



Patientsäkerhetsberättelse

År 2018

2019-02-18

Zandra Anderson och Pär Lindgren

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning	4
Inledning	5
STRUKTUR	5
Övergripande mål och strategier	5
Hög patientsäkerhet	5
Handlingsplaner	6
Åtgärd trycksår	6
Åtgärd patientsäkerhetskultur	6
Åtgärd utbildning inom patientsäkerhet	6
Åtgärd kommunikation	7
Åtgärd markörbaserad journalgranskning	7
Åtgärd nätverksarbete	7
Åtgärd VRI	7
Åtgärd nya föreskrifter och lagar	7
Åtgärd läkemedelsgenomgångar	7
Organisation och ansvar	8
Samverkan för att förebygga vårdskador	9
Patienters och närståendes delaktighet	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	9
Klagomål och synpunkter	9
Egenkontroll	10
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	10
Strama	10
Kvalitetsveckan 2018, Tema ” Passion för kvalitet”	10
Patientsäkerhetsronder	11
Kvalitetsregister Senior Alert	11
Vårdinformationssystem och e-hälsa	12
Vårdplatskoordinatorer	13
Trycksårsprevention 2018	13
Läkemedelsgenomgång (LMG) 2018	14
Vårdhygien	14
Städning i vårdlokaler	15
Infektionsverktyget	15
Vårdrelaterade Pneumonier	15
Perifer venkateter (PVK)	16
Central venkateter (CVK)	16
Urinvägar	17
Utbildning	17
Kliniskt träningscentrum (KTC)	17
Läkemedelskommittén	17
Riskanalys	18
Utredning av händelser - vårdskador	18
Informationssäkerhet	18
RESULTAT OCH ANALYS	19
Avvikelser	20
Klagomål och synpunkter	21
Händelser och vårdskador	21
Riskanalys	22

Mål och strategier för kommande år	23
Handlingsplan.....	23
Utbildning inom patientsäkerhet	23
VRI.....	23
Trycksår.....	24
MJG.....	24
Läkemedelsgenomgångar (LMG).....	24
Frakturprevention/Fallprevention.....	24
Undernäring.....	24
Nätverksarbete.....	25
Kommunikation/Dokumentation.....	25
Patientsäkerhetskultur	25
Diagnostiska brister.....	25
Patientsäkerhetsronder.....	25

Sammanfattning

Denna patientsäkerhetsberättelse beskriver huvudsakligen arbetet på regionövergripande nivå. För en mer detaljerad beskrivning se även respektive centrums patientsäkerhetsberättelse (publiceras på hemsidan) och Strama Kronobergs årsredovisning och övriga bilagor.

Region Kronobergs patientsäkerhetsarbete har i enlighet med Patientsäkerhetslagen (2010:659) den långsiktiga inriktningen att minska förekomsten av vårdskador. Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet görs genom deltagande i de nationella mätningarna samt egna mätningar och markörbaserad journalgranskning.

Alla centrum arbetar med de nationella satsningsområdena trycksår, fall, vårdrelaterade infektioner, centrala och perifera venösa infarter med flera. För närmare beskrivning av varje centrums arbete, se respektive centrums patientsäkerhetsberättelse (som finns på Region Kronobergs [hemsida](#)).

Genom riskbedömning i Senior Alert och individuella vårdplaner arbetas med att förebygga och minska fallskador samt förebygga och minska frekvens av trycksår och undernäring.

Patientsäkerhet är en återkommande punkt i hälso- och sjukvårdens nämnd, och handlingsplaner och resultat behandlas regelbundet i ledningsgruppen.

Patienters och närståendes klagomål hanteras direkt i verksamheten och via patientnämnden. Patienters och närstående är, om möjligt, alltid delaktiga i händelseanalyser vid allvarliga vårdskador.

Regionens gemensamma vårdinformationssystem Cosmic är viktigt för patientsäkerheten. Flera kommuner använder Cosmic för sin vårddokumentation, vilket innebär ökad patientsäkerhet genom tillgång till sammanhållen journal.

Den bristande integrationen mellan det nationella ordinationssystemet Pascal och regionens vårdinformationssystem framhålls från alla verksamheter som en av de stora patientsäkerhetsriskerna. Den nationella ordinationsdatabasen som kan bidra till en lösning är ännu inte färdig. Fortsatt arbete sker tillsammans med leverantör och övriga kunder samt nationella aktörer. Under 2018 togs ett första steg i integrationen mellan Pascal och Cambio Cosmic. Vi ser dock i nuläget inte när en fullvärdig integration är färdig.

Att mäta resultat av patientsäkerhetsarbete är svårt. Vi ser ingen signifikant minskning av antalet vårdrelaterade infektioner trots intensivt arbete med vårdhygien, och andelen vårdskador som identifierats vid journalgranskning är relativt oförändrat. Vi har en signifikant minskning av allvarliga trycksår. Processmått som antalet anmälningar, försäkringsärenden och avvikelser är inte ett säkert mått på vårdskador. Lex Maria är i

stort oförändrade under 2018. Beträffande LÖF-ärenden ser vi en liten minskning. Enskilda anmälningar till IVO har minskat som en konsekvens av ny klagomålshantering.

Under 2016 skedde två uppgraderingar av datasystem som medförde en belastning för verksamheterna och också utgjorde en risk för patientsäkerheten. Den risken har minskat under 2017 - 2018 men det kvarstår problem med både läkemedelsmodulen i Cosmic och med RIS på Bild- och funktionsmedicin.

I januari 2019 ändrades organisationen i Region Kronoberg med borttagande av tidigare centrum och bildande av områden: Sjukhus, Primärvård, Psykiatri, Tandvård och Rättspsykiatri. I samband med detta gjordes också en omorganisation av patientsäkerhetsarbetet med bildandet av ett Patientsäkerhetsråd med bredare representation jämfört med tidigare styrgrupp. Den operativa delen av patientsäkerhetsarbetet blir delvis uppdelat med chefläkarna organiserade i hälso- och sjukvården medan patientsäkerhetsstrategen är placerad under Forskning, utveckling och utbildning. Eventuella konsekvenser av denna uppdelning får utvärderas över tid. Det tidigare nätverket för patientsäkerhet kommer att upphöra 1 april 2019 och ersättas av förbättringsledare som kommer att arbeta deltid inom patientsäkerhetsorganisationen och deltid inom den kliniska verksamheten. Dessa förändringsledare kommer att arbeta med våra prioriterade områden men också vara en resurs i utredningar.

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

Beskriv övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet. Ange hur dessa mål och strategier har koppling till resultat från tidigare år. Sträva efter mätbara mål och att strategier är kopplade till målen.

Hög patientsäkerhet

Patientsäkerhetsarbetet ska vara prioriterat. Vi ska ha en hög patientsäkerhet i all verksamhet för att patienter inte ska drabbas av undvikbara vårdskador.

- Patienter och närståendes medverkan i patientsäkerhetsarbetet ska stärkas och deras erfarenheter ska tillvaratas.
- Patientnämnden har en viktig roll och bidrar genom sitt arbete till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet.
- Regionens patientsäkerhetsnätverk, med utsedda medarbetare från varje centrum, ska utvecklas och stärkas.
- Teambaserade arbetssätt ska utvecklas för en ökad patientsäkerhet.
- Avvikelser ska analyseras och utgöra ett underlag i det förebyggande riskhanteringsarbetet i samtliga verksamheter.
- Genom konsekvent arbete med hygienregler ska vi minimera vårdrelaterade infektioner.
- Patienterna ska få bästa möjliga läkemedelsbehandling, på rätt indikation, med hög kostnadseffektivitet och med så få biverkningar som möjligt. Äldres läkemedelsbehandling är en stor utmaning. Regionen ska regelbundet göra en sammanvägd bedömning av den äldres totala medicinering och dess nytta i förhållande till risk oavsett patientens aktuella vårdform. En annan utmaning är att minska antibiotikaförskrivningen för att minska utvecklingen av resistenta bakterier. Vi ska följa läkemedelskommitténs rekommendationer om det inte finns skäl för undantag.

