

**Patientsäkerhets
berättelse
2024
Hälso- och
sjukvårdsnämnd**

**Pär Lindgren, Regional chefläkare
Zandra Anivike, Patientsäkerhetsstrateg**

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	5
Grundläggande förutsättningar för en säker vård Engagerad ledning och tydlig styrning.....	6
Övergripande mål och strategier.....	6
Organisation och ansvar	6
En god säkerhetskultur	9
Adekvat kunskap och kompetens	10
Övergripande nivå.....	11
Primärvården.....	11
Rättspsykiatri.....	12
Förändring och implementering	12
Kunskapsstyrningen- Medicinska kommittén.....	12
Patienten som medskapare	12
Egenmonitorering	13
Invånartjänster.....	13
Patientkontrakt/Dokumenterad överenskommelse	13
Folktandvården.....	13
Primärvården.....	14
Rättspsykiatri.....	14
Sjukhusvård.....	14
Resursgrupp nära vård	14
Agera för säker vård	15
Öka kunskap om inträffade vårdskador	15
Andel vårdskador	15
Vårdrelaterade infektioner VRI:.....	18
Införande av Infektionsverket	18
Förbättrad diagnostisk säkerhet.....	20
Tillförlitliga och säkra system och processer	21
Dokumentera rätt i Vården DRIV	21
Följsamhet till Basala hygienrutiner och klädregler (BHK).....	21
Följsamhet till riktlinjer för infarter	22
Följsamhet till riktlinjer för urinvägskateter (KAD)	23
Ledtider standardvårdförlopp (SVF) Cancer	24
Andel patienter över 75 år med minst 5 läkemedel som fått en enkel läkemedelsgenomgång per år.....	24
Remisshantering rättspsykiatri	25
Ovidimerade provsvar efter 14 dagar.....	25

<i>Samverkan för att förebygga vårdskador.....</i>	<i>25</i>
<i>Informationssäkerhet.....</i>	<i>30</i>
<i>Strålskydd.....</i>	<i>30</i>
Säker vård här och nu.....	31
<i>Antal utlokaliseringar per hundra disponibla vårdplatser, sjukhusvård.....</i>	<i>31</i>
<i>Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser, sjukhusvård.....</i>	<i>31</i>
<i>Primärvården- Kontinuitetsindex.....</i>	<i>32</i>
<i>Rättpsykiatriin-Säkerställa att prover inte blir för gamla att analysera.....</i>	<i>32</i>
<i>Rättpsykiatriin- Utskrift av diktat.....</i>	<i>33</i>
<i>Riskhantering.....</i>	<i>33</i>
Stärka analys, lärande och utveckling.....	33
<i>Avvikelser.....</i>	<i>33</i>
<i>Klagomål och synpunkter.....</i>	<i>34</i>
<i>Folktandvården -triangelrevision.....</i>	<i>36</i>
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	37
<i>1177 direkt.....</i>	<i>37</i>
<i>Krisberedskap.....</i>	<i>37</i>
<i>Primärvården-egenkontroll.....</i>	<i>37</i>
<i>Riskhantering processen.....</i>	<i>38</i>
Mål, strategier och utmaningar för kommande år.....	39
<i>Hälso- och sjukvården gemensamt.....</i>	<i>39</i>
Mål och utmaningar respektive verksamhetsområde.....	40
<i>Folktandvården.....</i>	<i>40</i>
<i>Primärvården.....</i>	<i>41</i>
<i>Rättpsykiatriin.....</i>	<i>41</i>
<i>Sjukhusvården.....</i>	<i>41</i>
<i>Specialistpsykiatriin barn, unga vuxna.....</i>	<i>41</i>

Bilagor

Bilaga 1: Medicinska kommittén

Bilaga 2: Läkemedelskommittén

Bilaga 3 STRAMA

Bilaga 4: GAP-analys - Åtgärdsplan vårdrelaterade infektioner 2024

Bilaga 5: Överenskommelse systematiskt förbättringsarbete som utgår från avvikelser i samverkan

Bilaga 6: Sammanställning ärendetyp Klagomål och/ eller synpunkter från patient/ närstående

Bilaga 7: Rapport Patientnämnden

Bilaga 8: Strålskyddsbokslut

Sammanfattning

Ambitionen har under 2024, liksom de senaste åren, varit att handlingsplanerna (den nationella och den regionala) ska vara ledstjärna för patientsäkerhetsarbetet både på central och verksamhetsnivå i Region Kronoberg. Bedömningen är att vi till stor del lyckats med det. Visionen för arbetet är att uppnå att en god och säker vård ska kunna erbjudas till alla överallt och alltid. Regionen har som målsättning att reducera antalet vårdskador. Närmare Kronobergaren utgör grunden i den långsiktiga utvecklingen av hälso- och sjukvården i Kronoberg. Patientsäkerhetsarbetet ska i grunden också utgå från denna övergripande strategi.

Flertalet av de områden vi arbetat med kräver arbetsinsatser över tid och uthållighet vilket bland annat märks genom att många insatsområden återkommer från år till år.

Det finns områden med goda resultat t.ex. andelen vårdskador enligt Markörbaserad journalgranskning (MJG). Genom att SKR avslutade sitt patientsäkerhetsarbete så försvann databasen för MJG men under året har IT hjälpt till att bygga vår egen databas varför vi nu kan redovisa data för de tre första kvartalen 2024. Det är visserligen bara ett mått för inläggande vuxna patienter inom sjukhusvården och ett begränsat antal patienter men för den gruppen har det skett en förbättring över de senaste åren som överensstämmer med det förväntade resultatet utifrån vilka aktiviteter som varit aktuella under tidsperioden. Vi ser också en stabil nivå på de mätningar som avser följsamhet till rutiner.

De förbättrade resultaten ska dock inte ses som ett skäl att släppa ned garden och luta sig tillbaka utan mer som bevis på att det är genom arbete man når resultat. Samtidigt som det finns delar som fortsatt kan bli bättre. Postoperativa infektioner är t.ex. ett område där vi har förhoppningar att införandet av Infektionsverket ska innebära en ökad aktivitet. Vårdrelaterade infektioner är i nuläget inte vår största patientsäkerhetsrisk men är fortsatt en vanlig orsak till vårdskada, inom slutenvård fortsatt den vanligaste, så vi ser det som del i vårt helhetsarbete med vårdskador.

Det har arbetats med att förbättra strukturen kring klagomål men det arbetet har inte kommit tillräckligt långt för att man ska kunna göra en analys över helheten. Patientnämnden sammanfattar de ärenden som inkommer dit.

Vi har under året fortsatt arbeta för att förbättra våra utredningar av vårdskada. De som utbildades till analysledare under 2023 har gjort flera utredningar som analysledare.

En tydligare struktur i verksamheterna med skapandet av patientsäkerhetsnätverk inom de olika verksamhetsområdena har till stor del kommit på plats under 2023 och fortsatt utvecklats positivt under 2024.

Fortsatt arbete med att systematisera utbildning och kompetensutveckling inom patientsäkerhet både för nyanställda och medarbetare som varit i regionen över tid. Planering har påbörjats för utbildning riktad till chefer.

Som slutlig sammanfattning så pågår det mycket arbete i Region Kronoberg på olika nivåer och områden där det mesta som görs har en positiv effekt på säkerheten för våra patienter och medarbetare.

Grundläggande förutsättningar för en säker vård

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

En god och säker vård ska kunna erbjudas till alla överallt och alltid. Regionen har som målsättning att reducera antalet vårdskador. Patientsäkerhetsarbetet ska omfatta samtliga hälso- och sjukvårdens verksamheter och därmed underlätta patientens väg genom vården. (I detta dokumentet inkluderas tandvården i termen hälso- och sjukvård). Det ska finnas en tydlig ledning och styrning av patientsäkerheten på alla nivåer i organisationen.

Styrande dokument för patientsäkerhetsarbetet i region Kronoberg är den regionövergripande handlingsplanen för Patientsäkerhet. Handlingsplanen avser hela Hälso- och sjukvården och inkluderar som redan påpekats även tandvården. Fokus i handlingsplanen är i första hand på de områden som i nuläget bedöms som de strategiskt viktigaste och utgör de största utmaningarna inom det övergripande patientsäkerhetsarbetet i regionen, men inkluderar också pågående arbeten som behöver fortsatt fokus. Handlingsplanen gäller för 2022 - 2024. Dokumentet kommer att revideras när den uppdaterade nationella handlingsplanen publiceras i maj 2025.

