



Patientsäkerhetsberättelse

Region Kronoberg

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

2020-03-01

Zandra Anivike och Pär Lindgren

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
SAMMANFATTNING	4
STRUKTUR	6
Övergripande mål och strategier.....	6
Hög patientsäkerhet.....	6
Handlingsplaner prioriterade patientsäkerhetsområden 2019.....	7
Trycksår.....	7
VRI.....	7
Kommunikation/dokumentation.....	7
Förbättrande diagnostisk säkerhet.....	7
Struktur och kultur för att sprida lärdomar inom organisationen.....	7
Organisation och ansvar.....	8
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	9
Klagomål och synpunkter.....	9
Egenkontroll.....	10
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	10
Trycksårsprevention.....	10
Vårdrelaterade Infektioner.....	11
Vårdrelaterade pneumonier.....	11
Urinvägar.....	11
Perifer venkateter (PVK).....	12
Central venkateter (CVK).....	13
Vårdhygien.....	13
Städning i vårdlokaler.....	14
Infektionsverktyget.....	14
Patientsäkerhetskultur.....	15
Vårdokumentation.....	15
Kommunikation.....	15
Förbättrad diagnostisk säkerhet.....	16
Struktur och kultur för att sprida lärdomar inom organisationen.....	16
Patientsäkerhetsronder.....	16
Strama.....	16
Kvalitetsregister Senior Alert.....	17
Utbildning inom patientsäkerhet.....	17
Nätverk för patientsäkerhet.....	17
Vårdinformationssystem och e-hälsa.....	17
Vårdplatskoordinatorer.....	18
Markörbaserad journalgranskning.....	19
Läkemedelsgenomgång (LMG).....	20
Kliniskt träningscentrum (KTC).....	22
Läkemedelskommittén.....	22
Strålskydd.....	22
Riskanalys.....	22
Utredning av händelser - vårdskador.....	23
Informationssäkerhet.....	23

RESULTAT OCH ANALYS	24
Avvikelser	24
Klagomål och synpunkter.....	25
Händelser och vårdskador	27
Riskanalys	27
Mål och strategier för kommande år	27
Utbildning inom patientsäkerhet	28
VRI.....	28
Trycksår	28
MJG	28
Läkemedelsgenomgångar (LMG)	29
Nätverksarbete	29
Kommunikation/Dokumentation.....	29
Förbättrad diagnostisk säkerhet.....	29

SAMMANFATTNING

Denna patientsäkerhetsberättelse beskriver huvudsakligen arbetet på regionövergripande nivå. För en mer detaljerad beskrivning se även respektive områdes patientsäkerhetsberättelse (publiceras på [hemsida](#)) och Strama Kronobergs årsredovisning samt 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.

Region Kronoberg arbetar med 6 prioriterade områden inom patientsäkerhet, vårdrelaterade infektioner, prevention (t.ex. trycksår och fall), förbättrad diagnostisk säkerhet, dokumentation/kommunikation, kultur samt struktur för att sprida lärandet inom organisationen.

I januari 2019 ändrades organisationen i Region Kronoberg med borttagande av tidigare centrum och bildande av områden: Sjukhusvård, Primärvård och Rehab, Psykiatrivård, Tandvård och Rättspsykiatriska regionkliniken. Den organisatoriska strukturen för patientsäkerhetsarbetet ändrades samtidigt. Den operativa delen av patientsäkerhetsarbetet är 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 har avslutats. Fem förbättringsledare har anställts på deltid inom patientsäkerhet. Ett patientsäkerhetsråd har bildats med bred representation under ordförandeskap av Hälso- och sjukvårdsdirektören. Patientsäkerhetsrådet har en strategisk roll och har även beslutsmandat.

Patients och närståendes klagomål hanteras direkt i verksamheten och via patientnämnden. Patients 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 vårdokumentation, 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 en minskning av antalet vårdrelaterade infektioner sannolikt tack vare intensivt arbete med vårdhygien, och andelen vårdskador som identifierats vid journalgranskning är relativt oförändrat men det kanske är en tendens till minskning. Vi har en signifikant minskning av allvarliga trycksår. Processmått som antalet anmälningar, försäkringsärenden och avvikelser är inte ett säkert mått på vårdskador. Lex Maria har ökat under 2019. Beträffande LÖF-ärenden ser vi också en ökning. Enskilda anmälningar till IVO har minskat vilket vi fortsatt ser som en konsekvens av den nya klagomålshanteringen.

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.

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.
- Genom arbete med prioriterade områden och förbättringsledare ska struktur och process förbättras.
- Teambaserade arbetssätt ska utvecklas för en ökad patientsäkerhet.
- Avvikelser ska analyseras och utgöra ett underlag i det förebyggande riskhanteeringsarbetet 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 prioriterade patientsäkerhetsområden 2019

Trycksår

Sårsamordnare 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 sårombud 4 ggr/år. ”Sårvecka” vecka 12 med föreläsningar och praktisk träning

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 kärlinfall, urinvägar och vårdrelaterade pneumonier.

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. Varje arbetsområde har en arbetsgrupp med medlemmar från patientsäkerhetsorganisationen, verksamheten och vårdhygien

Patientsäkerhetskultur

Ett gemensamt arbete med Regionens HR avdelning med målsättningen att genomföra en gemensam undersökning av patientsäkerhet och arbetsmiljö.

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

Förbättrande diagnostisk säkerhet

Diagnostiska fel och fördröjningar är ett område som allt mer uppmärksammas internationellt och nationellt. Vi ser samma problem inom Region Kronoberg och kommer under 2019-2020 att intensifiera arbetet inom detta riskområde

Struktur och kultur för att sprida lärdomar inom organisationen

Regelbundna patientsäkerhetsronder med uppföljning av händelser, utredningar och anmälningar som inträffat inom enheten det senaste året med tonvikt på genomförda förbättringar och lärande. Även diskussion kring kultur och systematik kring återkoppling av inträffade händelser.

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 kvalitetsstyrt.

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.

Patientsäkerhetsråd är förberedande instans för regiongemensamma patientsäkerhetsfrågor. Hälso- och sjukvårdsdirektören är ordförande

Hälso- och sjukvårdsdirektör och strategigrupp hälso och sjukvården 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 ta kontakt med chefläkare vid avvikelser som bedöms som möjliga Lex Maria-ärenden.

Chefläkare ansvarar för organisation och rutiner för genomförande av händelseanalyser och riskanalyser. Anmälningsansvarig Lex Maria ärende

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

Verksamhetsområdeschefer 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. Vi har person med vårderfarenhet och närstående som medlemmar i Patientsäkerhetsrådet.

Hälsa- 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 handläggaruppdrag erbjuds handledningstillfällen efter förfrågan.

Klagomål och synpunkter

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

Region Kronoberg har i samband med det förändrade lagrummet avseende klagomålshantering 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.

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.

Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	2 gånger per år 2 gånger per år	PPM-databasen Markörbaserad journalgranskning, sekundärgranskning
Basala hygienrutiner och klädregler	2-3 gånger per år	SKR PPM-databasen Lokalt analysstöd
Hygienronder	På begäran	Protokoll
Patientsäkerhetsronder slutenvård	1 ggr per år	Mall
MJG	1 ggr/månad	Journalssystemet
Trycksår	Lokalt: 1 ggr/varannan månad Nationellt: 1 gång per år	Lokala Protokoll SKR PPM-databasen
Patientens klagomål och synpunkter	1 gång per år	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Trycksårsprevention

Trycksårsprevention ingår i introduktionsutbildning för sjuksköterskor och undersköterskor och sårbehandling i sjuksköterskornas utvecklingsprogram.

Vårdavdelningar så väl som operationsavdelning och akutmottagning har fått undervisning och köpt in nytt material.

Ambulansen meddelar direkt om patienten behöver läggas i säng med förebyggande madrass. Akuten arbetar med avlastningar och omvårdnadsronder om det blir väntetid. Ett stort arbete är gjort för att förenkla och tydliggöra bokning och hantering av bariatriska hjälpmedel.

Nätverket av trycksårsombud har träffats vid 4 tillfällen. Träffarna innehöll vidareutbildning, reflektion över resultat och arbetsmetoder

Regionen har deltagit i SKRs nationella mätning i mars månad. På de 5 egna mätningarna vi har gjort under 2019 (varnannan månad) har 9,3 % av patienterna haft trycksår. Av dessa har **3,2 %** uppstått i slutenvården. Trycksår kategoriseras mellan 1-4 där 4 är den allvarligaste formen. Fördelningen i svårighetsgrad av de sår som uppstod i slutenvården.

Kategori 1= 42 %
Kategori 2= 37 %
Kategori 3= 22 %
Kategori 4= 14 %
Kategorierna har nu utökats med två nya.

Från och med nästa år kommer tiden för att göra hud och riskbedömning att minska från 24 till 8 timmar enligt ett uppdaterat avsnitt som finns i vårdhandboken. Medicinteknisk utrustning och fuktskador som upphov till trycksår uppmärksammas.

Förebyggande madrasser beställs och betalas centralt.

Vårdrelaterade Infektioner

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.

Riktlinjen är framtagen och har testats på pilotavdelningar. Den är nu godkänd och utlagd under medicinska riktlinjer Utbildningsmaterial är framtaget och består av tre delar. (se bilaga) Pilotavdelningarna har erbjudits utbildning av alla delarna vid tre tillfällen i CLV och vid ett tillfälle i Ljungby

Patientsäkerhetsrådet har under år 2019 beslutat att ”Gröna korset” ska införas och att VRI pneumoni ska vara en del av bedömningen.

Urinvägar

Att förebygga vårdrelaterade infektioner är ett prioriterat område i regionen. Som del i detta arbete ska en arbetsgrupp skapas för urinvägar. Arbetet med att formera gruppen har pågått under hösten. Tanken är att denna grupp ska vara en expertgrupp som ska sprida kunskap via kontaktpersoner på enheterna. Planering har gjorts för att synliggöra risken för vårdrelaterad urinvägsinfektion via metoden Gröna korset. Detta kommer införas i början av 2020.

Rutinen ”Kateterisering av urinblåsan” uppdaterades och publicerades i juni. Introduktionsutbildning i urinvägar (överfylld blåsa samt katetersättning) har genomförts för nyanställda i både Växjö och Ljungby. Gemensamma träffar har hållits med avdelningarnas resurspersoner inom området i Ljungby. Avdelning 13 och 33 på CLV har deltagit i

det internationella förbättringsarbetet EU-JAMRAI som syftar till att förebygga kateter-associerad urinvägsinfektion.

Perifer venkateter (PVK)

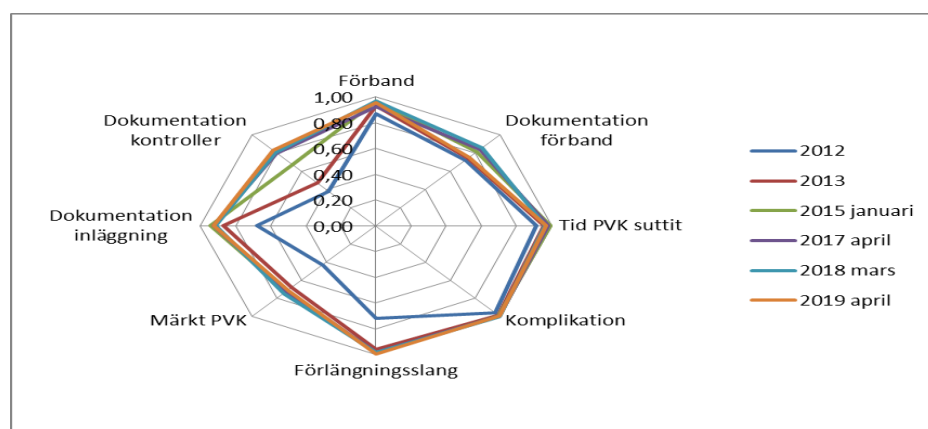
Arbetsgruppen för PVK, där vårdhygien finns representerade, har regelbundna träffar med infartsresurser som finns på varje enhet. Infartsresursen är en sjuksköterska som har övergripande ansvar för arbetet med PVK på sin respektive enhet. I uppdraget ingår även att utföra mätningar och delta på utbildnings- och informationsträffar initierade av arbetsgruppen för PVK. Varje resurs följer tillsammans med arbetsgruppen upp egna enhetens specifika förbättringsområden för att öka medvetenhet, optimera handhavande och ytterligare förbättra dokumentationen. Analyser görs kontinuerligt i syfte att identifiera hur arbetet fortskrider. Arbetsgruppen ansvarar för att uppdatera riktlinjer kontinuerligt och har liknande struktur, ordval och utseende.

Portfri periferven, ett slutet system, används inom hela regionen, likaså en gemensam journaltabell för alla infarter. Genom att samtliga enheter dokumenterar i en gemensam journaltabell kan vi i journalsystemet dels identifiera komplikationer på hela patientmaterialet och inte enbart vid punktprevalensmätning men även få en bra bild över grad av följsamhet till rutiner.

Enheter inom slutenvården, med hög följsamhet till regelbundna dagliga dokumenterade kontroller, tillåts förlängd PVK tid upp till 7 dygn. Dessa enheter ska regelbundet granska PVK och följsamheten till riktlinjerna gällande regelbundna dagliga kontroller och dokumentation enligt framtagna protokoll.

Kontinuerliga mätningar görs i syfte att ytterligare förbättra följsamheten till riktlinjer. Förbättringar ses inom flera områden. Resultatet visar en ökad medvetenhet hos personalen vad gäller att dokumentera i journaltabell i datajournalen, att omsorgsfullt välja placering av PVK, vikten av hudinfektion och att bättre fixera i syfte att minska friktion och därmed minska risk för tromboflebit. Målet är 100 % minskning av PVK-relaterade infektioner samt tidigt upptäcka tecken på andra komplikationer. Regionens arbete har nominerats till kvalitetspriset och vi har fått förfrågningar om spridning av förbättringsarbetet till andra regioner.

