ingår i ”Tandvård till särskilda patientgrupper” – ”Tandvård som led i en sjukdomsbehandling”.

Förbättrad process: Utskrivningsklara patienter

Hälso- och sjukvårdsnämnden och Socialnämnden har gemensamt börjat se över processen kring utskrivningsklara patienter. Målsättningen är att bereda varje individ rätt vård- och omvårdnadsnivå. I processen har ett nytt begrepp introducerats; ”hemgångsklara” patienter.

Övergripande överenskommelser HSF-SOF

Under 2014 har den övergripande överenskommelsen reviderats och anpassats till föreskriften ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete”, utifrån tidigare beslutade struktur för samordnad ledning och styrning. Nämnderna har under året godkänt nya och reviderade delöverenskommelser för blås och tarmfunktionsstörning, Missbruk och beroendevård samt läkarmedverkan.

Utökning av vårdplatser inom psykiatri

Vårdplatsläget inom psykiatri var ansträngt under 2014 med något ökat antal vårdtillfällen och kraftigt ökad medelvårdtid. Under en period utvidgades platsantalet med åtta vårdplatser på Visby lasarett. Tidigare års neddragning av antalet vårdplatser under sormaren och jul/nyårshelgen genomfördes inte.

Dokumentation i slutenvården

Avdelning A2 på Visby lasarett har infört ett klassificeringssystem för omvårdnadsdokumentation som kallas NANDA. Arbetet skall leda till en mer enhetlig och strukturerad journalföring.

Nya mötesfora i sjukvården

Under våren startade sjukvården tre nya råd: Reharådet, Hälsofrämjande rådet samt IT-rådet. I råden sitter chefer från olika delar och nivåer av sjukvården samt sakkunniga och experter inom de olika områdena. Syftet med råden är att vara forum för diskussion och dialog, att identifiera förbättringsområden och söka möjliga lösningar.

Bättre tillgång till styrande dokument

Under året har ett digitalt dokumenthanteringssystem införts: ”Docpoint”. Systemet utgör ett kraftfullt stöd för att förvaltningens policies, riktlinjer och rutiner är uppdaterade, godkända av ansvarig chef och lätt tillgängliga för samtliga medarbetare.

Datum 28 januari 2015

Fortsatt arbete inom prioriterade förbättringsområden

Hälso- och sjukvården har tidigare beslutat om tre prioriterade och sjukvårdsövergripande förbättringsområden för 2014/2015; benskörhet, diabetes och självmord.

Benskörhet

- Vårdprogram och behandlingsrekommendationer har reviderats. Ortopedin har huvudansvar för hela utrednings- och behandlingskedjan, utom vid vissa identifierade undantag.
- En koordinator med ansvar för att hålla samman processen från identifierandet till uppföljningskedet rekryterades med utbildnings- och arbetsstart i juli.
- Bentätetsmätaren flyttades in till lasarettet i juni. Den anpassades och testkördes under sommaren och berörd personal utbildades. Driftstart skedde 1 september och sedan dess har verksamheten varit i full drift.
- Medarbetarna vid osteoporosmottagningen har stöttat bildandet av en patientförening för osteoporos.

Diabetesvård

Under hösten 2014 har primärvården, specialistvårdens diabetesmottagning och barn- och ungdomsmedicinska verksamheten påbörjat förbättringsarbeten. Sammanlagt tre tvärprofessionella team med stöd av Kvalitetsregistercentrum Stockholm-Gotland samt IQ3..

Suicidprevention

I Barnsam beslutades under våren att satsa på en bred utbildning i prevention, avseende både barn och vuxna, till medarbetare inom Region Gotland och till Gotlands befolkning. En arbetsgrupp med representanter från Barnsam, alla förvaltningar och ledningskontoret ska formera utbildningsinsatsen. Utgångspunkten är att suicidprevention måste bedrivas på så många nivåer i samhället som möjligt, för att få effekt.