Region Kronobergs vision för patientsäkerhetsarbetet: En god och säker vård ska kunna erbjudas till alla överallt och alltid. Regionen har som målsättning att reducera antalet vårdskador.

Övergripande mål med handlingsplanen: Att förstärka Region Kronobergs patientsäkerhetsarbete till att omfatta samtliga hälso och sjukvårdens verksamheter och därmed underlätta patientens väg genom vården

Respektive ledningsgrupp inom Hälso och sjukvården ska verka för att patientsäkerhet är en lika självklar kontinuerlig punkt på agendan som ekonomi och HR.

Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, 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 kvalitetsstyrkt 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 (3 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 hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp är övergripande ansvariga för beslutat patientsäkerhetsarbete. Verksamhetschefer är ansvariga för att arbetet genomförs i verksamheten.

Patientsäkerhetsrådet är förberedande instans till hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp för regiongemensamma patientsäkerhetsfrågor. Uppdrag och arbetssätt för patientsäkerhetsrådet ska genomgå en översyn under Q1 2025. Ett arbetsutskott för patientsäkerhet ansvarar för att hantera inkomna frågor och fördela till rätt forum och förbereda mötesagendan till patientsäkerhetsrådet. Frågor till ledningsgruppen kan också lyftas av chefläkare.

Chefläkaren har enligt delegationsordningen ansvar för anmälan av vårdskador till Inspektionen för vård och omsorg. Inom Tandvården innehas motsvarande ansvar av cheftandläkare, utsedd av tandvårdschefen.

Verksamhetsområdeschef för rättspsykiatri 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 har utarbetats. Dessa fastställs av hälso- och sjukhusdirektör och görs kända i verksamheten. Patientsäkerhetsstrateg ansvarar för att samordna och koordinera den praktiska hanteringen av lex Maria anmälningar

Chefsöverläkare har ansvar för ledningsuppgifter i fråga om psykiatrisk tvångsvård samt isolering enligt 5 kap.

Inom specialistpsykiatri är chefläkare enligt delegationsordningen anmälningsansvarig med chefsöverläkaren som backupvid dennes frånvaro, för anmälan om brister i säkerheten.

Inom Rättspsykiatri är det enligt delegationsordningen säkerhetssamordnare som är anmälningsansvarig för anmälan om brister i säkerheten. Chefläkare ska alltid informeras om anmälan

Smittskyddsläkare ansvarar för smittskyddsarbetet i Region Kronoberg. Enligt smittskyddslagen ska det finnas en smittskyddsläkare i varje region med ett samlat ansvar för smittskyddsarbetet i regionen. Smittskyddsläkaren ligger organisatoriskt direkt underställd hälso- & sjukvårdsdirektören men smittskydd utgör samtidigt en egen förvaltningsmyndighet.

Verksamhetschefer inom respektive verksamhet ansvarar för att ta kontakt med chefläkare vid händelser som bedöms som möjliga Lex Maria-ärenden.

Regional Chefläkare ansvarar för organisation och rutiner för genomförande av händelseanalyser och riskanalyser. Patientsäkerhetsstrateg ansvarar för att samordna och koordinera den praktiska hanteringen av händelseanalyser. Säkerhetsenheten samordnar övergripande riskanalyser En översyn av riskhantering påbörjades under 2024.

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

Centrala patientsäkerhetsorganisationen ansvarar för att regionen har en central ärendehantering av ärende som delges av LÖF (Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag) eller IVO (Inspektionen för vård och omsorg).

Verksamhetsområdeschefer och verksamhetschefer ansvarar för att beslutade förebyggande åtgärder vid identifierade risker genomförs och att dessa följs upp. Verksamhetsområdeschefen har i uppdrag att säkerställa att berörda verksamheter inom ansvarsområdet bedrivs med god kvalitet samt med patientsäkerheten i fokus

En verksamhetschef ska enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen har alltid det övergripande ansvaret för verksamheten. Verksamhetschefer ansvarar för att informera patienter och anhöriga om inträffade vårdskador enligt kraven i 3e kap. 8 § i Patientsäkerhetslagen.

Hälso- och sjukvårdspersonalen är enligt patientsäkerhetslagen skyldig att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet och bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

STRAMA verkar i samverkan mellan vårdens olika delar för en rationell antibiotikaanvändning och mot antibiotikaresistens. Målet är rätt antibiotika i rätt tid till rätt patient och att minska onödig antibiotikaförbrukning.

Vårdhygien ska ge stöd till vårdgivaren i arbetet med att säkerställa en vård av god kvalitet med en god hygienisk standard såväl i det långsiktigt förebyggande arbetet som i akuta problem. Målet är att förebygga vårdrelaterade infektioner och förhindra smittspridning.

Kliniskt träningscentrum (KTC) ska samla utvecklings- och utbildningsaktiviteter inom medicinsk och kirurgisk simulering samt lyfta icke-tekniska färdigheter för att öka kvaliteten och säkerheten i patientarbetet.

Projekt ledningssystem hälso och sjukvården

Syftet med ett kvalitetsledningssystem är att höja organisationens och verksamhetens förmåga att säkra kvalitet, samt planera, leda och förbättra. Alla verksamheter i hälso- och sjukvården och tandvården måste enligt lag ha ett kvalitetsledningssystem.

Projektets syfte är att etablera ett ändamålsenligt hälso- och sjukvårdsövergripande ledningssystem som hänger ihop med dels regionnivån och dess styrdokument (inklusive strategin närmare Kronobergaren och regionala utvecklingsplanen), dels mer konkreta verksamhetsspecifika delar i ledningssystemet. Detta bör inbegripa såväl medarbetares och chefer/lednings arbetssätt som dokumenterade rutiner och riktlinjer samt ändamålsenliga systemstöd. Projektmål är ett ändamålsenligt hälso- och sjukvårdsövergripande ledningssystem som hänger ihop med regionnivån och är möjligt att ansluta verksamhetsspecifika delar till. Patientsäkerhet kommer ingå som en del i ledningssystemet

En god säkerhetskultur

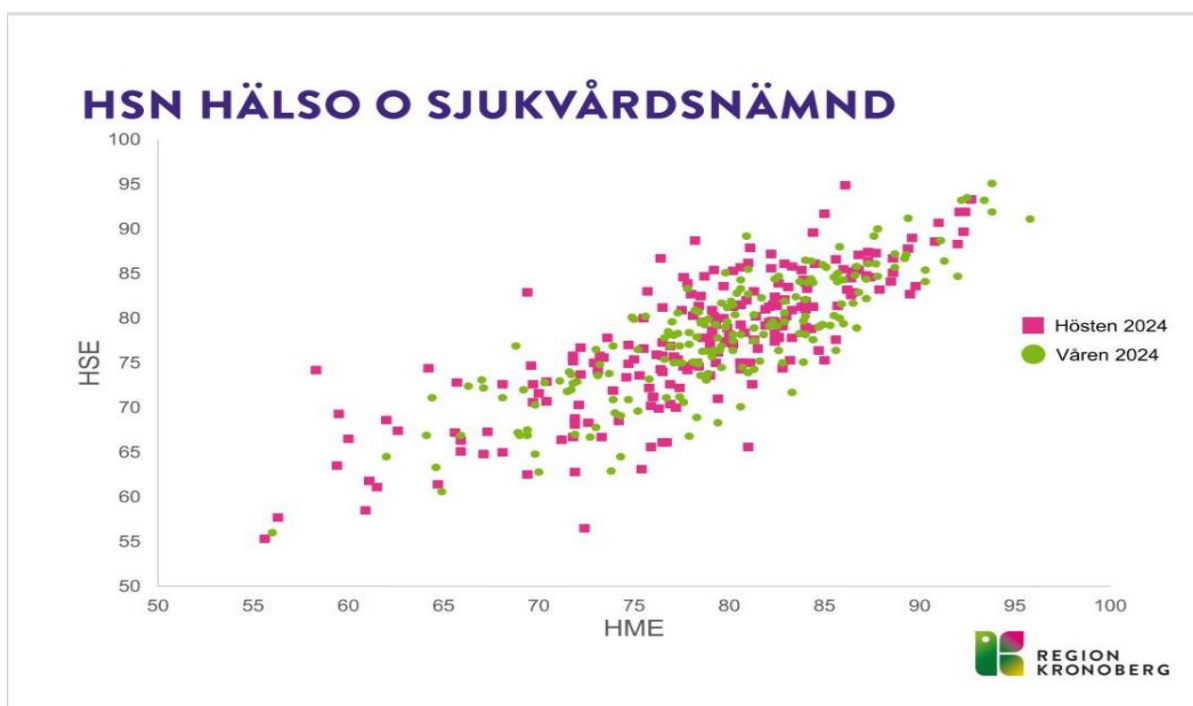
En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Region Kronoberg har sedan 2019 en gemensam enkät för arbetsmiljöfrågor och patientsäkerhetskultur. Enkäten innehåller frågor kring HME (hållbart medarbetarengagemang) – och HSE (hållbart säkerhetsengagemang) – för medarbetare som arbetar i verksamheter som har patienter. Mätning görs två gånger per år. Syftet med enkäten är att få en bild av den upplevda arbetssituationen, det hållbara medarbetarengagemanget samt patientsäkerhetskulturen på arbetsplatsen. Genom att göra det i mindre skala, men oftare, finns det större möjligheter att koppla detta till det systematiska arbetsmiljöarbetet och patientsäkerhetsarbetet.