Diagram 1. Följsamhet till rutinen perifer venkateter, praktiskt handhavande För ytterligare mätresultat, se bilaga



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. 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.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2016	2019
Antal inlagda CVK	320	304	332	333	369	339	251	317
Totalt antal kateterdagn	3136	2859	2964	2895	3209	3143	2835	4803
Antal kateterdagar/CVK	9,8	9,4	8,9	8,7	8,7	9,3	11,3	15,2
Antal kateterrelaterad sepsis	3	3	4	3	5	2	4	2
Antal kateterrelaterad sepsis/1000 kateterdagar	1,0	1,0	1,3	1,0	1,6	0,6	1,4	0,4

Vårdhygien

Vårdhygien samarbetar kontinuerligt med Fastighets- och Upphandlingsavdelningen samt Regionservice för att skapa trygga vårdmiljöer i befintliga och planerade lokaler. Det vårdhygieniska perspektivet är viktigt redan vid planering för nya lokaler samt under byggtiden. Under året har omfattande insatser krävts för om- och nybyggnation på Ljungby lasarett samt för att akut förbättra förutsättningarna på Sterilcentralen, CLV.

En stor risk för smittspridning i vården är otillräckligt rengjord patientnära utrustning (exempelvis patientsäng, sängbord, gåbord, duschpallar.) Dagens rengöringsnivå är otillräcklig och utredning av andra alternativ pågår. Ur smittspridningssynpunkt är det bästa alternativet en standardiserad lösning med automatiserad rengöring av rullande material.

I arbetet med att förebygga VRI har riktade insatser gjorts för pneumoni och urinvägar. Ett arbetsmaterial har tagits fram för skattnings av riskfaktorer och åtgärder mot vårdrelaterad pneumoni. Avdelning 13 och 33 har varit pilotavdelningar i ett europeiskt projekt (JAMRAI) för att förebygga kateterassocierad urinvägsinfektion. Projektet har initierats av vårdhygien och spridningsseminarium hölls under hösten i samband med att projektet avslutades. Projekten kommer att ingå i Gröna korset och har uppmärksamats på nationell nivå av SKR.

Mätningen av postoperativa infektioner har återupptagits efter ett kortare avbrott på grund av personalbrist. Under året har en genomgång av vårdförlopp och rutiner vid proteskirurgi gjorts tillsammans med ortopedkliniken.

Under flera år har klinikerna i Region Kronoberg arbetat med att förbättra följsamheten till de nationella riktlinjerna för basala hygien- och klädrutiner (BHK) som ett led i att minska vårdrelaterade infektioner. I höstens mätning deltog inte tandvården men för första gången deltog rättspsykiatriska kliniken. Resultatet visar på en successiv förbättring. Förbättringspotential finns dock fortfarande då det gäller handdesinfektion innan patientkontakt och handdesinfektion innan handskar.

Några få observationer visar låg följsamheten till ”naglar korta och fria från nagellack o konstgjort material” och ”kort eller uppsatt hår”.

En del av de enheter som har <70 % följsamhet gör upprepade mätningar varje månad i syfte att förbättra följsamheten ytterligare. Resultat samt allmän information om BHK-rutiner har redovisats på så väl chefsmöten som övriga arbetsplatsträffar. Det finns en BHK-resurs för varje enhet som utför dels SKL:s mätningar dels egna extra mätningar i syfte att ytterligare förbättra resultaten. De deltar även på möten som regionens BHK-grupp tillsammans med vårdhygien anordnar. På dessa redovisas resultat och förslag på förbättringar. Det är också ett forum för att sprida goda exempel. På träffarna ges även utbildning inom området.

Handhygienens dag uppmärksammades genom att man på respektive enhet fick ett antal påståenden och frågor att diskutera. Introduktionsutbildning i BHK ges till all nyanställd personal

Städning i vårdlokaler

Under året har den lokala rutinen för Städning i vårdmiljö reviderats. Dokumentet är publicerat i vårdhandboken på vårdgivarwebben.

Lokalvårdens personal på Sigfrids, CLV och Ljungby har haft ett utbildningstillfälle vardera i basala hygienrutiner samt smitta och smittvägar under året

Utbildningsinsats i städmetoder och vårdhygieniska rutiner har genomförts för primärvårdens lokalvårdspersonal. Utbildningen hölls tillsammans med lokalvården på CLV.

Infektionsverktyget

Infektionsverktyget har inte fungerat tillsammans med vårt journalsystem efter uppgraderingen till Cosmic 8.1. Regionen har således inte kunnat använda infektionsverktyget

under 2019. Handlingsplan finns för återinförande hösten med start 2020, test på pilotavdelning våren 2020. En arbetsgrupp är tillsatt bestående av representanter från vårdhygien, VIS, patientsäkerhet, STRAMA, infektionskliniken och chefläkare. En stor utmaning är att plocka ut och använda data på lokal nivå, och här spelar framtida VRI teamen en viktig del framöver.

Patientsäkerhetskultur

Sedan april har en 40% tjänst tillsats för en förändringsledare med fokus på patientsäkerhetskultur. I år har frågor kring patientsäkerhetskultur integrerats i medarbetarenkäten vilket öppnar möjligheter att hitta gemensamma framgångsfaktorer och förbättringsområden för arbetsmiljö och säkerhetskultur. Förändringsledare patientsäkerhetskultur har deltagit i arbetet med den del av enkäten som belyser patientsäkerhet, HSE-frågeställningar (SKL).

Resultatet presenteras för verksamheten i januari 2020. Resultatet av enkäten ska användas av verksamheterna i det kontinuerliga systematiska förbättringsarbetet

Vårdokumentation

Vårdokumentation har under 2019 utvecklats inom i huvudsak följande områden:

1. Plan för vård och behandling

Piloter för att designa en regiongemensam lösning för planer enligt patientkontraktet har genomförts. Syftet är att skapa förutsättningar för patienten att vara en större resurs i vård och behandling samt att möjliggöra gemensam dokumentation om patienten mellan enheter och professioner.

2. Utbildning

Utbildning har genomförts inom regiongemensam introduktion samt på förfrågan från verksamheter (ex. habiliteringen).

3. PM3 – ny förvaltningsmodell för vårdokumentation

Ny modell har tagits fram och implementeras under 2020. Syftet är att få en tydligare riktning på utvecklingen inom området samt att säkra resurser för utveckling och implementering i verksamheten.

Kommunikation

Utbildning i Säker kommunikation för vårdpersonal med syfte att utveckla vårdpersonalens kommunikationskunskap. Under 2019 har ca 300 medarbetare i RK utbildats i Säker kommunikation. Det har gjorts en del insatser på specifika avdelningar som akuten/AVA men i övrigt har det varit öppna utbildningar med deltagare från olika avdelningar och yrkesprofessioner både i Ljungby och Växjö.

Förbättrad diagnostisk säkerhet

Förbättrad diagnostisk säkerhet är ett område som hittills inte har fått så mycket uppmärksamhet varken i Sverige eller internationellt, men intresset har under de senaste åren ökat i snabb takt. Region Kronoberg beslutade i januari 2019 att göra en kraftsamling inom patientsäkerhet. För att minimera vårdskador och lyfta patientsäkerhetsfrågor i verksamheten anställdes förändringsledare inom flera områden; vårdrelaterade infektioner (VRI), vårdprevention, patientsäkerhetskultur, kommunikation och dokumentation samt förbättrad diagnostisk säkerhet.

