

Handläggare Hans Samnegård
Telefon 08-737 50 24
E-post hans.samnegard@sll.se

Patientsäkerhetskommittén

Rapport nr 4:2007

Årsrapport 2007

År 2006 beslöt Landstingsstyrelsen att skapa en samlad ledningsfunktion för patientsäkerhetsarbete (LS 0603-0576). Den centrala ledningsfunktionens uppgift var att ansvara för genomförandet och utvecklandet av "Handlingsprogrammet för säker vård" som Landstingsstyrelsen antagit 2006-06-07 (LS 0412-2354). Ledningsfunktionen skall kvartalsvis rapportera till Landstingsstyrelsen om hur patientsäkerhetskommitténs arbete fortlöper och hur patientsäkerhetsarbetet utvecklas i vården.

Den samlade centrala ledningsfunktionen utgörs dels av en *patientsäkerhetskommitté (PSK)*, dels en *patientsäkerhetsfunktion (Psf)* och ett *samverkansorgan med patient- och intresseorganisationer*.

Den centrala ledningsfunktionen fick i uppdrag att samordna, stödja och utveckla det patientsäkerhetsarbete som redan pågår hos de olika vårdgivarna. Vidare ska funktionen medverka till utbildningar samt skapa mötesplatser för lärande och erfarenhetsutbyte i patientsäkerhetsfrågor. Ledningsfunktionen ska utarbeta regler, riktlinjer och rekommendationer inom området. I den föreliggande årsrapporten redovisas den centrala ledningsfunktionens arbete under 2007.

Patientsäkerhetskommittén (PSK)

Patientsäkerhetskommittén hade sitt första konstituerande möte 2006-11-20. Kommittén består av femton ledamöter utsedda av landstingsdirektören. I kommittén ingår chefläkare från respektive sjukhus inklusive S:t Görän och SLSO. Vidare ingår två omvårdnadsrepresentanter, representant för Forum, Psf, ägaren samt HSN-förvaltningen. Patientnämnden är adjungerad. PSK har haft 12 ordinarie möten till 2007 års utgång. Kommittén beslöt att under det första året fokusera på fyra områden nämligen

- Läkemedel
- Vårdrelaterade infektioner
- Införandet av avvikelshanteringssystemet "Händelsevis"
- Utbildning

Under året har landstingen gemensamt beslutat om en nationell satsning på ökad patientsäkerhet inom sex områden. Fyra av dessa faller inom PSK's prioriteringsområden och därtill kommer

- fallskador i samband med vård
- trycksår i samband med vård

Den nationella satsningen har inkluderats i PSK's arbete.

På ett tidigt stadium identifierades behovet av indikatorer för patientsäkerhet och under året har ett 20-tal indikatorer identifierats och dessa går i början av 2008 ut på remiss för att därefter beslutas och implementeras.

Läkemedel

Ett läkemedelsutskott har bildats ur PSK. Utskottet har under året träffats vid ett antal tillfällen. Man har tagit fram förslag till inriktning av arbetet med läkemedel och patientsäkerhet, vilka både PSK och LÅKSAK ställt sig bakom.

Som övergripande mål har följande formulerats:

- Minskat antal allvarliga skador på grund av brister i läkemedelsbehandlingen
- Minskat antal sjukhusinläggningar på grund av läkemedelsrelaterade problem.

För att uppnå dessa mål har följande tre områden prioriterats:

1. Förebyggande av antikoagulantirelaterade skador. Varan är det läkemedel som leder till flest allvarliga skador inklusive dödsfall. Genom förbättrad kvalitet kan en del av dessa undvikas. Arbetet för att åstadkomma detta har i ett första skede handlat om att åstadkomma gemensamma kvalitetskrav och riktlinjer för antikoagulantibehandlingen. En särskild arbetsgrupp har arbetat med detta. Planeringen är att dessa riktlinjer kommer att implementeras under 2008.
2. Aktiviteter/mätningar med fokus på att öka kunskaper/kartlägga/mäta/förebygga inläggningar på sjukhus på grund av läkemedelsrelaterade problem. Undersökningar pekar på att vid 15 – 30 % av alla inläggningar kan läkemedelsrelaterade problem vara inblandade. Sambanden är ofta komplexa. Under hösten har t ex en händelseanalys genomförts som visat på den mångfacetterade problematik som finns bakom detta slag av sjukhusinläggningar. Nämnas kan också att LÅKSAK och läkemedelskommittéerna uppmärksammat detta område. Som ett nytt klokt råd i Kloka Listan har införts att man ska alltid registrera ogynnsamma effekter av läkemedel genom ICD-koden Y 57.9, för att på sikt få ett användbart mått för att kunna följa upp antalet inläggningar på grund av läkemedelsrelaterade problem. I artiklar och utbildningar har kunskap om detta problemområde förmedlats till läkare och sjuksköterskor.