Mätningen under hösten 2024 innefattade även frågor rörande diskriminering och kränkande särbehandling samt frågor som bygger på friskfaktorer som bidrar till att skapa goda arbetsplatser. Ett stödande material har tagits fram som kan användas på enheterna vid hanteringen av resultaten för både HSE och HME.

Korsjämförelse görs mellan resultat för HME och HSE. Detta för att belysa sambandet mellan de båda, se bild nedan. Sammanställningen visar ett tydligt samband mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet vilket bör beaktas vid diskussion om tex vårdplatsfrågor.

Patientsäkerhetskulturmätningen ligger på totalen på samma nivå vår och höst, dock är spridningen i resultatet större under hösten och vi har fler verksamheter som ligger i den nedre vänstra kvadranten.



Exempel på pågående arbete för att främja en stark kultur:

Primärvården har under de senaste åren arbetat fram ett arbetssätt med patientsäkerhetsteam på enheterna, patientsäkerhetsnätverk för att utbyta erfarenhet och bidra till att goda exempel sprids samt patientsäkerhet som en återkommande punkt på ledningsgrupp och MLA-möten för att hantera de mer övergripande frågorna. Patientsäkerhetsteamet lokalt har ofta lyfts som en viktig del för att öka medarbetarnas medvetenhet om patientsäkerhet i vardagen och arbetet med teamet fortsätter. Pulsmätningarna ska tas upp och diskuteras på varje enhet. Detta följs upp i samband med patientsäkerhetsronder.

Inom sjukhusvården har flera verksamheter påbörjat arbete med att inrätta patientsäkerhetsteam med tydlig koppling till ledningens ansvar.

Specialistpsykiatri har sedan tidigare en struktur där nätverket för patientsäkerhet på kliniken är ett stöd till ledningen i patientsäkerhetsfrågor. Ledningen kan ge uppdrag till nätverket och nätverket har i uppdrag att uppmärksamma ledningen på relevanta frågor kopplat till patientsäkerhet.

Rättsspsykiatriska kliniken har sedan många år haft en tydlig struktur och organisation av sitt patientsäkerhetsarbete.

Psykologisk säkerhet/trygghet

Arbete med ökad patientsäkerhetskultur utifrån psykologisk säkerhet har påbörjats på vissa enheter dels i form av föreläsning av chefläkare och fortsatt eget arbete. Syftet är att skapa en innovativ organisation som präglas av hög delaktighet och en lärande miljö. Ingen har så här långt gjort någon koppling till hot och våld men arbetet kan komma att inkludera aktiviteter kopplade till konflikthantering. Det finns dock i nuläget ingen planering för detta.

Adekvat kunskap och kompetens

En god kompetensförsörjning innebär att på såväl kort som lång sikt säkerställa att verksamheten har tillgång till personal med adekvat kompetens. Kompetenta och engagerade medarbetare som ges möjlighet att arbeta på toppen av sin kompetens är en förutsättning för en trygg och säker vård av god kvalitet.



Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver förutsättningar för att kunna utföra ett gott arbete med hög arbetsmotivation och behöver ges möjlighet till reflektion i det dagliga arbetet. Stress, arbetsbelastning och bristande återhämtning är exempel på faktorer som påverkar möjligheten att utföra arbetet på ett säkert sätt. Kunskap om arbetsmiljöns betydelse för patientsäkerheten är med andra ord centralt. Det innebär att kunskap om detta samband behöver stärkas för att det ska kunna leda till en ökad samsyn och gemensamma prioriteringar för arbetsmiljön och patientsäkerheten.

Kunskap om patientsäkerhet behövs på alla nivåer i hälso- och sjukvården, hos enskilda medarbetare, chefer och ledare och politiker. Det är viktigt att fatta beslut utifrån relevant forskning och utifrån kunskapsläget inom området, som omfattar exempelvis beteendevetenskap, psykologi, medicin och omvårdnadsvetenskap, ledarskaps- och organisationsteori, ekonomi och beslutsteori. Kunskapen behövs för att kunna fatta väl avvägda beslut utifrån systemövergripande faktorer, men också för att kunna bedöma risker samt föreslå och vidta åtgärder kring den enskilda patienten.

Övergripande nivå

Under 2024 har följande aktiviteter genomförts för att öka kompetens och kunskap inom patientsäkerhetsområdet:

- Obligatorisk utbildning i patientsäkerhet för alla medarbetare som arbetar patientnära.
- Tema månader för utvalda utbildningsområden inom patientsäkerhet
- Framtagande av utbildning för chefer inom patientsäkerhetsområdet har påbörjats och baseras på de Nationella kompetensmålen som Socialstyrelsens tagit fram. Slutversion planeras bli klart innan sommaren 2025
- Första utkastet till Utbildning i hur man internt utreder en vårdskada är framtaget. Slutversion planeras bli klart innan sommaren 2025
- Riktade utbildningstillfällen kopplat till den centrala ärendehanterings processen
- Riktade utbildningsinsatser inom Diagnostisk säkerhet
- Riktade utbildningsinsatser kopplade till införande av Infektionsverktyget
- Uppstart av introduktionspaket riktat till nya undersköterskor. Introduktionsutbildningen har fått positiv respons och varje tillfälle har i stort sett fullbokade.

Metoden för uppföljning av utbildningar behöver ses över, även nya rapportverktyg behövs för att kunna göra en adekvat analys av deltagarantal och identifiera eventuella mönster och brister.

Förändringen gällande utbildningsläkare i form av övergången från AT till BT är redan påbörjad regionalt och nationellt, men det stora skiftet där AT helt fasas ut kommer att ske från och med 2027. Eftersom förutsättningarna är annorlunda för de kommande BT-läkarna kommer det att medföra flera olika utmaningar i personalförsörjning och rekrytering.

Primärvården

Två viktiga vårdförlopp har implementerats i primärvården under året, artros och kognitiv svikt. Utbildningar kring artros har anordnats och implementeringen av förloppet för kognitiv svikt genomfördes med verksamhetsbesök och följdes upp med en egenkontroll.

Införandet av Äldremottagningar har varit ett viktigt sätt att stärka kompetens och teamarbete samt få ett bättre omhändertagande av sköra äldre. Under året har det ordnats utbildning för personalen, bland annat kring läkemedel. Arbetssätten har vidareutvecklats med framtagande av en ny rutin samt införande av kartläggningssamtal med Pastel som förebild, en modell som i studier har visat sig minska både inläggningar och vårdtid för denna patientgrupp.

Läkemedelsenheten erbjuder återkommande stöttning i att utföra fördjupade läkemedelsgenomgångar vilket utnyttjas i hög utsträckning.

Utbildning om suicidriskbedömningar för all berörd personal i primärvården genomfördes

under hösten i AMKs regi och deltagandet var högt. Det pågår en diskussion om denna typ av utbildning ska vara återkommande och obligatorisk för vissa personalkategorier.

