

MARKÖRBASERAD JOURNALGRANSKNING 2013-2015

Förbättringsarbeten på sjukhus- och kliniknivå

APPENDIX

Förord

I detta appendix till SKL-rapporten ”Skador i vården-sammanställning av förbättringsarbete på sjukhus- och klinikinivå” som publicerades i november 2016 redovisas sjukhusens förbättringsarbete inom olika skadeområden. Appendix är en sammanställning av insända enkätsvar och ger en översikt över de aktiviteter som initierats baserade på fynden vid Markör Baserad Journalgranskning (MJG). Då rapporten även innehåller en lista på kontaktpersoner på de olika sjukhusen finns möjlighet för intresserade att lära av andra.

Stockholm i december 2016

Eva Estling,
Samordnare Patientsäkerhet
Avdelningen för vård och omsorg

Innehåll

Vårdrelaterade infektioner (VRI)	5
Kirurgiska skador/komplikationer	11
Läkemedelsrelaterade skador	13
Blåsöverfullnad	16
Trycksår	18
Fall	22
Svikt i vitala funktioner	24
Hud- och yttlig kärlskada	26
Nutritionsproblem	27
Otillräcklig smärtbehandling	28
Dokumentationsbrister	28
Metodstöd för ökad patientsäkerhet	30
Patientmedverkan	34
Utlökaliserade patienter	35
Återinskrivningar	35
Övergångar i vården	36
Övrigt övergripande arbete	38
Specifika urval	39
Definitioner	51
Kontaktpersoner - (version 1 2016-12-02)	54

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

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. Alla basenheter inom landstinget har utsedda hygienombud, vilka vårdhygiensjuksköterskorna träffar regelbundet för att delge information och utbildning. Infektionsverktyget är infört på sjukhuset och primärvården. Alla basenheter inom landstinget ska ha lokala Stramaombud, vilket bl. a har till uppgift att analysera resultat från infektionsverktyget. Förekomsten av vårdrelaterade infektioner genomförs även via mätningar cirka 4 gånger per år.

Dalarna/Mora lasarett: Landstingsövergripande VRI projekt där de 8 framgångsfaktorerna beaktas. VRI har minskat men svårt att avgöra om det beror på projektet. Medicin i Mora är en av pilotklinikerna i VRI projektet och har en tydlig minskning av VRI. Medicinkliniken.

Dalarna/ Mora lasarett: Breddinförande av infektionsverktyget och ett fördjupat arbete har startat kring vårdrelaterade infektioner och de faktorer som hänger samman med en lägre förekomst av dessa. Chefläkare ingår i arbetet. Fokusering på urinvägskateteranvändning och dokumentation av riskförebyggande åtgärder för UVI. Medicin, geriatrik och rehabilitering.

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

Jämtland/Östersund: Bättre preventivt arbete för att förebygga UVI bl. a genom förebyggande av blåsöverfyllnad. Område Medicin

Jämtland/Östersund: 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.

Utifrån de sjukhusövergripande resultaten har två kliniker specifikt granskat patienter med urinvägsinfektion och sårinfektioner. Vikten av att uppmärksamma eventuellt nya djupa sårinfektioner vilket det finns en rutin för hur dessa patienter ska fångas upp och tydliggöras. Fortsatt dialog angående utbildning i steril omläggning. Frågeställning om protespatienter bör följas upp via ortopederna efter utskrivning genom uppringning? Se över vilken information patienten får vid utskrivning (muntlig samt skriftlig gällande t. ex sårvård) och vem som ansvarar för att information ges? Rekommendationer som kan ses över: Dokumentationen på så väl centraloperation som ortopedavdelningen bör bli bättre. Vissa parametrar är svåra att få fram p.g.a. att de inte är dokumenterade. Exempelvis, temperatur preoperativt samt hibiscrubdusch preoperativt (detta gäller patienter som inte läggs in preoperativt på ortopedavdelning). Operation och ortopedavdelning

Jämtland/Östersund: 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. Rehabkliniken

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

Kalmar: Förbättrad rutin för att minska risken för aspirationspneumoni vid ileus. Kirurgkliniken

Kronoberg/Växjö: Förebyggande åtgärder har påbörjats för att minska vårdskador med KAD-infektion och blåsoverfyllnad. 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”. Kirurgicentrum/ Ortopedkliniken/Akutgeriatriska kliniken

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

Norrbottnen: Ett förbättringsarbete har startats för att minska andelen patienter som drabbas av urinvägsinfektioner och/eller har urinvägskateter för länge samt blåsoverfyllnad. Utbildningsinsatser för verksamheten är genomförda och en landstingsövergripande rutin har utarbetats. I arbetet ingår även att verksamheterna ska införa rutiner för att förebygga blåsoverfyllnad samt öka följsamheten till åtgärds paket om urinvägsinfektioner. Positiva resultat av detta kan ses i journalgranskningen som genomförts under våren. Division Läns- och Närsjukvård

Norrbottnen: Förebygga urinvägsinfektioner och blåsoverfyllnad samt minska KAD-användning är fokusområden för Läns- och Närsjukvården sedan 2014. Nätverk med medarbetare har fått en kompetensdag med fokus på förebyggande arbete. Andelen KAD och UVI mäts varje månad i slutenvården. Ett koncept för hur man arbetar med Gröna Korset för att visualisera vårdskador har utarbetats och kommer implementeras på avdelningarna. Andelen patienter som fått en UVI under vårdtiden har minskat och ligger på ca 1 procent. Antalet patienter med blåsoverfyllnad i länssjukvården har minskat sedan 2013 med 20 procent. Kända rutiner som tillämpas såväl på operations- uppvaknings- som vårdavdelningarna gör skillnad för de flesta av våra patienter. Fokusområde förebygga vårdrelaterade urinvägsinfektioner har också haft effekt över tid. Verksamhetsutvecklaren har haft dialog om riskbedömning på kirurgavdelningarna. Under-sköterskor har fått ökat ansvar för riskbedömning tillsammans med omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Effekten har blivit att fler patienter på dessa avdelningar har blivit riskbedömda. Sunderby sjukhus

Region 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. Spritservetter finns med på matbrickorna och schampo och tvål till patienterna är engångsförpackade. Infektionsverktyget är infört vid samtliga vårdavdelningar. KAD sätts endast vid läkarordination.

Region Gävleborg/Gävle: Många av patienterna får svamp i munnen vid behandling med kortison/cytostatika. Under cytotatikabehandling sjunker de vita blodkropparna (LPK) med risk för infektioner. Mätning görs 1 gång per månad. Onkologi

Region Gävleborg/Gävle och Hudiksvalls sjukhus: Riktade granskningar inom området VRI har utförts inom ett verksamhetsområde i syfte att identifiera typ av VRI samt om de varit undvikbara. Resultatet har rapporterats till ledning för fortsatta åtgärder. Andra fynd från journalgranskningar är svampinfektioner i mun relaterat till cytostatikabehandling samt ett fåtal postoperativa infektioner samt pneumonier. Registreringar i infektionsverktyget har jämförts med dokumentation i patientjournalen inom ett verksamhetsområde. Syftet var att validera registreringar gällande samhällsförvärvad eller sjukhusförvärvad pneumoni. I samband med dessa granskningar sökte man även andra markörer för vårdskador. Region Gävleborg har VRI som prioriterat område för att minska förekomsten. Ett regionsövergripande arbete har inletts i syfte att stödja verksamheten såväl organisatoriskt och verksamheternas specifika behov och arbete.

Region Jönköping/Höglandssjukhuset Eksjö: Multisjuka och högriskpatienter har högre risk för vårdrelaterade infektioner. Viktigt att beakta riskerna när beslut tas inför operation. Fler återbesök och eventuell förlängd profylaktisk antibiotikabehandling. Ökad medvetenhet för operatörer och säkrare handhavande. Ortopedkliniken

Region Jönköping/Ryhov: Särskilt viktiga fall eller problemområden lyfts i sjukhusets ledningsgrupp för diskussion och som input för inriktning av patient-säkerhetsarbetet. Arbete med att förebygga VRI genom STRAMA-grupper* och "Säker vård"*.

Region Jönköping/Ryhov: Under hösten ska granskning av alla patienter som återinskrivs pga. infektion efter del- och fullhudstransplantation genomföras. Kirurgkliniken

Region Jönköping/Värnamo: Regionen arbetar med ett gemensamt projekt att förebygga vårdrelaterade pneumonier på inneliggande patienter. Medicin- och geriatrikliniken

Region Skåne/Helsingborg: Hög andel VRI har registrerats. Planerar därför att starta upp riktade utbildningar tillsammans med Vårdhygien. Man har valt att under 2016 granska postoperativa infektioner utifrån specifikt urval.

Gynekologi

Region Skåne/Helsingborg: Obligatorisk utbildning om UVI för all personal. Utbildning om kriterier vid VRI för läkarna. Ingen utvärdering är gjord ännu. Specialiserad medicin

Region Skåne/Kristianstad/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 och KAD-relaterad UVI.

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

Region Skåne/Skånes Universitetssjukhus: Graftbensinfektion vilket lett till ett ökat fokus på ventagstället på benet redan på thoraxintensiven. Hematom i sårkanterna ger upphov till sen infektion. Vid UVI ska KAD avlägsnas enligt standardvårdplan och vid avsteg dokumenteras och motiveras taget beslut. VO Thorax

Region Skåne/Ystad: Granskning av akuta höftoperationer. Uppsatt mål har fastställts som andelen patienter med postoperativa sårinfektioner 120 dagar postoperativt ska vara mindre än 5 procent. Arbetsgrupp för prevention mot

pneumoni genom utbildning och handlingsplan med åtgärder har tagits fram.
Verksamhetsområde ortopedi

Region Örebro: Fortsatt utbildning i steril katetersättning för att minska UVI frekvensen. VRI dialoger” (=dialog mellan klinikledningar och representanter från Vårdhygien) på sjukhuset. Vi jobbar kontinuerligt för förbättrade basala hygienrutiner i samverkan med hygien och hygienombud. Rutin för steril såromläggning är framtagen (finns ej beskrivet i vårdhandboken). Reviderad rutin för katetervård har tagits fram under 2014 och implementering/utbildning inom katetervård har pågått under 2015 och fortfarande. Vi kan se att VRI/postoperativa sårinfektioner minskat från 2014 till 2015 men antalet är för litet och orsaken till infektionerna 2014 var inte tydlig så det är svårt att bedöma vad som är orsaken till minskningen. Vi kan se att implementeringen av katetervårdsrutinen börjar slå igenom på kunskapsbasis men har inte tillräckligt med underlag för att se om den har effekt ännu.

Region Örebro/Karlskoga: Karlskoga lasarett har inom olika områden nollvision t.ex. ingen patient som behandlas med urinkateter, kvarvarande eller intermittent kateterisering ska drabbas av VRI/UVI. Inga trycksår ska uppkomma under vårdtiden. Vi når inte riktigt ända fram. VRI (inklusive postoperativa sår och UVI) har inom regionen som mål att ligga under 5 procent. Karlskoga lasarett har beslutat sig för en tuffare målsättning lokalt. Vi når inte vårt mål men vi når det regionala, nationella målet.

Region Örebro/Karlskoga: Landstinget har startat en satsning för att motverka kateterrelaterade infektioner, UVI. Det finns en länsgemensam arbetsgrupp som reviderat det styrande dokumentet gällande katetervård och i höst startar utbildningar till alla som sätter kateter, både teoretisk och praktisk utbildning.

Region Östergötland/Motala: De skador/vårdskador som identifierats är VRI såsom clostridiuminfektioner, 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 clostridiuminfektioner som finns i verksamheten.

Region Östergötland/Motala: Handlingsplan VRI med utbildning riktad mot clostridium difficile. Via infektionsverktyget sett en minskning av clostridiuminfektioner. Medicinska specialistkliniken

Region Östergötland/Vrinnevi: PVK-projekt (perifer venkateter) där vi uppdaterat rutinen och gjort den känd hos medarbetarna och haft fokus på inspektion och fixering som var våra svagheter vid närmare granskning.

Infektionskliniken

Region Östergötland/Universitetssjukhuset i Linköping: 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/trakeostomi 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. Personalen upplever att patienterna inte har pneumonier i samma utsträckning som tidigare. Fortsatt granskning kommer att ske.

Region Östergötland/Universitetssjukhuset i Linköping: 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 och införande av en STRAMA-organisation.

Region Östergötland/Vrinnevi: Vid klinikgranskning som utförts under flera år har följande skadetyper identifierats: aspirationspneumonier i samband med kirurgi, sårrupturer, sårinfektioner och ventilatorassocierade pneumonier. 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.

Region Östergötland/Vrinnevi: Senaste rönen och befintliga rutiner ses över när det gäller de tre vanligaste vårdrelaterade infektionerna, UVI, postoperativa sårinfektioner samt pneumoni. Ortopedkliniken

Stockholm/Danderyd: Funnit bristande följsamhet till sjukhusövergripande PM avseende dokumentationen av kvarliggande KAD. 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. Njurmedicinska kliniken

Stockholm/Danderyd: 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. Ortopedkliniken

Stockholm/Danderyd: Tydligare struktur avseende dokumentation kring miktionsproblem behövs och 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. Rehabiliteringsmedicinska universitetssjukhuset

Stockholm/Karolinska Universitetssjukhuset: Infektioner har ökat när det gäller pacemakerinsättning. 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 kontroll istället för att uppsöka sin vårdcentral. Det har också bidragit till färre pacemakerinfektioner. Hjärtkliniken

Stockholm/Karolinska Universitetssjukhuset: Arbete med kvalitetsprocesser angående hygien med riktlinje för hantering av CVK (central venkateter). Flera

förbättringsområden har uppmärksammats som man kommer att arbeta vidare med såsom rutiner vid infarter, rutiner i medicinrummet, rutiner kring perifer venkateter hantering etc. Riktlinje för hantering av Centrala venkatetrar och ”körkort” för sjuksköterskor. 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. [Neurokirurgiska kliniken](#)

Stockholm/Karolinska Universitetssjukhuset: 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. Granskning med POSSUM/MAG* har även givit en tydlig överblick av klinikens komplikationspanorama och definierat infektion som den största orsaken till registrering av komplikation. [Ortopedkliniken](#)

Stockholm/Karolinska Universitetssjukhuset: Arbeta 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. [Thoraxkirurgiska kliniken](#)

Stockholm/Norrtälje: Månatliga BHK-mätningar. Fortlöpande informationsträffar med Vårdhygien. Medarbetarna har tagit del av Vårdhygiens webb-utbildning. BHK-mätningarnas resultat har förbättrats och man har fått en större medvetenhet vad gäller hygien. Ett område som också bör förbättras är hanteringen av urinkatetrar.