3. För att förbättra kvaliteten i Apodosanvändningen har beslutats att en särskild arbetsgrupp ska ta fram riktlinjer så att rätt patient får Apodos. I uppdraget ingår också att granska de utvärderingar som gjorts av Apodos. I Västra Götaland är omfattningen av Apodos-behandling mångdubbelt större än i SLL. Sannolikt finns en potential för ökad säkerhet genom ökad Apodosanvändning.

Man har också inom utskottet diskuterat hur man mer systematiskt ska kunna arbeta med avvikelser inom läkemedelsområdet. Avvikelsehanteringssystemet HändelseVis ger ökade möjligheter till kartläggning och analys av avvikelser där det är en fördel att kunna ta fram landstingsgemensamma lösningar. Man har också diskuterat behovet av mer preciserade instruktioner för avvikelser inom läkemedelsområdet.

Till detta kommer den beslutade landstingsgemensamma satsningen på läkemedelsavstämning. Beslut om och hur SLL ska fokusera på detta område väntas tidigt under 2008.

Vårdrelaterade infektioner

Alltsedan SLL drabbades av MRSA-epidemi för cirka fem år sedan har ett intensivt hygienarbete bedrivits i vården. Hygienrutiner och en ny klädpolicy har tagits fram. Den senaste kampanjen "Bye bye bacteria" genomfördes under 2007. Uppföljande studier visar att i flera yrkesgrupper föreligger en god följsamhet till SLL:s basala handhygien- och klädregler. Mycket återstår dock innan målvärdet 100% följsamhet uppnås. Studien ska ses som ett utgångsläge för fortsatt kontinuerlig uppföljning.

Sänkning av de vårdrelaterade infektionerna ingår i den nationella patientsäkerhets-satsningen. Denna satsning fokuserar på

- urinvägsinfektioner i samband med vård
- infektioner vid central venkateter
- sårinfektioner efter operation.

Inom varje område har ett åtgärds paket arbetats fram på nationell nivå och ska under de närmaste två åren implementeras inom SLL. PSK har här en central roll att ta fram underlag för hur arbetet ska drivas i Stockholms län. På nationell nivå har målet satts till att år 2009 ha sänkt de vårdrelaterade infektionerna från 10 % till 5 %.

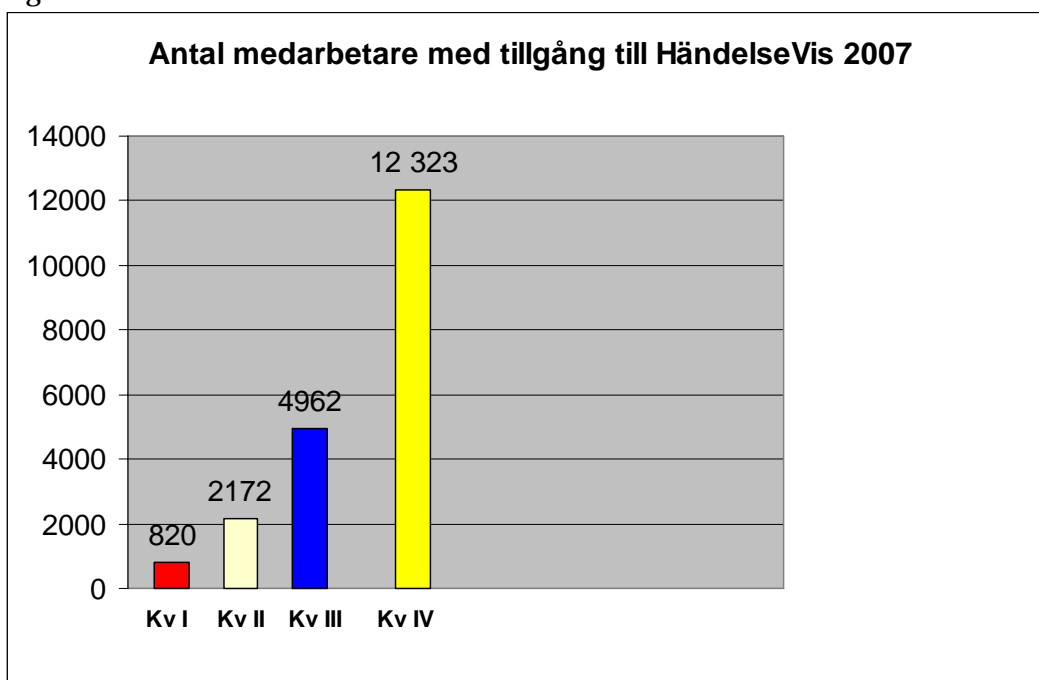
Ett aktivitetsprogram, antaget av PSK, för den nationella patientsäkerhets-satsningen är föreslaget landstingsdirektören för beslut.