Handlingsplaner

Åtgärd trycksår

Sårsamordnare kommer att fortsätta att träffa trycksårsombuden för utveckling och uppföljning av förbättringsarbeten. Punktprevalensmätning av trycksår och antal IAD skador (fuktskador) 1gång/månad. Ansvara för föreläsning om trycksårsprevention för nyanställda sjuksköterskor och undersköterskor. Delta i arbetet med att förenkla hantering av bariatrisk hjälpmedel. Trycksårsvecka kommer att anordnas hösten 2018.

Åtgärd patientsäkerhetskultur

Patientsäkerhetssamordnare (blir 2019 patientsäkerhetsstrateg) arbetar tillsammans med nationella nätverket för att ta fram ett nytt verktyg för att mäta patientsäkerhetskultur som kan kombineras med HME (hållbart medarbetarengagemang). Samordnare deltar även tillsammans med patientsäkerhetskulturnätverket i att ta fram ett dialogverktyg som kan användas i arbetet med förbättring av säkerhetskultur.

Åtgärd utbildning inom patientsäkerhet

Obligatorisk introduktionsutbildning i patientsäkerhet för all nyanställd personal som arbetar med patientarbete eller med utrustning som används i patientarbete. Utbildningen är tvådelad med en gemensam grundutbildning och en yrkesspecifik utbildning. Utbildning i risk- och händelseanalys för utvalda medarbetare som arbetar eller

kommer att arbeta med analys och utredning. Utbildning i Strategisk säkerhetsledning för vård och omsorg för tre medlemmar i styrgruppen.

Åtgärd kommunikation

Grundkurs i "Säker kommunikation" för vårdpersonal med syftet att utveckla vårdpersonalens kommunikationskunskap Under 2018 har vi utbildat 340 medarbetare och utbildningen fortsätter med samma upplägg under 2019.

Åtgärd markörbaserad journalgranskning

Sjukhusövergripande journalgranskning månadsvis av en övergripande utbildad granskningsgrupp. Verksamhetsanknutna granskningar sköts av varje specialistområde. Sekundärgranskningar av identifierade VRI görs av journalgranskningsgruppen tillsammans med chefläkare efter ppm.

Åtgärd nätverksarbete

Chefläkare deltar i lokala, regionala och nationella nätverk. Patientsäkerhetssamordnaren deltar i nationella patientsäkerhetskulturnätverket och i nationella nätverket för Nitha. Kontaktpersonsnätverk gentemot SKL kommer också att fortsätta. Kartläggning av patientsäkerhetsnätverkes uppdrag, både regionövergripande och centrumövergripande, genomförs 2018. Nätverket träffas en gång per månad och är aktiva i flertalet av åtgärderna som är beskrivna i denna handlingsplan. En av chefläkarna är medlem i Nationella samverkansgruppen för patientsäkerhet inom Kunskapsstyrningsprojektet.

Åtgärd VRI

Fortsatt arbete med att reducera antalet vårdrelaterade infektioner. Vi kommer att fortsätta göra PPM men kommer att följa upp dessa mätningar med sekundär granskning för att i de identifierade fallen leta efter undvikbara infektioner och åtgärder utifrån detta. Det specifika VRI arbetet koncentreras till basala hygienrutiner och klädregler (BHK), hantering av kärllinfrarter, urinvägar och vårdrelaterade pneumonier. Varje arbetsområde har en arbetsgrupp med medlemmar från patientsäkerhetsnätverket, verksamheten och vårdhygien. Arbetsgruppens uppdrag är att leda, strukturera och följa upp det region övergripande arbetet inom dessa områden. Ett gemensamt utformat uppdrag för resurspersoner ute i verksamheten är framtaget.

Åtgärd nya föreskrifter och lagar

Nya rutiner och riktlinjer är framtagna och implementerade utifrån Klagomålsutredningen men även utifrån Socialstyrelsen om utredning och anmälan av vårdskador.

Åtgärd läkemedelsgenomgångar

Antalet genomförda läkemedelsgenomgångar per månad registreras och följs upp. Läkemedelsgenomgång är ett strukturerat och systematiskt arbetssätt för uppföljning och omprövning av en patients läkemedelsbehandling. I Kronoberg arbetar vi med tre typer av LMG: enkla, fördjupade och fördjupade i teammodell. Syftet är att upptäcka, åtgärda eller förebygga läkemedelsrelaterade problem som t ex biverkningar, interaktioner, utebliven eller otillräcklig effekt, avsaknad av eller oklar indikation samt underbehandling. I Kronoberg arbetar vi med tre typer av LMG: enkla, fördjupade och för-

djupade i teammodell. En enkel läkemedelsgenomgång är en kartläggning av patientens ordinerade och använda läkemedel. En fördjupad LMG är ett arbetssätt för att systematiskt analysera, ompröva och följa upp en patients läkemedelsanvändning utifrån hans/hennes hälsotillstånd. Fördjupade LMG i teammodell innebär att läkare, sjuksköterska, vårdpersonal och apotekare träffas och diskuterar patientens läkemedelsbehandling

Sedan uppgraderingen till Cosmic R8.1 gjordes tillkom nya förutsättningar för dokumentation av läkemedelsgenomgångar. Avsnitten angående dokumentation i de lokala riktlinjerna för enkel läkemedelsgenomgång har uppdateras under slutet av 2018

Organisation och ansvar

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Enligt Patientsäkerhetslagen 2010:659 är vårdgivaren skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Enligt beslut ska Region Kronoberg vara kvalitetsstyr.

För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkerställa vårdens kvalitet ska vårdgivare enligt SOSF 2011:9 inrätta ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten (kap 1§). Ledningssystemet skall användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet

Region Kronoberg fastställer i budget, verksamhetsplaner, policy och övriga styrdokument hur detta ska ske. Uppföljning av uppsatta mål sker i årsanalys, delårs- och månadsrapporter samt särskilda dokument som patientsäkerhetsberättelse och revisioner.

Hälso- och sjukvårdsdirektör och ledningsgrupp ansvarar för att beslutat patientsäkerhetsarbete genomförs i verksamheten.

Hälso- och sjukvårdsdirektören ansvarar för att utse anmälningsansvarig/ ansvariga enligt Lex Maria.

Verksamhetschef psykiatri ansvarar för att utse anmälningsansvarig vid brister i säkerheten enligt SOSF 2006:9 7 kap. och att rutiner finns för anmälan.

Regional chefläkare ansvarar för att rutiner för avvikelshantering och Lex Maria-anmälan utarbetas. Dessa fastställs av hälso- och sjukhusdirektör och görs kända i verksamheten.

Anmälningsansvariga inom respektive verksamhet ansvarar för att händelseanalys genomförs vid avvikelser som bedöms som möjliga Lex Maria-ärenden

Chefläkare ansvarar för organisation och rutiner för genomförande av händelseanalyser och riskanalyser.

Chefläkare kan svara för vårdgivaren till IVO och andra myndigheter i patientsäkerhetsärenden eller utse annan att svara för vårdgivarens yttrande.

Centrumchefer och verksamhetschefer ansvarar för att beslutande förebyggande åtgärder vid identifierade risker genomförs och följs upp.

