

Skador i vården – sammanställning av klinikvisa resultat

MARKÖRBASERAD JOURNALGRANSKNING JANUARI 2013 – JUNI
2014

Förord

Under perioden 2012-2014 har journalgranskning skett på nationell nivå som en del patientsäkerhetsöverenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting under år 2011-2014. Kunskapen om hur skadepanoramat ser ut i svensk sjukvård har ökat och ett flertal rapporter har publicerats de senaste åren(1,2,3,4). För att förbättra patientsäkerheten måste dock mätningarna leda till förbättringsarbete och därför ingick det i 2014 år överenskommelse att sjukhusen skulle rapportera hur resultaten från den sjukhusövergripande markörbaserade journalgranskningen har använts för att främja patientsäkerheten. Sjukhusen skulle också redogöra för vilka förbättringsområden de identifierat och vilka åtgärder som genomförts på sjukhus-och klinikinivå. Under år 2013 och första halvåret 2014 har journalgranskning skett vid 63 sjukhus.

Denna rapport innehåller en sammanställning av de förbättringsarbeten som genomförts på sjukhus- och klinikinivå med utgångspunkt från resultaten av journalgranskning 2013 - 2014. Ett stort tack till alla granskningsteam vars arbete möjliggjort denna rapport!

Syftet med rapporten är att redovisa att arbetet med journalgranskning nu inte enbart rör mätning utan att det även leder till åtgärder för att förbättra patientsäkerheten. Rapporten ger en överblick över pågående förbättringsarbeten inom olika skadeområden. Då rapporten även innehåller en lista på kontaktpersoner på de olika sjukhusen finns möjlighet för intresserade att lära av andra.

Rapporten har tagits fram av experterna Carina Berglund, Urban Nylén och Hans Rutberg i samarbete med samordnaren Eva Estling på SKL.

Stockholm i december 2014



Hans Karlsson
Direktör/Avdelningschef

Avdelningen för vård och omsorg

Innehåll

Bakgrund	4
Skadetyper, förbättrings-områden och goda exempel	6
Skadeområden	7
Blåsöverfyllnad	7
Fall.....	8
Hud- och yttlig kärlskada	9
Kirurgiska skador/komplikationer	9
Läkemedelsrelaterade skador	10
Trycksår.....	11
Vårdrelaterade infektioner	14
Postoperativa sårinfektioner.....	16
Urinvägsinfektioner.....	17
Specifika områden.....	19
Akuta insatser.....	19
Hjärtsvikt.....	19
Amputation	20
Dokumentationsbrister	20
Dödsfall	22
Fördröjd behandling	22
Metodutveckling	22
Nutritionsproblem	23
Patientmedverkan	23
Samarbete och samverkan	23
Smärtproblematik	25
Utlokaliserade patienter	25
Återinskrivningar.....	25
Övrigt.....	26
Övrigt patientsäkerhetsarbete	27
Sammanställning av verksamhetsområden och olika typer av specifika urval ..	33
Kontaktpersoner	42
Referenser	45

Bakgrund

I patientsäkerhetsöverenskommelsen 2011-2014 ingår att landsting och regioner varje år redovisar det arbete som är genomfört under året. Redovisningen innefattar resultatet av arbete enligt kraven i överenskommelsen. Varje landsting behöver uppfylla de krav som är ställda för att få del av de finansiella medel som regeringen avsatt för de fyra år som överenskommelsen gäller.

För markörbaserad journalgranskning (MJG), är kraven att varje region/landsting under året ska ha arbetat systematiskt med journalgranskning vid alla sjukhus. Det minsta antalet journaler som ska ha granskats per månad är 40 för universitetssjukhus, 30 för länssjukhus och 20 för länsdelssjukhus. Resultaten ska rapporteras in till SKL:s databas.

Därutöver ska markörbaserad journalgranskning användas i klinikernas arbete. Minst 25 procent av klinikerna per sjukhus ska arbeta med metoden. På verksamhetsnivå kan verksamheterna själva bestämma vilket urval av vårdtillfällen de vill granska, antingen slumpmässigt eller ett specifikt urval utifrån särskilda områden. Specifika urval kan till exempel vara vårdtillfällen med lång vårdtid eller vårdtillfällen där patienten avlidit. Vårdtillfällen med en viss huvuddiagnos, återinläggningar, utlokaliserade patienter och patienter som ingått i en viss vårdprocess kan också utgöra underlag för journalgranskning.

Sjukhusen ska dessutom ha dokumenterat hur de avser utveckla arbetet med markörbaserad journalgranskning samt hur resultaten används i verksamheten för att främja patientsäkerheten.

SKL skickade våren 2014 ut en enkät med följande frågor:

Sjukhusövergripande granskningsresultat

- Har samtliga resultat för 1:a halvåret 2014 registrerats i databasen för markörbaserad journalgranskning?
- Har samtliga resultat för 2:a halvåret 2013 registrerats i databasen för markörbaserad journalgranskning?
- Hur har resultaten från den sjukhusövergripande markörbaserade journalgranskningen använts och hur kommer de att användas för att främja patientsäkerheten?
- Vilka förbättringsområden har identifierats och vilka åtgärder har genomförts på sjukhusnivå?

Klinikvisa granskningsresultat

- Vilka förbättringsområden på kliniknivå har identifierats via journalgranskning?
- Lyft fram goda exempel där de klinikvisa granskningsresultaten har lett till förbättringsåtgärder.
- Utifrån de olika frågeställningarna och de svar som varje sjukhus angivet har sedan en sammanställning gjorts vilken presenteras nedan.

Samtliga sjukhus har besvarat enkäten och i denna rapport presenteras sjukhusens och verksamheternas identifierade problem och förbättringsområden samt goda exempel på det förbättringsarbete som inletts.

I sammanställningen nedan har de 271 insända enkätsvaren sorterats efter skadeområden och specialitet. I slutet av rapporten finns mailadresser till kontaktpersoner på de olika sjukhusen. Endast en mindre språklig redigering har gjorts av det insända materialet.

Skadetyper, förbättringsområden och goda exempel

Tabell. Antal kliniker alternativt sjukhus/motsvarande som bedriver förbättringsarbete inom olika skadeområden baserat på MJG fynd.

Skadeområde/skadetyper*	Antal kliniker alternativt sjukhus/motsvarande
Akuta insatser	7
Amputation	3
Blåsöverfyllnad	19
Dokumentationsbrister	27
Dödsfall	7
Fall	17
Fördröjd behandling	4
Hjärtsvikt	4
Hud- och yttlig kärlskada	2
Kirurgiska komplikationer/skador	15
Läkemedelsrelaterade skador	17
Metodutveckling	4
Nutritionsproblem	5
Patientmedverkan	2
Samarbete och samverkan	15
Smärtproblematik	2
Trycksår	18
Utlokaliserade patienter	4
Vårdrelaterade infektioner	27
- Postoperativa sårinfektioner	8
- Urinvägsinfektioner	20
Återinskrivningar	7
Övrigt	12
Övrigt övergripande patientsäkerhetsarbete	25
Totalt	271

* Blå markering indikerar skadetyper som är definierade i MJG.

Skadeområden

Blåsöverfyllnad

Blekinge: Blåsöverfyllnad har diskuterats vid sjukhusets vådråd. Trots att sjukhusövergripande rutiner finns för att blåsoverfyllnad inte ska uppstå, kvarstår blåsoverfyllnad ändå som ett stort problem. Genom en föreläsning till sjukhusets vårdpersonal (från uroterapeut och en patient) som drabbats av blåsoverfyllnad är förhoppningen att personalen ska få insikt i vilket lidande blåsoverfyllnad kan innebära för patienten, och att personalen då kommer att se värdet av att arbeta preventivt och följa rådande rutiner för att motverka blåsoverfyllnad.

Gotland: Sjuksköterskor på vår postoperativa enhet har genomfört ett förbättringsarbete så att rutiner för blåstömning ändrats på operation.

Gävleborg: Tydligare rutiner för bladderscan-kontroller efter operation. Patienter som efter operation i urinvägarna har blåsovervakning (blåsfyllnad och urinmängder) har färre undvikbara skador.

Kronoberg: Kirurgicentrum/Operation/anestesi-kliniken; har identifierat generella och specifika riskfaktorer för urinretention. – Skapat rutiner för bladderscanning före anestesi-start samt vid ankomst till uppvakningsavdelning. – Skapat rutiner för mätning av urinmängder samt åtgärder före anestesi-start, under pågående operation och efter operation.

Anestesi/Operation; nya rutiner, Planerad tid i förberedelser för bladderscanning innan anestesi-start (gemensamt ansvar av alla personalkategorier). – Skapat tillgång till apparatur för bladderscanning så väntetid undviks. Bladderscanning prioriteras vid kontroller på DUVA/ Postop (gemensamt ansvar för alla personalkategorier). – Implementerat rutinerna under våren 2014. Utvärdering av resultat efter 6 månader dvs. våren 2015. Handlingsplan inte fullständigt ifylld ännu eftersom granskningsprojektet fortsätter året ut.

Region Skåne/SUS: VO Neurokirurgi; ny rutin- preoperativ bladderscan (bedömning av residualurin) inför operationer av subduralhematom och hydrocefalus.

Stockholm/Danderyd: Anestesi- och intensivvårdskliniken; har identifierat i sin granskning att det fanns förbättringspotential avseende scanning av urinblåsan preoperativt på centraloperation och uppvakningsavdelningen postoperativt. Dokumentation om uppföljning av miktion 12 timmar efter ”utskrivning” från uppvakningsavdelningen var bristfällig på vårdavdelningarna. Ett flertal åtgärder är under planering.

Stockholm/Norrtälje; rutin uppdaterats och informationen har varit aktiv inom detta område. Rutinen aktualiserades på APT och andra avdelningsmöten och en diskussion startade. Detta resulterade i en förbättrad hantering vad gäller blåsovervakning i de riskgrupper som förekommer. Dokumentationen i journal-systemet har blivit mer regelmässig och antalet överfyllda blåsor har minskat.

Stockholm/Södersjukhuset: övertänjd urinblåsa, vilket medfört ändrade rutiner inom några verksamhetsområden.

Uppsala/Enköping: Överfyllda urinblåsor postoperativt, vilket har föranlett förbättringsarbete på operation (inköp av bladderscan samt skapat rutiner för perioperativ bladderscan). Rutiner för KAD-sättning och bladderscan pre-, per- och postoperativt har skapats och rutiner för KAD-sättning och tappning har reviderats.

Värmland: Vid sjukhuset i Arvika har utbildning genomförts till följd av förekomsten av blåsoverfyllnad.

Örebro: Under 2014 har vi prioriterat att utreda vad som ligger bakom den relativt sett höga förekomsten av överfyllda urinblåsor. Åtgärd: Gemensamma rutindokument för blåsovervakning och katetersättning tas fram, liksom gemensam utbildning.

Örebro/Lindesberg: Ett omfattande arbete pågår där bl. a rutiner vid obesitasoperationer revideras. En bladderscan har även köpts till akutmottagningen som tidigare behövde låna sådana.

Östergötland/Vrinnevi: På två kliniker som identifierat blåsoverfyllnad efter KAD-dragning ska en checklista testas för att se om denna kan minska förekomsten av urinretention. Om detta faller väl ut kommer denna checklista att spridas inom landstinget (regionen).

Fall

Blekinge: En handlingsplan för hur sjukhuset ska arbeta för att minska fall har utarbetats. Uppföljning genom journalgranskningar och "bedsideundersökningar" som kommer att genomföras två - tre gånger per år för att undersöka hur följsamheten till handlingsplanen är, samt till att se hur arbetet påverkar förekomsten av fall.

Gävleborg: Ska starta en retrospektiv granskning av patienter som fallit på vårdavdelning initierad av resultaten på fallförekomst. Identifierade patienter med fallrisk ges antihalksockor. Behov av teambedömning av fallrisk och utvecklade insatser av arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Kalmar: Analysera enheternas avvikelser kring fall för att se om det finns gemensamma orsaker till fallen.

Kronoberg: Kvinnokliniken/gyn; fallskada med fraktur, åtgärd har vidtagits direkt på arbetsplatsen genom information/diskussion med sjuksköterskor/barnmorskor gällande risker vid användning av smärtstillande läkemedel post-operativt.

Kirurgicentrum/ Ortopedkliniken/Akutgeriatriska kliniken; diskussion om konfusion föreligger vid ankomst till sjukhuset vilket i sin tur kan orsaka fallskada med fraktur. Det pågår ett arbete med att ta fram en plan för hur man identifierar detta vid inskrivning av patient på akutmottagning.

Region Skåne/Landskrona: När det gäller fall har vi blivit ännu bättre på att riskbedöma våra patienter. Vi arbetar ännu mer preventivt för att undvika fall, vi har köpt in nya hjälpmedel t ex. antihalkstrumpor som vi nu kan erbjuda alla våra patienter, tidigare fick patienterna köpa dessa själv.

Region Skåne/Helsingborg: Fallriskbedömning och plan saknas på många patienter. Detta är rapporterat till verksamhetschefer för åtgärd.

Region Skåne/Trelleborg: Fallriskbedömning och plan saknas på många patienter. Detta är rapporterat till verksamhetschefer för åtgärd.

Region Skåne/Ängelholm: Fallolyckor är en vanlig vårdskada och vid en analys av dessa fall framkommer att ett flertal av dessa patienter inte borde ha vårdats på sjukhus. Under sommaren startades därför ett mobilt akutteam som förebygger onödiga inläggningar av patienter som lätt blir konfusoriska i nya miljöer.

Region Skåne/SUS: VO Infektion, Malmö + Lund; fallprevention.

Stockholm/Danderyd: Medicinkliniken; fann att riskbedömningar och dokumentation av åtgärder avseende fall behöver förbättras. Fallprojektet har medfört omvärldsbevakning där forskning om "omvårdnadsrond" har visats kunna förebygga fall. Detta kommer nu att testas under hösten -14 och våren -15. Teamträffarna som hålls dagligen på vårdavdelningen utökas till att även inne-

hålla omvårdnadsfrågor.

Stockholm/Karolinska: Riktade utbildningar för den enskilda sjuksköterskan i att skriva aktivitetsplaner med åtgärder för att förebygga fall. Fallprevention med konkreta åtgärder som gjorts är inköp av larmmattor och halksockor.

VG-regionen/Sahlgrenska: Med/Geriatrik/Akutmottagning Östra; följsamheten till Sveriges kommuner och landstings obligatoriska åtgärder gällande fall och fallskador har ökat. Förmodligen till följd av den ökade medvetenheten som uppstått genom månatliga mätningar av antalet fallolyckor och uppföljande journalgranskningar, kampanj om fallolyckor på verksamhetsområdet där medarbetarna bland annat deltagit i en tävling som gick ut på att utföra mini-quiz, balansövningar samt bidra med förbättringsidéer på en innovationstavla.