Införande av avvikelshanteringssystemet "HändelseVis"

Avvikelsehanteringssystemet HändelseVis övergick den 1 mars 2007 från projekt till förvaltning. PSK's ordförande utsågs till systemägare och två halvtider anställdes för systemförvaltningen. Utbildning i systemet och anslutningen av användare har accelererat under året. (Se vidare bilaga 1 sid. 11)

Vid årsskiftet är 12 323 användare registrerade. (Fig. 1)

Figur 1



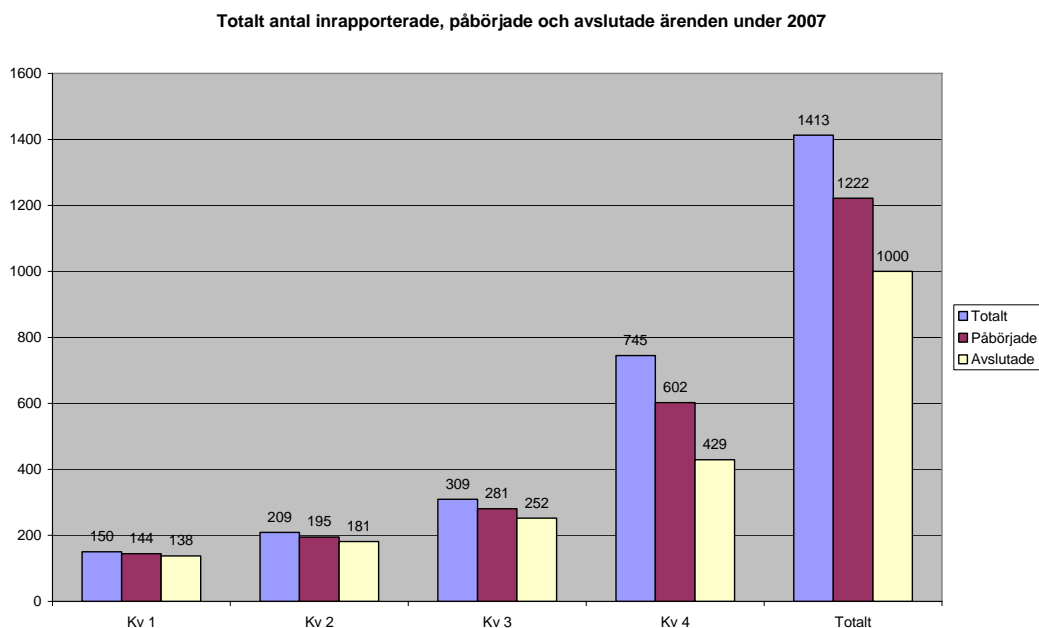
Enheter som under året gått i skarp drift är SLSO (ca 7 000 användare), sjukvården Södertälje Nykvarn Salem (ca 1600 användare), TioHundra (ca 1340 användare), Folk tandvården (ca 2100 användare). Karolinska Universitets-sjukhuset går in i januari 2008 med ca 15 000 användare. Övriga enheter som planerar breddinförande under 2008 är SÖS, DS, S:t Erik och AISAB.

Förutom vårdprocessen och tandvårdsprocessen som båda är i skarp drift planeras under första halvan av 2008 en process för arbetsmiljöavvikelse samt en för laboratorieavvikelse.

Under 2007 har totalt 1413 avvikelser inrapporterats i systemet. Detta är ett litet antal varför resultaten av nedanstående statistik måste tolkas med stor försiktighet.

I figur 2 framgår kvartalsvis antalet inrapporterade avvikelser, påbörjade ärenden och avslutade ärenden. 463 av 1413 avvikelser rör en specifik patient (33 %). Av dessa avvikelser gäller 251 (54 %) för kvinnlig patient och 212 (46 %) för manlig patient.