Stockholm/Södersjukhuset: På Södersjukhuset har arbetet fortsatt med satsning för att minska vårdrelaterade infektioner, då vi ser att det är den vanligaste vårdskadan. Under 2015 arbetade vi främst med förbättrad information om handhygien till patienter och närstående. Det har skett dels med en informationsfolder, men vi testar också olika sätt att ha information vid tvättställen om hur man gör rent praktiskt. Vi arbetar också med att ta fram rutiner för en städning som vårdpersonalen ansvarar för, eftersom städning lyfts fram som en av framgångsfaktorerna för att minska VRI.

Sörmland: 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. [Ortopedi](#)

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

Uppsala/Akademiska Universitetssjukhuset: Inventerat metoder för mätning av blåsöverfyllnad och identifierat problem. Utbildning i mätning är under

framtagning. Resultatet har varit en bidragande orsak till flertalet förbättringsprojekt till exempel åtgärder mot kateterrelaterade infektioner. Effekterna av utbildning i mätning av blåsfyllnad inte etablerade ännu. Fokus på frågan har dock ökat antalet mätningar. Kateterrelaterade infektioner har minskat.

VG-regionen/Alingsås: Minskad katetersättning genom att inte längre rutinmässigt sätta KAD på patienter som ska genomgå en protesoperation. Ortopedi

VG-regionen/NU: Vid postoperativa sårinfektioner kontroll över när antibiotikaproylax ges? Öka antalet tagna odlingar. Vid UVI i samband med KAD. Översyn av rutiner vid kateterläggning, pigtail etc. med förslag till mer skriftlig patientinformation.

VG-regionen/Sahlgrenska Universitetssjukhuset: Sänka frekvensen av postoperativa infektioner vid rena hudsnitt samt vid kombinerade hud- och slemhinnensnitt. Intensivvården

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

Värmland: Expertgrupp KAD har utarbetat projektdirektiv ”Kateter bara när det behövs”. Fokus på djupa protesinfektioner i 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 smittskydd-läkare 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.

Värmland: Sepsisutbildning har genomförts för personalen på sjukhusens akutmottagningar. Akutmottagningarna

Västerbotten/Lycksele: Förbättrade rutiner kring när det är relevant att urinkateter behöver sättas. Medicin-rehabiliteringskliniken

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

Västmanland: 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. Ortopedi

Kirurgiska skador/komplikationer

Blekinge: Granskning har bl. a resulterat i att alla journaler inom det granskade området ska innehålla tydliga ordinationer på smärtlindring, antibiotikaproylax,

trombosprofylax, 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. Ortopedi-, Rehabilitering och Anestesikliniken

Kalmar/Västervik: Pågående arbete med att förebygga skador såsom bristningar hos mödrar. Kvinnokliniken

Kronoberg/Växjö: I undervisningssyfte kommer vi att använda oss av en uppmärksam skada där sutur hade släppt och orsakat en blödning. Vikten av god suturteknik och komplett ifylld MUSE bedömning kommer att diskuteras inom kvinnokliniken olika yrkesprofessioner. Även en uppkommen skada på uretär kommer användas som exempel i undervisningssyfte. En åtgärd utifrån exemplen är att det är av stor vikt att vara två läkare vid hysterectomi-operationer. Vi kommer granska specifikt uttagna områden/diagnoser inom området hysterectomi och utifrån dessa värdera förekomsten av vårdskador. Kvinnokliniken

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

Region Skåne/Helsingborg: Postoperativa blödningar har uppmärksammats och under 2016 har man valt att granska utifrån specifikt urval: postoperativ blödning. Gynekologi

Region Skåne/Kristianstad: Arbete pågår att studera gynekologiska skador såsom laparotomi, prolaps, torsion och obstetrik; postoperativa blödningar, akut sectio och preklamsi. VO Obstetrik/gynekologi

Region Östergötland/Universitetssjukhuset i Linköping: Vid klinikgranskning som utförts under flera år har bl. a följande skadetyper identifierats; övervåtskning i samband med kirurgi, sårrupturer, skador i samband med trakeotomi/trakeostomi 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.

Region Östergötland/Universitetssjukhuset Linköping: Kirurgiska komplikationer stod för 26,8 procent av alla skador. Postpartumskador är en annan grupp. I höst ska vi ha utbildningsdagar bland annat om operationsförband. Mer fokus på information och egenvård till patienterna. Kvinnokliniken

Region Östergötland/Universitetssjukhuset Linköping: Postoperativ blödning, bedömdes bero på för tidig hemskrivning i övrigt inga uppenbara systemfel. Färre återinläggningar på grund av mindre postoperativa blödningar efter transuretral resektion av prostata (TUR-P). Urologkliniken

Region Östergötland/Vrinnevi: Vid klinikgranskning som utförts under flera år har olika vårdrelaterade infektioner uppmärksammats som är kopplat till kirurgi likaså övervåtskning i samband med kirurgi och skador i samband med

trakeotomi. Dessutom finns det förekomst av hypoglykemier, bristande dokumentation och inadekvat handläggning av trycksår för denna grupp patienter. Det ska göras en djupare analys av resultatet och förslag på åtgärder ska tas fram. 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 målstyrningstavlor samt på arbetsplatsträffar.

Region Östergötland/Vrinnevi: Vid granskning av höftfrakturpatienter framkommer tre fokusområden vid identifierade vårdskador vilka är: blåsoverfyllnad, akut konfusion samt preoperativ optimering. De två senare områdena har hamnat i fokus då dessa ofta ligger till grund för risk för andra vårdskador. En medvetenhet i arbetsgruppen som leder till ökad patientsäkerhet.

Ortopedkliniken

Stockholm/Karolinska Universitetssjukhuset: Arbetar med att ta fram kvalitetsindikatorer för reoperation efter postoperativa blödningar och infektion.

Neurokirurgiska kliniken

Stockholm/Karolinska Universitetssjukhuset: Förändringar av rutin gällande trombosprofylax vid bäckenkirurgi. Ortopedi

VG-regionen/NU-sjukvården: Översyn av klinikrutiner av trombos/emboli.

VG-regionen/Sahlgrenska Universitetssjukhuset: Aldrig skicka patienter med akut subduralhematom till hemortssjukhuset dag 1 efter operation vilket är ny rutin för att minska återinläggning r/t att eventuella postoperativa komplikationer, reblödning etc. kan upptäckas i tid. An/Op/IVA/NIVA

VG-regionen/Sahlgrenska Universitetssjukhuset: Bättre och snabbare handläggning av patienter med akut uretärsten. Sänka frekvensen av postoperativa infektioner vid rena hudsnitt samt vid kombinerade hud- och slemhinnesnitt.

Urologi

VG-regionen/Skaraborg: Djupare analys över varför perkutan nefrostomi (PNP-katetrar) ramlar ut. Urologi

Västernorrland/Sundsvall: Vanliga skador är reoperationer, blödning och vårdrelaterad infektion. Under året ändrades ingreppen från JDF11 Gastric Bypass till JDF97 Gastric sleeve. Efter ingreppsändringen till Gastric sleeve minskade komplikationerna och även besöken till akutmottagningen samt telefonförfrågningarna av olika karaktär. Kirurgkliniken

Västmanland/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
2. Adekvat farmakologisk behandling, protonpumphämmare iv. i högdos vid behandlingskrävande blödning.
3. Adekvat endoskopisk behandling, Forrest I. II a och II b. Behandling med minst 2 olika teknik och minst en skopi. Kirurgkliniken

Läkemedelsrelaterade skador

Blekinge: Minst två gånger årligen ska smärtombuden erbjudas smärtutbildning med fokus på hur validerade smärtskattningsinstrument ska användas, samt på icke-farmakologisk smärtlindring. Läkemedelskommittén och Strama genomför kontinuerliga informationsinsatser kring läkemedel och antibiotika. Även två

kliniska farmaceuter har anställts för att utbilda, informera och stödja verksamheter inom klinisk farmaci.

Dalarna/ Mora lasarett: En större ökning av de läkemedelsrelaterade vårdskadorna har skett 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 har också skett mot vårt avvikelshanteringssystem samt diskussion med läkemedelsavdelningen för att vi sedan ska veta vad och hur vi ska gå vidare. Chefläkare ingår i arbetet. Fokus kommer att riktas mot specifik journalgranskning gällande läkemedel och läkemedelsfel i vårdens övergångar inklusive journalföring av aktuella läkemedel. Arbetsgruppen har skrivit en rapport där man identifierat 10 olika IT system som används för läkemedelshantering. Åtgärder har föreslagits. Medicin-, geriatrik- och rehabiliteringsklinik

Jämtland/Östersund: Det finns en allmänläkare på avdelningen som har hand om de mest sjuka äldre patienterna och genomför läkemedelsgenomgångar. Område Ortopedi

Norrbottnen: Ett pilotprojekt ”läkemedelsavstämning och korrekt läkemedelslista vid hemgång” har genomförts med gott resultat. Syftet var att kvalitetssäkra läkemedelsprocessen. Sjuksköterska ansvarar tillsammans med stöd av apotekare, 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. VO Ortopedi

Region 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 journal-systemet har sökorden ”Läkemedelsberättelse” och ”Läkemedelsförändring” lagts till.

Region Jönköping/Ryhov: 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. Vi har förutom journalgranskning också utgått från det nationella registret ”Riks Svikt” 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. Medicinkliniken

Region Skåne/Trelleborg: Patienter insatta på Brilique tillsammans med annat trombocythämmande läkemedel söker vård p.g.a. gastrointestinal blödning. En rutin för rapportering till Läkemedelsverket har utarbetats. Man har också upptäckt brist i dokumentationen vid läkemedelspåverkan (andningsdepression i samband med opiater) och har därför arbetat med förbättring av rutiner kring dokumentationen. Vi planerar att göra en riktad granskning på patienter med dubbeltrombocythämmande läkemedel.

Region Skåne/Ystad: Utbildningsinsatser för läkare och sjuksköterskor kring läkemedelshantering. Medicinkliniken

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 2015.

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

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

Stockholm/Karolinska Universitetssjukhuset: För att motverka läkemedelsrelaterade skador genomförs punktprevalensmätningar 2 ggr/år angående läkemedelshantering 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 läkemedelshanteringens säkrare.

Införa ny rutin i medicinrummet med att separera olika insulintyper och 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. Reumatologkliniken

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 t.ex. 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. Detta gäller för samtliga kliniker inom slutenvården.

Sörmland/Kullbergsska sjukhuset: Regelbundet genomförs 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. Medicinkliniken

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. Planerad anställning av sjuksköterska med patientsäkerhetsansvar. Utbildning i läkemedelshanteringssystem för läkare. Översyn av regler och rutiner kring läkemedelshantering. Ökad kunskap av hur tidigare ordinationer av läkemedel hämtas samt hur läkemedel ordinerar vid utskrivning.

VG-regionen/Sahlgrenska Universitetssjukhuset: Under 2013 och 2014 har många vårdtillfällen identifierats med dålig kontroll av Waranbehandling där högt PK har varit orsak till inläggning. Detta ska granskas vidare. Medicinkliniken

VG-regionen/Skaraborg: Arbetet med utskrivningsinformation inklusive läkemedel har intensifierats. Från och med 2016 skriver analysteamet avvikelser på funna vårdskador i Med Control Pro då få identifierade vårdskador sällan finns registrerade. Patientsäkerhetsmallarna används mer frekvent. Utskrivningsinformation med läkemedelsberättelse skrivs i större utsträckning. De som hittills skrivits under 2016 har handlagts och åtgärdats av verksamheterna. Västra

Götalandsregionen, Skaraborgs sjukhus (Skövde, Falköping, Mariestad, Lidköping)

Västerbotten/Norrlands Universitetssjukhus: Möjliga förbättringsområden som uppmärksammas genom frågeställningarna: 1) Följs vikt för att uppmärksamma viktnedgångar som orsakar orkeslöshet och fall vid långa behandlingar? 2) Premedicineras patienterna optimalt vid cellgift- och strålbehandling?
Umeå, Cancercentrum

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

Västernorrland: Ett flertal frågeställningar har framkommit vid MJG som tagits upp till diskussion med respektive verksamhetschef, t.ex. antikoagulantia-behandling hos onkologiska patienter med CVK eller PAC*, inklusive att frågan gått till SBU:s upplysningstjänst. Journalgranskning har använts för kontroller av antikoagulantia-behandling inför införande i kvalitetsregister.

Blåsöverfyllnad

Blekinge: Övergripande rutiner och vårdprogram finns upprättade. Utbildning kring överfyllda blåsor och vårdrelaterade urinvägsinfektioner har genomförts av uroterapeut och av en inbjuden patient som drabbats av blåsöverfyllnad.

Gotland/Visby sjukhus: Sjuksköterskor har genomfört ett förbättringsarbete så att rutiner för blåstömning ändrats på operation. Postoperativa enheten

Jämtland/Östersund: Hela regionen arbetar med att förbättra arbetet med blåsöverfyllnad. Ett uppdrag där olika aktiviteter för att förhindra blåsöverfyllnad har utarbetats. Aktiviteterna har bestått av föreläsning av Eva Joelsson-Alm vid två olika tillfällen. Vidare har vi haft kampanjveckor och utdelning av affischer med ”slagord”. Vi har också utarbetat utbildningsmaterial i form av en powerpointpresentation innehållande olika frågor för diskussion som presenterats på arbetsplatsträffar och planeringsdagar. Uppföljning av förbättringsarbetet sker därefter genom markörbaserad journalgranskning och via avvikelserapporter.