Verksamhetschefen ansvarar för att informera patienter och anhöriga om inträffade vårdskador enligt kraven i 3e kap. 8 § i Patientsäkerhetslagen.

Hälso- och sjukvårdspersonal ska inom ramen för verksamhetens ledningssystem kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9, 4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Region Kronoberg arbetar i samverkan mellan olika enheter med att reducera frekvensen vårdskador relaterade till intravenösa infarter. Utbildning och information ges årligen vid en ”infartsvecka” där även den kommunala sjukvården inbjudes.

Samverkan sker också för att minska risken för vårdskador i vårdens övergångar. Kommunerna har med ett undantag samma journalsystem som regionen vilket underlättar informationsöverföring och LINK används vid planering vid överföring till den kommunala hemsjukvården.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienter och/eller närstående intervjuas i samband med händelseanalyser. Där resultatet av utredningen också återförs.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Samtliga medarbetare inom Region Kronoberg, vårdvalsenheter samt kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska har behörighet att rapportera händelser och iakttagelser såsom negativa händelser, tillbud, risker, förbättringsförslag samt klagomål.

Verksamhetschef utser medarbetare/grupp av medarbetare att bearbeta och återkoppla rapporterade ärenden. Utbildningstillfällen för rapportörer och handläggare i bearbetning och statistikuttag har genomförts regelbundet. Medarbetare med handläggarpdrag erbjuds handledningstillfällen efter förfrågan.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6 §§, 7 kap 2 § p 6,

Med anledning av klagomålsutredningen och efterföljande lagrum har avvikelsehanteringssystem anpassats för en förenklad rapportering gällande klagomål och synpunkter från patienter och närstående.

Detta för att på ett enklare sätt kunna mäta och analysera de klagomål som kommer direkt till verksamheten och särskilja dem som kommer via patientnämnden.

Patientnämnden sammanställer årligen statistik över de klagomål som kommit in till dem. Regionens centrala ärendehantering sammanställer statistik över IVO och LÖF ärenden som sedan redovisas till chef läkargruppen och patientsäkerhetsrådet. Sammanställning skickas även direkt ut till verksamheterna på förfrågan.

Region Kronoberg har i samband med det förändrade lagrummet avseende klagomåls- hantering tagit fram informationsmaterial till patienter och till personal. Patienten hänvisas främst att lämna klagomål via 1177, men har även möjlighet att ringa eller skriva brev.

Egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p 2

Beskriv vilken egenkontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts samt i vilken omfattning och frekvens. Resultat och analysen redovisas under rubriken resultat och analys.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	2 gånger per år 2 gånger per år	PPM-databasen Markörbaserad journal- granskning, sekundär- granskning
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	PPM-databasen
Hygienronder	På begäran	Protokoll
Patientsäkerhetsronder	1 ggr per år	Mall
MJG	1 ggr/månad	Journalssystemet
Trycksår	1 g/varje månad 2 gånger per år	Protokoll PPM-databasen
Patientens klagomål och synpunkter	1 gång per år	Patientnämnden, IVO, avvikel- selhanteringssystemet

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Strama

Stramaarbetet redovisas i bilaga.

Kvalitetsveckan 2018, Tema ” Passion för kvalitet”

2018 års tema ” Passion för kvalitet” beskrevs ur forskarperspektiv, som etiskt dilemma och för ökat lärande och ökad kvalitet. Personcentrerat förhållningssätt - med

fokus på berättelser, framhölls både i föreläsningar utanför och under den nationella 2-dags konferensen.

Konferensen ”Berätta för livet” anordnades i samarbete mellan Region Kronoberg och Linné universitetets styrgrupp för Hälsa, humaniora och medicin. Samverkan har sin grund i ämnesområdet medicinsk humaniora som bland annat handlar om ett helhetsperspektiv på vård och hälsa, medicinsk etik, kunskapssyn, socialmedicinska frågor, sjukdomsbegrepp, existentiella frågor, berättande och tolkande och professionell hållbarhet.

Tre förbättringsarbeten prisbelönades som vanligt under chefsdagen i kvalitetsveckan och i år vann bidragen;

- 1) Oberoende av hyrläkare - vuxenpsykiatrins läkarenhet.
- 2) Äldre mottagning på vårdcentral - vårdcentralen Sländan
- 3) Språkstegen - familjehälsan.

Drivbänkspriserna 2018 gick till ”Barnrättsarbete” - Rättspsykiatriska regionkliniken och till ”Svälj säkert!” undersökning av sväljning med videoendoskop – Logopedmottagningarna i Växjö och Ljungby

Patientsäkerhetsronder

Centrumcheferna organiserar patientsäkerhetsronder, inom sina respektive verksamhetsområden. Resultat återfinns i verksamheternas årsrapporter.

Kvalitetsregister Senior Alert

Resultatsiffrorna för riskbedömningar av fall, trycksår och undernäring speglas i grafen nedan för Region Kronoberg. Riskbedömningar av ohälsa i munnen har registrerats mer sällan och inte av alla vårdavdelningar.

	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Region Kronoberg	4700	77% ↑ 5 499 av 7 099	65% ↑ 3 502 av 5 499	95% ↓ 5 240 av 5 499	86% ↓ 4 767 av 5 512	910 ↑ 526 personer	1119 ↑ personer	58 ↓ 51 personer	454 ↑ personer
Centallasaretet Växjö Lt Kronoberg	3079	79% ↓ 3 374 av 4 276	62% ↑ 2 102 av 3 374	94% ↓ 3 174 av 3 374	89% ↓ 3 010 av 3 388	756 ↑ 435 personer	759 ↑ personer	55 ↓ 48 personer	304 ↑ personer
Ljungby lasarett Lt Kronoberg	1745	75% ↑ 2 125 av 2 823	69% ↑ 1 480 av 2 125	97% ↓ 2 066 av 2 125	83% ↓ 1 757 av 2 124	154 ↑ 94 personer	390 ↑ personer	3 ↔ 3 personer	154 ↑ personer
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %				

Vi använder de enklare SKL – patientsäkerhetsbedömningsinstrumenten för fallrisk och risk för undernäring. Patienter äldre än 65 år registreras med en vårdtid >36 tim-

mar. Målsättningen är att 80 % av patienterna i åldersgruppen ska registreras och att 100 % av riskpatienterna ska få minst en preventiv åtgärd planerad.

Under år 2018 har antalet riskbedömda patienter över 65 år, sjunkit jämfört med föregående år. 2017 riskbedömdes 5372 patienter på vårdavdelningarna och endast 4700 patienter 2018. 76 % 2017 respektive 77 % 2018, av dessa patienter var riskpatienter. 91 % av riskpatienterna fick preventiva åtgärder insatta 2017 och motsvarande siffra för 2018 var endast 86 %.

Patientsäkerhetskultur

Det nationella nätverket för patientsäkerhets kultur har tagit fram ett verktyg för mätning av Patientsäkerhetskultur kallad HSE (Hållbart säkerhets engagemang) Ett gemensamt arbete med Regionens HR avdelning är påbörjat med målsättningen att genomföra en gemensam undersökning av patientsäkerhet och arbetsmiljö i november 2019.

Nätverket har även tagit fram ett dialogverktyg kallat ”Säkerhetskulturtrappan” som kan användas vid uppföljning av resultat vid mätning av Patientsäkerhetskultur.