Rättspsykiatri

I syfte att säkerställa kompetensutveckling för missbrukskartläggning vad det gäller spetskompetenser inom bl. a missbrukskartläggning och riskbedömningsinstrument, har kliniken egna utbildare som regelbundet handleder och ger individuellt stöd.

För att implementera förbättringar och/eller förändringar i verksamheten har funktioner som kvalitets utvecklare fått projektledarutbildning och kunskap i förbättrings- och förändringsarbete.

Sjukhusvården

Årshjulet gällande obligatoriska patientsäkerhetsutbildningar har fungerat väl och är känt i verksamheterna. Verksamheterna upplever att det är lättare att planera samt att det blir tydligare när vi arbetar mera aktivt med olika fokusområdena olika månader. Förändringarna i AB försvårar dock planeringen att kunna ge medarbetarna förutsättningar att delta. Efterfrågan på heldagsutbildningsdagar är generellt större nu.

Det har uppmärksammats att baskunskapen hos undersköterskor, framförallt hos de nyutbildade, är sämre än tidigare. Anatomikunskaper, sjukdomslära samt metodkunskaper brister generellt. Det varierar mellan olika utbildningar och det är viktigt att vara observant vid både anställning och introduktion att särskilt ta hänsyn till att variationer kan föreligga.

Kontakt i denna fråga är tagen med studentansvariga och med YH ansvariga som arbetar driver det arbetet vidare.

Förändring och implementering

En översyn av implementeringsarbete påbörjades under 2024. Planen är att detta arbete kan påbörjas mer konkret under 2025. En viktig del av implementeringsarbete är att det nästan alltid innefattar förändringar. Arbetet kan också komma att innefatta deimplementering eftersom införandet av nya metoder ofta innebär att man behöver sluta med andra.

Kunskapsstyrningen- Medicinska kommittén

Se kompletterande information i årsberättelse, separat bilaga

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Patientens berättelse och kunskap om hens behov och resurser är avgörande för att vården på alla nivåer ska kunna möta upp dessa. När en patient fått god och individuellt anpassad information om sin vård och behandling samt eventuella risker kan hen bidra till att identifiera och uppmärksamma avvikelser som behöver åtgärdas.

Om patienten eller dess närstående är ett barn ska barnets bästa bedömas och beaktas utifrån mognad och ålder.



Egenmonitorering

Med egenmonitorering blir patienten medskapare av sin vård, får en ökad kunskap, känner trygghet och ges större möjlighet att få kontroll och delaktighet i sin vårdprocess.

Vårdpersonalen kan arbeta mer förebyggande, vilket skapar förutsättningar för en ökad vårdkvalitet och en bättre arbetsmiljö. Akuta och oplanerade vårdbesök kan undvikas och vårdens kompetenser och resurser kan nyttjas på ett bättre sätt. Under 2024 är upphandlingen fortfarande inte klar men mycket förberedelser är gjorda för att så snabbt som möjligt när upphandlingen är klar sätta igång med att ta fram de nya arbetssätten kring egenmonitorering.

Invånartjänster

Utveckling av e-tjänsterna på 1177 pågår ständigt och gör det möjligt för både vårdpersonal och invånare att kommunicera och informera digitalt på ett snabbt och säkert sätt, istället för att skicka pappersbrev eller ringa. Vi ser en ökad användning med nya användningsområden och fler personalgrupper som använder sig av tjänsten. Invånarnas inställningar på 1177 avseende avisering och delning av kontaktoppgifter hämtas in i Cosmic och vi ser även en ökning i antalet invånare som vill vara digitala.

Frågor i tidbokningsflödet på 1177 är tillagda för att styra patienterna och göra det enkelt för dem att själva boka sig på rätt typ av tid och enhet. Tjänsten 1177 direkt har numera öppet för inkommande ärenden dygnet runt samt automatisk hänvisning till egenvårdsråd. En funktion är införd på 1177 för att invånaren själv ska kunna hantera samtycke för prov som sparas i svenska biobanksregistret. I

påminnelsen inför ett bokat besök finns nu en länk för hur invånaren kan avregistrerar sig om de inte längre vill ha sms-påminnelser från vården.

Ett robotflöde är framtaget som automatiskt synkar invånarens inställning på 1177 avseende delning av mobilnummer med påminnelsefunktionen inför bokade besök.

Utveckling av Blå appen har skett så systemet kan hantera patienter utan svenskt personnummer genom att tillåta format som motsvarar regionens lokala reservnummer.

SITHS-korts inloggning till Tele Q är införd vilket säkerställer att inga obehöriga kommer åt patientuppgifter som finns i systemet.

Patientkontrakt/Dokumenterad överenskommelse

Patientkontraktet i Region Kronoberg, har under hösten 2024 följt efter SKR och bytt namn till Dokumenterad överenskommelse. Innehållet är fortfarande detsamma som tidigare. Under året har information om den Dokumenterade överenskommelsen kommit med i kommunikationsplanen för de Personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen, med syftet att säkra det personcentrerade förhållningssättet i dessa. Införandet inom primärvården och sjukhusvården har på olika sätt och med olika intensitet fortsatt under 2024. Kopplingar till andra projekt i omställningsarbetet till nära vård har blivit tydligare, till exempel Sammanhållen planering 1177. Relevansen för den Dokumenterade överenskommelsen har aktualiserats i olika sammanhang och nyttan med den har påtalats bland annat i arbetet med egenmonitorering samt i övergångar mellan olika verksamheter och organisationer.

Folktandvården

Under 2024 så har Folktandvården skickat ut en patientenkät efter tandvårdsbesök via sms. Enkäten kommer från "key for care". Frågorna har valts ut av en referensgrupp i Folktandvården där patientsäkerhet deltagit. Resultatet redovisas vecko- och månadsvis till

klunikledningarna. Ledningsgruppen har arbetat med resultatet och tagit hem förbättringsarbete till klinikerna.

Folktandvården tandvårdsbuss har varit stationerad i Åseda och Ryd där man saknar fast klinik. Detta för att kunna erbjuda tillgång till tandvård för alla länets invånare oavsett vart man bor vilket ligger i linje med regionens strategi närmare Kronobergaren.

Primärvården

Patientmedverkan i det mer övergripande utvecklings- och patientsäkerhetsarbetet är fortfarande bristfälligt. Däremot är det en självklarhet att patient och/eller närstående tillfrågas och informeras vid utredning av enskilda händelser.

Arbetet med vårdplaner/dokumenterad överenskommelse i primärvården går fortsatt trögt men under slutet av året har en ny ansats gjorts med besök i verksamheten av verksamhetsutvecklare och det har tagits fram tydliga mål för vad som ska uppnås första halvan av 2025.

Rättspsykiatri

På vårdavdelningarna bjuds samtliga patienter in att medverka på patientforum 1 ggr/mån utifrån modell som utarbetats av NSPH Skåne. Modellen innebär att samtliga patienter bjuds in tillsammans med avdelningschef och samtalsledare. Samtalsledaren är utbildad av NSPH och har egen erfarenhet av psykisk ohälsa. Mötesanteckningarna förs av avdelningschefen och sammanställs av NSPH i form av en rapport innehållande förbättringsområden på avdelnings- och verksamhetsnivå. Patienter medverkar även i utvecklingen av patientmåltider och städning. Patientenkät med mer än 50 % deltagande har genomförts under sommaren 2024 och resultatet av enkäten uppvisar att patienter till del och till stor del är nöjda med informationen de får av personalen om sin vård, delvis och till stor del upplever att personalen lyssnar på patientens önskemål om vård och behandling samt att patienterna blir bra bemötta och har förtroende för personalen.

Patientnämnden har genomfört patientenkätundersökning angående stödpersonsuppdraget. 46 % av patienterna har deltagit och hälften av svarande önskar träffa sin stödperson oftare. Patienter som svarade upplever att de är mycket nöjda (70%) eller nöjda (30%) med sin stödperson. Patienter upplever också att stödpersonernas insats är viktig och betyder mycket för dem.