Förbättringar inom cancersjukvården

Under året har möten genomförts för processledare inom områdena bröstcancer, lungcancer samt urologisk cancer (inklusive prostatacancer), tillsammans med regionala processföreträdare samt patientrepresentanter. Syftet har varit att identifiera styrkor och förbättringsområden inom respektive process samt diskutera hur man gemensamt kan åstadkomma förbättringar.

Datum 28 januari 2015

Förbättringar inom hjärtsviktsprocessen

Primärvården arbetar med att förbättra diagnostiken för hjärtsviktpatienter. Checklistor har tagits fram utifrån lokalt vårdprogram och rutiner för att säkra att informationen når hyrläkare och vikarier.

Hjärtsviktsgruppen har arbetat med att förbättra vårdövergångar från lasarettet till primärvården. Syftet är att förbättra kontinuiteten i vårdkedjan och därmed minska antalet återinläggningar.

En särskild kvalitetssäkring inklusive säkrad uppföljning av patienter med hjärtsviktsdiagnos i primärvård, SÄBO och hemsjukvård har genomförts.

Antalet hjärtsviktsansvariga sjuksköterskor i primärvården ökar och finns idag på nästan alla vårdcentraler.

När det gäller egenvård har Gotland kommit längst bland primärvård i Sverige. Primärvården har valt ut 50 hjärtsviktpatienter som har fått varsin läsplatta kopplat till en digital väg. Plattan är programmerad med råd och anvisningar som relateras till resultat av vägningar. Patienten får därmed verktyg att själv kontrollera sin sjukdom och därmed kan behovet av slutenvård minska.

Hälsofrämjande arbete i psykiatri

På försök har kliniken inrättat en så kallad livsstilmottagning, främst riktad till patienter med psykossjukdom och andra mer omfattande och vårdkrävande tillstånd. Förhoppningen är att patienterna ska få en ökad medvetenhet om sin fysiska hälsa och vad de själva kan göra för att främja hälsa och förebygga somatisk sjukdom, ytterligare insatser behövs.

Bättre vård mindre tvång

Från 2013 till 2014 har den psykiatriska heldygnsvården deltagit i projektet ”Bättre vård mindre tvång”, som SKL anordnar. Man har arbetat med att förbättra bemötandet och öka patienternas delaktighet i vården. Fokus har varit på rutiner och mallar, bland annat har informationsmaterial till inneliggande patienter reviderats. Projektet är nu avslutat och fortsätter nu som en del i klinikens utvecklingsarbete.

PRIO - Satsning inom området psykisk ohälsa

Sedan 2012 pågår en nationell satsning med stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa. Fokus i planen har varit tillgänglighet, uppföljning, patient- och närståendemedverkan, tvångsvård och ökad samverkan.

Datum 28 januari 2015

PRIO har haft ett krav att det ska utformas en samverkansöverenskommelse i regionen om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning samt att antalet SIP (samordnad individuell plan) som upprättats under året, i målgruppen personer med psykisk ohälsa upp till 24 år, ska rapporteras. Överenskommelsen är klar och arbetet med att sprida information om SIP fortgår.

Förbättringar inom habilitering och rehabilitering

Riktad kompetensutveckling har genomförts för att bättre uppfylla kraven för primärvårdens sjukgymnaster.

Gotlands två teckenspråkstolkare har blivit auktoriserade av Kammarkollegiet. Det är en kvalitetsgaranti, att man uppfyller de krav som tolkuppdrag kräver.

Barn med grav hörselnedsättning och/eller cochleaimplantat kan nu erbjudas talträning på distans via Skype. Den pedagogiska hörselvården har startat gruppverksamhet för gravt hörselskadade för att ge råd, stöd och strategier i sin hörselnedsättning samt hur man hanterar sin hörapparat.

Syncentralen på Gotland ingår som en pilot i uppbyggandet av ett nationellt kvalitetsregister.

Som ett led i att komma tillrätta med de långa väntetiderna för barn på logopedmottagningen, har ett försök gjorts att boka ett första möte i grupp. På så sätt har man kunnat göra en första sortering för eventuellt fortsatta insatser.