Jämtland/Östersund: Lokalt på ortopedavdelningen har vi ändrat arbetsrutiner och ska fortsätta det arbetet till hösten. Rutiner ses över och journalgranskning görs för att kunna se processer hos den enskilde patienten. Område Ortopedi

Kronoberg: Har identifierat generella och specifika riskfaktorer för urinretention och utifrån det skapat rutiner för bladderscanning före anestesistart samt vid ankomst till uppvakningsavdelning. Rutiner för mätning av urinmängder samt åtgärder före anestesistart, under pågående operation och efter operation har också upprättats. En riktlinje ”Övervakning av urinblåsa i samband med operation – vuxna patienter” är utarbetad. Innehållet överensstämmer med medicinska riktlinjer och vårdhandboken och riktlinjen finns tillgänglig på sjukhusets interna hemsida. Kirurgicentrum/operation/anestesi-kliniken

Kronoberg/Växjö lasarett: Ökad medvetenhet och kunskap kring blåsöverfyllnad. Bytt ut riktlinjer. Ingen blåsöverfyllnad har uppmärksamats vid efterföljande markörbaserad journalgranskning. Förlossningsavdelningen KK

Region Gävleborg: Vi har arbetat fram en tydlig checklista för blåsövervakning av patienter som opereras. Schemat innehåller specifika kontroller som ska utföras före-, under- och efter operation. Patienter som efter operation i urinvägarna har blåsövervakning vilket innefattas av kontroll av blåsfyllnad och urinmängder har färre undvikbara skador. Region Gävleborg, Operation/postop

Region Gävleborg: Rutin för blåsovervakning i samband med operation. Ser inga avvikelser nu gällande blåsovertänjning. Gävle och Hudiksvall, Kirurgi

Region Jönköping/Ryhov: Ökade kunskaper om skador vid överfylld blåsa har lett till bättre följsamhet till riktlinjer. Operations- och intensivvårdskliniken

Region Jönköping/Värnamo: Rutin kring blåsoverfyllnad aktualiseras med jämna mellanrum, skriftlig rutin finns sedan många år tillbaka. Utbildning i dokumentationen angående risk för blåsoverfyllnad har genomförts. Medicin- och geriatrikklíniken

Region Skåne/Skånes Universitetssjukhus: Föreläsning om prevention av överfylld urinblåsa där bl.a. Eva Joelsson Alm (intensivvårdssjuksköterska, med.dr.) från Karolinska Institutet och arbetande vid Södersjukhuset som forskat om just blåsoverfyllnad medverkade. Föreläsningen filmades och finns att ta del av på den interna hemsidan på sjukhuset.

Region Skåne/Skånes Universitetssjukhus: Ny rutin för preoperativ bladder-scan (bedömning av residualurin) inför operationer av subduralhematom och hydrocefalus har införts. VO Neurokirurgi

Region Örebro/Lindesbergs lasarett: Kliniskt Träningssentrum har drivit ett stort sjukhusövergripande arbete inom området blåsovervakning och en bladder-scan har köpts in till en av vårdavdelningarna som saknade sådan. Vi hade före interventionen hög förekomst av blåsoverfyllnad (32procent!). Efter interventionen 2015 har den förekomsten minskat till 9 procent på sjukhusnivå. Vi har nu god kunskap om var riskpatienterna finns och arbetar mycket aktivt med frågan.

Region Örebro/Lindesbergs lasarett: Ett omfattande arbete pågår där bl. a. rutiner vid obesitasoperationer revideras. En bladder-scan har även köpts till akutmottagningen som tidigare behövde låna sådan. Två medarbetare från lasarettet kommer att presentera en poster som belyser avsaknad av dokumentation av blåsoverfyllnad och yngre patienter på patientsäkerhetskonferensen i höst 2016. Planen är att också försöka få en jämförande undersökning publicerad.

Region Örebro/Universitetssjukhuset 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. Tidigare arbete utifrån granskningarna år 2013 då vi noterade hög andel blåsoverfyllnad inom förlossningsvården har gett resultat.

Region Östergötland/Universitetssjukhuset Linköping: Information och utbildning angående blåsoverfyllnad har lett till mindre rapporterade fall av blåsoverfyllnad. Urologkliniken

Region 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 regionen.

Region Östergötland/Vrinnevi: Ny rutin infördes med tydligare bladder-scan-kontroller, bl. a. preoperativt samt varannan timme tills miktionskommit igång. Det är idag inte lika vanligt med blåsoverfyllnad >400 ml. Ortopedkliniken

Stockholm/Karolinska Universitetssjukhuset: Föreläsning i miktionsövervakning och tydlig rutin för scanning av urinblåsa. Bättre kommunikation med operation angående detta. Patienterna är oftare urinscannade efter miktions på postoperativa enheten. Bättre kunskap inom personalgruppen om riskerna med överfylld blåsa. Öron-Näs-Halskliniken Solna

Stockholm/Norrtälje sjukhus: Rutin har 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 journalsystemet har blivit mer regelmässig och antalet överfyllda blåsor har minskat.

Stockholm/Södersjukhuset: Rutiner har förändrats inom några verksamhetsområden avseende blåsoverfyllnad på grund av förekomst av övertänjd urinblåsa.

Uppsala/Enköping: Upptäckt av överfyllda urinblåsor postoperativt har föranlett förbättringsarbete på operation med inköp av bladderscan samt skapat rutiner för bladderscan pre-, per- och postoperativt och rutiner för KAD-sättning och tappning har reviderats. Operation

Värmland/Arvika: Utbildning till vårdpersonalen av uroterapeut vid upprepade tillfällen med effekt att blåsoverfyllnad och urinvägsinfektioner minskade hos patienterna. Medicinklinik, Kirurgklinik

Värmland/Torsby: Större fokus på bladderscankontroller. Landstinget har arbetat fram en ny rutin. För tidigt att utvärdera. Vid journalgranskningar under 2016 hoppas vi ska visa lägre siffror för blåsoverfyllnad. Kirurgkliniken

Västerbotten/Lycksele: Riktlinjer kring bladderkontroll och blåstappning på inneliggande patienter. Medicin-rehabiliteringskliniken

Trycksår

Blekinge: En handlingsplan för hur sjukhuset ska arbeta för att minska tryckskador har utarbetats. Alla vuxenvårdsavdelningar ska arbeta preventivt för att minska tryckskador hos patienterna. Minst 75 procent av alla patienter ≥ 65 år som vårdas ≥ 24 h vid sjukhuset ska riskbedömas med hjälp av slutenvårdsplan (SVP). Risk, åtgärder samt utvärdering ska överrapporteras till efterföljande vårdgivare inom kommun och primärvård och/eller patient (närstående). Uppföljning genom journalgranskningar och "bedsideundersökningar" 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.

Fördjupade SVP-utbildningar till all vårdpersonal erbjuds minst två gånger/år (vår + höst). Utbildning i riskbedömningar erbjuds också två gånger om året till nyutexaminerade sjuksköterskor inom ramen för Introduktionsprogrammet. Målsättningen är att öka det preventiva arbetet för att förhindra tryckskada i hela slutenvårdskedjan.

Minst 80 procent av alla patienter med risk för tryckskada (Norton ≤ 20), eller som har tryckskada (kategori 1-4) ska få minst två åtgärder enl. SVP. Ordinerade åtgärder och uppföljning av ordinerade åtgärder sker i SVP samt i Omvårdnadsstatus. Risk, åtgärder samt utvärdering ska överrapporteras till efterföljande vårdgivare inom kommun och primärvård och/eller patient (närstående). Patienter med risk för tryckskada (Norton ≤ 20) eller som har tryckskada (kategori 1-4) ska bedömas av arbetsterapeut. För de vårdavdelningar som inte har s.k. "Puls rond" med deltagande arbetsterapeut ska risk för tryckskada (Norton ≤ 20), eller befintlig tryckskada (kategori 1-4) överrapporteras genom att ansvarig sjuksköterska/undersköterska skriver ut sammanfattningen av SVP och lägger denna i en korg märkt fysioterapeut/ arbetsterapeut. Arbetsterapeut kontaktas när en riskpatient har identifierats.

Alla avdelningar ska ha minst ett sårombud. Sårombudet ska, tillsammans med avdelningschefen, arbeta fram förbättrade rutiner för att minska antalet trycksador. Sårombudets arbetsbeskrivning finns angivna i sjukhusets PM för trycksårsprevention.

Avvikelserapportering för trycksador ska öka. Trycksador kategori 2-4 ska rapporteras som en vårdskada i avvikelshanteringssystemet. Både omvårdnadspersonal och paramedicinsk personal arbetar numera mycket mer aktivt och strukturerat för att förhindra dessa vårdskador. Andelen riskbedömda patienter \geq 65 år har månatligen mätts sedan år 2013 och har stadigt ökat. Vid identifierad risk ska patienter ordinerade evidensbaserade åtgärder enligt SVP för att förhindra att patienten ska utveckla tryckskada. Utförda riskbedömningar och ordinerade åtgärder vid identifierad risk anses ligga till grund för den positiva utvecklingen i frekvensen trycksador vid sjukhuset som kan ses efter PPM.

Dalarna: Trycksåren ökar och där fortsätter det riskförebyggande arbetet vi redan påbörjat. Den ökning vi 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 klinikinivå.

Region 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.

Region Gävleborg: Långsiktigt och systematiskt arbete för implementering av evidensbaserad trycksårsprevention utifrån upprättade handlingsplaner pågår inom regionen.

Region Gävleborg/Gävle: Hjälpmedel har införskaffats. Ansvarig sjuksköterska utbildar och mäter varje månad. Trycksårsfrekvensen minskat. Personalen mer medveten om förebyggande av trycksår. Onkologi

Halland: Under 2014 har ansvariga för trycksår utsetts och utbildats på alla enheter på Hallands sjukhus. Analys av resultatet har gjorts från årets mätning för att se hur många av trycksåren som uppkommit under vårdtiden på Hallands Sjukhus. 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.

Jämtland/Östersund: Upprättat en vårdpreventionsgrupp som arbetar med bl. a trycksårsprofylax. Vi riskbedömer även alla patienter som är 70 år eller äldre (Senior alert). Rutiner ses över och journalgranskning görs för att kunna gå in och se processer hos den enskilde patienten. Område Ortopedi

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

Kalmar/Västervik: Aktivt arbete med Senior Alert och då framförallt med åtgärder. Vi är bäst på att undvika trycksår i Sverige enligt senaste nationella punktprevalensmätningen VT 2016.

Norrbottnen: Genomfört 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. Enkätsvaren ska 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 dubbeldokumentation 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.

Norrbottnen/Piteå: För att förebygga trycksår har utbildning till samtlig personal erbjudits. Introduktion till nyanställda och vikarier har samordnats. Vårdavdelningarna har bytt ut sina madrasser till förebyggande madrasser i samtliga sängar. Förändrar dokumentation av riskbedömningar och insatta åtgärder samt informationsöverföring till nästa vårdnivå. Lägre förekomst av trycksår vid punktprevalensmätning av trycksår. [Piteå sjukhus](#)

Norrbottnen/Sunderby: Att förebygga trycksår är ett av fokusområdena för Läns- och Närsjukvården sedan 2014. Nätverk med medarbetare har fått en kompetensdag med fokus på förebyggande arbete. Under mars 2015 byttes alla madrasser ut till förebyggande madrasser. Verksamhetsutvecklaren har haft dialog om riskbedömning på kirurgavdelningarna. Effekten av detta är att fler patienter på dessa avdelningar har blivit riskbedömda. Målen i landstingets handlingsplan för trycksår har följts kontinuerligt under året via en förenklad journalgranskning som genomförts i maj, september och i december. Resultatet har redovisat på länssjukvårdens hemsida under resultat och uppföljning. En journalgranskning av personer med trycksår kommer att göras i syfte att ta reda på orsaken till att så många patienter har trycksår inom kategori 2. Dialog om strategier för att förebygga trycksår kommer att ske med vårdcheferna.

Region Skåne: Akuta höftoperationer och trycksårsresultat har lett till att användandet av glidlakan har upphört då det fanns en misstanke om att lakanen ökade sjukrisken och bidrog till trycksårsuppkomst. Inköp av madrasser och tidigt påbörjande av lägesändringar. [VO Ortopedi](#)

Region Skåne/Helsingborg: Planerar att arbeta ännu mer med mätning, journalgranskning och utbildning gällande trycksår. Ingen utvärdering är gjord ännu. [Kirurgi och Urologi](#)

Region Skåne/Helsingborg: Förbättrade rutiner samt information om riskbedömningar och vårdplaner. Under det sista kvartalet hittades färre nytillkomna trycksår. I oktober hittades inget nytillkommet trycksår. [Ortopedi](#)

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.

Region Skåne/Ängelholm: Utifrån resultatet av 2014 års granskning då den vanligaste vårdskadan var trycksår, vilket utgjorde 62 procent av uppmätta vårdskador vid markörbaserad journalgranskning har stort fokus varit på att minska risken för trycksår. Utbildningar har skett och särskilt fokus på kampen mot trycksår har bedrivits på arbetsplatsträffar och i olika chefsforum. Beslut

har fattats och implementering påbörjats vad gäller inköp av trycksårspåbyggande madrasser. Mycket glädjande har också andel trycksår som del av vårdskador minskat till 25 procent, dvs. mer än halverats under granskningstiden 2015. VO Medicin

Region Örebro/Karlskoga: Vi arbetar kontinuerligt med trycksårspåbyggning. Detta arbete drivs inom konceptet förflyttningsskapat, där vi fördjupat avsnittet utbildning om trycksår och påbyggning. En riskanalys har startats i slutet av 2015 gällande risk för att trycksår uppstår från det patient anländer till det patient skrivs ut. Analysen har avslutats under våren och flera åtgärder har identifierats.

Region Örebro/Örebro Universitetssjukhus: Angående trycksår och fall pågår preventivt arbete och registrering i Senior Alert. Fortsatt användning av bedömningsinstrument för identifiering av riskpatienter och utbildning av berörda medarbetare gällande riskbedömningar och åtgärder.

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

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

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

Stockholm/Södersjukhuset: Vi har arbetat aktivt med att minska trycksåren. Under 2015 har vårdutvecklarna besökt sina avdelningar samma dag som punktprevalensmätningarna gjorts. Det har blivit lärorika diskussioner kring avdelningens resultat t.ex. fanns det mer som hade kunnat göras för att förebygga trycksåren hos de patienter som hade trycksår den aktuella dagen? Besöken har också identifierat förbättringsområden t.ex. har en förteckning med bilder på olika hjälpmedel för härlavlastning tagits fram, då vi såg att det var eftersatt.

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 trycksårsmadrasser och hälskydd.

Sörmland/Kullbergssjukhus/Nyköpings sjukhus: Det har gjorts en kartläggning av trycksårarbetet i landstinget. Ett beslut om att utarbeta riktlinjer för trycksårarbetet och att bilda ett trycksårsnätverk har tagits av Hälso- och sjukvårdsledningen.

VG-regionen/Karlskoga: Inom trycksår kan vi se en bristande dokumentation gällande lägesändringsschema. Vi har genomfört ett första steg för att komma åt detta genom att göra en oanmäld granskning på slutenvårdsavdelningarna där vi noterade hur många lägesändringsscheman 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/Sahlgrenska Universitetssjukhuset: 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. Med/Geriatrik/Akutmottagning Östra

VG-regionen/Skaraborg: Det finns etablerade rutiner för att förebygga och undvika trycksår, dessa uppdateras kontinuerligt. Pågående avdelningsprocess där övergripande och specifika frågor hanteras. För tidigt att utvärdera. Kontinuerligt arbete. Skövde, Öron

Värmland: Upphandling av trycksårsavlastande madrasser.