Figur 2



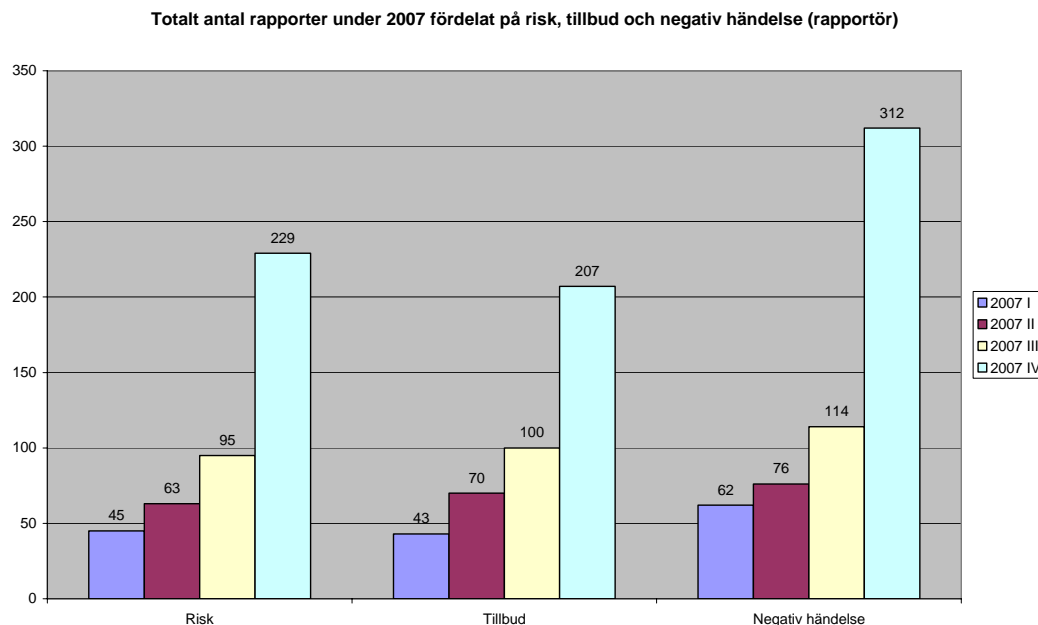
I tabell 1 redovisas antal och andel *ej* påbörjade och *ej* avslutade avvikelserapporter per kvartal den 31 december 2007.

Tabell 1

	Kvartal 1		Kvartal 2		Kvartal 3		Kvartal 4	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ej påbörjade ärenden	6	4	14	7	28	9	143	19
Ej avslutade ärenden	12	8	28	13	57	18	316	42

Av tabellen framgår att det föreligger en eftersläpning i handläggningen. Fortfarande vid årsskiftet fanns det ett 20-tal ärenden från det första halvåret där analys ännu *ej* har påbörjats. Siffrorna är dock klart förbättrade jämfört med den tredje kvartalsrapporten.

Figur 3



Av figur 3 framgår fördelningen mellan risk, tillbud och negativ händelse under årets fyra kvartal. Med *risk* menas att möjlighet till en negativ händelse föreligger. Ett *tillbud* är en händelse som hade kunnat medföra värdskada men ej gjort detta. En *negativ händelse* är en händelse som medfört värdskada. Fördelningen mellan risk, tillbud och negativ händelse har varit konstant under varje kvartal med ca. 30 % risker, 30% tillbud och 40% negativa händelser. Det föreligger en god överensstämmelse mellan rapportörens och handläggarens uppfattning om en avvikelse ska klassificeras som risk/tillbud eller negativ händelse.

När en avvikelserapport har skrivits går den till närmaste chef för handläggning. Handläggaren klassificerar händelsen till en av tolv grupper, t.ex. bristande vård, patientolycksfall, brister i läkemedelshantering etc. Därefter definieras orsaken till händelsen t.ex. kommunikation/information, teknik/utrustning, procedurer/rutiner/riktlinjer. En avvikelse kan ha en eller flera orsaker.

I tabell 2 presenteras de största grupperna i klassificeringen av hela materialet.

Tabell 2

Klassificering n= 1214	Antal	%
Bristande vård	108	9
Patientolycksfall	187	15
Brister i läkemedelshantering	141	12
Brister i dokumentation och informationsöverföring	290	24
Övriga specificerade orsaker	193	16
Övriga ospecificerade orsaker	295	24
Totalt	1214	100

60% av 1214 klassificerade avvikelser ryms inom fyra områden. En fjärdedel av avvikelserna faller inom gruppen "Brister i dokumentation och informationsöverföring". Det faktum att 24% av avvikelserna klassificerats under "övrigt" kräver en djupare analys. Är denna grupp en bekväm "slasktratt" eller är klassificeringsalternativen oklara eller otillräckliga?