Hud- och yttlig kärlskada

Stockholm/Karolinska: Reumatologkliniken; behov av att gällande rutiner vid PVK sättning och borttagning följs bättre samt behov av bättre dokumentation i journalen av de procedurer/ rutiner som utförs. Åtgärd: sett över rutiner kring PVK-hantering.

Region Skåne/Ängelholm: Framkom att vi hade oväntat mycket problem med tromboflebiter associerade till PVK (perifer venkateter). Detta återfördes till vårt kliniska träningscentrum som genomförde utbildningar relaterade till PVK. I följande granskningar har våra PVK-relaterade tromboflebiter minskat.

Kirurgiska skador/komplikationer

Kalmar: Kvinnokliniken; arbetar med att förebygga skador hos mödrar - pågående arbete.

Anestesi; förbättringsarbete med målet att inga patienter ska drabbas av hypotermi i samband med vistelse på operationsavdelningen.

Kirurgi; colorektalcancer- kvalitetssäkring. Inga postoperativa komplikationer.

Kronoberg: Kvinnokliniken; skada med sutur som släppt och orsakat blödning kommer att användas i undervisningssyfte. Vikten av god suturteknik och komplett ifylld MUSE bedömning kommer att diskuteras inom kvinnokliniken olika yrkesprofessioner. Skada på uretär kommer att användas i undervisningssyfte. Det poängteras vikten av att vara två läkare vid hysterectomi-operationer. Kvinnokliniken; specifikt uttagna områden/diagnoser inom området hysterectomi och utifrån dessa värdera förekomsten av vårdskaador.

Norrbottnen: Verksamhetsområde kirurgi; har återinläggning på grund av GI blödning identifierats. Klinikgranskning inom länskliniken kirurgi har identifierat återinläggning på grund av lågt Hb för patienter med gastroenterologiska åkommor i samband med att dessa patienter som kommer in för gastroskopi. Kliniken har beslutat och gett i uppdrag till läkarstudenterna att under handledning djupanalysera orsakerna som ska leda till åtgärder som förebygger detta. Resultatet kommer även att delges primärvården och samverkan runt åtgärder behövs eftersom primärvården är involverade.

Region Skåne/Kristianstad: VO Obstetrik/gynekologi; studera gynekologi; laparotomi, prolaps, torsion och obstetrik; postoperativa blödningar, akut sectio och preklamsi.

Region Skåne/SUS: VO Neurokirurgi; återinskrivning inom 30 dagar pga. uppskjuten operation, sårinfektion, liquorläckage och recidiv av subduralhematom.

Stockholm/Karolinska: Neurokirurgiska kliniken; arbetar för att ta fram kvalitetsindikatorer för reoperation efter postoperativa blödningar och infektion.

Ortopedi; förändringar av trombosprofylax vid bäckenkirurgi.

Thoraxkirurgiska kliniken; arbetet med att i hela operations-/vårdprocessen minimera uppkomsten av den vid thoraxkirurgi för patienten allvarliga situationen att drabbas av mediastinit. Vid årets klinikövergripande planeringsdagar har fokus legat på hygien/patientsäkerhet/etik. Under hygiendelen har resultat redovisats för arbetet samt medverkan av extern hygienpanel för att ytterligare lyfta nödvändigheten av god hygien. Det klinikövergripande arbetet har vid mätning 2014 av mediastinitfrekvensen visat på en markant nedgång av antalet mediastinititer.

VG-regionen/NU: Trombos/emboli – översyn klinikrutiner.

VG-regionen/Sahlgrenska: An/Op/IVA Sahlgrenska; NIVA; aldrig skicka patienter med akut subduralhematom till hemortssjukhuset dag 1 efter operation – för att minska återinläggning, ev. postoperativa komplikationer, reblödning etc. upptäcks i tid.

Urologi; bättre och snabbare handläggning av patienter med akut uretärsten. Sänka frekvensen av postoperativa infektioner vid rena hudsnitt samt vid kombinerade hud- och slemhinnesnitt.

VG-regionen/Skaraborg: Urologi; djupare analys över varför PNP-katetrar ramlar ut?

Läkemedelsrelaterade skador

Dalarna: Förekomst av en större ökning av de läkemedelsrelaterade vårdskadorna vilket lett till att fördjupade analyser ska ske på de enskilda fallen där vårdskador är påträffade med syfte att öka förståelsen för vad som orsakat skadan. Koppling kommer också att göras mot vårt avvikelshanteringssystem samt diskussion med läkemedelsavdelningen för att vi sedan ska veta vad och hur vi ska gå vidare. Chefläkare kommer ingå.

Gävleborg: Kliniska apotekare har i samverkan med ansvarig läkare gått igenom och upprättat korrekta och aktuella läkemedelslistor vid fyra vårdavdelningar. Kliniska apotekare har arbetat med att upprätta korrekt och aktuell läkemedelslista samt kartlagt patienternas samtliga läkemedel. I journalsystemet har sökorden ”Läkemedelsberättelse” och ”Läkemedelsförändring” lagts till.

Jönköping: Medicinkliniken; journalgranskningen enligt MJG samt med egna lokala markörer har ingått som en del i ett större nationellt projekt rörande hjärtsvikt. Kliniken arbetar med att minska antalet återinläggningar samt förbättra livskvaliteten för hjärtsviktspatienter. Vi har förutom journalgranskning också utgått från det nationella registret ”RiksSvikt” för att följa resultat angående behandling, utredning och livskvalitet. Resultat inklusive förbättringsområden som identifierats genom journalgranskning är att diuretika som vid behovsmedicinering fanns endast ordinerat i 50 procent av journalerna.

Norrbottnen: Ortopedi; ett pilotprojekt ”läkemedelsavstämning och korrekt läkemedelslista vid hembesök” har genomförts med gott resultat. Syftet var att kvalitetssäkra läkemedelsprocessen. Sjuksköterska ansvarar tillsammans med stöd av klinkapotekare, för att vid inskrivning göra en läkemedelsavstämning och kartlägga alla läkemedel. I pilotprojektet upptäcktes en hel del läkemedelsfel. Erfarenheter från projektet kan tillvaratas i kommande förbättringsarbete.

Region Skåne/Ystad: Medicin; utbildningsinsatser för läkare och sjuksköterskor kring läkemedelshantering.

Region Skåne/Ängelholm: Avseende läkemedel har våra kliniska farmaceuter gjort en flödesanalys av läkemedelsprocessen på sjukhuset. De har identifierat ett antal sårbarheter som kommer adresseras under hösten och 2015.

Stockholm/Capio S:t Göran: Resultaten för granskning av enkel läkemedelsgenomgång presenteras regelbundet i olika forum och utgör underlag för fortlöpande förbättringsåtgärder.

Stockholm/Karolinska: För att motverka läkemedelsrelaterade skador så genomförs punktprevalensmätningar 2ggr/år angående läkemedelshandling gällande ordination och administrering av läkemedel. Vidare ska enkel läkemedelsgenomgång ha införts inom all slutenvård under 2014. Ett 80-tal läkemedelsautomater har installerats på sjukhuset. Även slutenvårdsdos är införd inom sex kliniker vilket innebär att läkemedel levereras förpackade för varje patient och doseringstillfälle i multidospåsar. Varje multidospåse kan innehålla flera tabletter och kapslar. Apoteksfärdiga spädningar av antibiotika och morfin används också i viss omfattning. Syftet med hela satsningen är att göra läkemedelshandlingen säkrare.

Reumatologkliniken: rutiner i medicinrummet med att separera olika insulintyper bättre och med tydligare markering för att minimera risken för fel administrering. Åtgärd: Arbete med att förbättra organisation och hur märkning ska gå till i medicinrummet av insulintyper som är lätta att blanda samman.

Sörmland: På flera kliniker på länets sjukhus deltar i dag apotekare i rondarbetet på vårdavdelningen. Detta har lett till att preparat kunnat utsättas och dosjustering sker till exempel vid nedsatt njurfunktion. För flertalet patienter har detta medfört att de får med sig en korrekt ifylld läkemedelslista vid utskrivningen. Från och med november 2013 skall det även i varje läkarlutanteckning finnas läkemedelsberättelse, och detta gäller för samtliga kliniker inom slutenvården.

Sörmland/KSK: Medicinkliniken: genomförs regelbundna journalgranskningar avseende korrekt läkemedelsberättelse och korrekt ifylld läkemedelslista vid utskrivningen. Uppföljningen har medfört att de flesta patienter i dag får med sig en korrekt ifylld läkemedelslista vid utskrivningen.

Västerbotten/NUS: Cancercentrum: möjliga förbättringsområden som uppmärksammas genom frågeställningarna 1) Följs t ex. vikt för att uppmärksamma viktnedgångar som orsakar orkeslöshet och fall vid långa behandlingsskurer. 2) Premedicineras patienterna optimalt vid cellgift- och strålbehandling.

Västerbotten/Skellefteå: Samband mellan olämplig medicinering (smärtstillande/sömnmedel) och fall har synliggjorts på kliniken.

VG-regionen/Alingsås: Fokus kring läkemedelsordinationer och ökat samarbete med sjukhusapotekare för att identifiera och minska felaktiga läkemedelsordinationer. I samband med ökad fokus på utskrivningsinformation och läkemedelsberättelse har felaktiga läkemedelsordinationer minskat. Även återinläggningar minskas genom utskrivningsinformation med läkemedelsberättelsen.

VG-regionen/Sahlgrenska: Medicin Sahlgrenska: under 2013 och 2014 har många vårdtillfällen på grund av dålig kontroll av Waranbehandling identifierats, där högt PK har varit orsak till inläggning. Detta ska granskas vidare under 2014.

Örebro/Universitetssjukhuset: Av de klinikvisa journalgranskningar som är klara så har ny kunskap kommit fram för olika diagnosgrupper gällande läkemedelsutlöst akut njursvikt. Därmed också diskussioner om vård och behandlingsrutiner.

Trycksår

Blekinge: En handlingsplan för hur sjukhuset ska arbeta för att minska trycksador har utarbetats. Uppföljning genom journalgranskningar och "bedside-

undersökningar" kommer att genomföras två - tre gånger per år för att undersöka hur följsamheten till handlingsplanen är, samt till att se hur arbetet påverkar förekomsten av trycksår.

Dalarna: Trycksår ser vi en ökning kring och där fortsätter det riskförebyggande arbetet vi redan påbörjat. Den ökning vi här ser kan också vara ett resultat av att vi uppmanat till förbättrad dokumentation av trycksårsförekomsten. Vi kommer att fortsätta granska resultaten framöver för att se vilka landstingsövergripande åtgärder som behöver göras men också för att se om riktade åtgärder behövs på divisions- eller klinisknivå.

Gävleborg: En handlingsplan finns upprättad sedan tidigare och den följs upp regelbundet. Långsiktigt och systematiskt arbete pågår avseende trycksår utifrån upprättade handlingsplaner. Som stöd till vårdavdelningarna har tjänsteköp gjorts av forskningskompetens som månatligen mäter och återkopplar insatser på enhetsnivå. Samtliga mätresultat redovisas i verksamheternas ledningsgrupper. Hudbedömning vid ankomst har diskuterats på arbetsplatsträffar och följs upp bättre, vilket gett förbättringar.

Halland: Förbättringsarbeten som pågår inom området trycksår: Under 2014 har för att ytterligare skapa förutsättningar för en ökad följsamhet alla enheter inom Hallands Sjukhus utsett ansvariga för trycksår, dessa medarbetare får en utökad utbildning i trycksår. Utbildning av medarbetare utifrån riskområdet Senior Alert. Ansvariga för trycksårsmätningar har två heldagsutbildningar. Analys av resultatet från årets mätning för att se hur många av trycksåren som uppkommit under vårdtiden på Hallands Sjukhus har gjorts. Genom metoden "Rutinkollen" analyserar de enheter som deltar i arbetet med att förebygga trycksår samt tar fram åtgärder och uppföljning. Markörbaserad journalgranskning och analys kommer att genomföras på de patienter som vid vårens trycksårsmätning hade ett trycksår.

Kalmar: Inköp av hälavlastande produkter, regelbundna utbildningstillfällen för ordinarie personal. Föreläsning för sommarvikarier. Trycksårsgrupp på sjukhuset med möten 1-2 ggr/termin.

Norrbottnen: Genomfört är en enkätinventering av enheternas utrustning såsom tryckavlastande material, utbildningsbehov, hur dokumentation görs, ifall det finns skriftliga lokala rutiner för omhändertagande av trycksår, ifall det skrivs avvikelser samt ifall man använder evidensbaserade bedömningsinstrument. Denna enkät kommer att analyseras och förslag på åtgärder kommer tas fram. En handlingsplan med övergripande mål och åtgärder är framtagen. Vidare är en ny mall för dokumentation i VAS (vårdadministrativa journaldokumentationssystemet) framtagen i syfte att få en likvärdig dokumentation i länet samt förhindra dubbel dokumentation och möjlighet att ta ut statistik direkt från VAS. Under hösten har chefsinformation genomförts och nästa steg blir utbildning på respektive sjukhus i länet. Därefter kommer nätverksträffar med enhetschefer på alla sjukhus i länet att genomföras i syfte att stödja införande processen.

Region Skåne: VO Ortopedi; akuta höftoperationer och trycksårsresultat lett till att användandet av glidlakan har upphört då det fanns en misstanke om att lakanen ökade sjuvriskerna och bidrog till trycksårsuppkomst. Inköp av madrasser och tidigt påbörja lägesändringar.

Region Skåne/SUS: VO Infektion, Malmö + Lund; trycksårsprevention.

Region Skåne/Ängelholm: Vad gäller trycksår så kommer vi göra en särskild journalgranskning på de patienter som vi har identifierat i samband med senaste punktprevalensmätningen för att få mer kunskap kring var våra kvalitetsbrister finns. Vi har inrättat en trycksårsgrupp som arbetar förvaltningsövergripande

tillsammans med KTC (kliniskt träningscenter). Gruppen arbetar nära varje enhet för att förebygga trycksår.

Stockholm/Karolinska: Lung- allergikliniken; riktade utbildningar för den enskilda sjuksköterskan i att skriva aktivitetsplaner med åtgärder för att förebygga trycksår.

Stockholm/Södersjukhuset: Sjukhuset genomförde mot den bakgrunden en satsning som påbörjades i december 2013. December utlystes till "Trycksårets månad" och en rad aktiviteter genomfördes. Därefter erbjuds alla avdelningar en trycksårsrund där man ser över kompetens, rutiner och utrustning för att hitta avdelningens förbättringsområden.