JobbSam - ett samarbetsprojekt inom FINSAM

JobbSam är ett samarbetsprojekt inom FINSAM mellan Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Region Gotland. Projektet startades den 1 oktober 2013 men sätts fullt ut 1 januari 2014. Målet är att skapa en hållbar modell för flerparsamverkan kring arbetslivsorienterad rehabilitering. Målgruppen är gotlänningar 16-64 år, som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser.

Insatser vid fetma hos barn och ungdomar

Barn- och ungdomsmedicinska verksamheten har påbörjat evidensbaserad förebyggande rådgivning för barn med risk för eller begynnande utveckling av fetma.

Småbarnsteamet

I syfte att tidigt identifiera samt bedöma behov av insatser till små barn med avvikande utveckling har det tvärprofessionella teamet fortsatt sitt arbete i

Datum 28 januari 2015

projektform under 2014. Teamet består av barnpsykiater och psykolog från BUP, logoped och specialpedagog från Barnhabiliteringen samt neurologiskt profilerad överläkare från barn- och ungdomsmedicin.

Obstetriska projektet

Under året har arbete pågått med att öka andelen vaginala, icke instrumentella, förlossningar och därmed minska antalet kejsarsnitt och förlossning med sugklocka. Arbetet inriktas framförallt på att undvika förstagångskejsarsnitt.

Tandvården

I december startade arbetet med att ansluta Folktandvården Gotland till SKaPa – ett nationellt kvalitetsregister inom tandvården för uppföljning av karies (hål i tänderna) och parodontit (tandlossning). Systemet beräknas att fungera fullt ut från mars/april 2015.

Ett arbete med att förbättra arbetet med avvikelser har påbörjats.

Strålskyddskommitténs arbete

En bokslutsrapport från strålskyddskommittén kommer att bifogas som en bilaga till patientsäkerhetsberättelsen.

Datum 28 januari 2015

Resultat som har uppnåtts

Gott resultat i den nationella patientsäkerhetsinsatsningen

Alla grundläggande krav och fem av sex av årets indikatorer kunde uppnås. Några av resultaten presenteras nedan.

Det förbättringsarbete som påbörjats inom verksamhetsområdet medicinska och opererande specialiteter angående läkemedelsberättelser har temporärt avstannat och indikatorn uppnådde därmed inte det nationella målvärdet.

Åtgärder för förbättrad patientsäkerhetskultur

Dialogmöten med tandvårdens ledningsgrupp och med fyra av sjukvårdens ledningsgrupper genomfördes under året.

Processen för rapportering av vårdavvikelser i regionens system Flexite har bearbetats och förenklats för både chefer och medarbetare.

Nationellt mål för hygienrutiner och klädregler uppnått

Följsamheten har förbättrats och ligger över rikets. Resultatet i slutenvården på Gotland var 81 procent för samtliga sju moment vid vårens nationella mätning.

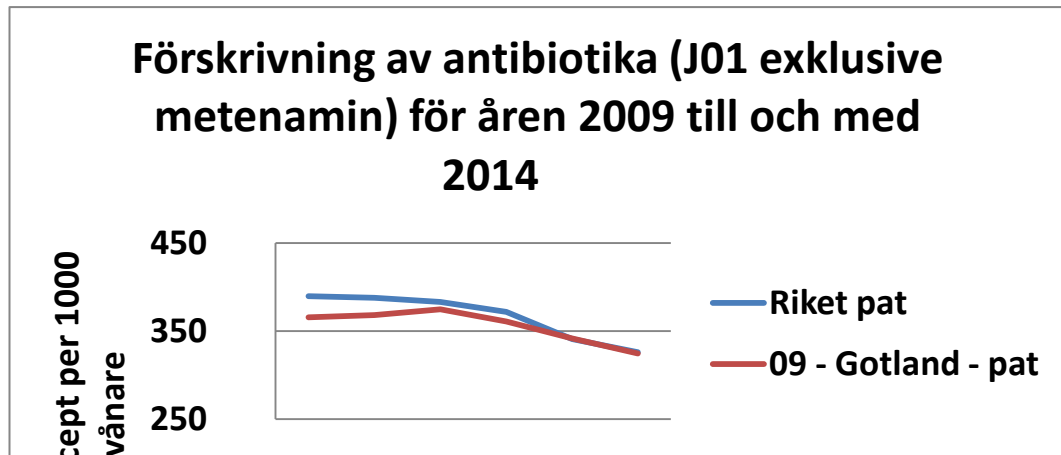
	VT 2011	HT 2011	VT 2012	HT 2012	VT 2013	HT 2013	VT 2014
Gotland	58 %	66 %	63 %	73 %	74 %	71 %	81 %
Riket	64 %	65 %	68 %	70 %	72 %	74 %	74 %