Värmland/Arvika: En trycksårsgrupp har bildas som gör ytterligare journalgranskning. Kirurgiklinik

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. 75 procent av nyanställda undersköterskor och sjuksköterskor ska genomgått grundläggande utbildning i trycksårsprevention och förflyttningskunskap med start hösten 2014. 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 dubbel-dokumentation.

Västmanland/Köping: 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. Medicinkliniken

Västmanland/ Västmanlands sjukhus: Arbetat med trycksår (handlingsplan) och utbildningsinsatser vilket lett till minskad andel trycksår kategori 3-4. Västerås, Köping och Sala

Fall

Blekinge: En handlingsplan för hur sjukhuset ska arbeta för att minska fall, nutrition och tryckskada har utarbetats. Alla avdelningar på sjukhuset ska ha minst ett fallombud som, tillsammans med avdelningschefen, ska arbeta fram förbättringar för att minska antalet fall. Alla patienter 65 år och äldre, som kommer till

akutmottagningen ska tillfrågas om de har fallit under det senaste året. Fallrisk ska dokumenteras i akutjournal och rapporteras till mottagande vårdavdelningen.

Jämtland/Östersund: Alla avvikelser som involverar fallhändelser skickas till specialistsjuksköterska som journalgranskar och för statistik och återför till medarbetare på arbetsplatsträffar. Område Ortopedi

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

Kronoberg: Notera om konfusion föreligger vid ankomst till sjukhuset, vilket i sin tur kan orsaka fallskada med fraktur. Ett arbete pågår med att ta fram en plan för hur man identifierar detta vid inskrivning av patient på akutmottagning.

Kirurgicentrum/Ortopedkliniken/Akutgeriatriska kliniken

Region Gävleborg: Identifierade patienter med fallrisk ges antihalksockor. Behov av teambedömning av fallrisk och utvecklade insatser av arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Fallskaderapport i samband med fall. Kort KAD-påse nattetid till förvirrade patienter för att undvika fall. Risk, åtgärder samt utvärdering ska överrapporteras till efterföljande vårdgivare inom kommun och primärvård och/eller patient (närstående). Öka förståelsen bland personalen om vikten av att arbeta systematiskt med riskbedömning av de mest sjuka äldre. Fördjupade utbildningar till all vårdpersonal erbjuds minst två gånger/år (vår + höst). Utbildning i riskbedömningar erbjuds också två gånger om året till nyutexaminerade sjuksköterskor inom ramen för introduktionsprogrammet. Ansvarig sjuksköterska mäter varje månad och utbildar. Minst 80 procent av alla patienter med risk för fall (Downton ≥ 3) ska få minst två åtgärder enligt slutenvårdsplan. Patienter med risk för fall (Downton ≥ 3) ska bedömas av sjukgymnast/arbetsterapeut. Alla patienter (≥ 65 år) som kommer till akutmottagningarna ska tillfrågas om de har fallit under det senaste året. Fallrisk ska dokumenteras i akutjournal och rapporteras till mottagande vårdavdelning.

Region Gävleborg/Gävle och Hudiksvalls sjukhus: Inköp av halksockor och förbättrad belysning. Upplevelsen är att fallen minskat. Fallskador rapporteras i allt högre utsträckning som avvikelse i det elektroniska avvikelssystemet vilket möjliggör bättre uppföljningar av genomförda åtgärder. Journalgranskningar av de patienter som fallit på vårdavdelning är genomförd inom två verksamhetsområden.

Region Gävleborg/Gävle och Hudiksvalls sjukhus: Patienter över 75 år har något större fallrisk och det arbetar vi med nu i ett projekt där patienter med fallrisk får antihalksockor, och ljusen på toaletten tänds och släcks med sensorer. Vi har även infört rörelsemattor på golvet som känner av om patienten stiger upp ur sängen på natten. Ortopedi

Region Skåne/Helsingborg: Förbättrad dokumentation av riskbedömningar, vårdplaner, och omvårdnadsepikris. Utarbeta rutiner så att upprepade fall inte förekommer trots att preventiva insatser har genomförts. Diskussion om komfortronder i syfte att minimera risken för falltillbud. VO Specialiserad medicin

Region Skåne/Kristianstad: Riskbedömning avseende fallrisk görs på alla patienter. VO Specialiserad Medicin och Infektion

Region Skåne/Trelleborgs lasarett: Diskussion pågår på arbetsplatsträffar om införande av någon form av regelbundna "omvårdnadsronder" för att tillgodose behov innan de blir "akuta". Genomgång av hur riskbedömningar kan göras så enkelt som möjligt och genomförande av fallprevention.

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 Örebro/Karlskoga: Resultaten används som fallbeskrivningar i olika utbildningar liksom 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 att vi kan prioritera 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.

Region Örebro/ Örebro Universitetssjukhus: Angående fall pågår preventivt arbete och registrering i Senior Alert. Fortsatt användning av bedömningsinstrument för identifiering av riskpatienter och utbildning av berörda medarbetare gällande riskbedömningar och åtgärder.

Stockholm/Danderyd: Fallprojektet har medfört en omvärldsbevakning där forskning om ”omvårdnadsrond” har visats kunna förebygga fall. Detta kommer att testas. Teamträffarna som hålls dagligen på vårdavdelningen utökas till att även innehålla omvårdnadsfrågor.

Stockholm/Karolinska Universitetssjukhuset: Riktade utbildningar för den enskilda sjuksköterskan i att skriva aktivitetsplaner med åtgärder för att förebygga fall. [Hjärtkliniken](#)

VG-regionen/Sahlgrenska Universitetssjukhuset: Följsamheten till Sveriges kommuner och landstings rekommenderade 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 har genomförts där medarbetarna bland annat deltagit i en tävling som gick ut på att utföra mini-quiz, balansövningar samt bidra med förbättringsidéer på en innovations-tavla. [Östra sjukhuset, Medicin/Geriatrik/Akut-mottagning](#)

Svikt i vitala funktioner

Region Jönköping: Få patienter är NYHA* klassificerade vilket är 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.

Region Jönköping: Lyfter fram specifika fall som har hittats under granskningen och diskuterar dessa med läkargruppen under s.k. mortalitets- och morbiditetsluncher. [Kirurgi](#)

Region Jönköping/Ryhov: Granskning av avlidna patienter på Intensivvårdsavdelningen. Det är nyligen påbörjat arbete och för tidigt att dra slutsatser. [Operations- och intensivvårdskliniken](#)

Region Skåne/Helsingborg: Noterat att dokumentationen av vitalparametrar och uppföljning av dessa är bristfällig vid flera av vårdtillfällena. Planerar förbättringsåtgärder när det gäller dokumentation och uppföljning av vitalparametrar. [Barn och Ungdom](#)

Region Skåne/Skånes Universitetssjukhus: 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. VO Intensiv och perioperativ vård, Lund

Region Skåne/Ängelholm: Granskningen sker för att följa hur många patienter, som blir försämrade efter inläggning, så att de behöver flytta till högre vårdnivå (akutsjukhus). Införande av MEWS. Utbildning och uppföljning med redovisning av resultatet av utökad journalgranskning vid arbetsplatsträffar och interntutbildning. Under året ses en trend mot minskat behov av akuta flyttar av patienter från Hälsostaden till högre vårdnivå. Särskilt påtaglig är denna trend efter införandet av MEWS. VO Medicin

Region Örebro/Karlskoga: 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 utbildningen 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 starta våren 2015. Resultat; av de hjärtstopp som inträffat hittills i år har vi inte kunnat hitta några skador. HLR-situationerna har fungerat. Medicin/geriatrik

Region Örebro/Karlskoga: Vi har valt att granska inträffade hjärtstopp och dessa har hämtats från hjärtstoppregistret. Scenario och teamträning har införts och utvecklats och pågår kontinuerligt. Vi utbildar i ProAct för undersköterskor, sjuksköterskor och läkare vilket bidrar till bättre samarbete vid hjärtstoppssituationerna. Personalen har fått mer tydlighet i sin roll vid hjärtstopp vilket säkerställer att HLR-situationen utförs enligt riktlinjer. Syftet med ProAct-utbildningen är bl. a att ge kunskap för att tidigare kunna upptäcka att en patient är på väg att bli sämre och därmed förhoppningsvis kunna undvika eventuellt hjärtstopp. Utbildningen startade hösten 2015 och pågår och är ännu inte utvärderad. Utvecklingsenheten

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

Region Örebro/Lindesberg: Efter granskning av alla registrerade hjärtstopp på sjukhuset har samtliga fall diskuterats i chefsgrupp och övergripande HLR-grupp för lärande och korrigering av rutiner. Fortlöpande granskning av hjärtstoppen görs för att förbättra det kliniska omhändertagandet. Ingen mätbar effekt har dock kunnat identifieras.

Region Örebro/Lindesberg: Vid flera vårdtillfällen hade hjärtstoppet kunnat förhindras om övervakning enligt ALERT/ProAct hade tillämpats enligt klinikkens riktlinjer. ALERT-konceptet ersätts nu av ProAct och en utbildningsinsats pågår. Granskning av hjärtstoppen under 2015 pågår. Ortopedkirurgiska kliniken

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

Region Östergötland/Universitetssjukhuset Linköping: Svikt i vitala funktioner inklusive hjärtstopp. Läkemedelsrelaterad skada. Infektion. Förändrad tubfixeringsmetod Simuleringsövningar vid akuta respiratoriska komplikationer

i läkargruppen. Nytt sederings-PM utformat. Mätning av RASS och NuDesc* fortlöpande över dygnet. Nytt PM för glucoskontroll. Protektiv omvårdnad utifrån rekommendationer. 1 av 10 vårdskadetyper har reducerats tydligt. Intensivvårdsavdelningen

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

Stockholm/ Karolinska Universitetssjukhuset: 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 Universitetssjukhuset i diskussioner om hur hjärtstopp kan förebyggas på vårdavdelningar t.ex. genom att man på ett systematiskt sätt kontrollerar vitala funktioner. ANOPIVA

Stockholm/ Karolinska Universitetssjukhuset: Vi har under granskningen funnit att ett stort antal mycket sjuka patienter med flera co-morbiditeter inte planerats för vård och övervakning över natten på postoperativa avdelningen. Förbättringsmöjligheter som vi kan identifiera består i bl.a. behov av MEWS pre- och postoperativt. Förbättrad kommunikation på operationskonferenserna där patientens hela postoperativa vård inklusive omvårdnadsbehov tas i beaktande. MEWS har införts över hela sjukhuset. Planering av postoperativ vård ingår i operationsplaneringen. CIVA Solna

Stockholm/Karolinska Universitetssjukhuset: Gastrocentrum (klinik) har ett utbyte och samarbete med den prehospitla 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 klinikknivå. Gastrocentrum

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

Sörmland: Uppföljning av triageringen vid akutmottagningen 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. Akutmottagning

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

Hud- och yttlig kärlskada

Region Skåne/Hässleholm/Kristianstad/Ystad: Lokal punktprevalensmätning PVK genomfördes hösten 2015. Framtaget utbildningspaket angående PVK och PVK användning. Effekterna kommer att granskas genom ny lokal punktprevalensmätning PVK maj 2016.

Region Skåne/Kristianstad: PVK relaterad sepsis. Regelbundna PVK kontroller. PVK hanteringen har förbättrats i det avseende att vi inte har så många "onödiga" PVK som inte används och inte så mycket tromboflebiter då vi oftare sätter nålfri port till PVK:n och inför på vissa ställen s.k. skorstensfri PVK.

Spritindränkta hattar sätts på porten på de centralvenösa infarterna. VO Specialiserad Medicin

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

Region Östergötland/Motala: Genomför punktprevalensmätning av tromboflebit. Har ett PM med checklista beträffande tromboflebit. Medicinska specialistkliniken

Region Östergötland/Vrinnevi: Tromboflebit förekommer vilket föranlett ett PVK-projekt där vi uppdaterat rutinen och gjort den känd hos medarbetarna. Vi har haft fokus på inspektion och fixering som var våra svagheter vid närmare granskning. Ska utvärderas innan sommaren i år så effekterna har vi inte sett ännu. Infektionskliniken

Stockholm/Karolinska Universitetssjukhuset: Pågående förbättringsarbete av handhavande av perifer venkateter på kliniken. Ett abstrakt/poster angående förbättringsarbetet är accepterad till Nationella patientsäkerhetskonferensen 2016. Personalen får återkoppling efter varje mätning och samtidigt upprepas rutinerna kring både aktivitetsplaner och perifera venkatetrar. Vi ser att det är nödvändigt att uppdatera sig regelbundet. Hjärtkliniken

Stockholm/Karolinska Universitetssjukhuset: 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. Reumatologkliniken

Värmland/Arvika: Tromboflebit. Utbildning av personal. Förbättring har skett. Medicinkliniken

Nutritionsproblem

Blekinge: Det finns ett sjukhusövergripande vårdprogram där målsättningen är att inga patienter ska ofrivilligt minska i vikt. I vårdprogrammet ingår flera olika åtgärder. Riskbedömning dokumenteras med hjälp av slutenvårdsplan (SVP). Dietistbedömning ska även göras vid återgång till hemmet vid utskrivning om MNA* är ≤ 8 . Detsamma gäller för de patienter som ofrivilligt minskat i vikt trots preventiva åtgärder. Aktuell vikt, sammanställd och energiberäknad mat- och vätskeregistrering dokumenteras i journalens rapportvärden.

Alla avdelningar ska ha minst ett ombud för undernäring som tillsammans med avdelningschef ska fastställa hur stort problemet med ofrivillig viktnedgång är och därefter arbeta fram förbättrade rutiner för att förhindra att patienter ofrivilligt minskar i vikt. Risk, åtgärder samt utvärdering ska överrapporteras till efterföljande vårdgivare inom kommun och primärvård och/eller patient (närstående). Fördjupade SVP-utbildningar till all vårdpersonal erbjuds minst två gånger/år. Utbildning i riskbedömningar ges två gånger om året till nyutexaminerade sjuksköterskor inom ramen för Introduktionsprogrammet. Efter önskemål kan utbildning och stöd i riskbedömning även ske på avdelningen. Samverkan sker med anestesi- och akutkliniken i preventivt syfte för att förhindra ofrivillig viktnedgång i hela slutenvårdskedjan.

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

VG-regionen/Karlskoga: Inom nutrition kan vi se en bristande dokumentation gällande 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 nutritions- scheman som var utlagda. Nästa steg blir att journalgranska och koppla ihop resultaten på hur många vid detta tillfälle som hade nutritionsschema som dokumenterad åtgärd. Tanken är att förnya kunskapen och värdet av detta. Utbildningsinsatser kommer också anordnas.