De vanligaste *orsakerna* till avvikelser presenteras i tabell 3. I de 1214 klassificerade avvikelserna har 1364 orsaker angivits. D.v.s. att en avvikelse kan ha flera orsaker.

Tabell 3

Orsak n=1364	Antal	%
Kommunikation/information	293	21
Teknik, utrustning inkl. IT	120	9
Procedurer, rutiner, riktlinjer	340	25
Övriga specificerade orsaker	430	32
Övriga ospecificerade orsaker	181	13
Totalt	1364	100

Nästan hälften av avvikelserna är orsakade av ”brister i procedurer, rutiner, riktlinjer” och ”kommunikation/information”.

Vid en analys av de negativa händelserna sammanfaller de stora grupperna i klassificeringen med totalmaterialet. Vissa avvikelser är dock påtagliga. Patientolycksfallen utgör i denna grupp 27% av rapporterna mot 15% i totalmaterialet. Brister i dokumentation och informationsöverföring är endast 13% jämfört med 24% i totalmaterialet. Antalet avsiktligt självdestruktiva handlingar hos patient utgör i totalmaterialet 6% men i de negativa händelserna utgör dessa 12%.

Det statistiska underlaget är fortfarande bräckligt men överensstämmer redan i stort med resultat från andra landsting. Den totala landstingsövergripande statistiken ger endast en grov bild av verkligheten. Det viktiga arbetet sker på lokal nivå med den lokalt baserade statistiken. Den övergripande analysen kan dock vara till hjälp vid identifiering av områden att prioritera.

Utbildning

PSK fattade beslut i början av 2007 att under året ta fram en utbildning för politiker, tjänstemän, högre chefer, styrelseledamöter och representanter från brukarorganisationerna med förebilder i landstingets miljö- och jämställdhetsutbildning. En pilotutbildning anordnades i maj 2007 som föll väl ut och vidareutvecklades. En projektplan togs därefter fram som visade på metoder för genomförande och kostnader. I planen föreslogs samverkan mellan landstinget och extern samarbetspartner. Nästa steg blir därför att ta ställning till och besluta om fortsatt arbetsprocess och kostnader.

Patientsäkerhetsfunktionen (Psf)

Psf har under året genomfört en rad aktiviteter kopplade till PSK:s fokusområden. Förutom ett flertal uppdrag från PSK har Psf även arbetat på uppdrag av andra vårdaktörer i SLL.

Psf arbete har byggts på ”Handlingsprogrammet för säker hälso- och sjukvård” i SLL (LS 0511-2072). Arbetet har genomförts inom områdena omvärldsbevakning, nätverk och samverkan, metodutveckling, projektledning samt förvaltning av system för patientsäkerhet.

Exempel på aktiviteter har varit att anordna och genomföra benchmarkingresor till föredömliga organisationer i USA och Danmark, representation för SLL i ett flertal nationella nätverk, inrättande av nätverk för Händelseanalyser i SLL, framtagande av patientsäkerhetsindikatorer, ledning av ett nationellt projekt för att utveckla en enkät för patientsäkerhetsklimat i samarbete med sex andra landsting samt att vidareutveckla kostandsberäkningsmodell för patientsäkrare arbete. Andra områden för aktiviteter har varit litteraturbevakning, kunskapsspridning och samarbete med forskarnätverk. För närmare detaljer angående genomförda uppdrag se bilaga 2, sid. 14.

Samverkansgrupp med patient- och intresseorganisationerna

Till PSK är kopplat en samverkansgrupp för att tillvarata patient- och intresseorganisationers erfarenhet och kompetens. Ett flertal möten har hållits under året både med samverkansgruppen som helhet och med en mindre arbetsgrupp. Tyngdpunkten i diskussionerna har kretsat kring i vad mån patient- och intresseorganisationerna kan involveras i patientsäkerhetsarbetet på ett aktivt och konstruktivt sätt. Höstens arbete har fokuserat kring deltagandet i patientsäkerhetskonferensen våren 2008. HSO och representanter ur samverkansgruppen kommer att ha två seminarier på konferensen.

PSK ser en stor potential i patient- och intresseorganisationernas medverkan i patientsäkerhetsarbetet.

Utmaningar för det kommande året

LSF genomgår en stor omstrukturering som kommer att leda till förändrade förutsättningar för den centrala ledningsfunktionen för patientsäkerhet (PSK + Psf). Funktionen kommer att stärkas genom att bli mer sammanhållen både ur geografisk och personell synvinkel. Utmaningen i detta är att inte förlora tempo, kompetens och fokus på de av PSK prioriterade områdena. Förutom dessa är implementeringen av den nationella patientsäkerhetssatsningen en stor uppgift.