Sörmland: För trycksårproblematiken har Patientsäkerhetsenheten föreslagit ett elektroniskt utbildningsprogram (ELLSA) för all vårdpersonal, och planering av programmet pågår. Vi har även föreslagit inköp av fler trycksårs madrasser och hälskydd.

Värmland: Upphandling av madrasser.

Västmanland: Vi använder oss av kvalitetsregistret Senior alert och dokumentation sker i elektronisk journal Cosmic, där vi har stöd av generell vårdplan gällande trycksår. Vi har arbetat med att se över vårt arbetssätt, rutiner, utbildning och utrustning för att minska andelen trycksår. En övergripande trycksårsgrupp med representanter från olika kliniker och hälso- och sjukvårdsdirektören som ordförande tillsattes hösten 2013. En handlingsplan med åtgärder är utformad.

Tre övergripande mål: 1) Att under 2014-2015 få ner andelen trycksår från 17 procent till 13 procent samt för 2015 till 10 procent.

2) Att 75 procent av nyanställda undersköterskor och sjuksköterskor ska genomgått grundläggande utbildning i trycksårsprevention och förflyttningsteknik med start hösten 2014.

3) Att 60 procent av slutenvårdspatienter ska få en hudbedömning genomförd och dokumenterad inom 24 timmar. För att följa upp trycksårsförekomst kommer en punktprevalensmätning ske under hösten vecka 40 på samtliga slutenvårdsavdelningar på Västmanlands tre sjukhus. En utökad trycksårsmätning är planerad till 2015 samt att vi planerar vidareutveckla vår datajournal så att data kan flyttas över till kvalitetsregister utan dubbeldokumentation.

VG-regionen/Sahlgrenska: Med/Geriatrik/Akutmottagning Östra; redovisning av resultat från strukturerade journalgranskningar i kombination med redovisning av riktade egenkontroller verkar ha bidragit till en ökad medvetenhet om vad som är en vårdskada och vilka risker som kan orsaka vårdskador. Följsamheten till Sveriges Kommuner och Landstings obligatoriska åtgärder gällande trycksår har ökat. Framförallt har det förbättrade resultatet av att utföra riskbedömningar bidragit till att fler riskpatienter identifierats i ett tidigare skede i vården samt att patienter med trycksår vid ankomst till vårdavdelningarna numera i betydligt större utsträckning identifieras och får individuella vårdplaner upprättade i ett tidigare skede. Det övergripande resultatet tolkas som en följd av flera mindre förbättringsarbeten på olika enheter och resultat har spridits vid verksamhetsområdets egna kvalitetsseminarier och i kvalitets- och patientsäkerhetsgruppen som i sin tur spridit kunskapen vidare.

Östergötland/Motala: Klinikens sårvårdsgrupp (med representanter från alla enheter) har fått ett uppdrag att se över rutinerna för att förebygga trycksår i hela vårdprocessen.

Vårdrelaterade infektioner

Dalarna: Breddinförande av infektionsverktyget och ett fördjupat arbete kommer att starta kring vårdrelaterade infektioner och de faktorer som hänger samman med en lägre förekomst av dessa. Chefläkare kommer ingå i det arbetet.

Gotland: Är anslutet till infektionsverktyget. En ny hygiensjuksköterska har börjat och hygienombuden kommer därför att få en nystart tillsammans med henne.

Gävleborg: Som stöd till vårdavdelningarna har tjänsteköp gjorts av forskningskompetens som månatligen mäter och återkopplar insatser på enhetsnivå. Varje månad följs även frekvensen VRI och följsamheten till hygienrutiner och klädregler. Samtliga mätresultat redovisas i verksamheternas ledningsgrupper. Det pågår löpande hygienutbildningar för all personal, rutiner har förtydligats när det gäller städning, hantering av mat och rengöring av tekniska hjälpmedel, möbler och annan utrustning. Alla möbler med tyg har klätts om till avtorkningsbart material. Vårdpersonalen informerar muntligt och skriftligt alla patienter om vikten av handhygien särskilt vid toalettbesök och vid måltider. Sprintservetter finns med på matbrickorna och schampo och tvål till patienterna är engångsförpackade. Infektionsverktyget är infört vid samtliga vårdavdelningar.

Jämtland: Tidig identifiering av riskpatienter. Dokumentera den bedömda risken i patientens journal. Åtgärd: Skapa rutin och underlag för hur riskpatienter ska identifieras.

Säkerställa att rutin för upprättande av vårdplan följs. Åtgärd: Översyn av rutiner vid upprättande av vårdplaner.

Journalgranska alla journaler där VRI förekommer under 2014. Åtgärd: Fortsatt granskning av journaler under 2014 för att redovisa om nya rutiner följs.

Infektionskänsliga patienters rum ska städas först. Åtgärd: Införa rutin för städpersonal gällande riskpatienter.

Operation och ortopedavdelning; fortsätter dialog angående utbildning i steril omläggning. Utifrån de sjukhusövergripande resultaten har två kliniker specifikt granskat patienter med urinvägsinfektion och sårinfektioner. – Observera och uppmärksamma eventuellt nya djupa sårinfektioner, rutin för hur dessa patienter ska fångas upp och tydliggöras. – I nuläget följa Rolf Lundholms rekommendation att inte screeningodla personal.

Rekommendationer som kan ses över; - Dokumentation på så väl central-operation som ortopedavdelningen bör bli bättre. Vissa parametrar är svåra att få fram pga. att de inte är dokumenterade. Exempelvis, temperatur preoperativt samt hibiscrub-dusch preoperativt (detta gäller patienter som inte läggs in preoperativt på ortopedavdelning).

– Frågeställning till om plastikpatienterna bör följas upp via ortopeden efter utskrivning genom uppringning? Se över vilken information patienten får vid utskrivning (muntlig samt skriftlig gällande ex sårvård) och vem som ansvarar för att information ges?

Jönköping: Kirurgi; under hösten granska vidare alla patienter som återinskrivs pga. infektion efter del- och fullhudstransplantation.

Kalmar: Kirurgi; förbättrad rutin för att minska risken för aspirations pneumoni vid ileus.

Region Skåne/Helsingborg: Hög andel VRI och planerar därför att starta upp riktade utbildningar tillsammans med Vårdhygien.

Region Skåne/Ystad: VO ortopedi; valt att granska akuta höftoperationer där uppsatta mål har fastställts som bl. a andelen patienter postoperativa sår-

infektioner 120 dagar postoperativt ska vara mindre än 5 procent. Arbetsgrupp för prevention mot pneumoni genom utbildning och handlingsplan med åtgärder har tagits fram.

Stockholm/Danderyd: Det pågår en sjukhusövergripande workshop-serie med lokala team där respektive team arbetar med att minska en vald typ av vårdrelaterad infektion inom sitt verksamhetsområde.

Ortopedkliniken; har via journalgranskning identifierat pneumoni som ett förbättringsområde. En intervention har genomförts, där utbildning av vårdpersonal ingår. En granskningsmall har tagits fram med syftet att bl.a. samtidigt kvalitetsgranska att kontroll av vitala parametrar skett och dokumenterats enligt PM, men också andra parametrar, som t.ex. väntetid till operation och tid mellan misstanke om pneumoni till åtgärder. Identifieringen av patienter med pneumoni har tillsammans med utbildningen/interventionen lett till en ökad uppmärksamhet på patientgruppen som har ökad risk att utveckla pneumoni.

Stockholm/Karolinska: Arbete med kvalitetsprocesser angående hygien med riktlinje för hantering av CVK. Flera förbättringsområden har uppmärksamats som man kommer att arbeta vidare med såsom rutiner vid infarter, rutiner i medicinrummet, rutiner kring PVK-hantering etc.

Centrum för allogen stamcellstransplantation (CAST); kvalitetsprocess angående hygien. Riktlinje för hantering av Centrala venkatetrar och ”körkort” för sjuksköterskor.

Neurokirurgiska kliniken; kliniken är med i ett Vinnova projekt ”Innovationer mot infektioner” och för att minska de postoperativa sårinfektionerna har byte av profylaktiskt antibiotikaval till antibiotika som är mer heltäckande införts. Projektet avslutas i början av 2015 och utvärderas därefter.

Hjärtkliniken; har identifierat en del infektioner när det gäller pacemakerinsättning men även postoperativt. Åtgärd: Ge preoperativt antibiotika cirka 1 timme innan pacemakerinsättning vilket har resulterat i färre infektioner. Tydlig information till nämnda patientgrupp om att de ska höra av sig till avdelningen så fort de på något sätt uppmärksammar möjlig infektion etc. och att de uppmanas att komma till avdelningen för påtitt istället för att uppsöka sin vårdcentral. Det har också bidragit till färre pacemakerinfektioner.

Ortopedkliniken; vi har förstått problematiken kring infektion och högriskpatienter såsom multiskadade med repetitiva operationer, patienter som är amputerade och med tumörsjukdom. Det har därför utsetts en ansvarig person som nu arbetar med en deskription av problemområdet för att kunna förbättra vården för dessa patienter.

Thoraxkliniken; arbete med att se över hela operations-/vårdprocessen för att minimera uppkomsten av mediastinit vid thoraxkirurgi.

Sörmland/Kullbergsgka: Medicinklinik; för vårdrelaterade infektioner pågår förbättringsarbeten framförallt på vårdplatsenheten. Vid journalgranskningen har vi noterat att en medicinklinik i länet gärna ordinerar bredspektrumsantibiotika (Tazocin) istället för mer riktat antibiotikum. Här har STRAMA-gruppen fått uppdraget att informera och utbilda.

Värmland: Fokus på djupa protesinfektioner – projekt ”Processen knä- och höftplastiker” har påbörjats. Fokus på att förebygga urinvägsinfektioner. VRI-grupp är etablerad i samarbete mellan Smittskydd och hälso- och sjukvårdsstab. VRI-gruppen under ledning av smittskyddsläkare håller på att utarbeta former för hur resultat från Infektionsverktyget tas ut och återförs till verksamheterna i ett nära och fortlöpande samarbete/dialog. Utbildning i infektionsverktyget för verksamheternas kontaktpersoner planeras. I samarbete mellan Smittskydd och landstingsservice har ett nytt dokument utarbetats som beskriver kraven på hygienisk standard, då verksamheter beställer/upphandlar städning/lokalvård.

Akutmottagningarna; sepsisutbildning har genomförts för personalen på sjukhusens akutmottagningar.

Östergötland/Motala: De skador/vårdskador som identifierats är VRI (Clostridieinfektioner, KAD- relaterad UVI, pneumoni samt sepsis) och trycksår. Resultatet av klinikgranskningarna har redovisats för respektive ledningsgrupp som har använt resultatet i sitt förbättringsarbete. Spridning av granskningsresultaten sker också i andra relevanta forum, till exempel på läkarmöten, vårdenhetschefsmöten, i klinikens kvalitets- och patientsäkerhetsråd och på arbetsplatsträffar. Det är viktigt att öka kännedomen om klinikens förbättringsområden för att få en bred förankring vid framtagande av olika åtgärdsförslag. Verksamheten har ett etablerat VRI-råd med representanter från klinikens verksamheter. Där kommer granskningsresultaten att lyftas fram så att fler kan bidra med förbättringsförslag och idéer för framtiden. Samarbete med vårdhygien har påbörjats för att minska antalet clostridieinfektioner som finns i verksamheten.

Östergötland/US: Intensivvård; vid klinikgranskning som utförts under flera år har följande skadetyper identifierats: aspirationspneumonier i samband med kirurgi, övervåtskning i samband med kirurgi, sårrupturer, sårinfektioner, ventilatorassocierade pneumonier, skador i samband med trakeotomi och vården av dessa patienter.

En klinik har uppmärksammat att en annan sorts kompetens/utrustning behövs vid vissa ingrepp för att öka säkerheten. Dessa ingrepp ska göras på den egna enheten och inte på annan enhet. Simuleringsövningar av svårintuberade patienter ska också genomföras.

En klinik har utbildat personalen i vård av patienter med trakealkanyl, samt i sugteknik och munvårdsbehandling. De upplever att patienterna inte har pneumonier i samma utsträckning som förut men de ska fortsätta att granska för att se om effekterna är bestående.

Postoperativa sårinfektioner

Blekinge: Mediastinit: Gedigna rutinförändringar med framförallt ökad patientmedverkan och förbättrade hygienrutiner. Antalet mediastinit mätts i realtid och från mars 2014 har inte en enda patient drabbats av mediastinit.

Region Skåne/SUS: VO Thorax; graftbensinfektion- ökat fokus på ventag istället på benet, redan på thoraxintensiven – hematoma i sårkanterna ger upphov till sen infektion.

Stockholm/Karolinska: Ortopedkliniken; granskning med POSSUM/MAG har även givit en tydlig överblick av klinikens komplikationspanorama och definierat infektion som den största orsaken till registrering av komplikation.

Sörmland: Ortopedi; hos patienter som genomgått höft och knäplastiker registreras om eventuella postoperativa sårinfektioner identifierats. Dessutom registreras antalet förbandsbyten under vårdtiden. Detta har lett till ett förbättringsarbete. Under 2014 görs färre förbandsbyten på avdelningen jämfört med tidigare, och ofta väljer man att förstärka förbanden istället. Rutinerna för förbandsbyte har skärpts upp, och sker alltid under sterila förhållanden. Detta har även medfört att antibiotikaförskrivningen minskade avseende misstänkta postoperativa sårinfektioner.

Västmanland: Ortopedi; en nedgång av vårdrelaterade infektioner inom kliniken skedde under senare halvåret av 2012. En teoretisk förklaring kan vara att operationssal 1 försetts med nytt LAF-tak och ventilationssystem. På den operationssalen skedde i stort sett alla höft- och knäprotesoperationer sedan augusti 2012 och detta kan ha bidragit till färre infektioner andra halvåret.

VG-regionen/NU: Postoperativa sårinfektioner – när ges antibiotikaproylax?
Öka antalet tagna odlingar.

VG-regionen/Sahlgrenska: ANOPIVA; sänka frekvensen av postoperativa infektioner vid rena hudsnitt samt vid kombinerade hud- och slemhinnesnitt.

VG-regionen/Skaraborg: Missad diagnoskodning av postoperativ infektion.

Urinvägsinfektioner

Gävleborg: KAD sätts endast vid läkarordination.

Jämtland: Rehab; den klinikvisa granskningen av urinvägsinfektioner visar på könsskillnader och variation av förekomst beroende på diagnos. Detta var tidigare okänt och har resulterat i ett fortsatt arbete som handlar om att se över vårdmoment, med syfte att identifiera orsaker och därmed kunna välja adekvata åtgärder. Det arbetet är just påbörjat.