VG-regionen/Sahlgrenska Universitetssjukhuset: Förbättra patient-informationen till patienter som har fått en PEG. Bättre rutiner för uppföljning efter PEG-insättning avseende nutrition och skötsel av PEG. Öron-näsa-hals-kliniken

Västerbotten/Norrlands Universitetssjukhus: Nutritionsstatus för äldre patienter med frakturer (speciellt m.h.t. till preoperativ fasta). Ortopedi

Otillräcklig smärtbehandling

Blekinge: Sjukhusets mål är att andelen patienter som får validerad smärtskattning ska öka och minst ligga i nivå med övriga riket (slutenvård). Minst två gånger årligen ska smärtombuden erbjudas smärtutbildning med fokus på hur validerade smärtskattnings-instrument ska användas, samt på icke-farmakologisk smärtlindring. Vid vård vid livets slut mäts ett flertal olika kvalitetsindikatorer varav en är utförd validerad smärtskattning och lindrad från ångest. Jämförelser mellan 2013 och 2015 synliggör att fler patienter blivit smärtskattade.

Region Gävleborg: Förbättringsområde: Smärtskattning hos ineliggande patienter. Smärtskattningen vid ankomsten har diskuterats på arbetsplatsträffar och följs upp bättre, vilket gett förbättringar. Onkologi

Region Skåne/Landskrona: När det gäller smärta kunde vi konstatera att vi är dåliga på att dokumentera smärta men vi smärtlindrade patienterna adekvat. Bättre dokumentation av smärta. Vi skall under hösten ha fler föreläsningar i just smärta. Staben

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. Operationsavdelningen

Dokumentationsbrister

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

Region Skåne/Helsingborgs lasarett: 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 lasarett: Brister i aktuell dokumentation på berörda vårdavdelningar har uppmärksamats. Vi har arbetat fram tydligare riktlinjer för hur dokumentationen i patientens journal ska göras då vi i samband

med granskningen tydligt ser bristerna i vårt sätt att dokumentera. Inom snar framtid kommer det att starta upp en sjukhusövergripande dokumentationsgrupp som kommer att arbeta för en mer tydlig och strukturerad journalföring. Journalgranskningen av långa vårdtider har varit nyttig för berörda avdelningar.

Region Skåne/Skånes Universitetssjukhus: Inom VO dokumenteras vitalparametrar olika därav görs en uppföljning av följsamheten till framtagna rutin. VO Akutsjukvård och VO Internmedicin

Region Skåne/Trelleborg: Inkonsekvens vid riskbedömningar och dokumentation. Diskussion på enheterna vad som gäller vid riskbedömningar och dokumentation. En liten förbättring av riskbedömningar och dokumentation märks, men arbetet fortsätter. Närsjukvård Sydväst

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

Stockholm/Danderyd: Dokumentationen var ej 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 undersköterskor 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. Infektionskliniken

Stockholm/Karolinska Universitetssjukhuset: Brister i dokumentation avseende fallrisk och trycksår risk framförallt, samt även planering och förebyggande åtgärder. 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. Akutkliniken

Stockholm/Karolinska Universitetssjukhuset: Strukturerad journalgranskning på kvalitetsindikatorer varje månad av dokumentationsutvecklaren på avdelningen. Hjärtkliniken

Stockholm/ Karolinska Universitetssjukhuset: 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”. Kvinnokliniken

Stockholm/ Karolinska Universitetssjukhuset: Riktad utbildning för varje enskild sjuksköterska i att skriva aktivitetsplaner med åtgärder för att t.ex. förebygga trycksår och fall. Lung- allergikliniken

Stockholm/Karolinska Universitetssjukhuset: Utvecklande av standardvårdplaner för kirurgiska ingrepp av olika öron-, näs- och halsingrepp. Öron-Näsa-Halskliniken

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

Västerbotten/Norrlands Universitetssjukhus: Brister avseende diktat samt remisshantering kring PAD. Brister avseende dokumentation av tamponader. ÖNH

Västerbotten/Lycksele: Förbättrad dokumentation av in/utfarter. Större andel in/utfarter dokumenteras, och därmed även utvärderas bättre. Medicin- och rehabiliteringskliniken

Metodstöd för ökad patientsäkerhet

Blekinge: Utifrån resultat från journalgranskningar, avvikelser, klagomål, anmälningsärenden och genomförda mätningar, har sjukhuset tagit ett samlat grepp för att öka vårdkvaliteten. En handlingsplan har upprättats och av denna framgår övergripande mål, delmål, aktiviteter och utförare. Stödpersoner i form av ombud på avdelningarna ska bl. a. finnas för fall, trycksår och undernäring. Specifika omvårdnadsutvecklare är utsedda inom sjukhuset. Alla basenheter inom landstinget har utsedda hygienombud, vilka vårdhygiensjuksköterskorna träffar regelbundet för att delge information och utbildning.

För att underlätta det organisatoriska lärandet och sprida information kring vårdskador och de åtgärder som föreslagits för att förebygga dem, sammanfattar chefläkargruppen fr. o m 2016 varje månad en specifik händelse som bedöms vara av allmänt intresse vilket skickas per mail till chefer, läkare, avvikelssamordnare m fl.

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 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.

Norrbotten: Resultatet från den landstingsövergripande journalgranskningen har sammanställts i två rapporter (delårsrapport januari - juni 2013 och årsrapport januari - december 2013). Rapporter och bildpresentationer finns tillgängliga på webben. Återrapportering av sex månaders resultat har skett i landstingets ledningsgrupp och helårsresultat är inplanerat för att återrapporteras under september månad. Resultaten har vidare redovisats på divisions- och verksamhetsnivå. Utifrån resultatet har tre prioriterade förbättringsområden identifierats och tidsplan och uppdrag har upprättats i divisionerna.

Norrbotten/Sunderby: Under 2015 har en ny dokumentationsrutin i VAS (patientjournalssystem), utarbetats i syfte att förenkla och förbättra dokumentationen av risker och åtgärder samt möjliggöra uppföljning från landstingets data-lager. Rapport för riskbedömningar kommer att skapas. Alla resultat utifrån fo-

kusområdena återkopplas på länssjukvårdens ledningsgrupp samt till vårdcheferna. Resultatet kommer även redovisas på enhetsnivå så att avdelningarna kan analysera, reflektera och genomföra förbättringar.

Region Gävleborg/Gävle sjukhus: Ett nätverk för journalgranskare inom regionen startades av patientsäkerhetsenheten under 2015 i syfte att stimulera till utveckling av riktade kliniskspecifika granskningar och utveckla användning av resultaten från genomförda granskningar. Ingen systematisk övergripande uppföljning har gjorts än gällande effekter av åtgärder insatta utifrån förekomst av skador hittade i MJG.

Region Jönköping: 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 vårdhetschefer 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.

Region Jönköping/Vrinnevi: Vårdskadegrupp är tillsatt som arbetar med de vanligaste grupperna av vårdskador. Ortopedkliniken

Region Skåne/Trelleborg: Vår förvaltning består av Helsingborgs lasarett, Lasarettet i Landskrona och Lasarettet Trelleborg. Följande mål gäller för samtliga lasarett. Samtliga verksamheter med slutenvård skall arbeta metodiskt med MJG. Påbörja granskning inom barnsjukvården. Verksamheterna skall upprätta en rutin för återrapportering av granskningsresultat till verksamhetschefen. Skapa nätverk med regelbundna träffar för medarbetare som arbetar med MJG.

Region Östergötland: Landstinget i Region 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 arbetssätt för hela landstinget. Vi arbetar till exempel med att få en gemensam syn på undvikbarhet vid vårdskador. Vi har också utarbetat en Excel-fil för att registrera tillbud och underlåtenhet samt risker som noterats vid journalgranskningen. Tillsammans med de skador och vårdskador som registrerats får vi ett bredare underlag för analys och förbättringsområden. Landstinget i Region 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 universitetssjukhuset och Vrinnevi haft gemensamma bedömningsmöten av de skador som noterats vid journalgranskning. Vi har fört minnesanteckningar som sammanställts tillsammans med bedömningsteamens reflektioner som har vidarebefordrats till landstingets utvecklingschef samt till sjukhusens vårddirektörer.

Region 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.

Stockholm/Karolinska Universitetssjukhuset: Granskningsteamet skickar med jämna mellanrum skriftliga rapporter där vi berättar om våra resultat. Dessa rapporter går till vårdenhetschefer, vårdutvecklingsledare, verksamhetschef, läkarchef inom 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”. [Akutkliniken](#)

Stockholm/Karolinska Universitetssjukhuset: Information sprids via arbetsplatsträffar samt på klinikdagarna. Under hösten 2014 kommer månads ”kvalitetsblad” att införas med information om avvikelser, månads rutin, PPM resultat med mera. [Hematologiskt centrum](#)

Stockholm/Karolinska Universitetssjukhuset: 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. [Transplantationskirurgiska kliniken](#)

Stockholm/Södersjukhuset: Patientsäkerhetsråd har startats på Internmedicin. [Internmedicin](#)

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.

VG-regionen/Alingsås: Alla 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.

VG-regionen/Sahlgrenska Universitetssjukhuset: 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 vårdskademätningar. Gedigen kunskap om MJG finns idag inom kvalitetsorganisationen, såväl på sjukhusövergripande nivå som på områdes, och verksamhetsnivå. Olika aktiviteter under 2014 är halvdagsutbildning i MJG en gång per höst och vår vilken är öppen för alla team. Workshops två gånger per 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/Sahlgrenska Universitetssjukhuset: 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. [Med/Geriatrik/Akutmottagning Östra](#)

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.

VG-regionen/SÅS: Åtgärder som genomförts på sjukhusnivå är, skapat metod, riktlinje och arbetsbeskrivning för hur MJG skall användas som en del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet med att minimera vårdskador. 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 kliniknivå är, återkoppling på APT varje månad. Granskningarnas utfall är också en del i Gröna Korset* och granskningarnas utfall genererar dagligt förbättringsarbete. Resultatåterkopplingen sker på styrtavlor.

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 eller orsakade permanent skada har blivit anmälningsärenden enligt lex Maria. Rutin kommer att utarbetas så att bedömning sker i chefläkarfunktionen om det är ett 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 har utsetts 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 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.

De övergripande resultaten som framkommer vid vår MJG används som en del i prioriteringen av det sammanlagda patientsäkerhetsarbetet. Vi tycker att MJG tillsammans med andra indikatorer (såsom punktprevalensmätningar och avvikelshantering etc.) ger en mer samlad bild av våra problemområden. Den samlade bilden har sen legat till fokus för prioritering i våra målsättningar för patientsäkerhetsarbetet vilka är långsiktiga. Att fortsatt använda MJG som en del av vår uppföljning och egenkontroll vilket sen ska ligga till grund för det fortsatta övergripande patientsäkerhetsarbetet. Samt att vi fortsätter med den högre volymen (30 granskade journaler/månad för länssjukhus) av slumpmässigt utvalda journaler.

Västernorrland/Sundsvall: 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 det fortsatta granskningsarbetet med början 1/1-2015.
Kvinnokliniken

Västernorrland/Sundsvall: Vi har använt journalgranskning för att skapa en bild av hur patienter med fragilitetsfrakturer handläggs före, och efter införandet av en ny "behandlingslinje" för osteoporos. Ortopedkliniken

Västmanland: 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 en patientsäkerhetens dag för både medarbetare och patienter. 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.

Patientmedverkan

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

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

VG-regionen: Skaraborg: 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 halka/fall, trycksår och nutrition.

Utlokaliserade patienter

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

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

Region Örebro län/ Lindsberg: Efter granskning av ett urval av utlokaliserade patienter har vår riktlinje för utlokaliserade patienter reviderats. Angående hanteringen av utlokaliserade patienter så följs förekomsten men mycket har förändrats då hälso- och sjukvården genomgick en omfattande omorganisation under 2015.

Region Örebro/Lindsberg: 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.

Region Örebro/Lindsberg: Styrdokumentet för överbeläggning och utlokaliserade patienter har reviderats och betonar nu bl. a att patienter inte ska läggas på utlokaliserad plats direkt från akutmottagningen. Kriterium för att utlokaliserad är att patienten ska vara stabil och så långt som möjligt utredd och i det närmaste utskrivningsklar. Betydligt färre patienter läggs nu på utlokaliserad plats direkt från akutmottagningen. Ortopedkirurgiska kliniken

Återinskrivningar

Region Gävleborg/Bollnäs: Vi identifierade att en de två stora grupperna som återinläggs inom 30 dagar är infektionspatienter och patienter med hjärtsjukdomar. Utbildningsinsats vad gäller andning, fysioterapi, andningshjälpmedel och genomgång av hjärtsviktprocessen. Åtgärderna har inte utvärderats ännu. Bollnäs, Aleris Specialistvård

Region Jönköping: 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 rondon 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 då vi vill se själva vad för komplikationer som tillstött. Kirurgi

Region Jönköping: 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. Medicinkliniken

Region Skåne/Skånes Universitetssjukhus: Skador som uppmärksammats i samband med återinskrivning inom 30 dagar var uppskjuten operation, sårinfektion, liquorläckage och recidiv av subduralhematom. VO Neurokirurgi

Region Skåne/Skånes Universitetssjukhus: Återinskrivning inom 30 dagar på hemortssjukhuset pga. pleuravätska. Åtgärd: Noggrann granskning av lung-röntgenbilder innan utskrivning VO Thorax

Region Östergötland/Universitetssjukhuset Linköping: Undvikande av för tidig utskrivning efter djup infektion och innan fullständiga bakterieodlingar är klara. Urologkliniken

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

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 akutmottagningen och öka kvaliteten i omhändertagandet med t ex. kontaktsköterska som kan lotsa patienten in, alternativt direktinläggning på vårdavdelning för kända patienter?

Övergångar i vården

Dalarna: Vid granskning av patienter med höftfraktur har resultaten hittills använts som underlag vid diskussioner med andra enheter, t ex. akuten och ambulansen och som 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. Vi har utarbetat 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. Ortopedi

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

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

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

Region Skåne: Inkonsekvens vid riskbedömningar och dokumentation. Svårighet med rätt placering av medicinskt färdigbehandlade äldre multisjuka efter sjukhusvistelsen. Fortsatt arbete med att utveckla vårdplaneringen. Förbättringar märks i utredningarna i samband med vårdplaneringen, fler yrkeskategorier medverkar. Närsjukvård Sydväst

Region Skåne/Landskrona: Samarbete med kommunen gällande vårdplanerings-processen. 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/Skånes Universitetssjukhus: Oklarheter i rutiner vid överflytt av patient från IVA till avdelning. Oklara rapporter och läkemedelsordinationer. Oklart vilka åtgärder som kan hanteras på respektive avdelning när det gäller 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". VO Intensiv och perioperativ vård

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

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. Direkt-inläggning 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.