I april 2019, bildades en arbetsgrupp inom området ”förbättrad diagnostisk säkerhet” bestående av fyra chefläkare, en förändringsledare från patientsäkerhetsorganisationen och enhetschef för kliniskt träningscenter. Arbetsgruppens målsättning och handlingsplan presenteras i separat bilaga.

Struktur och kultur för att sprida lärdomar inom organisationen

Patientsäkerhetsronder

Syftet med patientsäkerhetsronderna är att skapa en dialog mellan ledning och verksamhet kring systematiskt patientsäkerhetsarbete och hur vi går tillväga för att sprida lärdomar och sprider förbättringar ut i verksamheten. Kultur kring avvikelser och hur dessa följs upp lyfts fram som en viktig del i lärandet

Under ronderna presenterar verksamheten sitt patientsäkerhetsarbete och lyfter specifika områden. Händelser som inträffat i verksamheterna följs upp med frågeställning om planerade åtgärder gjorts och om man följt upp dem och utvärdera effekt. Dessutom sker en diskussion angående kompetensförsörjning och arbetet med de regiongemensamma patientsäkerhetsområdena.

Verksamhetsområdescheferna ansvarar för varje verksamhet kallar till patientsäkerhetsrond. Vid ronderna deltar från ledningshåll chefläkare, verksamhetsområdeschef och patientsäkerhetsstrateg (eller verksamhetsutvecklare patientsäkerhet). Från verksamheten deltar verksamhetschef, som ansvarar för att bjuda in medarbetare, avdelnings/enhetschef och/eller verksamhetsutvecklare. Utifrån de diskussioner som förts upprättas en handlingsplan som följs upp vid nästa rond. Resultat och handlingsplan återges i verksamheternas årsrapporter. Det nya konceptet är även testat på två av primärvårdens enheter. Utvärdering av detta pågår.

Strama

Stramaarbetet redovisas i bilaga.

Kvalitetsregister Senior Alert

Vad gäller Nationella kvalitetsregistret för vårdprevention - Senior alert, har färre patienter registrerats i år än tidigare. Alla slutenvårdsavdelningar har dock registrerat i registret under året. Ett par avdelningar använder inte "Orsaksregistrering" till risk, men övriga gör det, om än i liten utsträckning för några avdelningar. Alla avdelningar registrerar fortfarande inte mun-hälsobedömningar, utan snarare ganska få.

Dialog pågår kring Senior Alert och dess användning. Används framförallt idag för att göra riskbedömning men används inte som kvalitetsinstrument. Resultat från register data se separat bilaga.

Utbildning inom patientsäkerhet

Under 2019 har utbildning inom patientsäkerhet erbjudits alla nyanställda inom hälso och sjukvården som arbetar med patientarbete. Grundläggande utbildning, steg 1, 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 verksamhetsområdeschefer. Diskussion pågår om den yrkesspecifika utbildningen ska bli obligatorisk för all personal som arbetar med patientarbete eller med utrustning som används i patientarbete, oavsett anställningstid

Utbildning i händelseanalys för utvalda medarbetare som arbetar eller kommer att arbeta med analys och utredning har gjorts under hösten. Riskanalysutbildning kommer erbjudas under 2020.

Nätverk för patientsäkerhet

Chefläkare deltar i lokala, regionala och nationella nätverk. En av chefläkarna är medlem i Nationella samverkansgruppen, NSG, för patientsäkerhet inom Kunskapsstyrningsprojektet. Patientsäkerhetsstrateg har deltagit i nationella kontaktpersonsnätverk gentemot SKL. Detta nätverk kommer under 2020 att ersättas av annan struktur med nationella träffar med medlemmarna i de Regionala Samverkansgrupperna. Chefläkare och Patientsäkerhetsstrateg ingår i den regionala samverkansgruppen RSG. Region Kronberg har representanter med i NAG (nationell arbetsgrupp) för vårdhygien. Lokala träffar anordnas för BHK resurser, infarts resurser, trycksårsombud och kateterombud.

Vårdinformationssystem och e-hälsa

Regionens vårdinformationssystem är en vital del av patientsäkerheten med höga krav på att vara välfungerande det ställs stora krav på informations säkerhet, 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 djupare integration mellan Cosmic och det nationella dosregistret Dos. Det nu är möjligt att från Cosmic visa och jämföra förskrivningar i DOS respektive Cosmic. Det är även möjligt att föra över förskrivning från DOS till Läkemedelslista och Patientöversikt i Cosmic.

Ett annat stöd inom området läkemedel som införts under året är ePed. Med stöd av ePed sker validering och rimlighetskontroll vid dosering av de läkemedel som ordineras för patientgruppen 0–18 år.

Under året har vi även infört en ny version av modulen Link. Modulen ger stöd för processer och rutiner för samordning mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Med den nya funktionaliteten implementeras stöd för lagen kring ”Samordnad vårdplanering efter ett vårdtillfälle” en obruten vårdkedja för de patienter som kräver samordnade insatser säkerställs.

Flera vårdavdelningar har ersatt den så kallade Inskrivningsöversikten med Enhetsöversikten. På så sätt möjliggörs ett bättre digitalt stöd för ineliggande patienter där kliniska parametrar, beställningar och svar kan följas kontinuerligt i realtid.

Funktion Teknisk vårdplats är infört, vilket innebär att avdelningen kan se de patienter som vårdas tillfälligt på annan enhet t.ex. HIA, IVA och operation.

Ett mobilt arbetssätt med plattor och interaktiva whiteboards är under breddinförande inom den somatiska slutenvården. En av vinsterna är att dokumentation hos patienten sker direkt till systemet istället för att dokumenteras på papper som sedan ska skrivas av och in i Cosmic. Möjlighet att elektroniskt dokumentera NEWS2 är också en av de patientsäkerhetshöjande åtgärder som Cosmic numera ger stöd för. Med hjälp av NEWS2 ges möjlighet till bedömning och övervakning av ineliggande patienters vitalparametrar över tid.

För våra invånare pågår ett arbete med att visa upp utförda vaccinationer från vårt journalsystem via 1177 Vårdguidens e-tjänst Journalen. Testarbete har genomförts under hösten och funktionaliteten är planerad att publiceras till 1177 under våren 2020.