Endast en nationell mätning har genomförts 2014. Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler mäts även regionalt varannan månad i hälso- och sjukvårdens verksamheter. Följsamheten är bäst i slutenvården, följt av tandvård, öppenvård därefter primärvård. Sammantaget motsvarar resultaten den nationella mätningen i slutenvården.

Fortsatt minskad antibiotikaförskrivning

Förskrivningen av antibiotika minskar på Gotland, liksom den gör i resten av landet. Resultatet för Gotland för 2014 är 327 recept/1000 invånare. Målet är 250.

Datum 28 januari 2015



Minskad andel vårdskador

Antalet vårdskador har minskat med 23 procent jämfört med föregående år.

	Jan-nov 2012	Jan-nov 2013	Jan-dec 2014
Antal vård dagar	43 505	42 973	50 440
Antal vårdskador	227	200	180
Antal vårdskador/1000 vård dagar	5,2	4,7	3,6
Förändring jämfört med föreg. år		-11 %	-23 %

Sedan 2012 görs ytterligare en typ av vårdskademätning. Genom att granska journaler från somatisk slutenvård enligt en särskild metod kan man påvisa vårdskador som inte uppmärksammats på annat sätt. Alla dessa skador är inte undvikbara. Granskningen görs i efterhand, tre månader efter avslutad sjukhusvård. Både det gotländska och det nationella resultatet tyder på en minskad skadenivå i sjukvården.

Andel vårdtillfällen med skador vid journalgranskning

	Okt 2012 – sep 2013	Okt 2013 – sep 2014
Visby lasarett	13,2 %	12,5 %
Slutenvård riket	13,5 %	12,1 %

Övriga resultat av regionens patientsäkerhetsarbete

Ökad följsamhet till rutiner och riktlinjer

18 procent färre vårdavvikelser har rapporterats jämfört med 2013 där orsaken angivits som ”Rutiner och riktlinjer har ej följts”.

Datum 28 januari 2015

	Gällande rutiner/riktlinjer har ej följts
2011	409
2012	548
2013	496
2014	409

De flesta orsakerna till avvikelserapporter beror på att riktlinjer/rutiner inte följts. Sjukvårdens mål att rutiner ska vara standardiserade och dokumenterade och en strävan att fler avvikelser anmäls innebär att det mål som är satt utifrån styrkortet (en minskning av att rutiner som inte följs) till viss del konkurrerar med varandra och är därför svåra att mäta värdet av..

Ärendehantering till IVO

24 anmälningar enligt lex Maria har gjorts under året. 8 av dessa gällde självmord.

22 enskilda klagomål inkom till IVO. Två av dessa föranledde lex Maria anmälan.

Ärendemängden motsvarar i stort sett den för 2013.

Förbättringsarbeten

Tolv multiprofessionella team har under perioden genomfört arbeten inom ramen för både regionala och nationella satsningar: Sex arbeten är avslutade.