Den regionala patientsäkerhetsdagen våren 2008 ger möjlighet till en manifestation av det patientsäkerhetsarbete som sker på lokal nivå men också en möjlighet för landstingets ledning att visa sitt engagemang och sitt arbete för att höja patientsäkerheten i SLL.

Under det kommande året bör mätningar av patientsäkerheten inom olika områden kunna påbörjas med de framtagna patientsäkerhetsindikatorerna.

Ett utbildningsprogram i patientsäkerhet för politiker, tjänstemän, chefer etc. bör implementeras.

Sammanfattning

Patientsäkerhetskommittén har arbetat tillsammans med patientsäkerhetsfunktionen samt patient- och intresseorganisationerna under ett år. Fyra fokusområden identifierades i början av året:

- Läkemedel
- Sjukvårdsrelaterade infektioner
- Införandet av avvikelshanteringssystemet HändelseVis
- Utbildning

Den samlade centrala ledningsfunktionen för patientsäkerhet har fungerat som en koordinerande gruppering för att stödja patientsäkerhetsarbetet på lokal nivå. Det viktigaste säkerhetsarbetet sker i mötet mellan vårdare och patient men vissa uppgifter kräver en övergripande struktur, t.ex. införande av ett gemensamt avvikelshanteringssystem, utbildning av politiker, tjänstemän, högre chefer, gemensam fokusering på utpekade riskområden m.m. Inom den centrala ledningsfunktionen för patientsäkerhet pågår för närvarande en omstrukturering som avses leda till en effektivisering av det centrala patientsäkerhetsarbetet.

Landstingsstyrelsens förvaltning
Patientsäkerhetsfunktionen
CVU
Liselott Panthell Åkerlind
073-682 29 81

Bilaga 1

Rapport från systemförvaltningen för HändelseVis SLL avseende perioden 2007-07-01–12-31

Breddinförandet

Arbetet med att införa HändelseVis, och som påbörjades under maj, har under sommaren och hösten fortsatt.

Inom SLSO är nu systemet i produktionsdrift (skarp drift) inom 26 verksamheter med tillhörande enheter, vilka omfattar cirka 7000 användare.

På Karolinska är systemet sedan tidigare driftsatt på Hjärtkliniken, vilken omfattar cirka 280 medarbetare. Införandet för övriga verksamheter, med utbildningar för framförallt lokala användarstödare har pågått under hela hösten. Från och med 14 januari planeras gemensam start för samtliga verksamheter, omfattande 15000 användare.

Sjukvården Södertälje-Nykvarn-Salem har under året infört systemet på sjukhusets samtliga kliniker inom barnmedicin, geriatrik och psykiatri samt inom den landstingsdrivna primärvården i området (fem vårdcentraler, en sjukgymnastenheter, en hälsoenhet och husläkarjouren). Under sista kvartalet startade även akutsomatikens fem kliniker. Totalt omfattas c:a 1600 användare.

Tiohundra driftsatte systemet hos samtliga planerade verksamhetsområden i november. Följande enheter omfattas: BUF, Norrtälje sjukhus, primärvård Norrtälje och Bergshamra, primärvård Hallstavik och Vaddö, Psykiatri, Rehabilitering och äldresjukvård. Totalt omfattas 1343 användare.

För Folktandvården har ett användargränssnitt för avvikelser inom tandvården tagits fram i samarbete med leverantören. Den 27/12 driftsattes Händelsevis i skarp drift i hela folktandvården. Det innebär ca 2 100 användare.

Övriga enheter som planerar för breddinförande under vt 2008 är SÖS, DS, S:t Erik, och AISAB.

Labprocessen

En arbetsgrupp inom Karolinska Universitetslaboratorierna har under augusti-september återupptagit arbetet att tillsammans med leverantören utarbeta ett förslag till användargränssnitt för labprocessen. Tester av dessa formulär har pågått under senare delen av hösten. En pilotdrift planeras att genomföras med start i februari 2008. Separat införandeprojekt har tillsatts och styrgrupp för utsetts.