Vårdplatskoordinatorer

Överbeläggningar och utlokaliseringar innebär 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

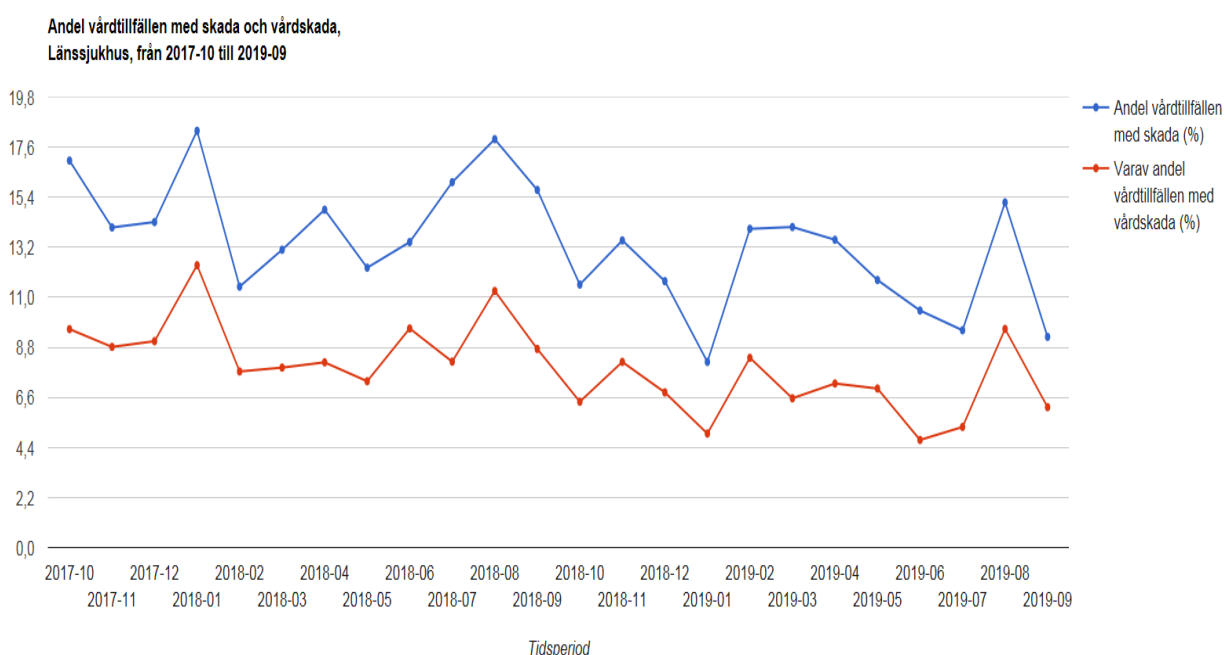
sjukhusens överbeläggingsplan. Vårdplatskoordinatorerna är också sjukhusets specialister på regelverket för utskrivningsklara patienter och bistår både avdelningar och kommuner vid behov.

Markörbaserad journalgranskning

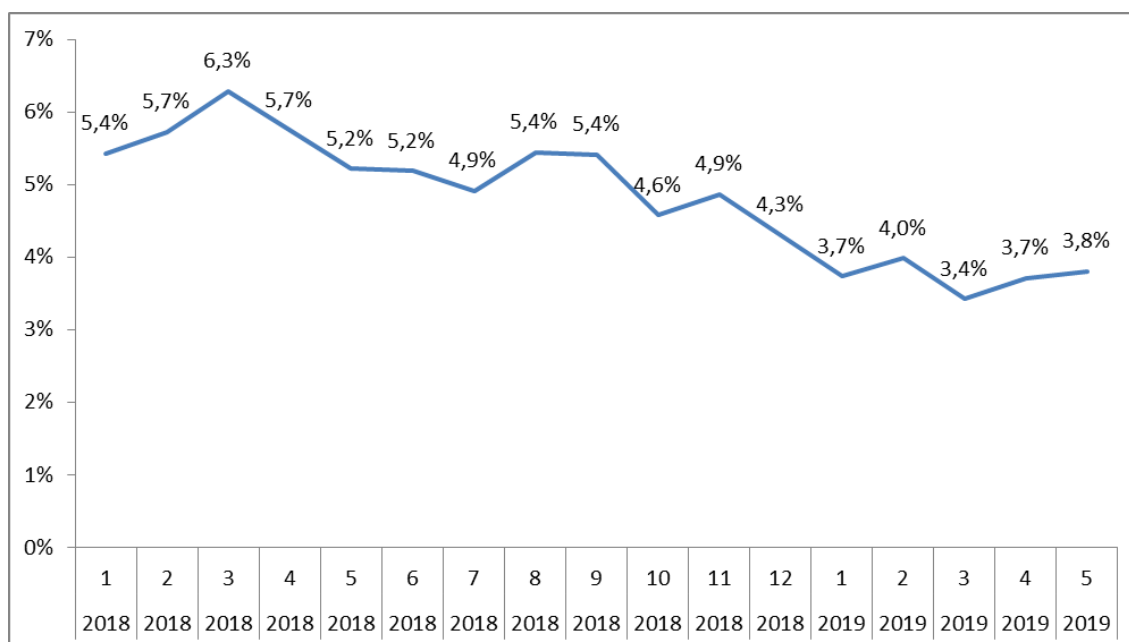
En granskningsgrupp med dokumenterat uppdrag har genomfört de övergripande granskningarna av den somatiska slutenvården. Granskningsgruppen för de länsövergripande slumpmässigt utvalda granskningarna inom somatisk slutenvård, har bestått av två chefläkare, tre sjuksköterskor och en patientsäkerhetsstrateg (sjukgymnast). Arbetsgruppen har träffats vid fyra tillfällen för sekundärgranskning under det gångna året.

Granskningar har gjorts i samma omfattning åren 2017-2019.

28 slumpvis utvalda journaler per månad granskades först individuellt av granskningsgruppen och skadors undvikbarhet bedömdes sedan tillsammans i grupp med chefläkare. Resultaten sammanställs via SKL:s nationella databas. Senaste granskningsåret visar en variation på mellan 8-16 vårdskador per 1000 vård dagar. Under ca 7 % av vårdtillfällena sker vårdskador (Föregående år 10%,).



I Kronoberg hittar vi fler skador och vårdskador inom slutenvården, än genomsnittet för regioner i landet. VRI är fortsatt den vanligaste skadetyper som identifieras vid MJG. I 6% av alla MJG-granskade journaler i region Kronoberg hittar vi patienter som bär en vårdrelaterad infektion. Dock har vi börjat ana en nedåtgående trend i VRI. Bedöms vara effekt av de senaste årens aktiva arbete mot VRI och även de nya riktade satsningarna som införts mot UVI och pneumoni.



Trenden är lite motsatt för andel trycksår, ytliga hud- och kärlskador och fler läkemedelsrelaterade skador hos patienterna, där vi ligger lite högre jämfört med föregående år

Under många år har SKR, via tilläggsfinansiering, varit övergripande ansvarig för markörsbaserad journalgranskning för utveckling, utbildning, förvaltning, insamlande av data, databasansvar och framtagande av rapporter etc. Det långsiktiga målet har emellertid varit att vårdgivarna själva tar ett större ansvar för förvaltning, utveckling och utbildningsaktiviteter av MJG.

I samband med inrättandet av den Nationella samverkansgruppen – NSG för Patientsäkerhet togs beslut om att ansvaret för MJG på sikt skall gå över från SKL till NSG Patientsäkerhet. Under året 2020 kommer mycket arbete göras i syfte att Patientsäkerhetsorganisationen ska ta över ansvaret från SKR 2021. (se bilaga)

Nationellt kommer man ta fram en granskningshandbok för primärvården och ett utbildningspaket för MJG-granskare. Region Kronoberg följer detta arbete

Läkemedelsgenomgång (LMG)

I Kronoberg arbetar vi med tre typer av läkemedelsgenomgångar: enkla, fördjupade och fördjupade i teammodell.

Enligt HSLF-FS 2017:37 ska enkla läkemedelsgenomgångar erbjudas till patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst 5 läkemedel vid besök hos läkare i öppenvård, inskrivning i slutenvård, påbörjad hemsjukvård samt vid inflyttning i annan boendeform, exempelvis särskilt boende, och därefter årligen.