Nätverk för patientsäkerhet

Under året har det i nätverket funnits representanter från medicin och akutcentrum, Kirurgi, kvinno och barncentrum, medicinskt servicecentrum, primärvårds- och rehabcentrum, tandvårdscentrum och psykiatricentrum. Regionens chefläkare ingår också i nätverket. Funktionsansvariga från Hälso och sjukvårdens utvecklingsenhet som finns inom flera områden bjuds in eller bjuder in sig själva till nätverksträffar när det berör just deras område. Totalt har nätverket haft 8 träffar plus en halvdag med utbildning i förbättringsverktyg

Vårdinformationssystem och e-hälsa

Regionens vårdinformationssystem är en vital del av patientsäkerheten med höga krav på att vara välfungerande och det ställs stora krav på informationssäkerhet, driftsäkerhet och redundans. Tillgänglighet till information även vid driftavbrott är nödvändig. Under året har några uppgraderingar i Cosmic genomförts utan någon påverkan på patientsäkerheten. Vi har under året stärkt patientsäkerheten genom en integration mellan två vårdinformationssystem i regionen där Cosmic tar emot information från ambulansens system i samband med en signering av anteckningen. Detta gör att informationen från ambulans blir lättåtkomlig för personal som har behov av patientens information vidare i vårdprocessen både i region Kronoberg och hos andra vårdgivare då denna information publiceras till NPÖ (Nationell patientöversikt). Vi har under året testkört en integration mellan Cosmic och läkemedelslistan i Pascal (DOS) på en klinik. Integrationen innebär en synkronisering som kan hämta in aktuella läkemedel från Pascal till Cosmic. Under kommande år ska denna möjlighet breddas i hela regionen. Ett mobilt arbetssätt med plattor och interaktiva whiteboards har testkörts under året på ett par avdelningar. En av vinsterna här är att dokumentation hos patienten sker direkt till

systemet istället för att dokumenteras på papper som sedan ska skrivas av in till Cosmic.

För våra invånare har vi ökat delaktigheten i vården genom att visa mer från våra journaler via 1177 vårdguidens e-tjänst Journalen via nätet. Fler enheter ger också tillgång till webbtidbokning via 1177 vårdguidens e-tjänster. Ytterligare en tjänst är att invånaren får ett SMS-meddelande när ett eRecept är skickat från vården.

Vårdplatskoordinatorer

Överbeläggningar innebär en patientsäkerhetsrisk. Sjukhusen har vårdplatskoordinatorer som styr och fördelar de akuta patienterna under dagtid, övrig tid är bakjour ansvarig. Arbetet utgår från kontinuerlig uppdatering av vårdplatsläget och sjukhusens överbeläggningsplan. Vårdplatskoordinatorerna är också sjukhusets specialister på regelverket för utskrivningsklara patienter och bistår både avdelningar och kommuner vid behov.

MJG

En granskningsgrupp med dokumenterat uppdrag har genomfört de övergripande granskningarna av den somatiska slutenvården. I arbetsgruppen ingår chefläkare och sjuksköterskor samt patientsäkerhetsstrateg. Arbetsgruppen träffas 3-4 gånger per år.

Granskningar har gjorts i samma omfattning som 2017, 28 slumpvis utvalda journaler per månad granskades först individuellt av sjuksköterskegruppen och skadors undvikbarhet bedömdes tillsammans med chefläkare. Resultatet rapporteras till och sammanställs via SKL:s nationella databas. Resultatet visar en variation på mellan 0-34 vårdskador per 1000 vård dagar. Under ca 10 % av vårdtillfällena sker vårdskador.

Flest vårdskador hittades av typen vårdrelaterade infektioner (VRI), ca 40 % varav flest pneumonier och urinvägsinfektioner. Alla funna VRI:er under årets ppm-mätningar, har sekundärgranskats i syfte att dokumentera undvikbarheten och hitta orsaker till infektionerna.

Trycksårsprevention 2018

Under året 2018 har PPM trycksår utförts varje månad och fungerar bra. Avdelningschefer och ombud är positiva till att ha regelbundna mätningar. Resultaten presenteras på interna webben. Trycksår som uppstått i slutenvården hamnar på 5 % även detta år. Fortfarande är övervägande delen trycksår, (22 % i den lägsta kategorin 1, 14,9 % fanns i kategori 2, 2,8 i kategori 3 och i kategori 4 fanns 1,7 %.) Nätverket har träffats 4 ggr under året då vi diskuterat arbetssätt och förbättringar. I april genomfördes en studieresa till Orups sjukhus i Skåne, finansierat av pengarna för kvalitetspriset, då ombud från samtliga slutenvårdavdelningar var med.

Ett dokument som tydliggör vad som ingår i en resurspersons arbete är framtaget.

Ombud beslutar tillsammans med avdelningschef rangordning av åtgärder.

Avtalade madrasser betalas centralt och en genomgång av samtliga madrasser sker under mars månad. För tillfället upplever verksamheterna att det just nu finns tillräckligt med hjälpmedel för avlastning. Servicevärdar på akutmottagningen har möjliggjort att

omvårdnadsrond nu kan genomföras. Operationsenheten har inventerat och bytt ut avlastande hjälpmedel.

Från och med 2018 ingår trycksårsprevention introduktionsutbildning för sjuksköterskor och undersköterskor. Utbildningen är på 2 timmar. Sår och sårbehandling ingår i sjuksköterskornas utvecklingsprogram och under "Sårveckan" erbjöds utbildning i handhavande av hjälpmedel för bariatriska patienter.

Samtliga sår ombud har utbildats i två nya kategorier av trycksår. Trycksårskort är utdelade

Nya hjälpmedel mot fuktskador finns på avtal. Den internationella "Stop pressure Ulcer Day" i november uppmärksammades på en mängd olika sätt på sjukhusen.

Läkemedelsgenomgång (LMG) 2018

Under 2018 har 870 fördjupade läkemedelsgenomgångar i teammodell utförts i primärvården. Hur många enkla respektive fördjupade läkemedelsgenomgångar utan apotekarmedverkan som gjorts under 2018 finns inga säkra siffror på. I samband med att de lokala riktlinjerna togs fram 2012, så lades två så kallade fasta värden till i journalsystemet, enkel respektive fördjupad läkemedelsgenomgång, för att möjliggöra dokumentation och uppföljning av utförda läkemedelsgenomgångar. Bristande/varierande dokumentation gör att det inte går att följa antalet utförda läkemedelsgenomgångar via rapporter ur journalssystemet på ett tillförlitligt sätt.

Apotekare har fortsatt att träffa patienter på Achima Care i Älmhult. Frekvensen har varit 1 gång/månad och totalt 38 patienter har fått träffa apotekaren. Ett projekt angående apotekarmedverkan har gjorts i Ryd och inkluderade 13 patienter. Samarbete har även påbörjats med VC Lessebo där apotekaren kontaktat patienterna via telefon.

Vårdhygien

Region Kronoberg har gått in i en period av omfattande om- och nybyggnation i vårdlokaler vilket medför stora utmaningar för att bibehålla en god hygienisk standard. Vårdhygien samarbetar kontinuerligt med fastighets- och upphandlingsavdelningen för att skapa trygga vårdmiljöer i befintliga och planerade lokaler. Det vårdhygieniska perspektivet är viktigt redan vid planering för nya lokaler samt under byggtiden. Risker vid ombyggnationen är bla byggdamm innehållande mögelsporer och vid arbete med vattenförsörjning- Legionella.

Vid inköp av material och medicinskteknisk utrustning ställs vårdhygieniska krav. Befintlig utrustning följs upp och kvalitetskontroller görs i vissa fall, till exempel endoskop.