Kronoberg: Kvinnokliniken/gynekologi; i läkargruppen kommer det tas upp till diskussion om tidpunkten för när kateter skall dras ut postoperativt.

Kirurgicentrum/ Ortopedkliniken/Akutgeriatriska kliniken; förebyggande åtgärder har påbörjats för att minska vårdskador med KAD-infektion och blåsöverfyllnad. Arbetet fortsätter och intensifieras. Kontakt har tagits med det team som arbetar med förebyggande arbete för att minska antalet UVI för den somatiska sjukvården i landstinget s.k. ”Kateterprojektet”.

Norrbottnen: I division Läns- och Närsjukvården; har ett förbättringsarbete startats för att minska andelen patienter som drabbas av urinvägsinfektioner och/eller har urinvägskateter för länge samt blåsöverfyllnad. Utbildningsinsatser för verksamheten är genomförda och en landstingsövergripande rutin har utarbetats. I detta arbete ingår även att verksamheterna ska införa rutiner för att förebygga blåsöverfyllnad samt öka följsamheten till åtgärdspaket om urinvägsinfektioner. Positiva resultat av detta kan ses i journalgranskningen som genomförts under våren.

Region Skåne/Landskrona: Arbetar kontinuerligt med rutiner kring urinkatetrar där utvärdering av behovet av kateter numera görs vid varje rond.

Region Skåne/SUS: VO Thorax; residualurin. Vid UVI ska KAD avlägsnas enligt standardvårdplan och vid avsteg dokumenteras och motiveras taget beslut.

VO Ortopedi; nya kateterrutiner har införts.

Stockholm/Danderyd: Rehabiliteringsmedicinska universitetskliniken; har identifierat att tydligare struktur avseende dokumentation kring miktionsproblem behövs och en förbättring av identifiering av orsaker till och eventuella brister i handläggning av urinvägsinfektion. Journalgranskningen ska ge underlag till en riktlinje kring handläggning av patienter med risk att utveckla urinvägsinfektion.

Njurmedicinska kliniken; fann bristande följsamhet till sjukhusövergripande PM avseende dokumentationen av kvarliggande KAD.

Stockholm/Norrtälje: Ett område som bör förbättras är hanteringen av urinkatetrar.

Värmland: Expertgrupp KAD har utarbetat projektdirektiv ”Kateter bara när det behövs.”

Västmanland: Har under året arbetat med att förbättra och säkra rutiner gällande indikation och handhavande av urinkatetrar, för att förebygga vårdrelaterade urinvägsinfektioner. September 2013 gjordes ett studiebesök i Norrköping för att träffa ansvariga för kateterprojektet UriKaP. Arbetet har resulterat i en gemensam rutin för kateterisering inom slutenvård och öppenvård som publi-

cerats i vårt ledningssystem. Landstinget Västmanland kommer att ingå i en studie och testa en ny KAD-metod Catheasy som en av våra anställda distrikts-sköterskor har utvecklat. Catheasy-metoden (vid applicering och borttagande av urinkatetrar) hoppas kunna minska risken för skador i urinröret.

VG-regionen/Alingsås: Ortopedi; minskad katetersättning genom att inte längre rutinmässigt sätta KAD på patienter som ska genomgå en protes-operation.

VG-regionen/NU: UVI i samband med KAD, översyn rutiner vid kateterläggning, pigtail etc. med förslag till mer skriftlig patientinformation?

VG-regionen/Skaraborg: Urologi; rutiner för antibiotikaproylax vid upprepade kateteriseringar och vid kateterisering med hjälp av ledare. Indikation för KAD sättning på akutmottagning. Läkemedel Bactrim som profylax finns kvar i ordination.

Örebro/Karlskoga: Startat en satsning på kateterrelaterade infektioner – UVI. Det finns en läns gemensam arbetsgrupp som reviderat det styrande dokumentet gällande katetervård och i höst startar utbildningar till alla som sätter kateter, både teoretisk och praktisk utbildning.

Specifika områden

Akuta insatser

Karolinska Universitetssjukhuset: ANOPIVA; de allra flesta vårdskadorna uppstår dygnet innan ankomst till CIVA. I några av fallen borde MIG-teamet ha kontaktats i ett tidigare skede. MIG-kriterierna är kända på sjukhuset, men hur ofta kontrolleras vitala funktioner? Åtgärd: De granskade fallen har varit underlag i kontakter med HLR ansvariga på Karolinska i diskussioner om hur hjärtstopp kan förebyggas på vårdavdelningar t.ex. genom att man på ett systematiskt sätt kontrollerar vitala funktioner.

Gastrocentrum; har ett utbyte och samarbete med den prehospitala vården för att bättre kunna komma tillrätta med problem som uppstår där såsom prehospital triagering och behandling av akut blödning av traumapatienter. De kommer även att utöver mortalitet granska, alla avvikelser från riktlinjerna, identifiera ytterfall med hjälp av så kallade filter. Alla problem och goda exempel ska återkopplas dels personligen, dels på klinisknivå.

Sörmland: Akutmottagning; uppföljning av triageringen har medfört att idag följs rutinerna bättre. Detta har medfört att sjuksköterskorna på akutmottagningen är säkrare i sin triagebedömning och detta har lett till ett säkrare omhändertagande för patienterna som söker akut.

VG-regionen/Sahlgrenska: Ambulans- och prehospital akutsjukvård; öka antalet tagna och tolkade EKG, vara noggrann i notering av vitalparametrar osv.

Östergötland/US: Identifiering av svårt sjuk patient. Här följs höga MEWS värden, och vilka som åtgärder görs. Utvärdering sker av vilka åtgärder som behöver göras t.ex. utbildningsinsatser.

Östergötland/Vrinnevi: Förbättringsarbete som innefattar utbildning i syrgasbehandling och tolkning av blodgaser samt utsedda personer som ansvarar för området pågår.

Hjärtsvikt

Jönköping: Få patienter är NYHA klassificerade, viktigt för rätt vårdnivå och för ställningstagande till palliativ registrering. Korrekt diagnos, rätt behandling, rätt vårdnivå. Kliniken arbetar vidare med diskussion i läkargruppen för rätt omhändertagande. Förbättringsåtgärder har startats upp men går inte att utvärdera ännu.

Örebro/Karlskoga: Medicin/geriatrik; vid hjärtstopp har brister identifierats såsom brister i HLR situationen trots utbildningar och årliga repetitioner framför allt har bristerna funnits i att man varit osäker på sin roll och vad man ska göra i HLR situationen. Detta har gjort att vi förändrat HLR utbildning och repetitioner till att innehålla mer scenario/teamträning. Vi har också kunnat se att det finns utbildningsbehov i form av ALERT-koncept. Om man tidigare under vårdtillfället kunnat identifiera en akut sjuk patient så kanske hjärtstoppet kunnat undvikas. Denna utbildning är under planering och beräknas kunna startas våren 2015. Resultat; Av de hjärtstopp som inträffat hittills i år har vi inte kunnat hitta några skador. HLR-situationerna har fungerat.

Örebro/Lindesberg: Resultat. För granskning av vården av patienter med hjärtstopp så gjorde vi en granskningsmall baserad på MEWS-skalan och kriterier från HLR-registret.

Amputation

Blekinge: Ortoped-, Rehab och Anestesiklinikernas granskning har bl. a resulterat i att alla journaler inom det granskade området ska innehålla tydliga ordinationer på smärtlindring, antibiotikaproylax, trombosproylax, sårkontroll samt uppföljning. För att minska de bristande arbetsrutinerna och kunskaperna hos vårdpersonal har det dessutom beslutats att alla patienter som amputeras endast ska eftervårdas vid vissa vårdavdelningar, vilka kommer få fördjupad utbildning i amputationsvård. Förbättringsarbetet är startat och utvärdering kommer ske genom nya journalgranskningar.

Dokumentationsbrister

Dalarna: Har kunnat identifiera och belysa var journaldokumentationen är bristfällig.

Gävleborg: Bristfällig dokumentation av KAD i journalen. Bifynd att KAD-indikationen finns dokumenterad i journal, men är inte dokumenterad av läkare. KAD in/ut är ofta rondantecknad av sjuksköterska. Bifynd är också att det inte finns dokumenterat att miktionskontroll är gjord av sjuksköterska/undersköterska efter att KAD tagits bort.

Norrbottnen: Brister i dokumentationen har upptäckts rörande daganteckningar, läkemedelslista och omvårdnadsdokumentation. Trycksår är svårt att utvärdera eftersom det saknas riskbedömningar. Orsaken är tidbrist och brister i stödet för dokumentation. Problemområdet kommer framföras till ansvariga för det vårdadministrativa systemet för journaldokumentation.

Region Skåne/Helsingborg: Dokumentationen är ofullständig. Grupper och nätverk avseende dokumentation ska starta upp inom förvaltningen som ett led i förbättringsarbetet. Dokumentation och riskbedömning vid undernäring upplevs svår vilket leder till otillräcklig dokumentation.

Region Skåne/Landskrona: Brister i aktuell dokumentation på berörda vårdavdelningar har uppmärksammats. Vi har även arbetat fram tydligare riktlinjer för hur vi dokumenterar i patientens journal, då vi i samband med granskningen tydligt ser bristerna i vårt sätt att dokumentera. Inom snar framtid kommer det att startas en sjukhusövergripande dokumentationsgrupp som kommer att arbeta mer för en tydlig och strukturerad journalföring. Granskningen av långa vårdtider har varit nyttig för berörda avdelningar.

Region Skåne/Trelleborg: Allmänt så har man även sett att vårdplaner och utskrivningsinformation saknas på många patienter. Under året har det dock blivit en markant ökning av antalet utskrivningsinformationer. Avvikelse-rapportering i samband med händelser, t ex. fall är bristfällig.

Region Skåne/SUS: VO Akutsjukvård och VO Internmedicin; inom VO dokumenteras vitalparametrar olika – följsamhet till framtagna rutiner. VO Specialiserad kirurgi; upptäcker andra delar som inte fungerar optimalt såsom dokumentationen, dikterad epikris i tid.

VO Neurologi och rehabiliteringsmedicin; har dokumentationsbrister.

Region Skåne/Ängelholm: Det finns en förbättringspotential i dokumentationsmallen vad gäller gradering av tromboflebit och arbete har inletts för att ändra i regionala mallar.

Stockholm/Danderyd: Infektionskliniken; såg att dokumentationen ej var optimal inom vissa områden bl.a. avseende dagliga inspektioner av perifera venkatetrar, smärtuppföljning och initiering av aktivitetsplan, följsamhet till sjukhusets riktlinje avseende KAD och initiering av aktivitetsplan för patienter som låg i riskzonen för undernäring. Åtgärd: All personal har genomfört obligatoriska webbaserade utbildningar (dokumentation i Take Care för underskö-

terskor och för sjuksköterskor upprättande av aktivitetsplan) inför planeringsdagarna där dokumentationsgruppen utbildade om vad som skall dokumenteras, hur aktivitetsplaner skall skrivas samt hur ”att göra listor” skall skrivas och användas i journalsystemet.

Stockholm/Karolinska: Akutkliniken; brister i dokumentation avseende fallrisk och trycksårsvårer framförallt, samt även planering och förebyggande åtgärder. Vikten av att trycksårsvårer sätts in så snabbt som möjligt (t ex. anti-decubitusmadrass). Det har lett till att mindre informationsinsatser på morgonmöten och utbildningsdagar till omvårdnadspersonalen görs angående vikten av tydlig dokumentation vad gäller uppmärksammade risker hos patienter samt insatta åtgärder.

ÖNH; utvecklande av standardvårdplaner för kirurgiska ingrepp av olika öron-, näs- och halsingrepp.

Kvinnokliniken; identifierade förbättringsområden är:

a, bedömning och åtgärd/planering bör alltid dokumenteras i daganteckningar och inskrivningsanteckningar.

b, förtydligande av ansvarsområden sjuksköterska/läkare för att undvika dubbeldokumentation.

c, upprepningar i patientjournalen bör begränsas och hänvisningar göras till inskrivningsanteckningar/tidigare anteckningar.

d, språkbruk i journaler är ibland vardagligt på ett sätt som av patient skulle kunna uppfattas som kränkande av patient. Exempel; ”patient rabblar upp en massa” (gäller olika maträtter som hon ätit) och en ung kvinna omnämns som ”dam”.

Lung- allergikliniken; riktad utbildning för varje enskild sjuksköterska i att skriva aktivitetsplaner med åtgärder för att t.ex. förebygga trycksår och fall.

Ortopedkliniken; oavsett sättet att granska (POSSUM/MAG) hänger det mycket på dokumentationen i journalen är korrekt och optimalt genomförd för att identifiering av förbättringsområden ska kunna ske och ev. skada identifierats.

Hematologiskt centrum; enhetlig dokumentation hade underlättat granskningen men kanske framför allt uppföljning av vården i den kliniska vardagen.

Värmland: Journalmallar har utarbetats för dokumentation vid KAD, centrala venösa infarter och PVK.

Västerbotten/NUS: ÖNH; brister avseende diktat samt remisshantering kring PAD. Brister avseende dokumentation av tamponader.

Västmanland/Köping: Medicinkliniken; svårt att följa vad som är planerat och åtgärdat i journalen på grund av brister i omvårdnadsdokumentationen. Där vårdplan upprättats var det betydligt tydligare vad som planerats och vilka åtgärder som vidtagits. Vår slutsats är att hudbedömning alltid ska finnas med som statussökord vid inläggning. Vid risk för trycksår eller vid befintligt trycksår ska en vårdplan upprättas. Vid förekomst av trycksår ska trycksår kategoriseras. Aktuell status för trycksår ska dokumenteras och diagnoskodas vid utskrivning.

VG-regionen/Karlskoga: Inom trycksår/nutrition kan vi se en bristande dokumentation gällande lägesändringsschema/nutritionslista. Vi har genomfört ett första steg för att komma åt detta genom att göra en oanmäld granskning på slutenvårdsavdelningarna där vi noterade hur många lägesändrings/nutritions scheman som var utlagda. Nästa steg blir att journalgranska och koppla ihop detta på hur många vid detta tillfälle som hade detta som dokumenterad åtgärd. Tanken är att förnya kunskapen om och vikten av dessa scheman. Detta genom utbildningsinsatser. Utöver det pågår ett kontinuerligt arbete med trycksår i strävan att uppnå den nollvision vi har och det resultat vi har är redan mycket

lågt.

VG-regionen/NU: Förbättrad dokumentation/journalföring, ofta svårt följa förlopp i efterhand.

VG-regionen/Skaraborg: För strokepatienter har det identifierats att patient-säkerhetsmallar används ej och anteckningar i journalen signeras inte alltid.

Urologi; utskrivningsrutiner, diabetesproblem. Telefonanteckning av läkare saknas. Information/kommunikation med patient bristande.