Sjukhusvård

Sjukhusvården kommer att delta i ett projekt "Trygga råd". Trygga råd eller Safety-netting handlar om att säkerställa att vården och patienten förstått varandra och att patienten söker vård igen när det behövs. Med safety-netting lämnar båda mötet med en bra känsla. Safety-netting används med fördel när patienten söker för symtom som troligen inte tyder på allvarlig sjukdom och ingen utredning bedöms behövas, men diagnosen är inte helt säker. Hur kan vi göra för att patienten ska söka igen, på rätt vårdnivå, när det behövs och samtidigt få patienten att vara trygg i att stanna hemma när det är adekvat.

För att patienten ska kunna vara delaktig i sin behandling, ta ansvar för sin hälsa och fatta beslut om sin vård, är det viktigt att hen får tillräcklig information som hen förstår och kan tillgodogöra sig.

Resursgrupp nära vård

För att främja patientmedverkan och brukarinflytande på såväl individnivå, verksamhetsnivå

som strategisk nivå har patient- respektive närståendeföreträdare rekryterats till en så kallad resursgrupp. Dessa personer har egen vårderfarenhet som patient och/eller närstående och bidrar på olika sätt i utvecklingsarbeten, forskningsprojekt och i utbildningssammanhang. Gruppens uppdrag är att bidra till att utvecklingen av hälso- och sjukvården och genomförs i linje med hälso- och sjukvårdens utvecklingsstrategi Närmare Kronobergaren.

Agera för säker vård

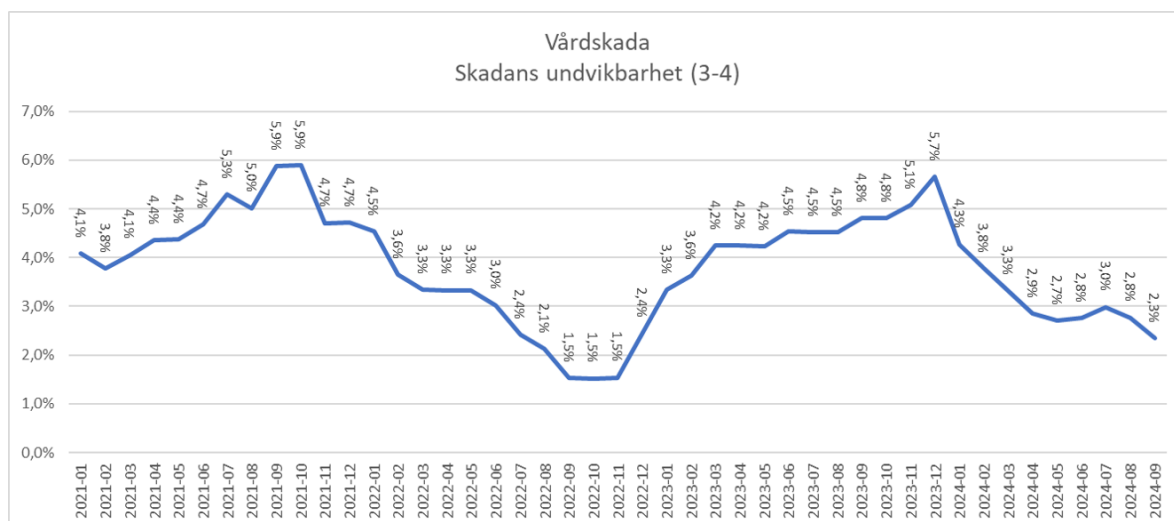
Öka kunskap om inträffade vårdskador

Andel vårdskador

MJG används för att identifiera skador inom somatisk vuxenvård på sjukhus respektive psykiatrisk vård. Metoden lämpar sig även väl för att granska utvalda områden där man tror sig kunna hitta ämnen för förbättringsarbeten. Inom somatisk vuxenvård granskas 28 stycken slumpvis utvalda patientjournaler varje månad av ett granskningsteam. Resultatet sammanställs enligt modellen rullande 12 månader. Varje mätpunkt visar summan av de senaste 12 månadernas mätningar.

Mål: Förekomst av vårdskada ska ej överstiga 4,5%

Resultat:



Analys av resultat: Den uppåtgående trend som identifierades 2023 har vänt nedåt och under 2024 har andel vårdskador legat på en stabil låg nivå. Resultatutveckling ska tolkas med viss försiktighet. Det är svårt att dra någon slutats huruvida förändringen i resultat handlar om en effekt av det preventiva arbetet som görs i verksamheterna och det stabilare läge rent personalmässigt eller om det är en normalvariation. Antal granskade journaler per tillfälle är lågt och en vårdskada får därför ganska stor effekt på resultatet. Vi ser emellertid en liknande trend vad gäller vårdskador kopplat till lex Maria där antalet anmälningar är markant lägre 2024. Detta förstärker till viss del resonemanget att resultatet 2024 in facto visar en lägre förekomst av vårdskador. Vi kommer behöva fortsätta att följa utvecklingen innan en mer tillförlitlig slutsats kan dras.

Åtgärder: Ny databas för MJG är utvecklad och driftsatt, ett samarbete mellan Patientsäkerhet, Uppföljning och kvalitet och IT/VIS utveckling. Utveckling av rapportverktyget pågår. Införande av nya databas innebär att förekomst av vårdskador enligt MJG metoden kommer kunna fortsätta även kommande år. Det finns även möjlighet att



framöver kunna använda databasen för riktade granskningar och anpassa för nya verksamheter som vill granska enligt MJG.

Det regionövergripande arbetet med vårdskadeprevention inom vissa fokusområden kommer fortsätta i samma omfattning 2025. En patientsäkerhetsutbildning för chefer är under planering, uppstart hösten 2025.

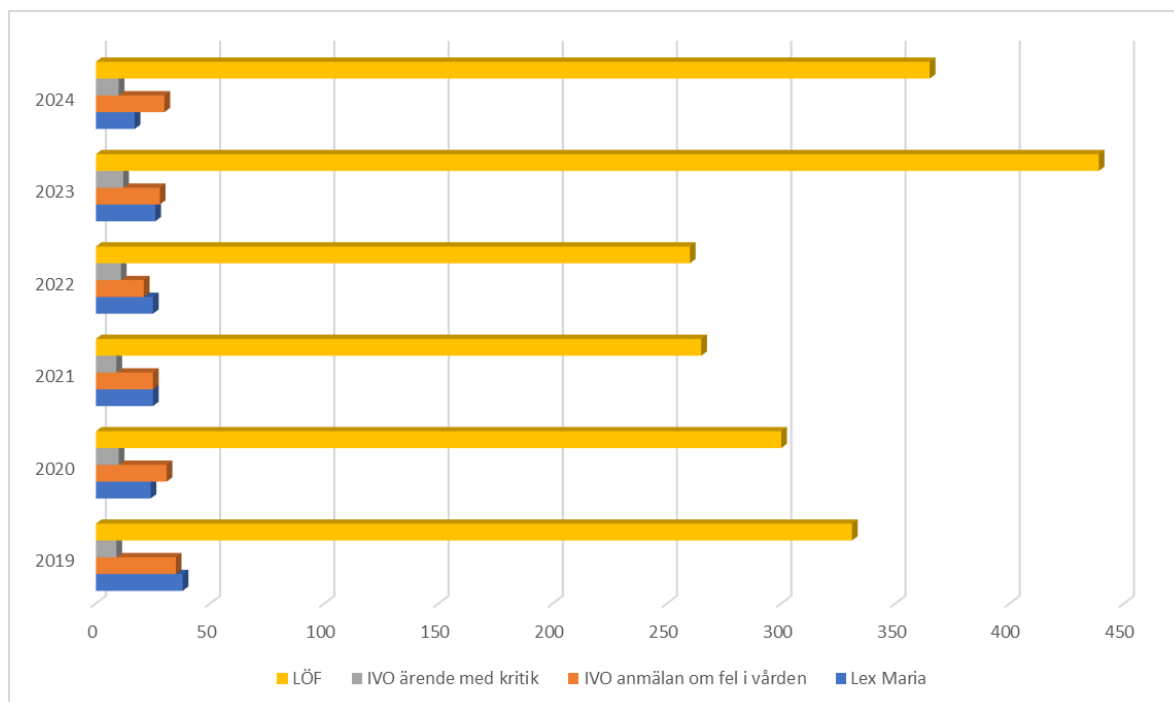
Uppföljning av åtgärd: Analys av resultat på aggregerad nivå kommer följas av den centrala Patientsäkerhetsorganisationen och dess analysgrupp som tittar på alla key-points för Patientsäkerhet. Sammanställning av analys kommer tas fram kvartalsvis och redovisas till Patientsäkerhetsrådet och för hälso och sjukvårdens ledningsgrupp. Utifrån analysen kommer förslag till eventuella aktiviteter/insatser föreslås.