En enkel läkemedelsgenomgång är en kartläggning av patientens ordinerade och använda läkemedel och är grunden för en korrekt och uppdaterad läkemedelslista. Läkaren ska även bedöma om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig och säker.

En fördjupad läkemedelsgenomgång är ett arbetssätt för att systematiskt analysera, ompröva och följa upp en patients läkemedelsanvändning utifrån hans/hennes hälsotillstånd. Den ska göras när en patient efter en enkel LMG har kvarstående läkemedelsrelaterade problem eller då det finns misstanke om sådana problem.

Den tredje varianten är fördjupade läkemedelsgenomgångar i teammodell där läkare, sjuksköterska, vårdpersonal och apotekare träffas och diskuterar patientens läkemedelsbehandling, utifrån bland annat symtomskattning, och kommer fram till eventuella förändringar som sedan utvärderas.

Hur många enkla respektive fördjupade läkemedelsgenomgångar utan apotekarmedverkan som gjorts under 2019 finns inga säkra siffror på. Sedan uppgraderingen till Cosmic R8.1 gjordes tillkom nya förutsättningar för dokumentation av läkemedelsgenomgångar. Avsnitten angående dokumentation i de lokala riktlinjerna för fördjupad läkemedelsgenomgång har uppdateras under 2019. De lokala riktlinjerna för enkel läkemedelsgenomgång uppdaterades 2018. Lednings- och analysenheten har inte kunnat ge något definitivt besked när uppföljningen av läkemedelsgenomgångar kan påbörjas, men sannolikt under våren 2020.

Under 2019 har ett arbete ”Säker läkemedelsordination i slutenvården” påbörjats där målet är att implementera de lokala rutinerna för läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelse med stöd av lathund i syfte att säkerställa rätt läkemedel till rätt patient i rätt dos vid rätt tid.

De genomgångar som görs i team med apotekare dokumenteras av apotekare i extern datafil och rapporteras månadsvis till ekonom på kundvalsenheten och medicinskt ansvariga sjuksköterskor i de åtta kommunerna. Under 2019 har 752 fördjupade läkemedelsgenomgångar i teammodell utförts i primärvården.

2019 gjordes 417 fördjupade läkemedelsgenomgångar på akutgeriatriska avdelningen med apotekare och apotekarna svarade på 54 konsultationsremisser. Apotekare har även fortsatt att träffa patienter på vårdcentralen Achima Care i Älmhult. Samarbete mellan apotekare och fler vårdcentralers äldremottagningar har påbörjats i syfte att arbeta strukturerat med läkemedelsgenomgångar.

Inom arbetet med Äldrehälsa östra har nya arbetssätt testats på ett par enheter där målet är att hitta en fungerande modell gällande läkemedelsgenomgångar i hemsjukvården i

syfte att öka antalet läkemedelsgenomgångar och därigenom nå en bättre samordnad läkemedelshantering.

Kliniskt träningscentrum (KTC)

Kliniskt träningscentrum (KTC) är till för alla medarbetare och studerande som gör praktik i Region Kronoberg. Målet för KTC är att öka kvaliteten och säkerheten i patientarbetet genom att samla utvecklings- och utbildningsaktiviteter inom medicinsk och kirurgisk simulation samt icke tekniska färdigheter.

Vi har nära samarbete med alla kliniker inom hälso och sjukvården och stödjer med instruktörsutbildningar så kvaliteten för träning och återkoppling hålls på en hög nivå. Samordnare/koordinatorer på KTC ansvarar för att förvalta och utveckla de processer där metoder ingår samt att ansvara för kvalitetsregister ex. hjärtstoppregistret och SweTrau.

Vi fortsätter att utbilda våra instruktörer i Region Kronoberg i medicinsk simulering. HLR-samordnarna stödjer och utbildar instruktörer i regionen, de har även varit med om en ny upphandling av defibrillatorer.

ProACT-koordinatorerna har snart utbildat alla medarbetare inom rättspsykiatri samt fortsätter utbilda vuxenpsykiatri, primärvård och slutenvård.

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

Våra utbildningar i Säker Läkemedelshantering och Säker Kommunikation fortskrider och är en del av introduktionen i patientsäkerhet för nyanställda.

Läkemedelskommittén

Se bilaga

Strålskydd

Se bilaga

Risakanalys

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

Risakanalys kan göras vid tex görs vid återkommande risker, då ett arbetsmoment upplevs riskfyllt, ny teknik/It system skall implementeras, ny metod eller medicinteknisk produkt ska införas eller ny process ska introduceras.

Regionens Säkerhetsenhet har en sammanhållande funktion när det gäller övergripande riskanalyser som berör flera enheter. De enskilda verksamheterna kan även utföra lokala riskanalyser. Dessa dokumenteras i avvikelssystemet Synergi .

Inom slutenvården kommer från och med 2020 alla inneliggande patienter att riskbedömas dagligen med hjälp av Gröna Korset. Samtliga avdelningschefer och andra utvalda medarbetare kommer erbjudas utbildning i metoden

Utredning av händelser - vårdskador

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

När en händelse inträffat som medfört att en patient kommit till allvarlig skada eller kunde ha skadats allvarligt bör en händelseanalys alternativt en internutredning utföras.

I de händelser där flera kliniker är involverade används händelseanalys som utredningsmetod och om händelsen är begränsad till en viss verksamhet väljs ofta internutredning. Det är chefläkare beslutar om vilken typ av utredning som är aktuell i det enskilda fallet. Patientsäkerhetsstrateg ansvarar för att sätta ihop utredningsteam till händelseanalyserna.

Oavsett utredningsmetod så är syftet med utredningen är dels att belysa vad som hänt och varför men även att undersöka om liknande händelser har hänt tidigare. Utredningen ska ta fram åtgärdsförslag på för vi kan arbeta förebyggande att förhindra att liknande händelser upprepas men att skapa lärande och förståelse kring komplexa situationer.

Anmälningar som kommer in från LÖF eller IVO ska bearbetas på samma sätt som andra avvikelser i regionens avvikelssystem, Synergi. Ärendena ska betraktas som en negativ händelse till dess att utredning visar något annat. Kvarstår definitionen negativ händelse ska det anges bakomliggande orsak och skadan ska klassificeras utifrån allvarlighetsgrad

Om vårdskadan är allvarlig ska vårdgivaren anmäla den till IVO enligt lex Maria. Ett urval av lex Maria ärenden presenteras på patientsäkerhetsrådet för ett gemensamt lärande över olika verksamhetsområden

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

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

Under 2019 har informationssäkerhetsarbetet inom Region Kronoberg reviderats av extern part vid tre olika tillfällen. Det första tillfället handlade om MSB s uppföljning av hur landets regioner arbetar med informationssäkerhet. Det andra revisionen genomfördes av IVO (Inspektionen för vård och omsorg) utifrån perspektivet att Region Kronoberg är en leverantör av samhällsviktig tjänst och NIS direktivet. Vid det tredje tillfället genomfördes revision av arbetet med E-tjänstekort av Inera.