Dödsfall

Jönköping: Ortopedkliniken; många av de avlidna är multisjuka och har hög ålder.

Kirurgi; lyfter fram specifika fall som har hittats under granskningen och diskuterar dessa med läkargruppen under s.k. mortalitets- och morbiditetsluncher.

Kalmar: Dödsfall- kvalitetssäkring. Dödsfall av förväntade orsaker.

Region Skåne/SUS: VO Intensiv och perioperativ vård, Lund; vid tidigare systematisk granskning funnit att många av de patienter som avlider på IVA varit föremål för upprepade MIG bedömningar dagarna före IVA-vården. Som rutin går numera alltid en senior kollega för att bedöma patienter där avdelning önskar förnyad bedömning.

Stockholm/Karolinska: Ortopedkliniken; tillsättning av en ansvarig att följa upp mortalitet på kliniken för att få ökad förståelse för orsak där utvärdering av effekten pågår.

Västmanland: Medicinkliniken Västerås; målet är att samtliga patienter/närstående i palliativ vård med väntade dödsfall skall få ett brytpunktsamtal. Palliativregistret visar att under 2013 hade Landstinget Västmanland uppnått 44,9 procent. Under 2014 har en satsning på information om Svenska Palliativregistret skett genom att en läkare och sjuksköterska aktivt informerat läkare på olika läkarmöten. Detta har resulterat i att under årets första halvår hade 55,9 procent patienter/närstående fått ett brytpunktsamtal. Skador/vårdskador i ovanstående journalgranskning var UVI, trycksår, fall och blåsoverfyllnad.

Fördröjd behandling

Stockholm/Karolinska: Akutkliniken; patient med MRSA fått fördröjd vård pga. sitt bärarskap av resistent bakterier, och drabbats av vårdskada pga. fördröjningen.

Hematologiskt centrum; flera IVA platser hade gjort att våra patienter kunde få vårdas på högre vårdnivå tidigare i sitt sjukdomsförlopp och även minskat risken för behov av återinläggningar. Resultat: Då denna granskning avspeglar samarbetet med flera olika högre vårdnivåer har vi inga goda exempel att visa på än. Vi har dock en kontinuerlig dialog med CIVA om samarbetsformer.

Kvinnokliniken/gynekologi; återbesök för medicinsk uppföljning efter gynekologisk canceroperation bokas ofta senare (upp till 6-8 veckors fördröjning) än vårdprogram och/eller det som beslutats av medicinskt ansvarig läkare. Åtgärd: Översyn av tidsbokning relaterat till fördröjning av beslutad tidpunkt för uppföljning.

Region Skåne/SUS: VO Intensiv och perioperativ vård, Lund; för några patienter fördröjdes IVA-vården pga. sen kontakt från avdelningen, trots tecken på allvarlig organsvikt.

Metodutveckling

Blekinge: Tillägg av frågor utanför befintliga markörer.

Jönköping: Medicinkliniken; följer kontinuerligt situationen via MJG, det är utbildad och speciellt dedikerad personal som sköter den återkommande granskningen där resultatet rapporteras direkt till verksamhetschefen. Det som där registrerats används till att bevaka hur den kliniska riskbilden ser ut. Resultatet används vidare i patientsäkerhetsarbetet och lyfts upp för diskussion antingen med vårdenhetschefer på för dem separata träffar alternativt direkt på klinikkens ledningsgrupp för diskussion och åtgärder. Vi använder därmed MJG som en kompass för situationen och inte enbart som ett verktyg som ska larma för åtgärd. Det vanligaste är dock inte att MJG bidrar med nyupptäckta fakta som leder till omvälvande åtgärder utan det används istället till att monitorera och bekräfta den fortlöpande situationen på kliniken. Vi arbetar proaktivt och därmed blir journalgranskning ett verktyg som hos oss kommit att användas som ovan beskrivits.

OP/IVA; för att klinikanpassa instrumentet lades egna markörer till.

Nutritionsproblem

Region Skåne/SUS: VO Geriatrik; sondmatning. Förbättrade rutiner i samband med sondmatning.

Västerbotten/NUS: Ortopedi; nutritionsstatus för äldre patienter med frakturer (speciellt m.h.t. till preoperativ fasta).

VG-regionen/Sahlgrenska: ÖNH; förbättra patientinformationen till patienter som har fått en PEG. Bättre rutiner för uppföljning efter PEG-insättning avseende nutrition och skötsel av PEG.

VG-regionen/Skaraborg: Det finns ett ökat antal patienter med munsvamp. Åtgärd: Granskningsteamet har uppmärksammat arbetsgruppen för Fokusområde Nutrition på detta för att ta med i fortsatt arbete.

Östergötland/Vrinnevi: En klinik ska ta fram en strategi för hur malnutrierade patienter ska behandlas.

Patientmedverkan

Jönköping: Öron- näs- halsmottagning; förbättringsexempel – Vikten av att ha en förberedd patient - att vi aktivt arbetat med bra information och en komplett operationsanmälan – fungerar bra idag.

Stockholm/Karolinska: Ortopedkliniken; det är även viktigt att identifiera de tillfällen och situationer som patienten kan involveras för att förbättra omhändertagandet och öka kvaliteten på given vård (omvårdnad) och behandling.

Samarbete och samverkan

Dalarna: Ortopedi; vid granskning av patienter med höftfraktur har resultaten hittills använts för: Underlag vid diskussioner med andra enheter, t ex. akuten och ambulansen. Underlag vid planerat införande av snabbspår för höftfrakturpatienter. Som utgångspunkt i det vidare arbetet, t.ex. i samband med journalgranskningen har även tiden som patienten fått vänta på akutmottagningen innan undersökning, röntgen och inläggning på vårdavdelning noterats - utarbetande av nya rutindokument vid omhändertagandet akut. T ex. rutinen att vid klinisk misstanke om fraktur utan påvisad skelettskada på slätröntgen gå vidare direkt med CT/ MRT. Att skriva avvikelser då rutiner brutit t ex. rutinen att alltid skriva röntgenremiss på både aktuell höftled och bäcken i akutskedet för att inte missa eventuell skada i bäcken eller i andra höften.

Gävleborg: Resultatredovisningen har lett till ökat samarbete med operationsavdelningarna, IVA och uppvakningsavdelningarna.

Jönköping/Värnamo: Geriatrik; ökat samarbete med det mobila geriatriska teamet för omhändertagande av hjärtsviktpatienter NYHA III-IV. Målsättning att fler patienter ska bli palliativt registrerade inklusive brytpunktssamtal.

Kalmar: Förändrad rutin med direktinläggning vad gäller ankomst från annat sjukhus.

Region Skåne/Landskrona: Samarbete med kommunen gällande vårdplaneringsprocessen. Vårt samarbete med kommunen har förbättrats då vi sett att våra långa vårdtider i många fall berott på brist på samordnad vårdplaneringsprocess och att det fördröjt patientens hemgång. Genom olika projekt tillsammans med kommunen har dessa dagar kunnat minskas. Kommunen har bl. a tillsatt en biståndshandläggare som arbetar under vissa timmar på akuten. Detta har resulterat med att inläggning i slutenvård undvikits och att insatser i hemmet har arrangerats.

Region Skåne/SUS: VO Intensiv och perioperativ vård, Malmö: oklarheter i rutiner vid överflytt av patient från IVA till avdelning. Oklara rapporter och läkemedelsordinationer. Oklart vilka åtgärder som kan hanteras på respektive avdelning: trakeotomi, pleurasug, EDA, PCA osv. Bättre introduktion för nya läkare. Säker utskrivningsrutin från IVA. Pilotprojekt: samvårdssjuksköterska som följer upp patienten på avdelningen dagen efter utskrivning, s.k. ”liaison nurse”.

Region Skåne/Trelleborg: Optimera övergångar i vården, mellan vårdgivare samt mellan sjukvård och kommun. Utskrivningsinformation till patienter.

Region Skåne/Ängelholm: A. Patienter kommit till Ängelholm som skulle gått direkt till akutsjukhuset. B. Akutsjukhuset har skickat för sjuka patienter till Ängelholm. C. Patienten skickats för sent till akutsjukhuset dels på grund av brister i övervakning och dels på grund av förseningar i överflyttningen. Dessa förseningar orsakas av platsbrist på akutsjukhuset eller tillgängligheten till ambulans. Kliniskspecifik granskning har visat på sårbarheter i rutiner för överföring av patienter som måste flyttas till högre vårdnivå. Konkret åtgärd är införande av checklista för inläggning på sjukhuset där kontroll av MEWS (modified early warning score) måste göras innan patient får läggas in från annat sjukhus. Vid MEWS 5 eller högre måste beslut fattas om begränsning av livsuppehållande åtgärder eller transport till högre vårdnivå. Hela sjukhuset har utbildats i ALERT. Fortsatt kompetensutveckling i hur MEWS skall användas sker via KTC.

VG-regionen/Kungälv: Behov av dialog mellan olika specialiteter vid vård av multisjuka patienter, diskutera indikation för mer omfattande/påfrestande undersökningar hos svårt sjuka patienter därav gemensamt möte med sjukhusets läkare.

VG-regionen/NU: Behov av tydligare rutiner kring vilka patienter som måste opereras på NÄL med tanke på postoperativ övervakning, viktigt belysa vilka patienter respektive ingrepp som inte lämpar sig att utföra i Uddevalla, med tanke på begränsade IVA-resurser, PCI-möjlighet etc. Administrativa rutiner, t.ex. kallelse av kontrollpatienter.

Östergötland/Motala: Ökad samverkan med primärvård och kommunal hemsjukvård bör inledas för t.ex. kateterhantering och trycksår så att vi tillsammans ska kunna utföra förbättringsarbete för att minska lidandet för patienten och minska antibiotikaförbrukningen.

VG-regionen/Skaraborg: Oklart ansvar vid överflyttningar mellan avdelningar.

Smärtproblematik

Gävleborg: Onkologi; förbättringsområde: Smärtskattning hos ineliggande patienter (onkologen). Smärtskattningen vid ankomsten har diskuterats på arbetsplatsträffar och följs upp bättre, vilket gett förbättringar.

Sörmland: Kullbergsska sjukhuset: Operationsavdelningen; har registrerat patienter som fått ändra vårdform efter operationen på grund av postoperativ smärta. Detta har medfört ändrade rutiner för smärtmedicinering preoperativt, under operationen och postoperativt. Man vet nu tydligt vilka patienter och vilka operationstyper som bör utföras direkt på morgonen för att undvika inläggning efter dagkirurgi.

Utlokaliserade patienter

Kalmar: Sjukhusövergripande har riktad granskning med MJG inletts. Första projektet är att granska samtliga under sommaren utlokaliserade patienters journal.

Region Skåne/SUS: VO Intensiv och perioperativ vård, Lund; flera av patienterna i vårens granskning flyttades flera gånger inom sjukhuset eller inom regionen, där platsläget säkerligen spelat viss roll.

Örebro/Lindesberg: Vid granskningen av utlokaliserade patienter framkom att alla patienterna utom en hade lagts in på utlokaliserad plats direkt från akutmottagningen. Brister identifierades både avseende dokumentation och läkemedelshantering. Vi uppdaterar nu lasarettets gemensamma rutin för utlokaliserade patienter utifrån dessa fynd och fortsätter att granska denna patientkategori för att mäta följsamheten till den reviderade rutinen.

Återinskrivningar

Jönköping: Kirurgi; vikten av ett bra och informativt utskrivningssamtal. Att sjuksköterskan tar ett större ansvar vid utskrivningen och har eget utskrivningssamtal. Det syns redan då vi jämför de tre första månaderna med föregående år, att vi har färre återinskrivningar pga. oro och otillräcklig utredning/information. Åtgärd: Vi har infört en schemarad med en sjuksköterska som arbetar dagtid på de två största teamen på avdelningen. Hon är bl. a. behjälplig som resurs vid ronderna och utskrivningen för att stötta patienten och anhöriga. Alla de återinskrivningar som beror på kirurgiska komplikationer har vi ibland svårt att undvika, samt att vi vill och uppmanar patienterna att komma åter om det uppstår problem, dessa vill vi se själva.

Medicinkliniken; journalgranskningen enligt MJG samt med egna lokala markörer har ingått som en del i ett större nationellt projekt rörande hjärtsvikt. Kliniken arbetar med att minska antalet återinläggningar samt förbättra livskvaliteten för hjärtsviktpatienter.

Region Skåne/Hässleholm: Granskat återinläggningar för att identifiera faktorer som kan ha betydelse för att patienten sökte vård akut men inga gemensamma faktorer har kunnat hittas.

Region Skåne/SUS: Den fortsatta journalgranskningen planeras fortsatt att göra riktat mot patientgrupper med förlängd vårdtid alternativt de som återinläggs inom 30 dagar.

VO Thorax; återinskrivning inom 30 dagar pga. pleuravätska. Återinskrivning inom 30 dagar: återinläggning på hemortssjukhuset pga. pleuravätska – skärpt observans på röntgenpulm utskrivningsbilderna.

Stockholm/Karolinska. Flera kliniker har bl. a identifierat återinskrivningar, som problem där det finns en förbättringspotential.

VG-regionen/NU: Påtagligt många återinläggningar inom 30 dagar, den i särklass vanligaste markören. Kan man minska detta, eller erbjuda annan väg in för t ex. tumörpatienter i palliativt skede för att minska väntetider/belastning på AVC/öka kvaliteten i omhändertagandet med t ex. kontaktsköterska som kan lotsa patienten in, alternativt direktinläggning på vårdavdelning för kända patienter?

Urologsektionen; genomfört ändrat arbetssätt för återinläggningar.

Övrigt

Region Skåne/Ystad: Identifiera patienter som söker vård ofta, identifiera varför patienterna söker vård så ofta och vidta åtgärder för att undvika att så sker. Direktinläggning till den enhet där patienten är känd vid, så att väntetid på akutmottagningen kan undvikas. Ifall patienten inte behöver slutenvård, etablera kontakt med primärvård/kommun för att underlätta för patienten och förbättra tillgängligheten på rätt vårdnivå.

Stockholm/Karolinska: Akutkliniken; granskningsteamet skickar med jämna mellanrum skriftliga rapporter där vi berättar om våra resultat. Dessa rapporter går till vårdenhetschefer, vårdutvecklingsledare, verksamhetschef, läkarchef akut internmedicin samt till klinikens ”säkra grupp” som hanterar avvikelser. Ibland har rapporterna även bifogats i ”månadsbladet” som går ut till samtliga anställda. Vi har även muntligt fått presentera och diskutera vårt arbete och resultat med klinikens ”Styrgrupp omvårdnad”.