Central ärendehantering

- Lex Maria,
- IVO (Inspektionen för vård och omsorg)
- LÖF (Regionernas ömsesidiga försäkringskassa)

Mål: Region Kronoberg ska ha en central ärendehantering för patienter och närståendes anmälningar till LÖF och IVO för att säkerställa en snabb och korrekt hantering och möjliggöra analys på aggregerad nivå. 15 Samtliga händelser som kommer till vårdens kännedom via IVO eller LÖF ska analyseras av berörd verksamhet. En bedömning avseende vårdskada ska göras. Om vårdskada föreligger ska en orsaksanalys göras och åtgärder föreslås. Alla inkomna ärenden ska skickas för kännedom till chefläkare. Händelser som medfört allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada ska anmälas enligt lex Maria. Det är chefläkare som beslutar om en händelse ska anmälas enligt lex Maria och om händelseanalys eller internutredning är lämpligt.

Resultat:



Analys av resultat: Internutredningar är fortsatt den vanligaste metoden att utreda händelser, 2024 gjordes 33 internutredningar och 10 händelseanalyser. Både internutredningar och händelseanalyser har lett till lex Maria anmälan. Tillgång på utbildade analysledare i metoden

händelseanalys är fortsatt begränsad vilket medför en fördröjning i uppstart av utredningar av händelser som omfattar flera verksamheter. Vi ser även att internutredningarna varierar i kvalitet där man ibland inte analyserar tillräckligt djupt för att identifiera den bakomliggande orsaken till att något har inträffat. Det medför kompletteringsbehov och därmed även förlängd utredningstid. Antal lex Maria är markant lägre jämfört med sista 5 åren. Orsaken till detta är oklar, det kan vara så att inte händelser uppmärksammas för chefläkare eller registrerats i avvikelssystemet. Vi vet att det är svårt att i stunden bedöma om en händelse kan vara en misstänkt allvarlig vårdskada. Men självklart kan det låga antalet lex Maria även bero på att vi haft färre allvarliga händelser under 2024. Skattade kvalitetsbristkostnader kopplade till 17 lex Maria ärende 2024 uppgår till 783 568 kronor. Sett ur ett samhällsekonomiskt perspektiv, där man även tittar på Value of Life Lost (VLL), bestående invaliditetsersättning med potentiellt inkomstbortfall blir summan betydligt högre, 31 081 497 kronor.

Antal IVO anmälningar från patient/närstående ligger i paritet med föregående år.

Antal ärenden från LÖF ligger lägre än 2023 men klart över snittet från åren tidigare. Majoriteten av ärenden som anmälts 2024 rör händelser kopplade till produktionsåret 2023 och 2024. Tittar man på LÖF ärenden som kom in 2023 så beviljades ersättning ut i 43% av fallen motsvarande en summa på 13 593 241 kronor. Beräkning kan i nuläget inte göras för 2024 års ärende. Detta då majoriteten av de ärenden som inkommit 2024 fortfarande ligger under behandling hos LÖF. Först 2025 kommer vi kunna se hur stor andel som beviljades ersättningar och summan.

Åtgärder: Under året har en administratör anställts på 60% för att underlätta den administrera hantering av inkomna ärenden. För att se mönster i vad som anmäls behövs en djupare analys av inkomna ärende. Detta kommer underlättas när en ny ärendetyp för patientsäkerhetsärende är på plats i avvikelssystemet. Under 2024 har den centrala ärendehantering fått ett utökat uppdrag som ett centralt kommunikationsnav för alla IVO ärenden, dvs även begäran om journalförstöring, tillsynsärenden, och anmälningsärende kopplat till paragraf 7 i Patientsäkerhetslagen. Aktuellt är även uppstart av digital rekvirering/hantering av LÖF ärende, påbörjad 1 februari 2025. IVO har också skapat en plattform för att kunna skicka in journalhandling digitalt, man har börjat testa att använda denna modell i tillsynsärenden men fortsatt utveckling pågår.

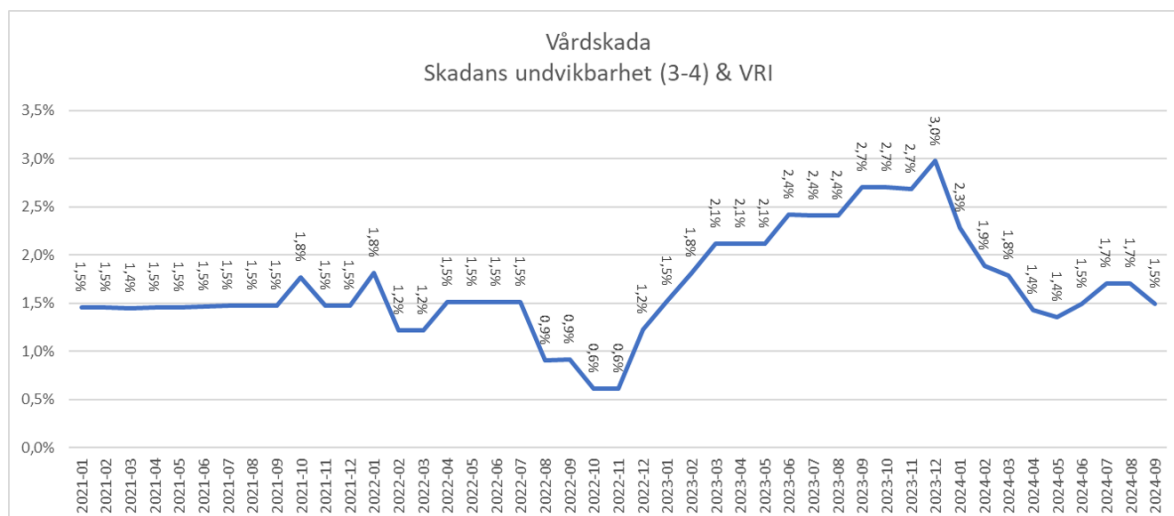
Riktade utbildningar i LÖF och IVO processen har erbjudits under 2024 och det arbetet fortsätter även under 2025. Uppstart av en lokal utbildning i metoden "Internutredning" är således prioriterat under 2025.

Uppföljning av åtgärder: Patientsäkerhetsrådet har gett ett uppdrag till en arbetsgrupp att ta fram förslag hur regionen kan bli bättre på att följa upp gjorda utredningar och beslutade åtgärder kopplade till dessa. Detta då vi ser att händelser tenderar att återkomma trots att omfattande utredningar och åtgärdsförslag har tagits fram. Beräkning av vårdskadekostnader vid lex Maria kommer fortsätta även 2025 och ersättningsnivåer hos LÖF kommer följas på aggregerad nivå. Analys av resultat på aggregerad nivå kommer följas av den centrala Patientsäkerhetsorganisationen och dess analysgrupp som tittar på alla key-points för Patientsäkerhet. Sammanställning av analys kommer tas fram kvartalsvis och redovisas till Patientsäkerhetsrådet och för hälso och sjukvårdens ledningsgrupp. Utifrån analysen kommer förslag till eventuella aktiviteter/insatser föreslås.

Vårdrelaterade infektioner VRI:

Mål: Förekomst av VRI följs via Markörbaserad journalgranskning, MJG. Målvärde i MJG-mätningarna är en halvering av det högsta värdet 6,3 % dvs 3,1 %.

Resultat:



Analys av resultat: Det är endast vårdrelaterade infektioner som uppstått under vistelse på sjukhus, vuxenvård som ingår i MJG-mätningen, dvs skador som uppstått inom primärvård, kommunal vård, barnsjukvård eller annan region separeras. Enligt MJG såg vi under hösten 2023 en stigande trend med en peak vid årsskiftet 2023/2024. Under 2024 har regionen legat på en relativt stabil låg nivå under målvärdet. Jämför man med de vårdrelaterade infektioner som registreras via Infektionsverktyget, IV, så ligger värdet i IV på en högre nivå. Förekomst av VRI enligt infektionsverktyget har under 2024 pendlat mellan 6,27 och 7,77. Diskrepansen mellan de olika mätresultaten beror till del på att IV inte gör någon värdering om registrerade VRI är att bedöma som undvikbara eller inte, dvs en vårdskada vilket görs i MJG metoden. De vanligaste infektionerna som registrerats är typen övrig VRI, postoperativa infektioner och UVI, men det finns även en inte obetydligt antal av vårdrelaterad pneumoni. Arbeta med att förebygga vårdrelaterad pneumoni föreslås bli ett fokusområde inom VRI arbetet 2025.