Under 2019 har ett tjugotal riskanalyser genomförts inom GDPR projektet. Fokus har varit GDPR men även risker kopplade till informationssäkerhet har berörts. Bland annat viktiga verksamhetssystem och gemensam infrastruktur.

En övergripande internutbildning för kontaktpersoner genomfördes 2019 i syfte att förbättra säkerhetskulturen. Process för personuppgiftsincidenter har införts inom Region Kronoberg.

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

Inom arbetet med personuppgiftsincidenter och avvikelser har ett antal ärenden avseende hälso- och sjukvårdspersonalens hantering av journalföring granskats.

RESULTAT OCH ANALYS

Avvikelser

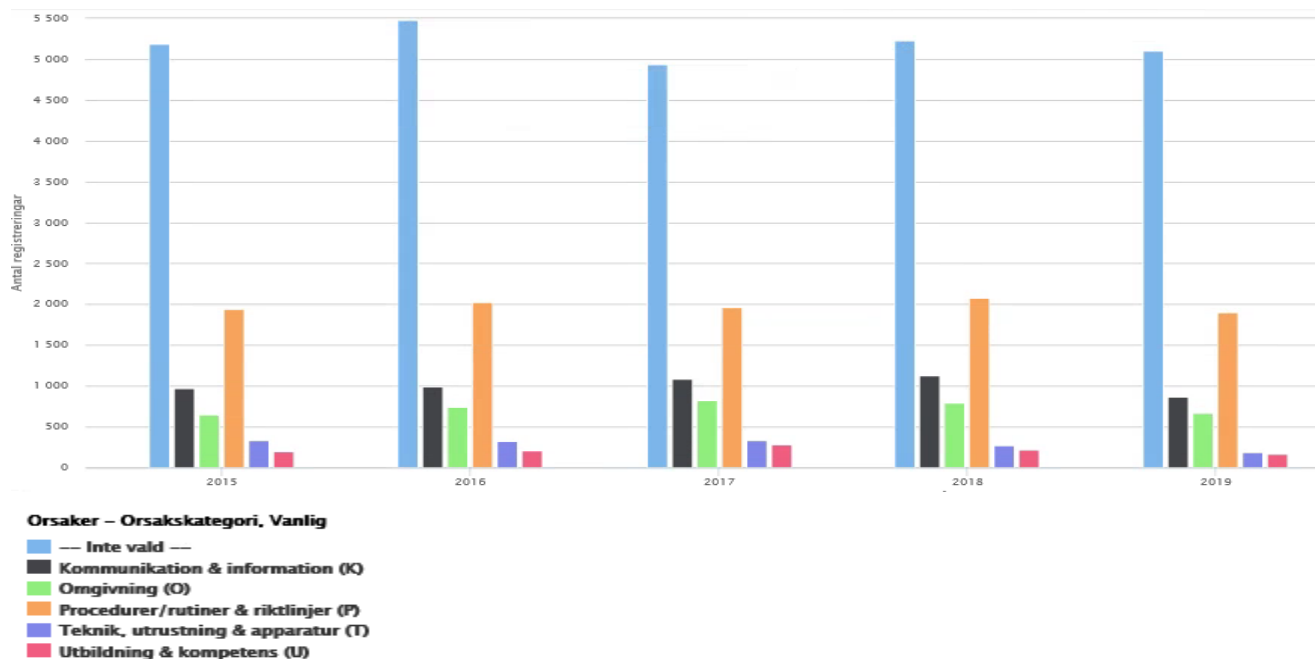
Samtliga medarbetare inom Region Kronoberg, vårdvalsenheter samt kommunens ansvariga sjuksköterska har behörighet att rapportera incidenter och iakttagelser såsom negativa händelser, tillbud, risker, förbättringsförslag, klagomål samt synpunkter från patienter och närstående. Verksamhetschef utser medarbetare/grupp av medarbetare att bearbeta och återkoppla rapporterade ärenden.

Utbildningstillfällen för rapportörer och handläggare i bearbetning och statistikuttag har genomförts regelbundet under året. För medarbetare med handläggaruppdrag har även under året tillhandahållits individuell handledning efter behov.

Informationspunkt på introduktionsprogrammet är fortsatt aktuellt för avvikelshantering.

Under året har kompetens från hälso- och sjukvården fått i uppdrag att säkerställa verksamhetsnära handledning och support. Aktuellt kompetens- och resurstillskott möjliggjorde en anmärkningsvärd ökad tillgänglighet för verksamheterna gällande handledning, support och utbildning. Analys av rapporterade ärenden visar en relativt konstant bild över tid utan några större variationer.

Identifierade bakomliggande orsaker till samtliga ärenden inom regionen har sett relativt konstant ut de senaste fem åren. Trots information och utbildning om orsaksanalysens betydelse så är antalet där man inte genomfört orsaksanalys genomgående högst. I de ärenden där orsaksanalys genomförts noteras resultatet på relativt konstanta nivåer över tid.



Klagomål och synpunkter

Med anledning av klagomålsutredningen och efterföljande lagrum har avvikelshanteringssystem anpassats för en förenklad rapportering gällande klagomål och synpunkter från patienter och närstående. Implementering genomfördes slutet Q4 2018.

Av de klagomål och synpunkter från patienter och närstående som rapporterats direkt till verksamheten har följande händelsekategorier noterats. Fördelning inom grupperna ”klagomål” och ”patientrelaterat” redovisas i separat bilaga

Händelsekategorisering, Nivå = 2	Antal registreringar
Händelsekategorisering - Administration, ej patientrelaterat	1
Händelsekategorisering - Arbetsmiljö	2
Händelsekategorisering - Besök	2
Händelsekategorisering - Klagomål	383
Händelsekategorisering - Laboratorietjänster	2
Händelsekategorisering - Medicinsk teknik	1
Händelsekategorisering - Patientrelaterat	129
Händelsekategorisering - Samordnad vårdplanering	5
Händelsekategorisering - Samverkan mellan enheter	1
Summa	526

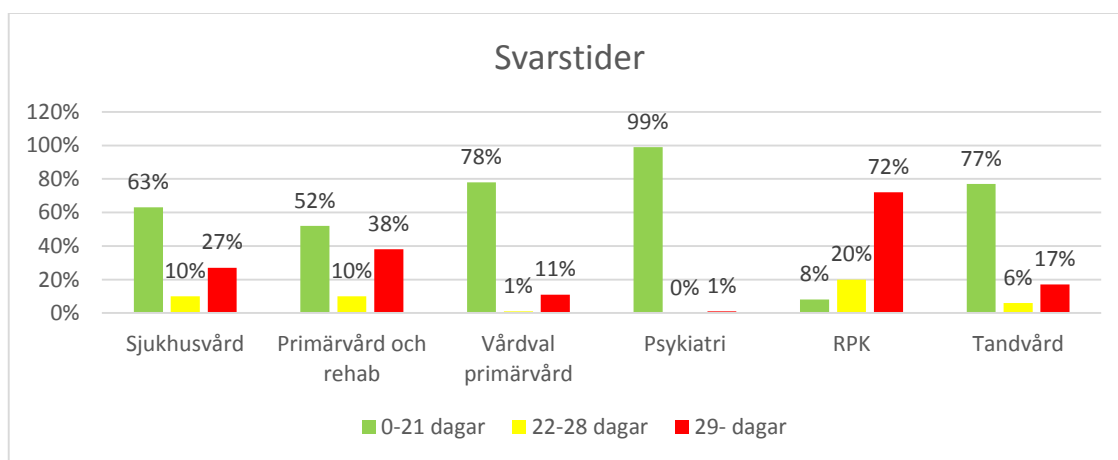
Patientnämnden

Under 2019 har 753 ärenden registrerats, vilket är en ökning med nästan 10 % jämfört med föregående år. Enligt gällande lagstiftning ska vården i ökad utsträckning ta emot och handlägga patientklagomål i den egna verksamheten. Patientnämnden utreder inte själv klagomålet utan fungerar som ett stöd för patienten och som en länk till verksamheten.