Arbetsmiljöprocessen

Arbetet med att färdigställa formulär för arbetsmiljöprocessen har fortsatt i augusti. Den arbetsgrupp som tidigare utsetts för detta har återupptagit arbetet tillsammans med leverantören. En mindre pilotdrift av arbetsmiljöprocessen har genomförts under oktober-november. De enheter som deltagit i piloten denna gång är Hjärtkliniken avd M82 och M84, Jakobsbergsgeriatriken och Psykiatrin Södra (Ytterö). Utvärderingen har visat att det inte rapporterats så många avvikelser inom processen då denna typ av händelser inte rapporteras lika frekvent som vårdavvikelser. En gemensam uppfattning från deltagande piloter har ändå varit att man nu känner igen sig i applikationen och att hanteringen av arbetsskadeärenden ej skiljer sig nämnvärt mot tidigare tillvägagångssätt. Däremot upplever man det positivt att nu få med processen i ett gemensamt system. Arbeta med att revidera terminologin i processen pågår för närvarande och beräknas vara slutförd i mitten av januari. Utbildning i form av seminarier för målgruppen lokala förvaltare m.fl. är planerat till den 28 januari 2008. Målsättning är att processen ska kunna implementeras/breddinföras under februari 2008.

Utbildningar

Central systemförvaltning har under hösten genomfört tre tvådagarsutbildningar för lokala förvaltare/utbildare i rapportering och handläggning. Utöver detta har en tvådagarsutbildning för lokala administratörer genomförts i samarbete med leverantören. Ytterligare ett utbildningstillfälle i systemadministration har anordnats av central förvaltning.

Policydokumentet

Revidering av tidigare framtaget "policydokument" har påbörjats under augusti/september av systemförvaltningen i samarbete med systemägaren. Arbetsgrupp har utsetts och arbetar nu vidare med att bearbeta det förslag som tagits fram. Arbetsnamn för dokumentet är f.n. "SLL-övergripande riktlinjer för rapportering och avvikelshantering i HändelseVis". Arbetet beräknas vara slutfört i januari/februari 2008.

EK-problematik

Ett flertal problem med inläsningen från EK har identifierats under sommaren och hösten och som nu börjar få allt större konsekvenser. Ett av problemen har inneburit att när en användare har flera personposter i EK (flera anställningar) så har HändelseVis endast läst in en av dessa poster. En utveckling av systemet har därför beställts för att vi skall kunna hantera användare med flera personposter med hjälp av en slags "navigator". Leverans beräknas ske i februari 2008. Ett annat problem, som är större än vad som kunnat förutses, är att kvaliteten i EK-katalogen inom många enheter ej håller måttet för att läsas in i systemet. Det är därför ytterst angeläget att man på lokal nivå går igenom uppgifterna i EK (och Palett) och vid behov rättar till så att användarna tillhör rätt enhet i EK, och att organisationsträdet stämmer överens med gällande organisationsstruktur. Detta problem kan vi ej åtgärda i HändelseVis utan måste rättas i respektive källsystem.

Ytterligare problem som identifierats under slutet av året var att licenserna som upphandlats enligt avtal ej räckte till p.g.a. om en användare har flera anställningar så krävs en licens per anställning. Därför har systemägaren beslutat om att utöka antalet licenser.

FORUM
Centrum för Vårdutveckling
Patientsäkerhetsfunktionen
Handläggare Marion Lindh
070-484 66 06

Bilaga 2

Årsrapport patientsäkerhetsfunktionen 2007

Inledning

Enhetens uppdrag, sedan februari 2007, har varit att stödja SLL:s vårdaktörer att uppnå konkreta resultat för att på sikt kunna reducera antalet vårdskador. Psf:s arbete har byggts på handlingsprogrammet för säker hälso- och sjukvård i SLL (LS 0511-2072) och Psf har bistått med expertkunskaper samt metoder och verktyg för att utveckla kvalitet och patientsäkerhet. Under 2007 har Psf regelbundet berett frågor för PSK:s räkning samt utfört uppgifter och uppdrag givna av såväl PSK och som andra uppdragsgivare inom SLL.

Resurser

Samtliga uppdrag har genomförts trots starkt begränsade resurser, vilket medfört en betydande arbetsbelastning och övertid för medarbetarna. Beslutad bemanning för Psf var 4,5 heltider och den faktiska uppgick till 2,5. Utöver grunduppgifterna ansvarar chefen för Psf även för tillfälliga projektanställningar.

Förteckning av genomförda aktiviteter

Psf har huvudsakligen verkat inom områdena omvärldsbevakning, nätverksbyggande och samverkan samt metodutveckling inom områdena kvalitet och patientsäkerhet.

Omvärldsfrågor

Bevakat litteratur, facktidskrifter och forskning inom patientsäkerhetsområdet och regelbundet delgivit material till relevanta målgrupper.

Genomfört regelbundna möten med Medical Management Center, Karolinska Institutet i patientsäkerhetsfrågor och knutit kontakter mellan MMC och verksamheter.