Åtgärder: Uppstart av arbete med att förebygga vårdrelaterad pneumoni.

Pågående arbete inom VRI området (Urinvägar, BHK och Infarter) kommer fortgå även 2025. GAPanalys kommer att presenteras för Patientsäkerhetsrådet Q1 2025. Se bilaga.

Uppföljning av åtgärder: Analys av resultat på aggregerad nivå kommer följas av den centrala Patientsäkerhetsorganisationen och dess analysgrupp som tittar på alla key-points för Patientsäkerhet. Sammanställning av analys kommer tas fram kvartalsvis och redovisas till Patientsäkerhetsrådet och för hälso och sjukvårdens ledningsgrupp. Utifrån analysen kommer förslag till eventuella aktiviteter/insatser föreslås.

Införande av Infektionsverktyget

Mål: Ett heltäckande och ändamålsenligt återinförande av infektionsverktyget inom Region Kronobergs alla berörda verksamheter. Infektionsverktyget ska ge en gemensam och lättillgänglig uppföljningsstruktur för att dels identifiera förekomst av vårdrelaterade infektioner men även att kunna se följsamhet till antibiotikarekommendationer.

Resultat: Projektet lyckades inte till fullo uppnå målet. Införande har skett inom sjukhusvården, En pilot är genomförd inom primärvården.

Analys av resultat; Projektet har inte lyckats leverera en implementering inom hela regionen, som målet var från början. Detta beroende på omständigheter utanför projektets kontroll. Primärvårdens deltagande testades i form av en pilot. Under piloten konstaterades att införande infektionsverktyget inte skulle genererar data primärvården har nytta av, däremot skulle tidsåtgången för varje antibiotikarecept öka. Inom primärvården finns idag andra verktyg som kan ta fram bättre anpassad statistik. Därav pausades införandet i primärvården.

Åtgärder: Utbildningsinsats inför införandet är genomförd inom hela sjukhusvården.

Rapportpaket och tillgång till utdata är under framtagande.

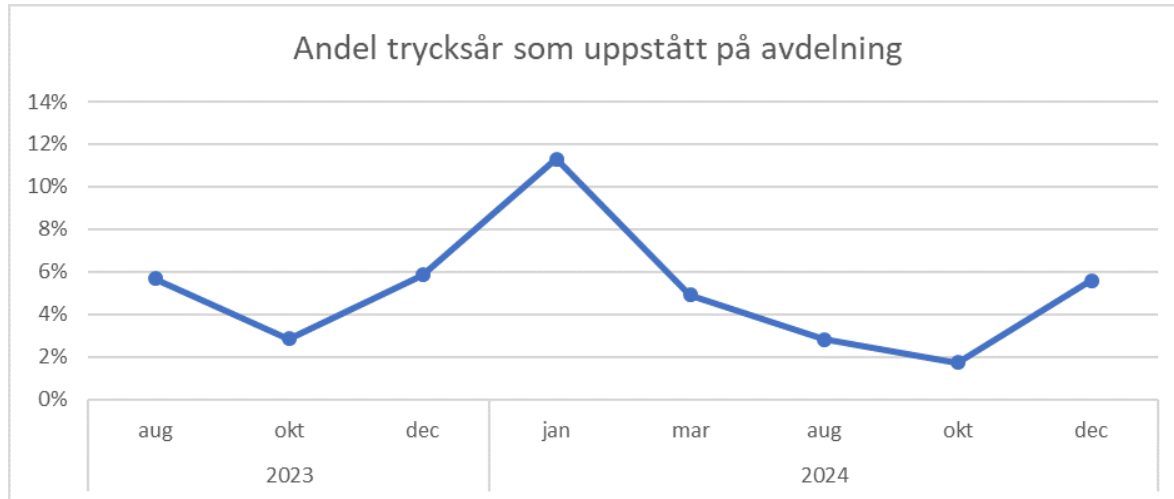
Validering är gjord på alla verksamheter där infektionsverktyget är infört. Har visat på en låg nivå av felregistrering.

Uppföljning av åtgärder: Utvärdering av struktur av föreslagen förvaltning kan först utvärderas efter avslutad projekttid. Uppföljning av förekomst av vårdrelaterade infektioner på aggregerad nivå kommer följas av den centrala Patientsäkerhetsorganisationen och dess analysgrupp som tittar på alla key-points för Patientsäkerhet. Sammanställning av analys kommer tas fram kvartalsvis och redovisas till Patientsäkerhetsrådet och för hälso och sjukvårdens ledningsgrupp. Utifrån analysen kommer förslag till eventuella aktiviteter/insatser föreslås

Förekomst av trycksår

Mål: Förekomst av trycksår som uppkommer i slutenvården ska ej ligga över 3%.

Resultat: 4,4 % sett på helåret, med variation mellan 1,9 och 11,7%. Värdet på 11% bedöms dock som ett felvärde då det för tidpunkten fanns problem med inmatningen i databasen och resultat för den månaden kunde inte valideras.



Analys av resultat: Tänkbara orsaker till att vi inte når målet kan vara ökad vårdtyngd med svårt sjuka patienter, att vi fortfarande har en hel del utlokaliserade patienter och överbeläggningar. En annan möjlig bakomliggande faktor är stor personalomsättning där det ibland brister på de basala kunskapsnivåerna. Analysen visar även en stor variation i andel patienter inom slutenvården som riskbedömts enligt riskbedömningsmallen, åtminstone dokumentation av genomförd riskbedömning. Här finns ett förbättringsarbete att göra under nästa år.

Åtgärder: Förändringsledare trycksårsprevention har liksom föregående besökt de avdelningar som haft ett sämre resultat, i syfte att stödja verksamheten i hur man kan arbeta för att minska förekomsten av trycksår. Hösten 2024 anordnades utbildning för

trycksårsresurserna/sårumbud, i samarbete med sårjuksköterskorna. Syftet med utbildningen är att ge förståelse för vikten av trycksårsprevention och att använda sig av de hjälpmedel/förebyggande material men även öka kunskap om hur vi behandlar patienter som fått ett trycksår. Vidare lanserades 2024 nya kompetenskort för trycksårsprevention samt det nya flikkortet "Nollvision trycksår" där Melaninrik hud är med. Temamånad trycksårsprevention är införd 2024. Under temamånden görs riktade utbildningsinsatser och informationskampanjer och dialogmaterial finns att tillgå.

2024 bilades en central arbetsgrupp för trycksårsprevention. Gruppen består av olika yrkesprofessioner såsom sårjuksköterskor, dietist, vårdhygien, fysioterapeut, arbetsterapeut, förändringsledare och representanter från sjukhusvårdens ledningsstöd. Syftet är att samordna regionens arbete med trycksårsprevention som tex ta fram förslag till gemensamma nya verktyg, hjälpmedel, arbetssätt och utbildningar mm.

Uppföljning av åtgärd: Fortsatta lokala mätningar 5 ggr per år, ny databas är under framtagande. Det finns en kontaktperson per verksamhetsområde som får sammanställning av områdets resultat och som sedan säkerställer att resultaten förmedlas ut i linjeorganisationen. Uppföljning av hur många medarbetare som genomfört obligatorisk utbildning i trycksårsprevention görs halvårsvis i samband med årsrapport. Analys av mätresultat på aggregerad nivå kommer följas av den centrala Patientsäkerhetsorganisationen och dess analysgrupp som tittar på alla key-points för Patientsäkerhet.

Förbättrad diagnostisk säkerhet

Mål: Övergripande mål är att arbeta för en vård där patienter inte utsätts för undvikbar skada genom diagnostiska brister i Region Kronoberg. Det kortsiktiga målet för diagnostisk säkerhet i Region Kronoberg har varit kunskap och medvetenhet inom den diagnostiska processen och aktiviteter som ökar säkerheten och medvetenhet om risker t.ex. kognitiva fallgropar.