Region Skåne/Ängelholm: Uppmärksammade problem: A. Patienter som kommit till Ängelholm men 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. Klinikspecifik 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.

Region 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.

Stockholm/Karolinska Universitetssjukhuset: 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. Hematologiskt centrum

Stockholm/Karolinska Universitetssjukhuset: 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. Kvinnokliniken/gynekologi

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 med 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. Se över administrativa rutiner, t.ex. kallelse av kontrollpatienter.

Övrigt övergripande arbete

Norrbottnen: Division Länssjukvård och Närsjukvård har på uppdrag av divisionscheferna arbetat med två fokusområden: vårdrelaterade urinvägsinfektioner/ blåsöverfyllnad och trycksår. Bakgrunden var resultat från de nationella PPM och markörbaserad journalgranskning som genomfördes under 2012-13 i den nationella satsningen.

Region Jämtland/Östersund: Fokus på VRI samt blåsöverfyllnad. Område patientsäkerhet har fått ett regionövergripande uppdrag kring detta. Uppdraget sträcker sig fram till 161130 då utvärdering kommer att göras. Målet är att förbättra resultaten jämfört med tidigare år.

Region Skåne/Ängelholm: Områden som kan bli aktuella för specifik granskning är: Patienter som ej erhållit trombolyt efter trombolytlarm*, 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.

Region Örebro län/ Lindesberg: På det lilla sjukhuset tror vi mycket på att arbeta sjukhusövergripande och gärna i samverkan med kommunerna.

Region Örebro/Universitetssjukhuset Örebro: Systematiskt förbättringsarbete för att förebygga antalet vårdskador bedrivs i alla verksamheter. Sjukhuset har inga egna specifika mål.

Region Östergötland/Motala: Vi arbetar med handlingsplan VRI, PPM mätning trycksår, Senior alert ROAG* för munbedömning. Via infektionsverket sett en minskning av clostridium infektioner. Medicinska specialistkliniken

Region Östergötland/ Universitetssjukhuset Linköping: De vanligaste skadorna som har identifierats på Universitetssjukhuset i Linköping under första halvåret 2014 är VRI, kirurgiska skador och trycksår. Det finns också projekt eller satsningar som syftar till att minska läkemedelsrelaterade skador, strukturerad journalföring, minskning av trycksår, utbildning i munhälsa. Identifierade områden där det behövs en djupare analys för att ta fram adekvata åtgärder; sårfektioner, bristande munhygien, pneumonier, urinretention, hypotermi i samband med operationer, tromboflebiter av PVK och kirurgiska komplikationer. Andra förbättringsområden där patientsäkerheten kan öka och 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.

Specifika urval

Typ av urval	Sjukhus	Verksamhetsområde
AMPUTATION		
Totalundersökning av amputerade patienter 2012-2013	Blekingesjukhuset	Ortopedisk vård
Amputationer	Capio S:t Görans sjukhus	Ortopedisk vård
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.	Universitetssjukhuset Region Örebro	Thoraxkirurgisk
AVLIDNA		
Granskning av samtliga dödsfall	Akademiska sjukhuset	Kirurgisk sjukvård inkl. transplantation och plastikkirurgi
Avlidna	Bollnäs sjukhus (Aleris specialistvård)	Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
Alla avlidna på kliniken	Höglandets sjukvårdsområde	Ortopedisk vård
Samtliga avlidna mars/juni 2014	Kungälvssjukhus	
Avlidna patienter	Länssjukhuset Kalmar	Kirurgisk sjukvård inkl. transplantation och plastikkirurgi
		Ortopedisk vård
Avlidna på intensivvårdsavdelningen	Länssjukhuset Ryhov, Jönköping	Operations- och intensivvårdskliniken
Avlidna	Motala lasarett	Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
Alla avlidna 2014	Norrlands Universitetssjukhus	Kardiologisk vård
Avlidna i och utanför verksamheten	Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
Alla avlidna på IVA jan – jun 2014	Skånes Universitetssjukhus	Intensivvård
Avlidna samt återinläggningar		Hud- och Infektionssjukvård
Alla oväntade dödsfall samt slumpvist utvalda. Totalt 10 journaler per månad		Hud- och Infektionssjukvård

Avlidna och slumpmässigt urval upp till 10/månad	Universitetssjukhuset i Linköping	Sjukhusövergripande
		Neurokirurgisk vård
Avlidna	Vrinnevisjukhuset	
Avlidna	Värnamo	Medicin- och geriatriskliniken
Avlidna patienter	Västerviks sjukhus	Kirurgisk sjukvård inkl. transplantation och plastikkirurgi
Avlidna under 2014	Västmanland/Västerås lasarett	Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
BLÅSÖVERFYLLNAD		
Slumpmässigt urval av patienter med specifika diagnoser som genomgått operation för att undersöka bl.a. blåsöverfyllnad	Danderyds sjukhus	Anestesi- och intensivvård
Överfylld urinblåsa vid operation jan - mars 2013	Kronobergs sjukvårdsområde	Kirurgisk sjukvård inkl. transplantation och plastikkirurgi
FALL		
Fall	Aleris Specialistvård Bollnäs	Medicin
Fall registrerade i avvikelserapporteringssystemet Händelsevis, identifierade via MJG samt fall som inträffat under projektets gång och där ”minihändelseanalys” utförts	Danderyds sjukhus	Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
Fall under vårdtiden januari-juni 2015, 38 inträffade fall under januari-juni. Granskat 60 fallriskbedömningar januari-mars 2015	Helsingborg	Ortopedi
Fall under vårdtiden januari-juli 2015 (60 journaler)		Specialiserad medicin
Patienter som avvikelserapporterats efter fall. Specialgranskning har skett av läkemedelsanvändning.	Skellefteå lasarett	Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
Inträffade fall på vårdavdelning	Trelleborg	Närsjukvård

FÖRLOSSNING		
Var 10:e förlossningsjournal	Länssjukhuset Kalmar	Obstetrisk och gynekologisk vård
Förlösta kvinnor och urval av fyra komplicerade grupper	Södersjukhuset	Obstetrisk och gynekologisk vård
Extrauterin graviditet-/sfinkterruptur grad III-IV	Universitetssjukhuset i Region Örebro	Obstetrisk och gynekologisk vård
10 procent av förlossningsjournalerna per månad	Värnamo lasarett	Obstetrisk och gynekologisk vård
Sfinkterskador	Västerviks sjukhus	Obstetrisk och gynekologisk vård
HJÄRTSTOPP		
I hjärtregistret har vi plockat ut alla hjärtstopp som inträffat under året på medicin/geriatriska kliniken och granskat dessa	Karlskoga lasarett	Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
Mortalitet efter trauma	Karolinska Universitetssjukhuset	Kirurgisk sjukvård inkl. transplantation och plastikkirurgi
Av vårens 13 hjärtstopp som ledde till "Hjärtlarm" valdes varannan journal ut för granskning. Planen är att fortsätta att granska alla hjärtlarm.	Lindesbergs lasarett	Sjukhusövergripande arbete
Uppföljning av triageanteckningen samt utvärdering av omvårdnadsdokumentationen	Mälarsjukhuset	Akutsjukvård och prehospital vård
MIG patienter – där MIG team kontaktas	Universitetssjukhuset Region Örebro	Kirurgisk sjukvård inkl. transplantation och plastikkirurgi
INTENSIVVÅRD		
30 dagars mortalitet efter ankomst till CIVA= centrala intensivvårdsavdelningen	Karolinska Universitetssjukhuset	intensivvård
IVA-patienter, vårdtid > 24 h	Sahlgrenska Universitetssjukhuset	AnOpIVA Östra
Återinläggning IVA inom 72 h samt hjärtstopp efter utskrivning från IVA	Skånes Universitetssjukhus	Intensivvård

KIRURGI OCH INVASIVA ÅTGÄRDER		
Prostatectomi opererade patienter	Akademiska sjukhuset	Urologisk vård
Höft- och knäplastiker	Arvika sjukhus	Ortopedisk vård
Reopererade höftproteser inom 2 år	Capio S:t Görans sjukhus	Ortopedisk vård
Uppföljning av följsamhet till gällande postoperativa rutiner		Anestesi
Patienter med pacemaker som bytt batteridosa under 2005-2014	Danderyds sjukhus	Kardiologisk vård
Samtliga som genomgått appendectomi under 2013 och med ett återintag inom 30 dagar och/eller en vårdtid för primärvårdtillfället på mer än tre dagar		Kirurgisk sjukvård inkl. transplantation och plastikkirurgi
Diagnos höftfraktur, slumpvis uttaget en specifik dag	Falu lasarett	Ortopedisk vård
Under 2014 granskades höftflödespatienter som var över 75 år och vårdades mer än 5 dagar	Gävle och Hudiksvall	Ortopedisk vård
Under 2015 tittade vi på given antibiotikaproylax höftprotespatienter vid operation och om operationen började inom referensramen och uppkomna infektioner finns det samband mellan given profylaktisk antibiotika operation och infektion		
Under 2016 granska efter specifikt urval: post op blödning.	Helsingborg	Gynekologi
Var 5:e elektiv operation i klinikens operationsliggare	Höglandets sjukvårdsområde	Obstetrisk och gynekologisk vård
Tonsilloperationer 3-4 patienter per månad varav 2 vuxna och 2 barn		Öron-, Näs- och Halssjukvård
Under 2015 Robotkirurgi inom urologi, kirurgi och gynekologi	Karolinska Universitetssjukhuset	ANOPIVA Solna
2014 Planerade natt patienter på postop		
Vårdavd > 2 dygn inriktning tumörkirurgi		

POSSUM+MAG* samtliga komplikations- och mortalitetsfall		Ortopedisk vård
Ryggoperationer (operationsutfall)		
Njurdonatorer och leverresektioner		Transplantationskirurgi
Höftledsoperation	Kronobergs sjukvårdsområde	Ortopedisk vård
Operation Hysterectomi		Obstetrisk och gynekologisk vård
Sectio		
Genomgång av sårrupturer och ärrbräck	Kullbergsgka sjukhuset	Kirurgisk sjukvård inkl. transplantation och plastikkirurgi
Fragilitetsfrakturer	Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand	Ortopedisk vård
Gastric bypass-kirurgi		Kirurgisk sjukvård inkl. transplantation och plastikkirurgi
Hysterectomi		Obstetrisk och gynekologisk vård
Diagnos höftfraktur	Mora lasarett	Ortopedisk vård
Patienter som genomgått ingrepp där tamponader inlagts	Norrlands Universitetssjukhus	Öron-, Näs- och Halssjukvård
Höftfrakturer S7 200, 10, 20	Norrtälje sjukhus	Ortopedisk vård
Opererade vuxna patienter i slutenvård	Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Öron-, Näs- och Halssjukvård
Diagnoser r/t njursten		Urologisk vård
Hysterectomi	Sollefteå sjukhus	Obstetrisk och gynekologisk vård
20 slumpmässigt utvalda journaler per månad av hjärthorax-opererade patienter med ECC*	Skånes Universitetssjukhus	Thoraxkirurgisk
Patienter opererade med laparoskopi, laparotomi, vaginal Hysterectomi eller hysteroskopi som hamnar i komplicerad grupp	Södersjukhuset	Obstetrisk och gynekologisk vård
Patienter med hydronefros. Bytt till patienter med blåscancer för andra halvåret 2014		Urologisk vård

Munbottencancer	Universitetssjukhuset i Linköping	Kirurgisk sjukvård inkl. transplantation och plastikkirurgi
Samtliga journaler som hamnade i gyn-op registrets "händelser att granska" under angiven tidsperiod dvs okt2014-sept 2015		Kvinnokliniken
Kolektomier	Vrinnevisjukhuset	Kirurgisk sjukvård inkl. transplantation och plastikkirurgi
Elektiv knäkirurgi, elektiv höftkirurgi		Ortopedisk vård
Gastric bypass vid fetma.		Kirurgisk sjukvård inkl. transplantation och plastikkirurgi
Höftfrakturer		Ortopedisk vård
Protesprocessen		
Colorektalcancer	Västerviks sjukhus	Kirurgisk sjukvård inkl. transplantation och plastikkirurgi
Blödande magsår	Västmanlands sjukhus	Kirurgisk sjukvård inkl. transplantation och plastikkirurgi
Hysterectomi	Örnsköldsviks sjukhus	Obstetrisk och gynekologisk vård
MEDICINSKA URVAL		
Diagnos hjärtsvikt som 1:a eller 2:a diagnos samt en vårdtid minst 5 dygn	Avesta lasarett	Medicinsk Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
Enkel läkemedelsgenomgång	Capio S:t Görans sjukhus	Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
Utifrån diagnos med koppling till cirkulationsorganens sjukdomar	Falu lasarett (geriatrik rehabkliniken)	Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
Diagnosgrupp E119 (Diabetes mellitus typ 2 utan uppgift om komplikationer) de 20 senaste utskrivna patienterna under mars, april och maj 2014	Höglandets sjukvårdsområde (Eksjö/Nässjö)	Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
Specifikt inriktat mot Infektionsverket för barnkliniken	Kronobergs sjukvårdsområde	Neonatal barnsjukvård

ST-läkarna granskar utifrån diagnoskod och dess behandling (ex. lungcancer)	Kullbergssjukhuset	Hud- och Infektionssjukvård
Uppföljning av utskrivna patienter avseende korrekt läkemedelsberättelse och korrekt ifylld läkemedelslista		Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
Ett granskningstillfälle avsåg patienter med neutropen feber (8 st), därefter har urval gjorts slumpmässigt (25st)	Norrlands Universitetssjukhus	Onkologisk vård
4 bedömningskoder, KOL/Astma, CBS, Stroke, Vårdinsats på plats	Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Akutsjukvård och prehospital vård
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.	Universitetssjukhuset Region Örebro	Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
Stroke	Västerviks sjukhus	Sjukhusövergripande
TRYCKSÅR		
Trycksår: riskbedömningar och vårdplaner juli-december 2015 (61 journaler)	Helsingborg	Ortopedi
Uppföljning av patienter med trycksår	Kullbergssjukhuset	Vårdplatsenheten
Nyttillkomna trycksår	Landskrona lasarett	Medicin
Trycksår	Västmanland/Köping lasarett	Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
UTLOKALISERADE PATIENTER		
Utlokaliserade patienter under januari t o m maj 2014. Ett slumpmässigt urval av journaler gjordes i augusti.	Lindesbergs lasarett	Sjukhusövergripande arbete
Utlokaliserade patienter	Visby sjukhus	Sjukhusövergripande arbete
VÅRDRELATERADE INFEKTIONER		
Totalundersökning av mediastinitdrabbade patienter 2013-2014	Blekingesjukhuset	Thoraxkirurgisk- och kärlkirurgisk vård