Under året har en grundläggande utbildning i vårdhygien getts löpande. Utbildningen omfattar basala hygienrutiner, smittspridning och resistenta bakterier. Fördjupningsutbildningar har genomförts inom bland annat hantering av sterilt material och andra patientnära produkter. Riktade utbildningar i vårdhygien har erbjudits servicevärdar och

personalen på förrådsservice. Flertalet praktiska genomgångar och övningar har genomförts vid KTC.

I arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner (VRI) har riktade insatser gjorts för pneumoni, urinvägar och infarter. Avdelning 13 och 33 är pilotavdelningar i ett europeiskt projekt (JAMRAI) för att förebygga kateterassocierad urinvägsinfektion.

Inom BHK har flera aktiviteter gjorts under året för att öka följsamheten till riktlinjer. Aktiviteter som genomförts är årligt återkommande handhygien vecka, utbildning till nyanställda, årliga mätningar av följsamhet till de riktlinjer som finns, utbildning och nätverksträffar för regionens BHK resurser och satsning på BHK inom psykiatrin. Målvärdet för följsamhet till BHK är 90% .

Hygienronder har utförts på 19 enheter.

Mätningarna för postoperativa infektioner har varit vilande sedan i mars på grund av pensionsavgång. Förebyggande arbete har gjorts tillsammans med kvinnokliniken.

Städning i vårdlokaler

God kvalitet på städning i vårdmiljö minskar mängden mikroorganismer i miljön och bidrar indirekt till färre infektioner genom att förebygga smittspridning.

För att säkerställa god städskvalitet görs regelbundna kvalitetskontroller och uppföljningar enligt Svensk standard - SS 8760014:2017 ”Rengöring och städning för minskad smittspridning inom hälso-och sjukvård”

Lokalvården följer lokala riktlinjer som är baserade på rekommendationer från Svensk Förening för Vårdhygien- ”Städning i vårdlokaler” (SIV), Vårdhygieniska riktlinjer och rekommendationer för städ- och vårdpersonal

Personalen utbildas regelbundet i basala hygienrutiner, smitta, smittvägar och grundläggande städmetoder.

Infektionsverktyget

Pga att infektionsverktyget inte fungerar tillsammans med vårt journalsystem efter uppgraderingen till Cosmic 8.1 under 2016 så har vi inte kunnat använda infektionsverktyget under 2018.

Vårdrelaterade Pneumonier

Nytt fokusområde som identifierats via journalgranskning och PPM mätning. En tvärprofessionell arbetsgrupp fick i uppdrag att arbeta för att all vårdpersonal i Region Kronoberg ska vara medvetna om riskfaktorer/ risksituationer för vårdrelaterad pneumoni och vara väl insatta i rutiner för det preventiva arbetet.

En kartläggning av risk och förbättringsområden gjordes genomförd bla journalgranskning men även möte med sår sköterska och tandläkare har gjorts för att få en helhetsbild över riskbilden. Befintliga dokumentationsmallar har anpassats för att

kunna användas i arbetet med att förebygga pneumonier. Utformning av riktlinje är påbörjad. Två pilotavdelningar har valts ut för genomförande av förbättringsarbetet. Samtlig personal på dessa avdelningar kommer erbjudas två föreläsningstillfällen där första tillfället handlar om Vårdrelaterad pneumoni/Dysphagi och det andra om Andning/Mobilisering. Projektet kommer fortgå under hela 2019.

Perifer venkateter (PVK)

På varje vårdenhets finns en infartsresurs som utför mätningarna samt deltar på utbildnings- och informationsträffar initierade av arbetsgruppen för PVK i samarbete med vårdhygien. Varje resurs har tillsammans med fokusgruppen följt upp egen enhets specifika förbättringsområden för att öka medvetenhet, optimera handhavande och ytterligare förbättra dokumentationen. Nästan alla enheter inom slutenvården deltar i testet med PVK allt-i-ett system som syftar till att under kontrollerade former förlänga tiden innan byte. Testen förutsätter följsamhet till regelbundna dagliga dokumenterade kontroller på 85-90 procent. Trots en längre liggetid har synliga komplikationer minskat. Upprepade mätningar görs i syfte att förbättra följsamheten till riktlinjer.

Förbättringar ses inom flera områden. Resultatet visar en ökad medvetenhet hos personalen vad gäller att märka PVK med datum och tid för inläggning, att omsorgsfullt välja placering av PVK och att bättre fixera i syfte att minska friktion och därmed minska risk för tromboflebit. Regelbunden kontroll av PVK samt regelbundet byte och omprövning av behovet av PVK har också förbättrats.

Arbete pågår att komplettera med framtagen statistik ur journaltabell i datajournalen. Att synliggöra och kartlägga komplikationsgraden på ett annat sätt och leta eventuella samband att åtgärda.

Även i år har vi haft en vecka på KTC – kliniskt träningscenter – med tema infarter som var välbesökt och omtyckt. En aktivitet som är tänkt att återkomma årligen. Veckan innehåller föreläsning, information om nyheter, möjlighet att praktisk träna på handhavande mm och vänder sig till såväl ny som van personal. Infarter ingår också sedan 2018 som obligatoriskt moment i introduktionsutbildning för nyanställda sjuksköterskor och undersköterskor.

Central venkateter (CVK)

Samtliga centrala infarter som används på sjukhusen registreras i mall i journalsystemet vid insättning och uttagande. Komplikationer registreras vid uttagande och efter odling. På så sätt kan förekomsten av komplikationer i form av infektioner mätas och följas över tid. Rutinen har ändrats beträffande odlingar. CVK spets odlas numera enbart vid misstanke om infektion. Detta är en anpassning till internationella och nationella riktlinjer.

Beslut är taget att utbildning i Kärlinfarter kommer vara ett obligatoriskt ämne i introduktionsutbildning för alla sjuksköterskor och undersköterskor inom både slutenvård och primärvård, med uppstart 2018

Urinvägar

Under året har arbetsgruppen fortsatt arbetet med att uppdatera rutinen kring kateterisering av urinblåsan. Process ledare har, tillsammans med Vårdhygien, genomfört flera utbildningar med nyanställda i både Växjö och Ljungby. Gemensamma träffar har hållits med avdelningarnas resurspersoner inom området. Uroterapeuter i Växjö har tyvärr inte haft någon möjlighet att vara aktiva vid utbildningstillfällena. Avdelning 13 och 33 på CLV har blivit utvalda att ingå i det nationella förbättringsarbetet EU-JAMRAI som syftar till att förebygga kateterassocierad urinvägsinfektion.

Utbildning

Under 2018 har utbildning inom patientsäkerhet erbjudits alla nyanställda inom hälso och sjukvården med patientarbete. Grundläggande utbildning blocket har getts vid tre tillfällen. De yrkesspecifika utbildningarna har erbjudits 4-5 gånger per år. Utbildningstillfällena har varit fullbokade, men tyvärr vad gäller de yrkesspecifika utbildningarna har ett flertal var anmälda uteblivit. Detta har återkopplats till verksamhetschefer och centrumchefer.

En regionövergripande utbildning i risk och händelse har gjorts med extern utbildare.