HSF:s förbättringsprogram

Team	Förbättringsarbete	År
Barn- och ungdomsmedicin	Bättre omhändertagande av barn med urinvägsinfektion	13/14
Ortopedi	Förbättrad och säkrad utskrivningsinformation	13/14
Medicinavdelning C4	Införande av rondrutin	13/14
VC Visby Norr	Identifiera odiagnostiserad osteoporos i PV	13/14
Kirurgi	Effektivare arbete i nationella bräckregistret	13/14

Datum 28 januari 2015

VC Wisby Söder	Omhändertagande psykosocial ohälsa	13/14
VC Klinte	Förbättrad bensårsbehandling	14/15
Ortoped/Primärvård	Förbättrad artrosprocess	14/15
Infektion/Lab/Akut	Bättre remiss – mer effektiv behandling	14/15
Smärtrehab	Minskad väntetid för smärtrehab	14/15

QRCs förbättringsprogram

Team	Förbättringsarbete	År
Primärvård och specialiserad vård	Förbättrad registrering av patienter med diabetes i kvalitetsregistret samt förbättrade behandlingsresultat	14/15

SKLs förbättringsprogram

Team	Förbättringsarbete	År
Team från SOF-HSF	Bättre flöde i vården	14/15

Minskat antal återinskrivningar

Inom satsningen ”Bättre liv för sjuka äldre” har definitionen för återinskrivningar inom 30 dagar för personer över 65 år ändrats till att gälla bara oplanerade återinskrivningar. Det gör att det inte går att jämföra det faktiska antalet med det som redovisats i bokslutet 2013.

Resultatet för Gotland 2014 är att vi nått målet att förbättra vårt eget resultat för 5 av 9 mät månader, jämfört med föregående år.

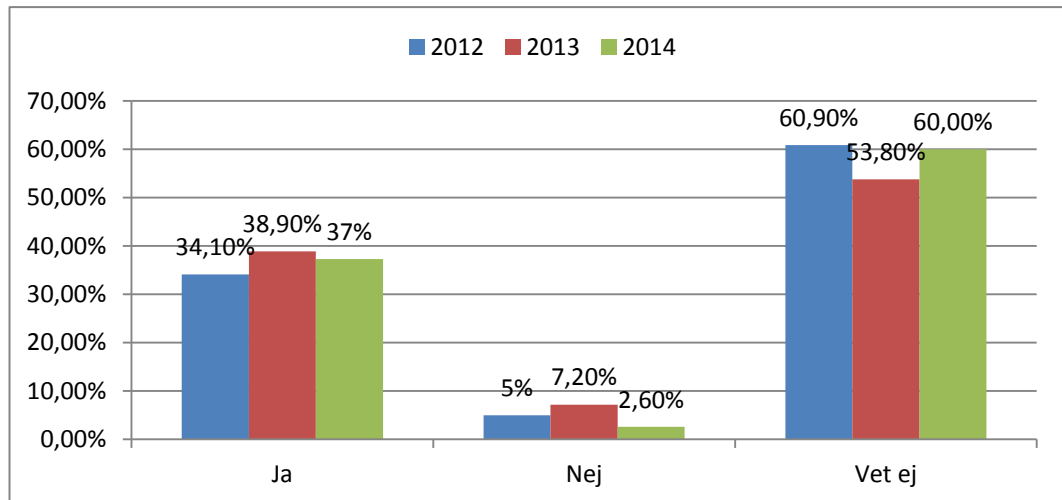
Antalet vårdtillfällen som är en oplanerad återinskrivning inom 30 dagar var under perioden januari till september 2014 i medeltal 63 stycken/månad. Under samma period 2013 var medeltalet 64 stycken.

Önskad plats för vård i livets slutskede – frågan behöver ställas

Årets resultat visar framförallt att sjukvården behöver bli bättre på att ställa frågan. Det naturliga tillfället uppstår i regel vid ”brytpunktssamtal” mellan läkare och patient/närstående.

Visby Lasarett inklusive palliativa teamet - Överensstämmer dödsplatsen med senast kända önskemål?

Datum 28 januari 2015



God vårdkvalitet på Gotland

I nationella rankingar placerar sig Gotland väl – plats 9 av totalt 21 landsting/regioner i SKL:s årliga indexberäkning av Öppna jämförelser samt Visby Lasarett på plats 3 av 36 i kategorin ”mellanstora sjukhus” i Dagens Medicins årliga ranking av rikets sjukhus.