Inskrivna patienter på Rehab slutenvård under 2013 som antibiotikabehandling mot UVI	Danderyds sjukhus	Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
Samtliga patienter på en vårdavdelning med frågeställningen pneumoni/infiltrat efter 48 h vårdtid under första halvåret 2011 (kontrollperiod), och efter intervention 2012, 2013, 2014		Ortopedisk vård
Patienter med pneumoni under januari till maj 2014 samt att en ny granskning ska ske under oktober 2014		Hud- och Infektionssjukvård
2014 tittade vi på höftflödespatienter som var över 75 år och vårdades mer än 5 dagar. 2015 tittade vi på given antibiotikaproylax höftprotespatienter vid operation och om operationen började inom referensramen och uppkomna infektioner finns det samband mellan given profylaktisk antibiotika operation och infektion	Gävle och Hudiksvall	Ortopedi
Vårdrelaterad infektion i sår efter kärlopererade patienter		Kirurgi
Vårdrelaterad infektion vid vårens punktprevalensmätning	Hallands sjukhus	Kirurgisk sjukvård inkl. transplantation och plastikkirurgi Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård Obstetrisk och gynekologisk vård Ortopedisk vård Öron-, Näs- och Halssjukvård
Under 2016 granska efter specifikt urval: post op infektioner och post op blödning.	Helsingborg	Gynekologi
VRI juli-december 2016 (33 journaler)		Specialiserad medicin
Patienter med urinavledande kateter och antibiotikabehandlad urinvägsinfektion	Hudiksvall sjukhus	Kirurgisk sjukvård inkl. transplantation och plastikkirurgi
Specifikt urval på diagnos - infektion, sepsis och UVI.	CSK Kristianstad	VO Specialiserad Medicin

Uppföljning av s KAD relaterade UVI efter planerade höft- och knäplastiker	Kullbergiska sjukhuset	Ortopedisk vård
Uppföljning av sårinfektioner efter planerade höft- och knäplastiker		
Ytlig- och djup postoperativ infektion vid höftledsoperation	Västmanlands sjukhus/Köping och Västerås lasarett	Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
Ytlig- och djup postoperativ infektion vid höftledsoperation		Ortopedisk vård
Sårinfektioner	Östersunds sjukhus	Ortopedisk vård
Urinvägsinfektioner		Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
VÅRDTID		
5 vård dygn eller mer	Arvika sjukhus	Kirurgisk sjukvård inkl. transplantation och plastikkirurgi
		Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
		Obstetrisk och gynekologisk vård
Patienter som har vårdats 15-28 vård dygn: granskar efter markörerna: tromboflebit eller annan negativ hudpåverkan, trycksår, VRI samt återinläggningar inom 30 dagar.	Helsingborg	Kirurgi och urologi
Patienter med diagnos collumfraktur, > 75 år och med mer än 5 vård dagar	Hudiksvall sjukhus	Ortopedisk vård
5 vård dygn eller mer	Karlstads sjukhus	Kirurgisk sjukvård inkl. transplantation och plastikkirurgi
		Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
		Obstetrisk och gynekologisk vård
Patienter med längre vårdtider	Karolinska Universitetssjukhuset	Kardiologisk vård
Vårdtid på minst 3 dagar, både 2014 och 2015		

Vårdtid >7 dagar		Lungsjukvård
Vårdtid > 3 dagar		Öron-, Näs- och Halssjukvård
Patienter som var 70 år eller äldre och låg inne 2 vård dagar eller fler.		
Vårdtid 6 dagar eller mer	Landskrona lasarett	Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
Vårdtid > 5 vård dagar	Mora lasarett	Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
Vårdtid mer än 10 dagar	Skånes Universitetssjukhus	Kirurgisk sjukvård inkl. transplantation och plastikkirurgi Urologisk vård
Vård dagar > 6 dagar	Trelleborgs lasarett	Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
5 vård dygn eller mer	Torsby sjukhus	Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
ÅTERINLÄGGNING		
Återinläggningar	Aleris Specialistvård Bollnäs	Medicinsk vård
Alla patienter under december 2013 - januari 2014 med återinläggning inom 30 dagar	Danderyds sjukhus	Kardiologisk vård Obstetrisk och gynekologisk vård
Alla njurmedicinska patienter under december 2013 – januari 2014 med återinläggning inom 30 dagar		Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
Återinläggningar inom 30 dagar juli-december 2014 (60 journaler)	Helsingborg	Ortopedi
		Specialiserad medicin
Återinläggningar	Höglandssjukhuset Eksjö	Ortopedi
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.	Karlskoga lasarett	Kirurgisk sjukvård inkl. transplantation och plastikkirurgi

Återinskrivning inom 30 dagar	Karolinska Universitetssjukhuset	Hud- och Infektionssjukvård
Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar i slutenvården		Urologkliniken Solna
Återinläggningar inom 30 dagar	Lycksele lasarett (även rehab)	Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
Återinläggningar inom 30 dagar efter vård på MAVÅ (medicinsk akutvårdsavdelning)	Norrlands Universitetssjukhus	Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
Alla patienter som återinskrivs på kliniken inom 30 dagar	Region Jönköping (Ryhov)	Kirurgisk sjukvård inkl. transplantation och plastikkirurgi
Återinläggning inom 30 dagar (1 år för implantat)	Skånes Universitetssjukhus	Neurokirurgisk vård
Återinläggning inom 30 dagar	Trelleborgs lasarett	Närsjukvård väst
Akuta återinläggningar inom 30 dgr efter ett vårdtillfälle	Universitetssjukhuset i Linköping	Urologisk vård
Samtliga återinläggningar inom 30 dagar med huvuddiagnos hjärtsvikt I50 vid första vårdtillfället mellan januari och juni månad	Värnamo sjukhus, Region Jönköping	Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
Alla återinläggningar bortsett: Återinläggningar BB pga. medföljande barn, förlossningar pga. avstannat värkarbete samt palliativa patienter		Obstetrisk och gynekologisk vård
Återinläggning på kliniken inom 30 dagar	Region Örebro Universitetssjukhuset	Hud- och Infektionssjukvård
ÄNDRAD VÅRDNIVÅ		
Patienter som krävde vård på högre vårdnivå dvs. IVA*, CIVA*, ECMO*, IMA* m fl. (ht 13). Patienter selekterade på ålder >80 år (pågår 2014)	Karolinska Universitetssjukhuset	Hematologisk vård
Oplanerade nattpatienter på Postop		ANOPIVA Solna
Patienter som vårdats på en högre vårdnivå än planerat.		Neurokirurgiska kliniken

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)	Kullbergssjukhuset	Operation/uppvakningsavdelning
Journalgranskning avseende intermediär vård med målstyrningsprotokollet PIMP	Mälarsjukhuset/Kullbergssjukhuset	Anestesi- och intensivvård
Patienter som flyttats till högre vårdnivå från avd. 11 och 21 under januari – juni 2014	Ängelholms sjukhus	Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
Patienter som flyttats till högre vårdnivå från avd. 41 och 42 under januari - juni 2014		
ÖVRIGT		
Granskning av dokumentation och riskbedömningar gällande fall, trycksår och undernäring	Helsingborgs lasarett	Ortopedisk vård
Focuspatienter	Hudiksvalls sjukhus	Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
Smärthantering	Landskrona lasarett	Medicin
Slumpade patienter över 80 år	Norrlands Universitetssjukhus	Ortopedisk vård
Registrering av vårdskador under en tremånaders period	Nyköpings sjukhus	Kirurgisk sjukvård inkl. transplantation och plastikkirurgi
Alla kostnadsytterfall under 2013 granskade 2014	Region Jönköping	Obstetrisk och gynekologisk vård
De 10 senast utskrivna männen och de senast utskrivna kvinnorna per avdelning 603, 604 och 19/32 = 80 journaler/kvartal	Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Medicinsk-, geriatrisk- och rehabiliteringsvård
De 10 senast utskrivna männen och de senast utskrivna kvinnorna per avdelning		Geriatrisk, lungmedicin och allergologi
De patienter som besvarat en uppföljningsenkät och angivit att en skada har inträffat	Universitetssjukhuset i Linköping	Obstetrisk och gynekologisk vård
Ytterfall	Värnamo	Kvinnokliniken

Definitioner

ALERT	Acute Life-Threatening Events, Recognition and Treatment är ett verktyg för vårdpersonal att upptäcka patienter med sviktande funktioner och livshotande tillstånd i tid för att på så sätt undvika intensivvård eller sätta in intensivvård i god tid.
BHK-mätningar	Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.
Brytpunktsamtal	Samtal mellan ansvarig läkare, patienten och närstående angående ställningstagande att övergå till palliativ vård i livets slutskede.
Catheasy-metoden	Metod som används vid hantering av urinkateter för att minska antalet skador på urinröret samt för att få ner kateterrelaterade infektioner.
CIVA	Centrala intensivvårdsavdelningen.
CT	Datortomografi är en skiktröntgenundersökning
CVK	Central venkateter
ECC	Hjärt-lungmaskin som bl. a används vid hjärtoperationer
ECMO	ECMO-behandling innebär syresättning av blodet med en konstgjord lunga. Behandlingen genomförs vid ECMO-enhet till patienter med en tillfällig svikt i lungor och/eller hjärta där all upptänklig intensivvård inte är tillräcklig för att rädda patientens liv.
EDA	Ryggbedövning är ett samlingsnamn för epiduralbedövning
Gröna Korset	En enkel visuell metod för medarbetare i sjukvården att dagligen identifiera risker och vårdskador i realtid, vilket skapar ett underlag för riktat systematiskt förbättringsarbete
IMA	Intermediär vårdavdelning är en avdelning som har en högre vårdnivå än en vårdavdelning men lägre vårdnivå än en intensivvårdsavdelning
IVA	Intensivvårdsavdelning
KTC	Kliniskt träningscentrum

LAF-tak	Speciellt ventilationssystem som finns i operationsrum. Laminärflödestak (LAF-tak) innebär att ultraren luft strömmar ned från taket och tränger bort annan luft. Syftet är att minimera infektionsrisken.
MAG	Modifierad automatiserad granskning, ett IT-verktyg som automatiserat söker ut markörer i journaltext
MedControl	Datoriserat avvikelshanteringssystem
Mediastinit.	Postoperativ sårinfektion i bröstorg efter öppen hjärtkirurgi.
MEWS	Modified Early Warning Score för värdering av vitala funktioner.
MIG-team	Mobil intensivvårdsgrupp som tillkallas till avdelning vid händelse av akut svårt sjuk patient för att bedöma och akutbehandla patientens akuta sviktande tillstånd.
MNA	Mini Nutritional Assessment är ett bedömningsinstrument för att definiera och bedöma risken för undernäring
MRT/MR	Magnetkameraundersökning som framställer bilder med hjälp av magnetfält och radiovågor.
Nu-DESC	The Nursing Delirium Screening Scale är ett validerat bedömningsinstrument som används för att delirium ska upptäckas i ett tidigt skede och att patienten snabbt kan få adekvat vård.
NYHA III-IV	Definierar graden av hjärtsvikt (New York Heart Association). Klassificering i fyra steg.
PAC	En subkutan venport (SVP), ofta kallad port-a-cath (PAC), är en dosa som opereras in under huden i syfte att förenkla injektion och infusion av medicin samt tagning av blodprov.
PCA	Patientkontrollerad intravenös smärtbehandling som innebär att patienten själv administrerar opioidläkemedel intravenöst via en programmerbar pump.
PCI	Percutan coronar intervention är ett samlingsnamn för åtgärder i hjärtats kranskärl som genomförs med kateter.
POSSUM	IT-stöd där skattning av patientens risk att drabbas av komplikationer vid operation påvisas som är baserat på olika fysiologiska parametrar.
ProAct	Utbildning för sjukvårdspersonal vars målsättning är att utbilda och höja medvetandet och vården av den akut sjuka patienten, oavsett var i vårdkedjan denne befinner sig
PVK	Perifer venkateter
RASS	Richmond Agitation-Sedation Scale är en medicinsk skala för att mäta agitation och nivå av sedering hos patient. Instrumentet används främst inom anesthesi- och intensivvård.

ROAG för munbedömning	Riskbedömningsinstrument för att förbättra munhälsan hos äldre.
STRAMA-gruppen	Strategigrupp för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens.
Säker vård	Beskriver de sex viktiga kärnkompetenser som professionerna inom vården behöver för att kunna ge en säker vård.
Trombolyslarm	Vid trombolyslarm används skyndsam triage med begränsad anamnes och status till vad som behövs för beslut om akutbehandling är aktuell. Detta görs för att inte fördröja behandlingen vid en nyuppkommen stroke i syfte att begränsa skadan.
UriKap	En kunskaps- och instruktörsutbildning med syfte och målsättning att lära ut hur man kan minimera skador på urinblåsan och minimera andelen vårdrelaterade urinvägsinfektioner (VUVI).
VRI	I MJG definieras vårdrelaterade infektioner som en infektion som bedöms ha samband med tidigare ingrepp eller behandling oberoende av vårdform eller som debuterar 48 timmar eller mer efter inskrivning i slutenvård eller som debuterar inom två dygn efter utskrivning från slutenvård.