Arrangerat och genomfört benchmarkresa till USA för landstingsledningen i samverkan med Medical Management Center och genomfört återföringsseminarier.

Genomfört benchmarkbesök i Patientsikkerhetsfunktionen i Midtjylland i Danmark och arrangerat efterföljande spridningsseminarium för SLL och Psf:s nätverk.

Deltagit i framtagande av konferensrapporter, t.ex. "International Forum of Quality and Patient Safety".

Föreläst om patientsäkerhet för aktörer inom och utanför SLL.

Deltagit i nationellt projekt för utveckling av databas för händelseanalyser.

Varit arbetande medlem i att ta fram nationell modell för prioriteringar och

medförfattare till rapporten 2007:2 "Vårdens alltför svåra val?". Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården.

Nätverk och samverkan

Startat SLL nätverk för Händelseanalys och genomfört möten.

Deltagit i nationella nätverk för patientsäkerhet, händelseanalyser och SKL-satsningen, Socialstyrelsen samt forskarnätverk.

Bidragit till ett utvecklingsprojekt i SLL beaktar patientsäkerhet, t.ex. analys av kostnadsytterfall.

Deltagit i flera styrgrupper relaterade till patientsäkerhet som t.ex. fallprevention.

Föredragit patientsäkerhetsfrågor vid samtliga PSK-möten.

Arbetat fram underlag inom patientsäkerhetsområdet till landstingsdirektören.

Bevakat patientsäkerhetsfrågor för pressavdelningen.

Samverkat under året med att arbeta fram Patientsäkerhetsdagen 2008.

Samlat landstingsgemensamma arbetsgrupper kring patientsäkerhetsfrågor.

Samverkat med Lof i uppföljningsfrågor.

Genomfört kontakter med HSN i patientsäkerhetsfrågor

Metoder för kvalitet och patientsäkerhet

Arbetat fram ett koncept för ledarträning för patientsäkerhet så att beslut om införande kan fattas.

Ansvarat för och medverkat i framtagning av patientsäkerhetsindikatorer för SLL.

Reviderat och anpassat Landstingets gemensamma uppföljningsmodell LAGE till SOSFS 2005:12.

Ansvarat för det nationella projektet att ta fram och validera en enkät för patientsäkerhetsklimat tillsammans med sex landsting i Sverige (Östergötland, Sörmland, Blekinge, Kronoberg, Värmland och Dalarna)

Förvaltat och tagit fram en checklista "Handlingsprogrammet Patientsäkerhet" för att underlätta uppföljningen av programmet på alla beslutsnivåer.

Vidareutvecklat modellen "Miljoner vinster" för att beräkna kostnader för att utveckla patientsäkrare vård.

Genomfört projektet "Miljoner vinster" som varit en förbättringsarena med tio vårdteam för utveckling av patientsäkerheten.

Bevakat utvecklingen av nya metoder som ännu inte införts i SLL (t.ex. Global Trigger Tool, SBAR, m.fl.).

Förvaltat och infört "HändelseVis" avvikelshanteringssystem.

Övrigt

Psf har tagit fram och genomfört en utbildning av ledningen i SLL i patientsäkerhetsfrågor. Enheten har också under året tagit fram fokusrapporten "Vertikala verksamhetsbeskrivningar - ett prioriteringsunderlag" samt rapporten "Pilotprojekt för att kostnadsberäkna förbättringsarbeten". Psf har spridit kännedom om verktyget "Självskattning av vårdhygien" och givit stöd åt införande av bättre praxis kring vårdhygienfrågor.

Arbetsledning och bemanning

Fyra (4) anställda har under året ingått i enheten som bemannat 2,5 tjänster. En heltid har ägnats HändelseVis och en halvtid har gått till projektet för patientsäkerhetsklimatenkäten samt en heltid har hanterat resterande frågor och arbetsledning. Betydande övertid har registrerats för enhetens medarbetare.

Kommande angelägna uppgifter att genomföra

För att stödja kommande nationella och regionala initiativ måste en patientsäkerhetssida på landstingets web under 2008 tas fram. Ett ökat fokus på frågor som berör patientinvolvering är angeläget utveckla liksom att stödja införandet och träning av medarbetare för säkrare kommunikation i vården. En kärnuppgift som behöver förstärkas är tränings- och utbildningsfrågor av landstingets ledare. SLL bör även se över behovet av simulatorträning (CRM-träning - Crew Resource Management). Psf är en nätverkfunktion och bör utöka samarbetet med t.ex. HSN, SMR, Personal- och kommunikationsavdelningen.