Kliniskt träningscentrum (KTC)

Kliniskt träningscentrum är en gemensam resurs och en öppen mötesplats där du som medarbetare har möjlighet att träna enkla, men också mer komplicerade medicinska situationer och tillstånd tillsammans i team. På kliniskt träningscentrum finns det möjlighet för såväl individuell färdighetsträning som scenarioträning för team. För detta erbjuder vi ändamålsenliga lokaler som kan anpassas efter önskemål och behov. Vi har också instruktörer/samordnare som har utbildats i medicinsk simulering och teamarbete. Samordnare på KTC ansvarar för att förvalta och utveckla de processer där metoder ingår samt att ansvara för kvalitetsregister ex. hjärtstoppregisteret och SweTrau. Under året har vi startat upp en utbildning i Säker Läkemedelshantering samt har vår utbildning i Säker Kommunikation har uppmärksammats nationellt med bland annat posterutställning på patientsäkerhetsdagarna i Stockholm. Vi fortsätter att utbilda våra instruktörer i Region Kronoberg i medicinsk simulering. HLR-samordnarna stödjer och utbildar instruktörer i regionen.

proACT-samordnarna har påbörjat utbildningen av medarbetare inom rättspsykiatri samt fortsatt utbildning av vuxenpsykiatri, primärvård och slutenvård.

Traumakoordinatorerna har bl.a. fortsatt med regelbundna traumateamsövningar, utbildningar för traumateamsledare samt arbete i och kring traumaprocessen för Region Kronoberg.

Vi har också haft representation i arbetsgrupp för framtagande av en nationell traumateamsutbildning.

Läkemedelskommittén

Se bilaga

Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4

Avvikelsehanteringssystemet stödjer rapportering av risker, iakttagelser och tillbud. Riskanalysutbildning, har genomförts av säkerhets- och lokalutvecklingsenheten och med utbildningsledare ifrån Region Jönköpings län. Avvikelser i Synergi kan användas för att identifiera risker. Formella riskanalyser görs i form av Lex Elsie vid verksamhetsförändringar. Nationell metod för riskanalys enligt handbok används vid riskanalys.

Den bristande integrationen mellan det nationella ordinationssystemet Pascal och Regionens vårdinformationssystem framhålls fortsatt från alla verksamheter som en av de stora patientsäkerhetsriskerna.

En annan risk som identifierats är bristen i implementeringen av riktlinjer enligt Standardvårdförlopp för cancer. Mellan 2015-2018 har 31 standardiserade vårdförlopp för cancer (SVF) införts i Region Kronoberg enligt nationella riktlinjer. Flera risker och förbättringsområden har identifierats via avvikelser och händelseanalyser (43 avvikelser som berör SVF från 2016-2018). Utifrån dessa data har en region övergripande riskanalys påbörjats för att utvärdera införandet och säkerställa att våra patienter får en säker vård i rätt tid. Riskanalysen omfatta hela förloppet från bedömning och remisskrivning till avslut av SVF och bedöms vara klar mars 2019.

Regionen står inför ett breddinförande av Cosmic Nova, ett mobilt arbetssätt med löpande dokumentation och hantering av arbetsuppgifter. Projektgruppen har tillsammans med pilotavdelningar identifierat riskområden som berör bla sekretess med obehörig återkomst till läsplattor och whiteboards. För att säkerställa patientsäkerheten vid ett breddinförande har en region övergripande riskanalys startats upp.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Under året har flera fall av invasiv aspergillos uppmärksammats hos immunsupprimeerade patienter på centrallasarettet i Växjö. En händelseanalys påbörjades med anledning av detta för att försöka hitta eventuella bakomliggande orsaker. Utredningen visade att den pågående ombyggnationen medförde byggdamm innehållande mögelsporer som patienter exponerades för. De byggavskärmningar som satts upp hade inte fungerat optimalt och informationen till patienter om att inte vistas i byggområden hade inte givits konsekvent.

Lärdom av detta blev att inför kommande byggprojekt i Region Kronoberg ska en riskbedömning göras i samråd med vårdhygienisk expertis i ett tidigt skede så att adekvata skyddsåtgärder kan vidtas. Utöver detta ska löpande kommunikation ske mellan projektansvariga och verksamheter med infektionskänsliga patienter för att optimera patienternas väg till och inom sjukhusen och mottagningarna. Händelsen anmäldes enligt lex Maria

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Beskriv hur ni arbetat med informationssäkerhet dvs.

1. de uppföljningar av informationssäkerheten som har gjorts som är av större betydelse,
2. de riskanalyser som har gjorts,
3. de åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten som är av större betydelse,
4. den utvärdering vårdgivaren har genomfört av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem,
5. den granskning som har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.

Information är en viktig strategisk resurs för Region Kronoberg. En säker informationsförsörjning är avgörande för Region Kronobergs förmåga att uppnå sina verksamhetsmål därför pågår ett systematiskt informationssäkerhetsarbete. Förutom att följa upp inarbetade rutiner följs även utvecklingen och digitaliseringen inom hälso- och sjukvården.

Regelbundna loggkontroller

Ett kontinuerligt arbete pågår med säkerställande av att loggkontroller utförs och utbildning erbjuds regelbundet till personal.

Inriktning för informationssäkerhetsarbetet 2018

År 2018 var ett viktigt år för arbetet med att stärka patientens rättigheter i och med nya dataskyddsförordningen som trädde i kraft 26 maj 2018. Region Kronoberg har skapat ett projekt för att säkerställa efterlevnad av GDPR i organisationen.

En inventering av alla system hanterar personuppgifter är genomförd och ett nätverk med kontaktpersoner inom organisationen är skapad för att underlätta arbetet med GDPR.

Utbildning och information är genomförd både via möten och webbutbildning om vad GDPR innebär samt hur Region Kronoberg arbetar med att efterleva de nya kraven.

Ett system är infört för att hantera Region Kronobergs registerförteckningar som utgör basen i vårt ordnade arbete med dataskyddsfrågor.

Under 2018 har vi medverkat i MSBs kartläggning och analys av landstingens informationssäkerhetsarbete inom hälso- och sjukvårdsverksamheten.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Avvikelser

Gör en samlad analys av avvikelser samt beskriv några viktiga lärdomar som har spridits. Bra med en tabell över antal och typ av avvikelser och även förbättringsförslag.

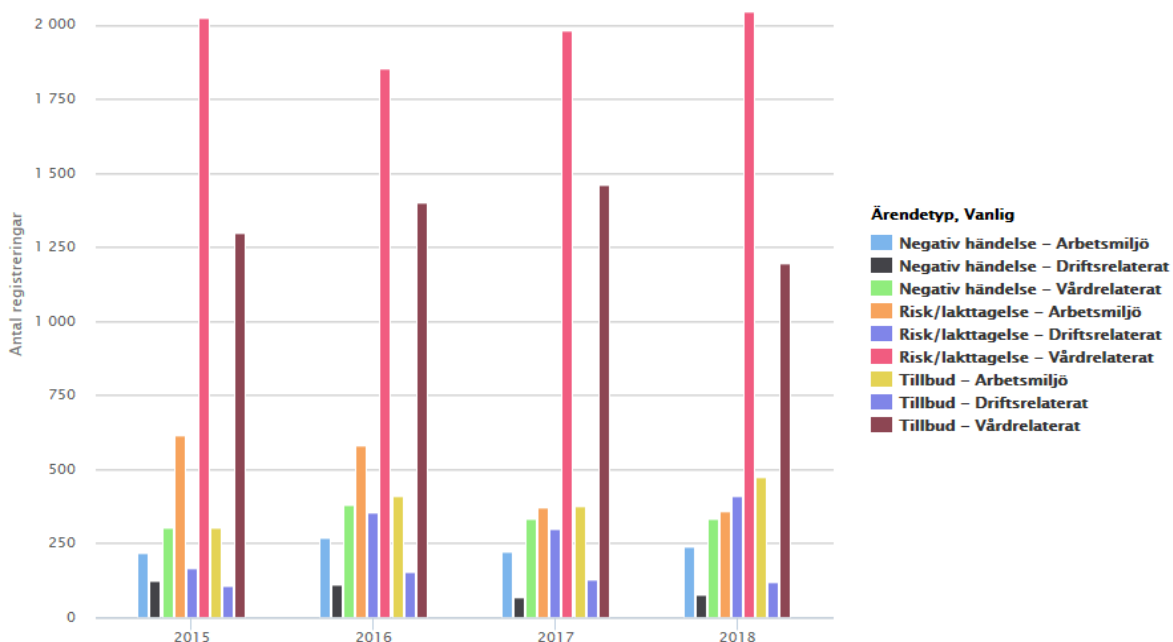
Utbildningstillfällen för rapportörer och handläggare i bearbetning och statistikuttag har genomförts regelbundet under året. För medarbetare med handläggarpuppdrag har under året erbjudits handledningstillfällen efter förfrågan.