Hematologiskt centrum; information sprids via APT samt på klinikdagarna. Under hösten 2014 kommer månadens ”kvalitetsblad” att införas med information om avvikelser, månadens rutin, PPM resultat med mera.

Ortopedkliniken; ökad fokus på diabetespatienter där de tidigare varit olika lokala rutiner/behandlingsregimer men där det nu arbetas med en synkronisering med Karolinskas nya vårdprogram för patienter med diabetes.

Transplantationskirurgiska kliniken; vid en bristande rutin skall resultaten spridas till medarbetare genom vårt förbättrings- och flödesarbete t ex. genom vår veckorutin, att varje morgon i en vecka gå igenom just en rutin vi behöver bli bättre på. Det är läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som närvarar vid dessa tillfällen.

Stockholm/Karolinska: Kvinnokliniken; obstetriska patienter som återinläggs på gynekologisk klinik behandlas av sjuksköterskor och läkare med bristande kompetens på det obstetriska området. Vid behov av behandlingsstöd har gynekologiskt PM använts istället för obstetriska PM. Konsultation av obstetrik har uteblivit. Detta har bland annat fått till följd att nyförlöst kvinna felbedömts och ”överbehandlats” vid urinretention. Åtgärd: Förtydligande av att alla klinikkens PM ska användas på alla enheter och användas utifrån vilken patient som vårdas, detta oavsett vilken enhet patienten är inskriven på.

Brister i bedömning av patienter med endometriosdiagnos vid akutinskrivning har lett till att de felaktigt behandlats med opiater vid ett flertal tillfällen.

Orsaker till detta har bland annat varit otydlig dokumentation (för stort textflöde och avsaknad av bedömning och planering) och otydlig ansvarsfördelning (smärtläkare ordinerar smärtbehandling och ansvarig läkare gör avsteg från smärtläkares bedömning). Åtgärd: Förtydligande av PM gällande vård och smärtlindring av endometriospatienter.

Västernorrland/Sundsvall: Kvinnokliniken; ett förbättringsarbete har bedrivits där man granskat journaler framtagna via Gynop-registret med MJG för att på ett bättre sätt kunna identifiera vårdskador. Detta ingår sedan som en del i ett nationellt projekt med utgång ifrån Umeå Universitet. I gynop-registret införs också en funktion i kvalitetssystemet som innebär att kliniken har en systematisk uppföljning av de fall där det har inträffat en negativ händelse. Dessa fall kommer att vara kvinnoklinikens urval för sitt fortsatta granskningsarbete med början 1/1-2015.

Ortopedkliniken; har man använt journalgranskning för att skapa sig en bild av hur patienter med fragilitetsfrakturer handläggs före, och framgent efter, införandet av en ny ”behandlingslinje” för osteoporos.

Västmanland: Kirurgkliniken Västerås; har under året klinikgranskat patienter som drabbats av blödande magsår. Kompletterande indikatorer:

1. Skriftlig vårdplan vid inskrivning, ordinerad övervakning, fasta, upptransfundering vid behov samt farmakologisk och endoskopisk behandling, resultat 85 procent följsamhet
2. Adekvat farmakologisk behandling, protonpumphämmare iv. i högdos vid behandlingskrävande blödning, eradikering av Helicobacter vid existerande HP infektion, resultat 70 procent följsamhet.
3. Adekvat endoskopisk behandling, Forrest I. II a och II b. Behandling med minst 2 olika teknik och minst en skopi, resultat 85 procent följsamhet.

VG-regionen/Sahlgrenska: Med/Geriatrik/Akutmottagning Östra; redovisning av resultat från strukturerade journalgranskningar i kombination med redovisning av riktade egenkontroller verkar ha bidragit till en ökad medvetenhet om vad som är en vårdskada och vilka risker som kan orsaka vårdskador, vilket syns i MedControl PRO och framgår av diskussioner i verksamheten.

Övrigt patientsäkerhetsarbete

Jönköping: Särskilt viktiga fall eller problemområden lyfts i sjukhusets ledningsgrupp för diskussion och som input för inriktning av patientsäkerhetsarbetet. Arbete med att förebygga VRI genom STRAMA-grupper och Säker vård.

Kalmar: Arbetet med infektionsverktyget har påbörjats på klinikerna. Klinikerna håller på att hitta utdata att följa.

Kronoberg: Arbetsgrupp bestående av 5 personer samt chefläkare och läkare granskar journaler. Arbetsgruppen träffas 3-4 ggr/år och bedömer och klassificerar granskade journaler. Materialet registreras i den nationella databasen. Identifierad vårdskada vidarebefordras till ansvarig verksamhetschef för vidare åtgärd enligt rutin för upptäckt av vårdskada. Arbetsgruppen sammanställer rapport som går vidare till chefläkare för vidare handläggning. Mindre allvarliga patientskador rapporteras vidare till berörd verksamhet för ställningstagande till förbättringsarbete. Områden som identifierats till att en fortsatt utredning med t.ex. riskanalys, processgenomgång och därmed också en genomgång av gällande rutiner och riktlinjer lämnas vidare för förbättring inom den berörda verksamheten. Stöd och hjälp i förbättringsarbete kan inhämtas från Utvecklingsavdelningen Process- och metodstöd samt patientsäkerhet.

Norrbottnen: Resultatet från den landstingsövergripande journalgranskningen har sammanställts i två rapporter (delårsrapport januari - juni 2013 och årsrapport januari - december 2013). Resultatet har också sammanställts och presenterats som PPT. Rapporter och bildpresentationer finns tillgängliga på webben. Återrapporering av sex månaders resultat har skett i landstingets ledningsgrupp och helårsresultat är inplanerat för att återrapporeras under september månad.

Resultaten har vidare redovisats på divisions/verksamhetsnivå. Utifrån resultatet har tre prioriterade förbättringsområden identifierats och tidsplan och uppdrag har upprättats i divisionerna.

Region Skåne/CSK/Hässleholm/Ystad: Utifrån resultaten ska en handlingsplan upprättas på övergripande nivå. Fokus mot VRI med en större utbildningsinsats tillsammans med Vårdhygien är redan planerad kring tarmsmittor och influensa, samt lokala utbildningar kring in- och utfarter, KAD-relaterad UVI och trycksår.

Region Skåne/SUS: Blåsöverfyllnad har identifierats som en vårdskada. Ett sjukhusövergripande förbättringsarbete har genomförts och detta har resulterat i en ny sjukhusövergripande rutin och planerade utbildningsinsatser. För att möjliggöra lärande brett inom sjukhuset sprids information om genomförda förbättringsarbeten kopplat till journalgranskningen till alla sjukhusets verksamheter via staben för verksamhetsutveckling.

Region Skåne/Ängelholm: Områden som kan bli aktuella för specifik granskning är: Patienter som ej erhållit trombolys efter trombolyslarm, återinläggningar, konfusion och trycksador. Men vi är även intresserade av att se om vi kan använda oss av metoden för att identifiera fall där allt har gått bra trots risker och sedan analysera vilka faktorer som verkat gynnsamt. Vi tror att spridning av kunskap om vad som gör att vi trots allt lyckas i de flesta fall kan bidra till att bygga en god patientsäkerhetskultur. Systematiska fel kommer att följas upp med åtgärder från vårt kliniska träningscentrum (KTC) genom riktade utbildningsinsatser.

Stockholm/Danderyd: På sjukhuset pågår även ett sjukhusövergripande projekt avseende att säkra utskrivningsprocessen och att minska akuta återintag inom 30 dagar likaså ett fallpreventiv arbete.

Stockholm/Karolinska: Sjukhuset arbetar sedan tidigare utifrån 10-punktsprogrammet mot antibiotikaresistens. Därutöver har varje klinik analyserat fram de mest frekventa vårdrelaterade infektionerna och upprättat åtgärdsplaner med redovisning av resultat i den årliga patientsäkerhetsberättelsen. Hygienronder har införts som är riktade i första hand mot de enheter som haft VRI-utbrott. Utsedd infektionsansvarig läkare ska finnas inom varje klinik vilket verksamhetscheferna ansvarar för att så blir. Det pågår fortsatt arbete med åtgärder utifrån bakteriespaningar och ytprovtagningar. VRI-punktprevalensmätningar genomförs 2ggr/år enligt SKL:s direktiv. Därutöver genomförs olika punktprevalensmätningar avseende följsamhet till handlingsprogram gällande MRSA, VRE, ESBL, MRSA-personal och BHK .

Uppsala/Enköping: Resultaten har tillsammans med SKL:s rapport om vårdskador används på planeringsdagar och introduktionsdagar med syfte att höja medvetenheten och kunskapen om vårdskador inom lasarettets verksamhet.

Värmland: Det samlade resultatet för 2013 har granskats för att se om de vårdtillfällena när skada/vårdskada har bidragit till att patienten avlidit eller bidrog till/orsakade permanent skada har blivit anmälningsärenden enligt lex Maria. Rutin kommer att utarbetas så att bedömning sker i chefläkarfunktionen om det är anmälningsärende eller ej. Då det inte är möjligt att registrera resultat från granskning på kliniknivå i SKL:s databas, har ett arbete påbörjats för att ge verksamheterna ett verktyg för rapportering och statistikuttag. Vi ser också fördelen av en samlad överblick över klinikernas granskning. Vid journalgranskning på sjukhusnivå har under några månader dokumentationen samtidigt granskats utifrån Rutinkollen. Resultatet från denna ”provgranskning” har också presenterats och diskuterats på nätverksträff för första linjens chefer på respektive sjukhus. Journalgranskningstillfället ger möjligheter att ytterligare utveckla egenkontrollen, vilket redan sker inom vissa verksamheter. De granskningar

som skett på kliniknivå har presenterats för verksamhetsledningen. Resultat lyfts in i klinikernas planering av förbättringsarbeten. Fokus på riskbedömningar för att förebygga trycksår, fall, malnutrition. Senior Alert. Expertgrupper som utarbetar underlag.

Västerbotten: Återföring har skett till granskare, patientsäkerhetsrådet samt chefer samtidigt som den nationella rapporten ”Skador i vården - skadeöversikt och kostnad” återförts, vilken gett mer mening till arbetet. Vi planerar nu efter sammanställning av våra samlade resultat återföra dessa återigen tillsammans med rapporten ”Patientsäkerhet lönar sig”. Den återkommande sjukhusövergripande granskningen har gett god mängdträning i metoden till granskarna och en medvetenhet om den relativt stora frekvensen skador/vårdskador i verksamheten.

Västernorrland: Ett flertal frågeställningar har framkommit vid MJG som tagits upp till diskussion med respektive verksamhetschef, bland dessa, hantering av antikoagulantibehandling hos onkologiska patienter med CVK eller PAC, inklusive att frågan gått till SBU:s upplysningstjänst. Journalgranskning har använts för kontroller av antikoagulantibehandling inför införandet av kvalitetsregistret Auricula. Ett politiskt beslut (obligatoriskt patientbesked efter undersökningar) har följts upp med hjälp av journalgranskning. På sjukhusnivå kommer analys av resultaten att göras av Kvalitets- och Patientsäkerhetsenheten inom landstinget 2 gånger per år (höst och vår). Dels kommer övergripande riskmönster att studeras och mönster nerbrutet på specialitet att redovisas och återkopplas till verksamheten. Detta kommer att kunna utgöra underlag för riskanalyser och förbättringsarbeten och tillsammans med andra underlag ingå i vårdgivarens patientsäkerhetsberättelse. Framtidsplan: Fynd av allvarliga vårdskador skall börja rapporteras till respektive verksamhetschef så att denne kan kontakta patient/anhöriga och initiera en händelseanalys om inte detta redan gjorts.

Västmanland: Diagram på andelen skador redovisas separat. Identifierade vårdskador sammanställs till vårdskademönster och dessa utgör sedan underlag för riktade förbättringsåtgärder för att minska andelen vårdskador. Kontinuerlig uppföljning av avvikelser sker på både micro-, meso- och makronivå. Förbättrade rutiner (framgångsfaktorer) sprids till övriga verksamheter bl. a genom att vi årligen ordnar med patientsäkerhetens dag för både medarbetare och patienter. Där förbättringsarbeten i form av utvecklingsprojekt (framgångsfaktorer) visas upp som posters och i form av föreläsningar. Vi vill med detta visa upp och sprida hur vi i Landstinget Västmanland arbetar med att förebygga risker och misstag som kan leda till vårdskador. Vi vill inspirera, uppmuntra och entusiasmera våra medarbetare och chefer att hämta idéer av varandra för att bygga en god säkerhetskultur och minska vårdskador.

VG-regionen/Alingsås: Alla undvikbara vårdskador rapporteras i avvikelssystemet MedControl (om det inte redan är gjort) och hanteras på samma sätt som andra avvikelser. De tillfällen som det finns koppling till dokumentation tas det upp i den grupp som arbetar övergripande med dokumentation för sjukhuset. Bedömning görs angående eventuell lex Maria anmälan.

VG-regionen/Kungälv: Regelbunden överrapportering till verksamhetscheferna. Rapporterar även till patientsäkerhetsgruppen. Det har också varit en samling för sjukhusets alla läkare där resultat som kommit fram har diskuterats. Då det under VRI är flest vårdskador, samtidigt som vi inte klarar ”godkänd” nivå på basala hygienrutiner kommer det arbetas med dessa frågor under 2014 och 2015. Dessa åtgärder är beskrivna i handlingsplan för patientsäkerhetskultur 2014.

VG-regionen/Sahlgrenska: Olika former av stöd har bidragit till spridning av metoden, bl.a. projektorganisation med ekonomiskt stöd till deltagande verksamhetsområden, handledning, utbildning och workshops för team som arbetar med MJG, färdiga mallar och annat material, IT-stöd samt spridning av resultat från vårdska demätningar. Gedigen kunskap om MJG finns idag inom kvalitetsorganisationen, såväl på sjukhusövergripande nivå som på områdes, och verksamhetsnivå. Aktiviteter 2014 i urval: – Utbildning i MJG en gång höst och vår, halvdag. Öppen för alla team. – Workshops två gånger/termin riktade till team. Teamen kan ta med sig egna frågor och resultat för diskussion med handledare och andra team. – Riktat stöd med handledning vid behov från kvalitetsorganisationen till enskilda team. – Hemsida på intranätet med utbildningsmaterial, handbok, mallar etc. – Återföring av resultat och fynd från sjukhusövergripande granskning till berörda verksamhetsområden.

– Uppföljning av resultat i kvalitetsbarometern, på kvalitetsronder och patientsäkerhetsronder och i delårsrapportering.