En viktig del i uppdraget är att bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar. Detta görs bland annat genom att analysera inkomna klagomål och synpunkter samt uppmärksamma vårdgivaren på riskområden och hinder för utveckling av vården. Under året har patientnämnden tagit fram tre rapporter. (se bilaga).

Vid varje sammanträde uppmärksammas särskilt ärenden som gäller barn- och ungdomar mellan 0 - 19 år. Under året har 53 klagomål inkommit som gäller den här åldersgruppen.

Enligt lagen om klagomål mot hälso- och sjukvården bör den som hör av sig få ett svar inom fyra veckor. Svarstiderna på flera enheter har ökat (se nedanstående tabell). Svarstiderna kommer fortsättningsvis att redovisas kvartalsvis enligt nedanstående



Patientnämnden återkopplar samtliga ärenden till regionens chefläkare. Kostnaderna har sedan länge ökat vilket har påtalats flera gånger då den delen av nämndens budget överskridits. Regionfullmäktige har nu efter en skrivelse från patientnämnden beslutat att budgeten för stödpersoner i framtiden ligger helt skild från de förtroendevaldas budgetpost.

Händelser och vårdskador

Under året har vi påbörjat 16 händelseanalyser och gjort 41 internutredningar. Jämfört med föregående år har antalet händelseanalyser halverats och antalet internutredningar fördubblats. Antalet lex Marior har under 2019 fördubblats jämfört med föregående år. Bakomliggande orsakar till fler inskickade anmälningar är delvis en alltmer pressad verksamhet med försämrad kontinuitet och samverkan. Men det beror även på en kulturförändring med ökad uppmärksamhet och transparens kring risk för vårdskador.

Majoriteten av våra genomförda händelseanalyser och internutredningar rör försenad diagnos och behandling. Bakomliggande orsaker som återkommer är bristande dokumentation och kommunikation, mellan medarbetare men även med patient/anhöriga, liksom brist i teamarbete mellan olika kliniker och professioner samt handledning av oerfarna kollegor. Vi ser att man har svårt att tänka om när ett diagnosspår är påbörjat, ofta till följd av ovanstående faktorer. En arbetsgrupp har startats upp med anledning av detta med ta fram en handlingsplan för att sprida kunskap och medvetenhet kring diagnostiska svårigheter och ta fram stöd/verktyg som kan användas i det dagliga arbetet.

Fram tom 2019 har det saknats metoder och arbetssätt för uppföljning av genomförda åtgärder och dess effekter. I samband med införande av den nya formen för patientsäkerhetsronder beslutades att stort fokus skulle läggas just uppföljning och utvärdering av utförda åtgärder.

Sammanställning över ärendehantering 2019 ses i separat bilaga

Riskanalys

Övergripande riskanalyser med flera verksamheter involverade inom det patientnära området genomförs i mycket låg omfattning. Två stycken övergripande riskanalyser gjorts avseende införande av NOVA och för översyn av SVF för cancer.

Det förekommer dock att mindre riskanalyser genomförs i verksamheten med uppdrag av verksamhetschef. Under 2019 har ett tjugotal riskanalyser genomförts inom GDPR projektet.

Mål och strategier för kommande år

Nationella handlingsplanen för patientsäkerhet kommer vara riktlinjen för utformande av lokal strategi för patientsäkerhet kommande år. Handlingsplanen kommer att lyftas i patientsäkerhetsrådet för diskussion hur vi integrerar pågående patientsäkerhetsarbete med den nationella handlingsplanen

Utbildning inom patientsäkerhet

- Fortsatta utbildningsinsatser om patientsäkerhet för nyanställda via introduktionsutbildningen (grund samt yrkesspecifik)
- Den grundläggande utbildningen utökas med föreläsning om barnkonventionen och hur vi ska förhålla oss till detta
- Planering och uppstart av utbildningsinsatser för samtliga personal inom urinvägar, BHK, infarter, trycksår, läkemedelshantering och kommunikation
- ProAct fortsätter vara ett obligatoriskt moment för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor/skötare. Framtagande av anpassad ProAct för barn under 18 år

VRI

- Arbete enligt fastställd handlingsplan (se bilaga)
- Införande av Gröna korset som instrument för daglig riskbedömning.

Trycksår

- Sårsamordnare kommer att fortsätta att träffa trycksårsombuden för utveckling och uppföljning av förbättringsarbeten.
- Lokal mätning kommer göras varannan månad. Uppehåll juni-juli
- PPM trycksår en gång per år
- Utbildning för nyanställda sjuksköterskor och undersköterskor i trycksårsprevention (introduktionsutbildningen).
- Nätverksträffar med sårombud 4 ggr/år

MJG

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

Läkemedelsgenomgångar (LMG)

- För 2020 planeras för ca 800 fördjupade läkemedelsgenomgångar i teammodell.

Nätverksarbete

- Chefläkarna fortsätter att delta i nationellt nätverk
- Regional chefläkare deltar i den nationella samverkansgruppen
- Regional chefläkare och Patientsäkerhetsstrateg deltar i den regionala samverkansgruppen för Södra sjukvårdsregionen
- Patientsäkerhetsstrateg deltar i nationella möten i egenskap av representant i den regionala samverkansgruppen.
- Patientsäkerhetsstrateg är kontaktperson gentemot NITHA
- Lokala träffar med resurser och ombud

Kommunikation/Dokumentation

Utbildning i Säker kommunikation fortsätter under 2020. Förutom ordinarie kurser så kommer utbildning att hållas på olika enheter enligt samma modell som redan gjordes 2018. Utvärdering av utbildningens effekt pågår.

Regionens IT direktör ska tillsammans med berörda chefer ta fram ett förslag på uppdrag till en förvaltningsgrupp för vårdokumentation. Patientsäkerhetsrådet förslås att vara remissinstans när uppdragsbeskrivningen tas fram.

Förbättrad diagnostisk säkerhet

Arbete enligt handlingsplan, se bilaga

Struktur och kultur för att sprida lärdomar inom organisationen

Patientsäkerhetsronder är inbokade på samtliga kliniker inom sjukhusvården. Fokus på uppföljning av händelser, utredningar och anmälningar som inträffat inom enheten det senaste året med tonvikt på genomförda förbättringar och lärande. Även diskussion kring kultur och systematik kring återkoppling av inträffade händelser. Vid rondan kommer även frågor om hur man arbetar med att säkerställa kompetens hos olika yrkesgrupper.