Några av de goda resultaten:

- Andelen patienter med benskörhetsfraktur, som blivit föremål för ställningstagande till utredning enligt nationella riktlinjer har stigit (preliminära data)
- Återinläggning har minskat med 28 % för patienter med diagnos hjärtsvikt.
- Psykiatrin lyckades nå upp till PRIO-planens krav på ökad användning av kvalitetsregister och fick därmed ta del av prestationsmedel

Pris för landets bästa läkemedelsanvändning till äldre

Fleråriga toppresultat för läkemedelsanvändning till äldre med lägst antal patienter med fler än 10 läkemedel, lägst användning av psykofarmaka, bästa val av sömnmedel och näst bäst på att undvika olämpliga läkemedel, medförde att Gotland fick motta pris utdelat av äldreministern. Priset utdelades för landets bästa läkemedelsanvändning till äldre med motiveringen ”En aktiv läkemedelskommitté förbättrar nyckeltal för läkemedel bland äldre”.

Datum 28 januari 2015

Strokevård med hög kvalitet på Gotland

Visby lasarett är ett av landets främsta sjukhus när det gäller att erbjuda god strokevård, enligt kvalitetsregistret Riksstroke. Utnämningen till priset baseras på sjukhusens resultat under år 2013 för 13 nyckelområden inom strokevården. Bland de sex sjukhus som får ett hedersomnämmande finns Visby lasarett. En av anledningarna är att Visby lasarett har ett väl sammansvetsat team för att ta emot och behandla strokepatienter utefter hela vårdkedjan.

- Preliminära data pekar på att andelen patienter med osteoporosrelaterad fraktur som blivit föremål för ställningstagande till osteoporosutredning enligt nationella riktlinjer stigit från 25 -50% till troligen 100%.
- Genom hjärtsviktssköterskors arbetssätt har återinläggning minskat med 28 % för patienter med diagnos hjärtsvikt.
- En övergripande målsättning i PRIO är att öka användningen av psykiatriska kvalitetsregister. Här lyckades psykiatrin på Gotland nå upp till PRIO-planens krav och fick därmed ta del av prestationsmedel

Förbättringar inom Habrehab

Region Gotland har nationellt uppmärksammats för sitt arbete med att införa och utveckla en så kallad ”Artrosskola” inklusive uppföljning i BOA-registret (Bättre Omhändertagande av patienter med Artros).

JobbSam

JobbSam, har för närvarande 29 inskrivna deltagare och intag sker fortlöpande.

- Två deltagare har uppnått sina mål en med vuxenstudier och en som anställd . 17 deltagare är ute i arbetsträning.
- För övriga nio deltagare pågår matchning mot rätt arbetsplats.
- Två deltagare är 100 % sjukskrivna med regelbundet kontakt med sina handledare

Endoskopirekord 2014

Tillgängligheten på endoskopimottagningen har förbättrats avsevärt under 2014, då man även under 2014 satt nytt produktionsrekord. På nio år har medarbetarna i befintliga lokaler och med befintlig utrustning mer än fördubblat antalet tarm- och gallgångsundersökningar samt ökat antalet gastroskopier med ca 30 %

Datum 28 januari 2015

Övergripande mål och strategier för kommande år

Detta år avslutas den nationella patientsäkerhetssatsningen, som pågått under två mandatperioder. Förvaltningens avser att förvalta uppnådda resultat och att driva arbetet vidare.

Ökad öppenhet kring avvikelser och vårdskador, samverkan med patienter och närstående i utredning och förslag till åtgärder samt den högsta ledningens engagemang i patientsäkerhetsfrågor är fortsatt del av förvaltningens strategi för en ökad patientsäkerhet i den gotländska sjukvården kommande år.

Maria Dalemar
Hälsa- och sjukvårdsdirektör

Gunnar Ramstedt
Chefläkare