VG-regionen: Skaraborg: Avstämning görs efter slutförda granskningar med respektive klinikledning, patientsäkerhetsombud och av klinikledningen inbjudna. Kort introduktion kring metoden görs även vid detta tillfälle. Vid mötet diskuteras förbättringsområden utifrån resultatet och en preliminär handlingsplan skrivs. Ett uppföljningsmöte sker efter 3-6 månader där verksamhetens handlingsplan går igenom. Ny journalgranskning sker därefter. Resultatet för Område Kirurgi (kirurgi, urologi, ortopedi, palliativ vård, kvinnosjukvård, öron-, näs- och hals/ögon/käkkirurgi samt IVA) rapporteras muntligt och skriftligt till områdesledningen två gånger per år. Patientskador rapporteras som avvikelser i Med Control till respektive verksamhet inom område Kirurgi.

Riskbedömning för halka, fall och nutrition sker inte alltid på de patientgrupper som skall riskbedömas enligt SKL:s riktlinjer. Åtgärd: Sjukhusledningen har tagit ett inriktningsbeslut om Personcentrerad omvårdnad närmre patienten. Utbilda i användandet av patientsäkerhetsmallar för halk/fall, trycksår och nutrition i Patientjournal/Melior.

VG-regionen/SÅS: Åtgärder som genomförts på sjukhusnivå: – Skapat metod, riktlinje och arbetsbeskrivning för hur MJG skall användas som en del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet med att minimera vårdska dem. – Startat nätverksgrupper på sjukhuset för granskare med syftet att stödja, utveckla arbetet, kompetensutveckla samt uppmuntra till åtgärdsinsättning i det dagliga förbättringsarbetet. – Skapat specifik webbsida för MJG till medarbetare på sjukhuset. – Åtgärder som genomförts på klinikinivå: – Återkoppling på APT varje månad. – Granskningarnas utfall är en del i Gröna Korset.

– Granskningarnas utfall genererar dagligt förbättringsarbete.

– Resultatåterkoppling sker på styrtavlor.

Örebro/Karlskoga: Resultaten används som fallbeskrivningar i olika utbildningar som vid patientsäkerhets/kvalitetsseminarium. Vi använder också resultaten som underlag för att se vilket utbildningsbehov som finns inom olika områden. Det har resulterat i bl. a förändrat utbildningsupplägg. Det gör också att vi prioriterar om ordningen på kommande utbildningar beroende på om resultatet från markörbaserade journalgranskningen påvisar ett brådskande utbildningsbehov. Resultatet kan också påvisa ett utbildningsbehov vi inte tidigare sett. Vi använder också resultatet till att förbättra/förnya befintliga rutiner eller att ta fram helt nya rutiner.

Örebro/Universitetssjukhuset: Angående VRI har gjorts flera insatser från Vårdhygien med utbildning bl.a. steril KAD inläggning och fortsatt kontakt sker med klinikerna vad gäller ”VRI dialoger” (=dialog mellan klinikledningar och representanter från Vårdhygien) på sjukhuset. Angående trycksår och fall pågår preventivt arbete och registrering i Senior Alert. Fortsatt användning av bedöm-

ningsinstrument för identifiering av riskpatienter och utbildning av berörda medarbetare gällande riskbedömningar och åtgärder.

Östergötland: Landstinget i Östergötlands tre sjukhus har ett gemensamt nätverk där respektive sjukhus granskningsteam träffas med regelbundenhet för att ta del av varandras erfarenheter samt utarbeta ett gemensamt arbetsätt för hela landstinget. Vi arbetar till exempel med att få en gemensam syn på undvikbarhet vid vårdskador. Vi har också utarbetat en Excelfil för att registrera tillbud och underlåtenhet samt risker som noterats vid journalgranskningen. Tillsammans med de skador/vårdskador som registrerats får vi ett bredare underlag för analys och förbättringsområden. Landstinget i Östergötland har utvecklat ett eget IT-stöd för klinikgranskning för att sammanställa granskningsresultaten och identifiera förbättringsområden. Klinikerna kan på så sätt enkelt få ut sin statistik. Utvecklings- och Patientsäkerhetsenheten har genomfört utbildning för nya granskningsteam samt utbildning för bedömande läkare. Sedan hösten 2013 har bedömningsteamerna från US och VIN haft gemensamma bedömningsmöten av de skador som noterats vid journalgranskning. Vi har fört minnesanteckningar som sammanställts tillsammans med bedömningsteamens reflektioner har vidarebefordrats till landstingets utvecklingschef samt till sjukhusens vård- direktörer.

Östergötland/Motala: Uppstart av ett klinikövergripande Omvårdnadsråd för att säkerställa och utveckla både basal och specifik omvårdnad kring de patienter som vårdas på kliniken. Det anses kunna bidra till en minskning av antalet skador som drabbar patienterna.

Östergötland/Vrinnevi: Vi har identifierat områden för att i en djupare analys ta fram adekvata åtgärder; sårinfektioner, bristande munhygien, pneumonier, urinretention, hypotermi i samband med operationer, tromboflebit av PVK och kirurgiska komplikationer. Andra förbättringsområden, där patientsäkerheten kan öka, som identifierats i den sjukhusövergripande granskningen, men som inte baseras på skador är till exempel kommunikation, informationsöverföring och dokumentation av åtgärder som vidtagits vid riskbedömningar av trycksår och fall. Resultatet är sedan 2009 ganska stabilt och antalet skador/vårdskador har inte minskat i antal under åren.

Vid klinikgranskning som utförts under flera år har följande skadetyper identifierats: aspirationspneumonier i samband med kirurgi, övervätskning i samband med kirurgi, sårrupturer, sårinfektioner, ventilatorassocierade pneumonier, skador i samband med trakeotomi och vården av dessa patienter, hypoglykemier, bristande dokumentation och inadekvat handläggning av trycksår. Vid de kliniker som påbörjat sitt arbete inom olika förbättringsområdena har arbetsgrupper som ska göra en djupare analys av resultatet och ta fram förslag på åtgärder tillsatts. För ändamålet har handlingsplaner/uppdaterade PM med syfte att minska risken för skadorna skrivits. Resultatet av klinikgranskningarna har redovisats för respektive ledningsgrupp som har använt resultatet i sitt förbättringsarbete. De har redovisats på klinikkens målstyrningstavlorna samt på arbetsplatsträffar (APT).

Östergötland/US: De vanligaste skadorna som har identifierats på Universitetssjukhuset i Linköping under första halvåret 2014 är VRI, kirurgiska skador och trycksår. Det finns olika landstingsövergripande projekt för att minska skador/vårdskador, till exempel projektet UriKaP, som syftar till att minska kateterrelaterad UVI. Det finns också projekt eller satsningar som syftar till att minska CVK-relaterade infektioner, minska läkemedelsrelaterade skador, strukturerad journalföring, minskning av trycksår, utbildning i munhälsa, införande av STRAMA-organisation. Identifierade områden där det behövs en djupare analys ta fram adekvata åtgärder: Sårinfektioner, bristande munhygien, pneumonier, urinretention, hypotermi i samband med operationer, trombo-

flebiter av PVK, kirurgiska komplikationer. Andra förbättringsområden, där patientsäkerheten kan öka, som identifierats i den sjukhusövergripande granskningen, men som inte baseras på skador är till exempel kommunikation, informationsöverföring och dokumentation av åtgärder som vidtagits vid riskbedömningar av trycksår och fall.

Sammanställning av verksamhetsområden och olika typer av specifika urval

Akutsjukvård och prehospital vård	
Mälarsjukhuset	Uppföljning av triageanteckningen samt utvärdering av omvårdnadsdokumentationen
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	4 bedömningskoder, KOL/Astma, CBS, Stroke, Vårdinsats på plats
Anestesi- och intensivvård	
Capio S:t Görans sjukhus (anestesi)	Uppföljning av följsamhet till gällande postoperativa rutiner
Danderyds sjukhus	Sluppmässigt urval av patienter med specifika diagnoser som genomgått operation för att undersöka bl.a. blåsoverfyllnad
Karolinska Universitetssjukhuset	30 dagars mortalitet efter ankomst till CIVA= centrala intensivvårdsavdelningen
Kullbergssjukhuset (operation/uppvakningsavdelning)	Genomgång av patienter som fått ändra vårdform efter operationen på grund av postoperativ smärta. Omfattar dagkirurgiska patienter som fått läggas in i slutenvård efter operationen och patienter som fått överföras till MSE (högre vårdnivå)
Mälarsjukhuset/Kullbergssjukhuset	Journalgranskning avseende intermediär vård med målstyrningsprotokollet PIMP
Sahlgrenska Universitetssjukhuset (AnOpIVA Östra)	IVA-patienter, vårdtid > 24 h
Skånes Universitetssjukhus	Återinläggning IVA inom 72 h samt hjärtstopp efter utskrivning från IVA
Skånes Universitetssjukhus	Alla avlidna på IVA jan – jun 2014
Universitetssjukhuset i Linköping	Avlidna och sluppmässigt urval upp till 10/månad
Vrinnevisjukhuset	Avlidna

Hud- och infektionssjukvård	
Danderyds sjukhus	Patienter med pneumoni under januari till maj 2014 samt att en ny granskning ska ske under oktober 2014
Karolinska Universitetssjukhuset	Återinskrivning inom 30 dagar
Kullbergsska sjukhuset	ST-läkarna granskar utifrån diagnoskod och dess behandling (ex. lungcancer)
Skånes Universitetssjukhus	Avlidna samt återinläggningar
Skånes Universitetssjukhus	Alla oväntade dödsfall samt slumpvist utvalda. Totalt 10 journaler per månad
Örebro Universitetssjukhuset	Återinläggning på kliniken inom 30 dagar
Hematologisk vård	
Karolinska Universitetssjukhuset	Patienter som krävde vård på högre vårdnivå dvs. IVA, CIVA, ECMO, IMA m fl. (ht 13). Patienter selekterade på ålder >80 år (pågår 2014)
Onkologisk vård	
Norrlands Universitetssjukhus	Ett granskningstillfälle avsåg patienter med neutropen feber (8 st), därefter har urval gjorts slumpmässigt (25st)
Kardiologisk vård	
Danderyds sjukhus	Patienter med pacemaker som bytt batteridosa under 2005-2014
Danderyds sjukhus	Alla patienter under december 2013 - januari 2014 med återinläggning inom 30 dagar
Hudiksvall sjukhus	Patientgrupp 121
Karolinska Universitetssjukhuset	Patienter med längre vårdtider
Norrlands Universitetssjukhus	Alla avlidna 2014

Kirurgisk sjukvård inkl. transplantation och plastikkirurgi	
Akademiska sjukhuset	Granskning av samtliga dödsfall
Arvika sjukhus	5 vård dygn eller mer
Danderyds sjukhus	Samtliga som genomgått appendectomi under 2013 och med ett återintag inom 30 dagar och/eller en vårdtid för primärvårdstillfället på mer än tre dagar
Hallands sjukhus	Vårdrelaterad infektion vid vårens punkt-prevalensmätning
Hudiksvall sjukhus	Patienter med urinavledande kateter och antibiotikabehandlad urinvägsinfektion
Jönköping (Ryhov)	Alla patienter som återinskrivs på kliniken inom 30 dagar
Länssjukhuset Kalmar	Avlidna patienter
Karlskoga lasarett	Återinläggning inom ett år efter operation. Granskas för att se om patienterna återinläggs pga. komplikationer efter operation under en längre tidsrymd än 30 dagar. Pga. längre tidsrymd granskas nu 2011-2012. Det är påbörjat men är inte klart.
Karlstads sjukhus	5 vård dygn eller mer
Karolinska Universitetssjukhuset	Mortalitet efter trauma
Karolinska Universitetssjukhuset- /transplantationskirurgi	Njurdonatorer och leverresektioner
Kronobergs sjukvårdsområde	Överfylld urinblåsa vid operation jan - mars 2013
Kullbergiska sjukhuset	Genomgång av sårrupturer och ärrbräck
Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand	Gastric bypass-kirurgi
Norrköping (Vrinnevisjukhuset)	Gastric bypass vid fetma. Kolektomier
Nyköpings sjukhus	Registrering av vårdskador under en tremånaders period

Kirurgisk sjukvård inkl. transplantation och plastikkirurgi	
Skånes Universitetssjukhus	Vårdtid mer än 10 dagar
Universitetssjukhuset Linköping/plastikkirurgi	Munbottencancer
Universitetssjukhuset Örebro	MIG patienter – där MIG team kontaktas
Västerviks sjukhus	Avlidna patienter
Västerviks sjukhus	Colorektalcancer
Västmanlands sjukhus	Blödande magsår
Neurokirurgisk vård	
Skånes Universitetssjukhus	Återinläggning inom 30 dagar (1 år för implantat)
Universitetssjukhuset Linköping	Avlidna och slumpmässigt urval upp till 10 patienter per månad
Thoraxkirurgisk- och kärlkirurgisk vård	
Blekingesjukhuset	Totalundersökning av mediastinit-drabbade patienter 2013-2014
Skånes Universitetssjukhus	20 slumpmässigt utvalda journaler per månad av hjärtthorax-opererade patienter med ECC
Universitetssjukhuset Örebro	Alla kärlpatienter som amputerats efter intervention utförd från a.iliaca och nedåt under 2012. Patienter togs fram genom Swedvasc-registret samt från Ortopedklinikens listor över amputerade patienter.
Urologisk vård	
Akademiska sjukhuset	Prostataectomiopererade patienter
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Diagnoser r/t njursten
Skånes Universitetssjukhus	Vårdtid mer än 10 dagar
Södersjukhuset	Patienter med hydronefros. Bytt till patienter med blåscancer för andra halvåret 2014

Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård	
Arvika sjukhus	5 vård dygn eller mer
Avesta lasarett (medicin/geriatrik)	Diagnos hjärtsvikt som 1:a eller 2:a diagnos samt en vårdtid minst 5 dygn
Bollnäs sjukhus (Aleris specialistvård)	Avlidna
Capio S:t Görans sjukhus	Enkel läkemedelsgenomgång
Danderyds sjukhus	Fall registrerade i avvikelserapporterings-systemet Händelsevis, identifierade via GTT samt fall som inträffat under projektets gång och där ”minihändelseanalys” utförts
Danderyds sjukhus	Inskrivna patienter på Rehab slutenvård under 2013 som antibiotikabehandling mot UVI
Danderyds sjukhus	Alla njurmedicinska patienter under december 2013 - januari 2014 med återintag inom 30 dagar
Falu lasarett (geriatrik rehabkliniken)	Utifrån diagnos med koppling till cirkulationsorganens sjukdomar
Hallands sjukhus	Vårdrelaterad infektion vid vårens punktprevalensmätning
Hudiksvalls sjukhus	Focuspatienter
Höglandets sjukvårdsområde (Eksjö/Nässjö)	Diagnosgrupp E119 (Diabetes mellitus typ 2 utan uppgift om komplikationer) de 20 senaste utskrivna patienterna under mars, april och maj 2014
Jönköping (Värnamo sjukhus)	Samtliga återinläggningar inom 30 dagar med huvuddiagnos hjärtsvikt I50 vid första vårdtillfället mellan januari och juni månad
Karlskoga lasarett/Medicin-/Geriatrisk)	I hjärtregistret har vi plockat ut alla hjärtstopp som inträffat under året på medicin/geriatriska kliniken och granskat dessa
Karlstads sjukhus	5 vård dygn eller mer
Kullbergsska sjukhuset	Uppföljning av utskrivna patienter avseende korrekt läkemedelsberättelse och korrekt ifylld läkemedelslista

Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård	
Landskrona lasarett	Vårdtid 6 dagar eller mer
Lycksele lasarett (även rehab)	Återinläggningar inom 30 dagar
Motala lasarett	Avlidna
Norrlands Universitetssjukhus	Återinläggningar inom 30 dagar efter vård på MAVÅ (medicinsk akutvårds-avdelning)
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Avlidna i och utanför verksamheten
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	De 10 senast utskrivna männen och de senast utskrivna kvinnorna per avdelning 603, 604 och 19/32 = 80 journaler/kvartal
Sahlgrenska Universitetssjukhuset (verksamhetsområde geriatrik, lungmedicin och allergologi)	De 10 senast utskrivna männen och de senast utskrivna kvinnorna per avdelning
Skellefteå lasarett (geriatrik även medicin)	Patienter som avvikelserapporterats efter fall. Specialgranskning har skett av läkemedelsanvändning.
Torsby sjukhus	5 vårddygner eller mer
Trelleborgs lasarett	20/månad, vårddagar > 6 dagar
Universitetssjukhuset Örebro	Akut njursvikt N179 eller N178. Samtliga med någon av dessa diagnoser som varit ineliggande på Medicinkliniken under år 2013 sammanställdes till 52 vårdtillfällen. Av dessa granskades 26 vårdtillfällen samt ett bortfall på 2 vårdtillfällen.
Västmanland/Köping lasarett	Trycksår
Västmanland/Västerås lasarett	Avlidna under 2014
Västmanlands sjukhus/Köping och Västerås lasarett (geriatrik och medicinsk rehab)	Ytlig- och djup postoperativ infektion vid höftledsoperation
Ängelholms sjukhus	Patienter som flyttats till högre vårdnivå från avd 11 och 21 under januari – juni 2014
Ängelholms sjukhus	Patienter som flyttats till högre vårdnivå från avd 41 och 42 under januari - juni 2014
Östersunds sjukhus (rehab)	Urinvägsinfektioner

Obstetrisk och gynekologisk vård	
Arvika sjukhus	5 vårddyggn eller mer
Danderyds sjukhus	Alla patienter under december 2013 - januari 2014 med återintag inom 30 dagar
Hallands sjukhus	Vårdrelaterad infektion vid vårens punktprevalensmätning
Höglandets sjukvårdsområde	Var 5:e elektiv operation i klinikens operationsliggare
Jönköping	Alla kostnadsytterfall under 2013 granskade 2014
Karlstads sjukhus	5 vårddyggn eller mer
Karolinska Universitetssjukhuset	Vårdavd > 2 dygn inriktning tumörkirurgi
Karolinska Universitetssjukhuset	Vårdavd >2 dygn gynavd benign kirurgi
Kronobergs sjukvårdsområde	Operation Hysterectomi
Länssjukhuset Kalmar	Var 10:e förlossningsjournal
Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand	Hysterectomi
Sollefteå sjukhus	Hysterectomi
Södersjukhuset	Förlösta kvinnor och urval av fyra komplicerade grupper
Södersjukhuset	Patienter opererade med laparoskopi, laparotomi, vaginal Hysterectomi eller hysteroskopi som hamnar i komplicerad grupp
Universitetssjukhuset i Linköping	De patienter som besvarat en uppföljningsenkät och angivit att en skada har inträffat
Universitetssjukhuset i Örebro	Extrauterin graviditet/sfinkterruptur grad III-IV
Värnamo lasarett	10 % av förlossningsjournalerna per månad
Värnamo lasarett	Alla återinläggningar bortsett: Återinläggningar BB pga. medföljande barn, förlossningar pga. avstannat värkarbete samt palliativa patienter
Västerviks sjukhus	Sfinkterskador
Örnsköldsviks sjukhus	Hysterectomi

Ortopedisk vård	
Arvika sjukhus	Höft- och knäplastiker
Blekingesjukhuset	Totalundersökning av amputerade patienter 2012-2013
Capio S:t Görans sjukhus	Reopererade höftproteser inom 2 år
Capio S:t Görans sjukhus	Amputationer
Danderyds sjukhus	Samtliga patienter på en vårdavdelning med frågeställningen pneumoni/infiltrat efter 48 h vårdtid under första halvåret 2011 (kontrollperiod), och efter intervention 2012, 2013, 2014
Falu lasarett	Diagnos höftfraktur, slumpvis uttaget en specifik dag
Hallands sjukhus	Vårdrelaterad infektion vid vårens punktprevalensmätning
Helsingborgs lasarett	Granskning av dokumentation och riskbedömningar gällande fall, trycksår och undernäring
Hudiksvall sjukhus	Patienter med diagnos collumfraktur, > 75 år och med mer än 5 vård dagar
Högländets sjukvårdsområde	Alla avlidna på kliniken
Länssjukhuset Kalmar	Avlidna patienter
Karolinska Universitetssjukhuset	Ryggoperationer (operationsutfall)
Karolinska Universitetssjukhuset	POSSUM+MAG samtliga komplikations- och mortalitetsfall
Kronobergs sjukvårdsområde	Höftledsoperation
Kullbergsska sjukhuset	Uppföljning av sårinfektioner och KAD relaterade UVI efter planerade höft- och knäplastiker
Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand	Fragilitetsfrakturer
Mora lasarett	Diagnos höftfraktur
Norrköping/Vrinnevisjukhuset	Elektiv knäkirurgi, elektiv höftkirurgi
Norrlands Universitetssjukhus	Slumpade patienter över 80 år
Norrtälje sjukhus	Höftfrakturer S7 200, 10, 20
Västmanlands sjukhus/Köping och Västerås lasarett	Ytlig- och djup postoperativ infektion vid höftledsoperation
Östersunds sjukhus	Sårinfektioner

Öron-, Näs- och Halssjukvård	
Hallands sjukhus	Vårdrelaterad infektion vid vårens punktprevalensmätning
Höglandets sjukvårdsområde	Tonsilloperationer 3-4 patienter per månad varav 2 vuxna och 2 barn
Norrlands Universitetssjukhus	Patienter som genomgått ingrepp där tamponader inlagts
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Opererade vuxna patienter i slutenvård
Sjukhusövergripande arbete	
Kullbergsska sjukhuset/Vårdplatsenheten	Uppföljning av patienter med trycksår
Kungälvss sjukhus	Samtliga avlidna mars/juni 2014
Lindesbergs lasarett	Av vårens 13 hjärtstopp som ledde till "Hjärtlarm" valdes varannan journal ut för granskning. Planen är att fortsätta att granska alla hjärtlarm.
Lindesbergs lasarett	Utlokaliserade patienter under januari t o m maj 2014. Ett slumpmässigt urval av journaler gjordes i augusti. Granskningen fortsätter.
Visby sjukhus	Utlokaliserade patienter

Kontaktpersoner

Blekinge: Gulli Malmberg, gulli.malmberg@ltblekinge.se

Dalarna: Åsa Hansson, asa.e.hansson@ltdalarna.se

Gotland: Gunnar Ramstedt, gunnar.ramstedt@gotland.se

Gävleborg/Bollnäs: Ewa Hellman, eva.hellman@lg.se

Gävleborg/Gävle: Ann-Kristin Åstrand, ann-kristin.astrand@lg.se har sammanställt denna rapport utifrån inskickat underlag från verksamhetsområdena kirurgi, kvinnosjukvård, internmedicin, specialmedicin, kardiologi, onkologi och ortopedi vid Gävle sjukhus.

Halland: Carina Werner, carina.werner@lthalland.se

Jämtland: Maria Omberg, verksamhetschef Patientsäkerhetsenheten, maria.omberg@jll.se

Jönköping/Högländet, Eksjö/Nässjö: Jörgen Tolstrup chefläkare, jorgen.tolstrup.rasmussen@lj.se

Inger Hansen verksamhetsutvecklare, inger.hansen@lj.se

Jönköping/Ryhov: Axel Ros, chefläkare, axel.ros@lj.se

Jönköping/Värnamo: Katarina Ekberg, katarina.ekberg@lj.se

Ewa Johansson, ewa.k.johansson@lj.se

Kalmar/Länssjukhuset Kalmar: Rolf Sandin, chefläkare, rolf.sandin@ltkalmar.se

Helen Holmström, patientsäkerhetssamordnare, helen.holmstrom@ltkalmar.se

Kalmar/Oskarshamn: Lars Good, chefläkare, lars.good@ltkalmar.se

Linda Forsman, verksamhetsutvecklare, linda.forsman@ltkalmar.se

Kalmar/Västervik: Anna Michaëlsson, chefläkare, anna.michaelsson@ltkalmar.se

Ann-Catrin Karlborg, verksamhetsutvecklare, ann-katrin.karlborg@ltkalmar.se

Kronoberg: Gun-Britt Ivansson, gun-britt.ivansson@ltkronoberg.se

Styrbjörn Östberg, styrbjorn.ostberg@ltkronoberg.se

Norrbottnen: Birgitta Boqvist, birgitta.boqvist@nll.se

Region Skåne/Hässleholm, CSK, Ystad: Pia Lundbom, Förvaltningschef, pia.lundbom@skane.se

Region Skåne/Helsingborg, Trelleborg: Jessica Hultgren, Kvalitets- och patientsäkerhetsstrateg, jessica.hultgren@skane.se

Region Skåne/Landskrona: Evelina Cederholm Bauer, evelina.cederholmBauer@skane.se

Region Skåne/SUS: Marie Ekberg, chefläkare och Anna Saur Öberg, enhetschef, anna.sauoberg@skane.se

Region Skåne/Ängelholm: Carl-Johan Robertz, verksamhetschef, 0431-812 70, carl-johan.robertz@skane.se

Stockholm/Capio St:Göran: Karin Svärdsudd, karin.svardsudd@capiostgoran.se

Stockholm/Danderyd: Maria Unbeck, maria.unbeck@ds.se

Stockholm/Karolinska: Carina Berglund, carina.berglund@skl.se
Urban Nylén, urban.nylen@skl.se

Stockholm/Norrtälje: Evalena Sandh, evalena.sandh@tiohundra.se

Stockholm/Södersjukhuset: Ulla Frisk, kvalitets- och utvecklingsamordnare, ulla.frisk@sodersjukhuset.se

Stockholm/Södertälje: Maria Kärrström, Process-/kvalitetssamordnare
Verksamhetsområde Kvinnor – Barn, 08-550 24 239, maria.karrstrom@sodertaljesjukhus.se

Mattias Karlsson, Kvalitetskoordinator, avd Patientsäkerhet/Kvalitet, 08-550 240 10, mattias.karlsson@sodertaljesjukhus.se

Sörmland: Anders Hansson, anders.k.hansson@dll.se

Uppsala/Akademiska: Bengt Sandén, bengt.sanden@akademiska.se

Uppsala/Enköping: Ann-Sofie Geschwindt, ann-sofie.geschwindt@lul.se

Värmland:

Västerbotten: Ulf Segerberg, chefläkare, ulf.segerberg@vll.se

Västernorrland: Mikael Åsén, vårdutvecklare KPE, Kvalitets- och patientsäkerhetsenheten, 070-549 59 01 mikael.asen@lvn.se

Västmanland: Rosie-Marie Fridholm, chefsjuksköterska, rosie-marie.fridholm@ltv.se

VG-regionen/Alingsås: Marianne Gustafsson, verksamhetsutvecklare, 070-5456461, marianne.ch.gustafsson@vgregion.se

VG-regionen/Kungälv: Christina Hedman, 0303-98054, christina.hedman@vgregion.se

VG-regionen/NU: Graciela Carlson, graciela.carlsson@vgregion.se

VG-regionen/Sahlgrenska: Mats Tullberg, chefläkare, mats.tullberg@vgregion.se

VG-regionen/Skaraborg: Yvonne Johansson, yvonne.a.johansson@vgregion.se,
Rose-Marie Lundmark, rose-marie.lundmark@vgregion.se

VG-regionen/SÄS: Katherina Hanson, Vårdutvecklare patientsäkerhet, Södra Älvsborgs Sjukhus, Utvecklingsstab, 033-616 1376, katherina.hansson@vgregion.se

Örebro/Karlskoga: Solveig Torensjö, 0586-661 09,
solveig.torensjo@orebroll.se

Örebro/Lindesberg: Eva Carlsson, eva.carlsson2@orebroll.se

Örebro/Universitetssjukhuset Örebro: Hans Holmberg, anmälningsläkare
USÖ, hans.holmberg@orebroll.se

Maria Hallén, vårdutvecklare USÖ, maria.hallen@orebroll.se

Östergötland: Pernilla Nordqvist, Verksamhetsutvecklare, Utvecklings- och
Patientsäkerhetsenheten i Östergötland, Centrum för hälso- och vårdutveckling,
Motala lasarett, Norrköping Vrinnevisjukhuset, Universitetssjukhuset i
Linköping, Landstinget i Östergötland, pernilla.nordqvist@lio.se

Referenser

1. Skador i vården: Resultat från nationell mätning med strukturerad journalgranskning under perioden jan-mars 2012. SKL Rapport 2012
2. Skador i vården - Skadeöversikt och kostnader. Markörbaserad journalgranskning jan-juni 2013. SKL Rapport 2013
3. Patientsäkerhet lönar sig, kostnader för skador och vårdskador i slutenvården år 2013. SKL Rapport 2014
4. Skador i vården – skadeområden och undvikbarhet. Markörbaserad journalgranskning januari 2013 – juni 2014, SKL Rapport 2014

Skador i vården – sammanställning av klinikvisa resultat

Denna rapport innehåller en sammanställning av de förbättringsarbeten som genomförts på sjukhus- och kliniknivå med utgångspunkt från resultaten av Markörbaserad journalgranskning 2013 – 2014. Syftet med rapporten är att få en överblick över pågående förbättringsarbete inom olika skadeområden och då rapporten även innehåller en lista på kontaktpersoner på de olika sjukhusen finns möjlighet för intresserade att lära av andra.

Upplysningar om innehållet
Eva Estling, eva.estling@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2014
ISBN: 978-91-7585-207-2

Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se. ISBN/Beställningsnummer 978-91-7585-207-2