Kontaktpersoner - (version 1 2016-12-02)

Blekinge		
Övergripande	Gulli Malmborg	gulli.malmborg@ltblekinge.se
Blekingesjukhuset	Suzana Selan	suzana.selan@ltblekinge.se
Dalarna		
Övergripande	Åsa Hansson	asa.e.hansson@ltdalarna.se
	Pehr Guldbrand	pehr.guldbrand@ltdalarna.se
Falu lasarett	Ulrika Nilsson	mariaulrika.nilsson@ltdalarna.se
Mora lasarett	Kerstin Slottpers-Lundberg	kerstin.slottpers-lundberg@ltdalarna.se
Gotland		
Övergripande	Gunnar Ramstedt	gunnar.ramstedt@gotland.se
Visby lasarett	Birgitta Hammarlund	birgitta.hammarlund@gotland.se
Gävleborg		
Bollnäs sjukhus	Ewa Hellman	eva.hellman@lg.se
Gävle och Hudiksvalls sjukhus	Eva Sving	eva.sving@regiongavleborg.se
Halland		
Övergripande	Carina Werner	carina.werner@lthalland.se
	Lena Gustavsson	lena.c.gustafsson@regionhalland.se
Jämtland		
Övergripande	Maria Omberg	maria.omberg@jregionjh.se
Östersunds sjukhus	Marianne Nilsson	marianne.9.nilsson@regionjh.se
Jönköping		
Övergripande	Johanna Mellqvist	johanna.mellqvist@rjl.se
Höglandssjukhuset, Eksjö		
Medicin- och geriatrikklíníken Eksjö	Yvonne Elardt	yvonne.elardt@rjl.se
Kirurgkliniken	Elisabet Johansson	elisabet.m.johansson@rjl.se
Ortopedmottagningen	Christina Landbring	christina.landbring@rjl.se
Länssjukhuset Ryhov		
Kirurgkliniken	Karin Nilsson	karin.s.nilsson@rjl.se
Operations- och intensivvårdskliniken	Rigmor Svensson	rigmor.svensson@rjl.se
Värnamo		
Medicin- och geriatrikklíníken	Karin Carlsson	karin.a.carlsson@rjl.se
Kvinnokliniken	Sofia Karlsson	sofia.karlsson@rjl.se
	Katarina Ekberg	katarina.ekberg@rjl.se
	Ewa Johansson	ewa.k.johansson@rjl.se

Kalmar		
Länssjukhuset Kalmar	Rolf Sandin	rolf.sandin@ltkalmar.se
	Helen Holmström	helen.holmstrom@ltkalmar.se
Oskarshamns sjukhus	Lars Good	lars.good@ltkalmar.se
	Linda Forsman	linda.forsman@ltkalmar.se
Västerviks sjukhus	Anna Michaëlsson	anna.michaelsson@ltkalmar.se
	Ann-Catrin Karlborg	ann-katrin.karlborg@ltkalmar.se
Kronoberg		
Övergripande	Anneli Roubert	anneli.roubert@kronoberg.se
	Gun-Britt Ivansson	gun-britt.ivansson@ltkronoberg.se
Växjö/Ljungby	Eva Stjärna	eva.stjarna@ltkronoberg.se
Norrbottnen		
Övergripande	Birgitta Boqvist	birgitta.boqvist@nll.se
Länssjukvården	Kristina Westerlund	Kristina.Westerlund@nll.se
Länssjukvården VO Kirurgi	Elsa Lehtonen	Elsa.Lehtonen@nll.se
Närsjukvården	Rose-Marie Näslund	rosemarie.naslund@nll.se
Skåne		
Övergripande	Anneli Juhlin	anneli.juhlin@skane.se
	Mats Molt	mats.molt@skane.se
Helsingborg	Jessica Hultgren	jessica.hultgren@skane.se
Hässleholm		
VO Närsjukvård	Caroline Nilsson	Caroline.e.nilsson@skane.se
VO Ortopedi	Caroline Lindahl	Caroline.Lindahl@skane.se
CSK Kristianstad		
VO Kirurgi	Leif Haendler	Leif.Haendler@skane.se
VO Obstetrik - Gynekologi	Richard Claesson	Rickard.Claesson@skane.se
VO Specialiserad Medicin Infektion	Staffan Banke	Staffan.Banke@skane.se
VO Specialiserad Medicin	Stefan Nilsson	Stefan.U.Nilsson@skane.se
VO Specialiserad Medicin	Kristin Vilhelmsson	kristin.vilhelmsson@skane.se
Landskrona	Evelina Cederholm Bauer	evelina.cederholmBauer@skane.se
Medicinavdelning 3	Anna Olsson	Anna.LM.Olsson@skane.se
	Jessica Hultgren	jessica.hultgren@skane.se
Medicinavdelning 2	Leni Volt	leni.volt@skane.se
Trelleborg	Jessica Hultgren	jessica.hultgren@skane.se
Närsjukvård Sydväst	Eva Sjöborg	eva.sjoborg@skane.se
Skånevård Kryh	Mikael Jönsson	mikael.a.jonsson@skane.se

Skånes Universitetssjukhus	Christine Ladelfa	christine.ladelfa@skane.se
Ystad lasarett		
VO Kirurgi	Annika Malmqvist	Annika.Malmquist@skane.se
VO Ortopedi	Caroline Lindahl	Caroline.Lindahl@skane.se
VO Specialiserad medicin	Morten Ljungdahl	morten.ljungdahl@skane.se
VO Obstetrik – Gynekologi	Richard Claesson	Rickard.Claesson@skane.se
VO Specialiserad medicin	Agneta Fribergh	Agneta.Fribergh@skane.se
Ängelholms Sjukhus	Peter Kalén	Peter.J.Kalen@skane.se
	Lotta Malm	lotta.malm@skane.se
Stockholm		
Övergripande	Anna Lundin	anna.lundin@sll.se
Capio St:Göran	Sara Svärd	sara.svard@capiostgoran.se
Danderyd	Maria Unbeck	maria.unbeck@ds.se
Ersta sjukhus	Lott Bergstrand	lott.bergstrand@erstadiakoni.se
Karolinska Universitetssjukhuset		
Övergripande	Carina Ålenius	carina.alenius@karolinska.se
Akutkliniken Huddinge	Per Lundström	per.lundstrom@karolinska.se
Centrala intensivvårdsavdelningen	Ingela Levin	ingela.levin@karolinska.se
Gastrocentrum	Lovisa Strömmer	lovisa.strommer@karolinska.se
Hematologiskt centrum	Viktoria Hjalmar	viktoria.hjalmar@karolinska.se
Hjärtkliniken	Eline Wu	eline.wu@karolinska.se
Kvinnokliniken gyn	Kristina Kronstrand	kristina.kronstrand@karolinska.se
Lung-allergikliniken	Johanna Dahlqvist	johanna.dahlqvist@karolinska.se
Neurokirurgiska kliniken	Amina Holmgren	Amina.holmgren@karolinska.se
Ortopedikliniken	Eila Sterner	elia.sterner@karolinska.se
Reumatologkliniken	Karin Hellgren	karin.hellgren@karolinska.se
Thoraxkirurgiska kliniken	Svante Gelinder	svante.gelinder@karolinska.se
Transplantationskirurgiska kliniken	Emelie Holmström	emelie.l.holmstrom@karolinska.se
Öron- näs- halskliniken	Sofie Henecke	sofie.henecke@karolinska.se
Norrtälje		
Övergripande	Evalena Sandh	evalena.sandh@tiohundra.se
	Christin Ruthberg Almen	christin.ruthberg.almen@tiohundra.se
Södersjukhuset		
Övergripande	Birgitta Wranne	birgitta.wranne@sodersjukhuset.se
Södertälje	Maria Kärström	maria.karrstrom@sodertaljesjukhus.se
	Mattias Karlsson	mattias.karlsson@sodertaljesjukhus.se

Sörmland

Mälarsjukhuset

Medicinkliniken	Rut Lööf	rut-loof@dll.se
Patientsäkerhetsenheten	Camilla Sjöberg	camilla.sjoberg@dll.se
	Petronella Bjurling Sjöberg	petronella.bjurling.sjoberg@dll.se
Akuten	Birgitta Barkne Nilsson	birgitta.barkne.nilsson@dll.se

Nyköpings lasarett

Medicinkliniken	Rut Lööf	rut-loof@dll.se
Patientsäkerhetsenheten	Camilla Sjöberg	camilla.sjoberg@dll.se
	Petronella Bjurling Sjöberg	petronella.bjurling.sjoberg@dll.se

Kullbergiska sjukhuset

Medicinkliniken	Rut Lööf	rut-loof@dll.se
Patientsäkerhetsenheten	Camilla Sjöberg	camilla.sjoberg@dll.se
	Petronella Bjurling Sjöberg	petronella.bjurling.sjoberg@dll.se
Vårdplatsenheten	Åsa Högnäs-Bredell	asa.hognas.bredell@dll.se
Medicinkliniken/Vårdhygien	Maria Remén	maria.remen@dll.se
Medicinkliniken	Kerstin Kannius	kerstin.kannius@dll.se
Operation	Göran Cederborg	goran.cederborg@dll.se

Uppsala

Akademiska sjukhuset

	Marie Sjödin	marie.sjodin@akademiska.se
Vårdkvalitetsavdelningen	Liselott Henriksson Lundvall	liselott.henriksson.lundvall@lul.se

Lasarettet i Enköping

Ledningsnivå	Stina Hallberg	stina.hallberg@lul.se
Kirurgiskt centrum	Christina Lavén	christina.laven@lul.se
	Åsa Yttermark	asa.yttermark@lul.se
Medicinskt centrum	Liselott Henriksson Lundvall	liselott.henriksson.lundvall@lul.se

Värmland

	Monica Kihlström Berg	monica.kihlstrom.berg@liv.se
	Marianne Nordén	maria.norden@liv.se
	Charlotta Nelsson	charlotta.nelsson@liv.se

Arvika

Kirurg- och medicinkliniken	Rita Lind	Rita.Lind@liv.se
Kirurg- och medicinkliniken	Ulla Hens	ulla.hens@liv.se

Västerbotten		
Övergripande	Ingrid Hugosson	ingrid.hugosson.wallgren@vll.se
	Solveig Hallgren	solveig.hallgren@vll.se
Norrlands Universitetssjukhus	Unni Nordström	unni.nordstrom@vll.se
Skellefteå lasarett	Ingemar Andersson	ingemar.andersson@vll.se
Kvinnokliniken	Ulf Oscarsson	ulf.oscarsson@vll.se
Lycksele lasarett	Carola Olofsson	carola.olofsson@vll.se
Medicin-rehabiliteringskliniken	Anna Dahlgren	Anna.m.dahlgren@vll.se
	Annchristine Wilhelmsson	annChristine.vilhelmsson@vll.se
	Peter Thoren	peter.thoren@vll.se
Kirurg-ortopedkliniken	Elin Blomqvist	elin.blomqvist@vll.se
	Stig-Evert Thornberg	stig-evert.thornberg@vll.se
Kvinnokliniken	Evangelina Moraiti	evangelina.moraiti@vll.se
	Margot Andersson	margot.andersson@vll.se
Västernorrland		
Övergripande	Per Skude	per.skude@lvn.se
Landstingsövergripande	Anders Rutström	anders.rutstrom@lvn.se
Landstingsövergripande	Mikael Åsén	mikael.asen@lvn.se
Sundsvall		
Kirurgkliniken	Ann-Christin Lindström	ann-christin.lindstrom@lvn.se
Västmanland		
Övergripande	Rosie-Marie Fridholm	rosie-marie.fridholm@ltv.se
	Barbro Rosengren	barbro.rosengren@ltv.se
Västra Götalandsregionen		
Övergripande samordnare	Thomas Brezicka	thomas.brezicka@vgregion.se
	Agneta Resare	agneta.resare@vgregion.se
Alingsås lasarett	Marianne Gustafsson	marianne.ch.gustafsson@vgregion.se
	Per Wiger	per.wiger@vgregion.se
Kungälv	Christina Hedman	christina.hedman@vgregion.se
NU-sjukvården	Åsa Lenberg	asa.lenberg@vgregion.se
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Anna Pilström	anna.pilstrom@vgregion.se
	Catrina Sjögren	catrina.sjogren@vgregion.se
Skaraborg	Rose-Marie Lundmark	rose-marie.lundmark@vgregion.se
Öron	Martin Takac	martin.takac@vgregion.se

Ortopedi	Niklas Johansson	niklas.johansson@vgregion.se
Södra Älvsborg sjukhus (SÄS)	Katherina Hanson	katherina.hansson@vgregion.se
	Sophia Nordström	sophia.nordstrom@vgregion.se
Örebro		
Karlskoga lasarett		
Utvecklingsenheten	Ing-Marie Larsson	ing-marie.larsson@regionorebrolan.se
Lindesbergs lasarett		
Närsjukv norr utveckling	Eva Carlsson	Eva.carlsson2@orebroll.se
Örebro Universitetssjukhuset		
	Hans Holmberg	hans.holmberg@orebroll.se
HS Förvalt utveckling	Maria Hallén	maria.hallen@orebroll.se
Östergötland		
Övergripande ansvar	Pernilla Nordqvist	pernilla.nordqvist@lio.se
Övergripande granskningsgruppen	Margareta. Carlsson	Margareta. Carlsson @aleris.se
	Ing-mari Wiström	Ing-mari.wistrom@regionostergotland.se
	Anne-charlotte Broden	anne.charlotte.broden@regionostergotland.se
	Lena Larsson	Lena.E.Larsson@regionostergotland.se
	Rune Sjödahl	Rune.Sjodahl@regionostergotland.se
	Björn Werner	Bjorn.Werner@regionostergotland.se
	Elisabeth Flashar	Elisabeth.Flashar@regionostergotland.se
	Pernilla Nordqvist	pernilla.nordqvist@lio.se
Universitetssjukhuset i Linköping		
Kvinnokliniken	Karin Emtfors	Karin.Emtfors@regionostergotland.se
Urologen	Bill Pettersson	Bill.Petersson@regionostergotland.se
Njurmedicin	Katarzyna Nordström	Katarzyna.Nordstrom@regionostergotland.se
IVA	Pernilla Östholm	Pernillaostholm@regionostergotland.se
Neurokirurgen	Peter Zsigmond	Peter.Zsigmond@regionostergotland.se
Hand och plastikkirurgen	Pia Olofsson	Pia.Olofsson@regionostergotland.se
Kirurgkliniken	Conny Wallon	Conny.Wallon@regionostergotland.se
Infektionskliniken	Rolf Östlund	Rolf.Ostlund@regionostergotland.se
Vrinnevisjukhuset i Norrköping		
Ortopeden	Anna Bergelin	Anna.bergelin@regionostergotland.se
IVA	Anna Pihl	Anna.Pihl@regionostergotland.se
Akutkliniken	Emil Wallin	emil.wallin@regionostergotland.se

Kardiologi	Rose-Marie Pettersson	Rose-Marie.Pettersson@regionostergotland.se
Kirurgkliniken	Vidar Hjertberg	Vidar.Hjertberg@regionostergotland.se
Infektionskliniken	Rolf Östlund	Rolf.Ostlund@regionostergotland.se
Lasarettet i Motala	Anne-charlotte Broden	anne.charlotte.broden@regionostergotland.se

Förbättringsarbeten på sjukhus- och kliniknivå

Appendix

Denna rapport innehåller en sammanställning av förbättringsarbeten som genomförs på sjukhus- och kliniknivå med utgångspunkt från resultaten av Markörbaserad journalgranskning 2013 – 2015. Syftet med rapporten är att ge en överblick över pågående förbättringsarbete inom olika skadeområden. Rapporten innehåller även en lista på kontaktpersoner vid de olika sjukhusen/landstingen för att öka erfarenhetsutbytet i patientsäkerhetsarbetet.

Upplysningar om innehållet
Carina Ålenius, carina.alenius@skl.se
Per Wiger, per.wiger@vgregion.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2016
ISBN: 978-91-7585-347-5
Text: Appendix – Förbättringsarbeten på sjukhus- och kliniknivå

Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se. ISBN 978-91-7585-347-5