Informationspunkt på introduktionsprogrammet är fortsatt aktuellt för avvikelsehantling. Denna information riktas till nya medarbetare och nuvarande medarbetare erhåller denna information i samband att handledare inbjuds till arbetsplatsträffar eller klinikdagar.

Tidigare utvecklingsgrupp, vilken på uppdrag av chefläkaren, upprättade parametrar under händelsekategoriseringen för att urskilja vårdrelaterade avvikelser rörande de av SKL valda fokusområden. Analys av ovanstående parametrar visar att övergripande parameter fortsatt används vid 75 procent av ärendena. Vi noterar dock att antalet ärenden rörande patientrelaterat hot och våld har fördubblats jämfört med år 2017.

Under året har kompetens från patientsäkerhetsnätverket fått i uppdrag att säkerställa verksamhetsnära handledning och support. Aktuellt kompetens- och resurstillskott möjliggör tillgänglighet för verksamheterna gällande handledning och utbildning.

Analys av rapporterade ärenden visar en relativt konstant bild över tid. Det som kan noteras är att vårdrelaterade tillbud gått ned i antal samtidigt som antalet vårdrelaterade risker ökat



Klagomål och synpunkter

Gör en samlad analys av klagomål och synpunkter samt beskriv några viktiga lärdomar som har spridits. Bra med en tabell över antal och typ av klagomål och synpunkter.

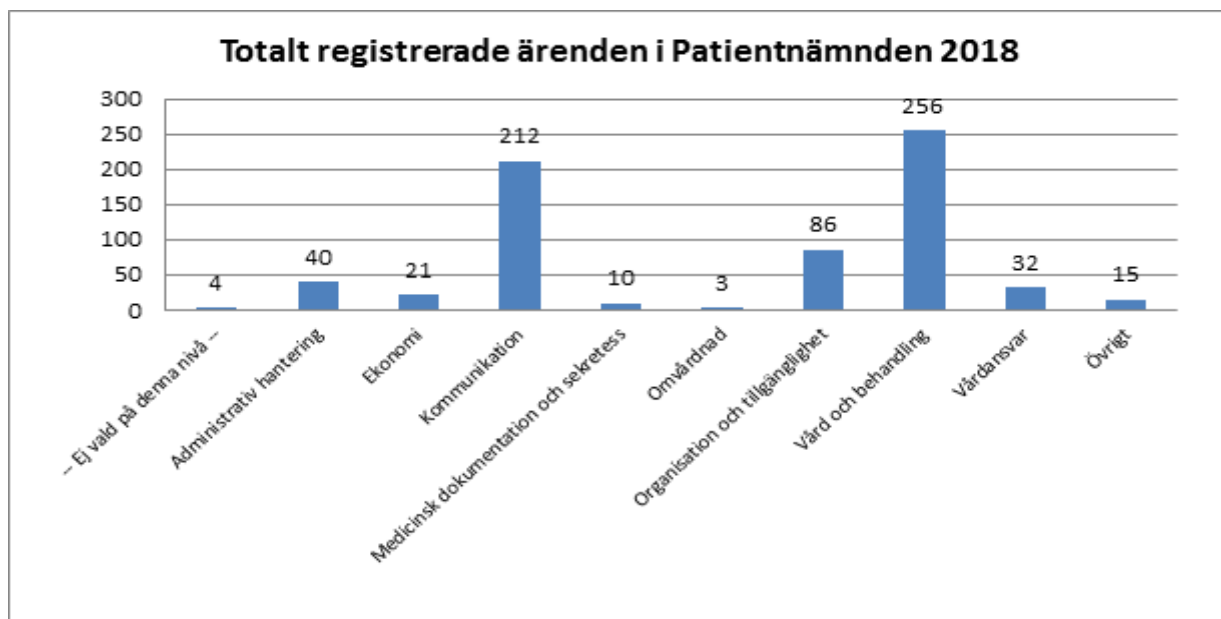
Klagomål direkt till verksamheten

Variationer i dokumentation av klagomål gör att det inte går att presentera tillförlitlig statistik för 2018. Den nyligen införda modulen för rapportering gällande klagomål och synpunkter från patienter och närstående kommer öka möjligheten att ta fram statistik över de klagomål som kommit in direkt till verksamheten.

Patientnämnden

Patientnämnden har under året registrerat 679 ärenden vilket är en minskning jämfört med de senaste åren. En anledning till detta kan vara att vården i ökad utsträckning, enligt gällande lag, tar emot och handlägger patientklagomål i den egna verksamheten

Stort antal ärenden handlar om synpunkter på information. Det är patienten själv som får säkerställa att viktig information når de olika vårdgivare, både inom och utom länet. Den andra stora ärendegruppen handlar om tillgänglighet. Detta är återkommande synpunkter till patientnämnden som kan inverka på patientsäkerheten. Patienter med flera diagnoser uttrycker att vården inte hänger ihop, varje enhet tar hand om sin lilla del och patienten måste själv vara sin egen vårdlots och ansvara för helheten.



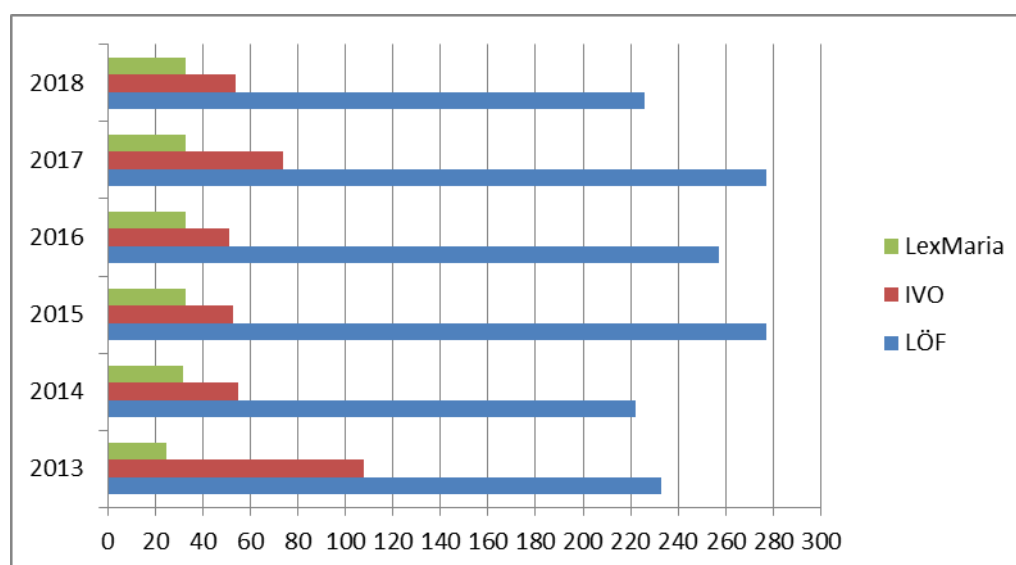
Händelser och vårdskador

Gör en samlad analys från utredning av händelser, vårdskador och allvarliga vårdskador samt beskriv några viktiga lärdomar som har spridits.

Hur många anmälningar som görs kan inte användas som mått på patientsäkerhet. De avspeglar snarare verksamhetens uppmärksamhet och säkerhetskultur samt patienternas kännedom om möjligheterna att anmäla. Ett ökat antal avvikelser om vårdskador är sannolikt ett tecken på en förbättrad säkerhetskultur – inte på sämre patientsäkerhet.

Antalet utredningar av allvarliga händelser minskade under 2018. Sammantaget gjordes 43 stycken utredningar fördelat på 23 stycken händelseanalyser och 20 internutredningar. Detta är att jämföra med föregående år då det gjordes 51 utredningar. Svårighet att hitta analysteam är sannolikt en bakomliggande faktor till minskningen.

I genomförda händelseanalyser och internutredningar är bakomliggande orsaker till händelsen framför allt inom orsaksområde kommunikation, organisation och procedur, rutin och riktlinjer. Brist i följsamhet till dokumentationsrutiner är återkommande i flera analyser liksom brist i teamarbete mellan olika kliniker och handledning av AT-läkare. Det saknas fortfarande bra metod och arbetssätt för uppföljning av genomförda åtgärder och dess effekter.



Risikanalys

Gör en samlad analys av riskhantering samt beskriv några viktiga lärdomar som har spridits.

Det är viktigt att resultaten speglar alla delar i vårdgivarens organisation (somatisk vård, barnsjukvård, psykiatrisk vård, primärvård, eventuell hälso- och sjukvård i särskilt boende och hemsjukvård).

Resultat som inte har direkt koppling till uppsatta mål och strategier kan redovisas i slutet i kapitlet resultat och analys eller i en bilaga.

Mål och strategier för kommande år

Beskriv, utifrån analys av tidigare redovisade resultat kopplat till satta mål, kommande utmaningar inom patientsäkerhetsområdet.

Handlingsplan

Ett patientsäkerhetsråd är skapat för att skapa en gemensam struktur och inriktning på patientsäkerhetsarbetet. Hälsö och sjukvårds direktör är ordförande, Övriga deltagare är: samtliga områdeschefer, Vårdhygien, chefläkare, Läkemedelskommittén, KTC, ordförande säkerhetsrådet, Projektägare Cosmic, MAS från kommunen, patientrepresentant, kommunikatör, Vårdvalet samt patientsäkerhetsstrateg och en sekreterare

Utbildning inom patientsäkerhet

- Fortsatta utbildningsinsatser inom patientsäkerhet både via introduktionsutbildningen men även riktade insatser inom prioriterade områden
- ProAct läggs till som ett obligatoriskt moment för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor/skötare
- Införande av ny lärportal där genomgången utbildning registreras och kan följas av verksamhetschef
- Utbildning i Säker Läkemedelshantering fortsätter under 2019.

VRI

- Förändringsledare med inriktning mot region övergripande förbättringsarbete inom VRI kommer anställas centralt i syfte att arbeta övergripande, stödja verksamheterna med förändringsarbetet inom VRI och följa upp mätresultat
- PPM mätningar två gånger per år för VRI och BHK.
- Infartsvecka med föreläsning, information om nyheter och möjlighet till praktisk träning
- Handhygiendagen.
- Befintliga arbetsgrupper för PVK, KAD och pneumoni fortsätter även 2019
- Projekt JAMRAI-för att förebygga kateterassocierad urinvägsinfektion.
- Hygienronder
- Mätning postoperativa infektioner
- Utbildning vårdhygien för samtliga nyanställda inom hälso och sjukvården
- Utbildning vårdhygien servicevärdar och personalen på förrådsservice.

Trycksår

- Såransordnare kommer att fortsätta att träffa trycksårsombuden för utveckling och uppföljning av förbättringsarbeten.
- Punktprevalensmätning av trycksår och antal IAD skador kommer följas varannan månad. Uppehåll juni-juli
- Utbildning för nyanställda sjuksköterskor och undersköterskor i trycksårsprevention (introduktionsutbildningen).
- Den internationella Stop Pressure Ulcer Day kommer att uppmärksammas i november
- Nätverksträffar med sår ombud 4 ggr/år
- ”Sårvecka” vecka 12 med föreläsningar och praktisk träning

MJG

- Sjukhusövergripande journalgranskning sker månadsvis.
- Verksamhetsanknutna granskningar sköts av varje verksamhet. Sekundärgranskningar av identifierade VRI görs av journalgranskningsgruppen tillsammans med chefläkare.

Läkemedelsgenomgångar (LMG)

- För 2019 planeras för ca 1000 fördjupade läkemedelsgenomgångar i teammodell.
- Uppstart av uppföljningssystem i Cosmic för läkemedelsgenomgångar

Frakturprevention/Fallprevention

Nytt projekt för frakturprevention hos riskpatienter startades hösten 2018 där en del av åtgärdspaketet är att förhindra fall och därmed nya frakturer. Implementering av nya riktlinjer och arbetssätt kommer att påbörjas över hela vårdkedjan och beröra både primärvård och slutenvård.

- Inom primärvården kommer samtal om levnadsvanor och fysisk aktivitet i grupp vara prioritet att implementera
- Inom slutenvård ben täthetsmätning och frakturpreventiv uppföljning av fysioterapeut med information och träning.

Undernäring

- Vi har identifierat undernäring som ett patientsäkerhetsområde men exakt hur vi kommer att arbeta med det beslutas inte förrän förändringsledarorganisationen är på plats.

Nätverksarbete

- Patientsäkerhetsnätverket upplöses från och med 1 april och ersätts av sex stycken förändringsledare som kommer arbeta med prioriterade områden över hela hälso och sjukvårdslinjen.
- Patientsäkerhetsstrateg deltar i nationella nätverket för Nitha och kontaktpersons nätverket gentemot SKL
- Chefläkarna fortsätter att delta i nationellt nätverk där två av regionens chefläkare också är representerade i olika arbetsgrupper.
- Regional chefläkare deltar i den nationella samverkansgruppen och har uppdrag att starta en regional grupp för patientsäkerhet i Södra sjukvårdsregionen.

Kommunikation/Dokumentation

Utbildning i Säker kommunikation fortsätter under 2019. Förutom ordinarie kurser så kommer utbildning att hållas på olika enheter enligt samma modell som redan gjordes 2018.

Förbättrad dokumentation fortsätter som en prioritering via DRIV (Dokumentera Rätt i Vården) bl a med ett ökat arbete med att använda sig av vårdplaner.

Patientsäkerhetskultur

Det nationella nätverket för patientsäkerhets kultur har tagit fram ett verktyg för mätning av Patientsäkerhetskultur kallad HSE (Hållbart säkerhets engagemang) Ett gemensamt arbete med Regionens HR avdelning är påbörjat med målsättningen att genomföra en gemensam undersökning av patientsäkerhet och arbetsmiljö i november 2019.

Diagnostiska brister

Diagnostiska fel och fördröjningar är ett område som allt mer uppmärksammas internationellt och nationellt. Vi ser samma problem inom Region Kronoberg och kommer under 2019 att intensifiera arbetet inom detta riskområde.

Patientsäkerhetsronder

Vi har påbörjat ett arbete med strukturen för patientsäkerhetsronden och kommer under 2019 att förändra upplägget av dessa. Grundtanken är att inkludera en uppföljning av händelser, utredningar och anmälningar som inträffat inom enheten det senaste året med tonvikt på genomförda förbättringar.

Bilaga resultat