Långsiktigt mål är förbättrad Diagnostisk Säkerhet i Region Kronoberg

Resultat: Arbetet under 2024 har fortsatt varit verksamhetsanknutet men frågan har lyfts i en rad händelseanalyser som återförts till verksamheterna. Ett delmoment i processen är hantering av provsvar vilket har mätts via antalet ovidimerade svar som redovisas på annat ställe i detta dokument.

Analys av resultat: Diagnostisk säkerhet och diagnostiska brister har ökat i medvetenhet i Region Kronoberg och kunskapen i den diagnostiska processen har förbättrats.

Åtgärder: Utifrån beslutade åtgärder i händelseanalyser så kommer utbildningsinsatser för olika läkargrupper att fortsätta anordnas.

Uppföljning av åtgärd: Sker via hantering av avvikelser i form av internutredningar respektive händelseanalyser. Fortsatt mätning av ovidimerade svar.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Dokumentera rätt i Vården DRIV



Mål: Ökad kvalitet och patientsäkerhet i vården genom en gemensam, följsam och tydlig vårddokumentation för verksamheter inom Region Kronoberg.

Resultat: Kvalitetsgranskning av vårddokumentationen från centralt håll har genomförts enligt plan.

Analys av resultat: Den kvalitetsgranskning som genomförts visar på att kvalitet och brister inom vårddokumentationen skiljer sig mellan de olika verksamhetsområdena. Brister som sågs rörde bl.a. kontaktregistreringar, koppling av anteckningar till rätt vårdkontakt, försenad transkribering och signering, språk och innehåll, dubbeldokumentation och låg kodningskvalitet. Utbildningen som finns i patientsäkerhetsutbildningen har under året utvecklats och hålls nu tillsammans med regionjuristens utbildningsdel för att skapa en större förståelse för vårddokumentationen och dess konsekvenser. Utbildningsfilmen ”dokumentera rätt i vården” har setts av 288 personer.

Åtgärd: Utvecklingen av gemensam struktur för vårddokumentationen utifrån fyra huvudområden: Ledning/styrning och struktur, System stöd, Utbildning/kompetens och Vårddokumentationens innehåll har startat. Detta förbättringsarbete genomförs genom fyra arbetsgrupper med olika fokusområden och kommer pågå t.o.m. december 2025. Arbetet i projektet har tagit fart. Arbetsgrupperna är igång och jobbar utifrån de uppdragsbeskrivningar som tagits fram.

En översyn av befintlig granskningsmall kommer att göras med mål att kunna sprida denna ut till lokal nivå. Kvalitetsgranskning av vårddokumentationen kommer göras även 2025 från centralt håll. Utbildning av personal i vårddokumentation, som en del i patientsäkerhetsutbildnings paketet fortsätter. En riktad utbildningsinsats inom vårddokumentation kommer att ske under temamånaden april.

Uppföljning av åtgärd: Kvalitetsgranskningen kommer fortsätta att ge information om ett nuläge av den vårddokumentation som utförs. Förbättringsområden som identifieras återkopplas till verksamheterna samt de arbetsgrupper som ingår i projektet för utveckling av vårddokumentationen. Deltagande på utbildningstillfällena kommer följas på både aggregerad nivå och på verksamhetsområdesnivå. Slutrapport av projektet kommer skrivas och förslag på förvaltningsstruktur av ämnet kommer att ges.

Följsamhet till Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Resultat: Resultatet för året är 83% följsamhet till befintliga rutiner

Analys av resultat: Resultatet ligger i paritet med tidigare år, dvs ett resultat som legat stabilt sedan 2021. Följsamhet till enbart hygienregler uppgår under 2024 till 86%, motsvarande för klädregler är 95%. Det finns förbättringspotential fortfarande vad gäller handdesinfektion före patientnära vård och före användning av handskar (93% följsamhet). Verksamhetsområdena ligger på stabila resultat senaste två åren, rättspsykiatri sticker dock ut med en tydlig förbättring till följsamhet. Sett på totalen är mätresultat mycket bra och det kan vara svårt att på aggregerad nivå uppnå några större förbättringar i mätresultat utifrån nuvarande mätmetoder. Utmaningen framöver kommer vara att bibehålla den höga följsamheten över tid.

Åtgärder: Utbildning i basala hygienrutiner och klädregler och smittspridning är obligatorisk

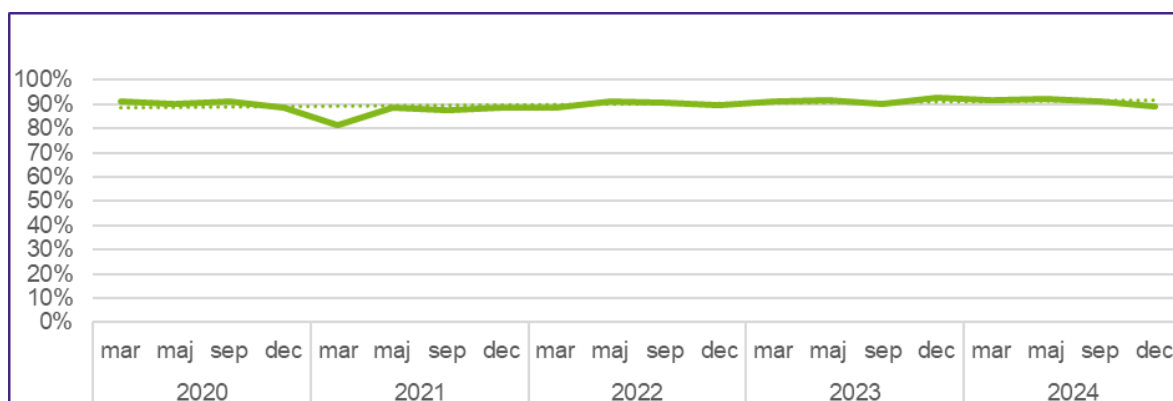
för alla för alla medarbetare som arbetar med patientarbete. Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) görs kvartalsvis. Utifrån dessa resultat skapas förbättringsområden i olika storlek och på olika nivå och förändringsledare patientsäkerhet finns som stöd till verksamhetens BHK resurser i detta arbete. Förslag till förbättringsåtgärder finns i mätprotokollen i de fall följsamhet till BHK är lägre än 90%. Temamånad BHK är införd från och med 2024. Under temamånaden finns flera olika aktiviteter för att sätta BHK i fokus, tex digital utbildning och dialogkort.

Uppföljning av åtgärder: Alla mätresultat finns tillgängliga för verksamheter och ledningsgrupper att ta del av, uppdateras kvartalsvis. Det finns en kontaktperson per verksamhetsområde som får sammanställning av områdets resultat och som sedan säkerställer att resultaten förmedlas ut i linjeorganisationen. Diskussion kring mätresultat görs på verksamheternas återkommande patientsäkerhetsronder. Analys av mätresultat på aggregerad nivå kommer följas av den centrala Patientsäkerhetsorganisationen och dess analysgrupp som tittar på alla key-points för Patientsäkerhet.

Följsamhet till riktlinjer för infarter

Mål: 100% följsamhet till riktlinjer för infarter

Resultat:



Bilden visar samtliga granskningar på samtliga enheter över tid

Analys av resultat: Följsamhet till riktlinjer för Perifer venkateter, PVK ligger på en hög stabil nivå över tid, dock finns utrymme för förbättringar. Detsamma gäller följsamhet till riktlinjer för samtliga centrala infarter, central venkateter, CVK, Subkutan venport, SVP och Piccline. PVK som vid granskningarna markeras som ”satt på annan enhet” visar sämre följsamhet till Dokumentation på förband och Märkning med etikett. Sett på totalen visar resultaten på en stabil hög följsamhet vilket gör att några större förbättringar i följsamhet är svåra att nå utifrån nuvarande mätmetoder. Det finns dock några förbättringsområden som kan påverka resultatet i någon utsträckning

- Dokumentation på förband
- Märkning med etikett
- Dokumentation av dagliga genomförda kontroller.

Den stora utmaningen är dock att bibehålla den höga följsamheten över tid. Förutsättningar för det är att det finns en tydlig struktur i linjeorganisationen kring uppföljning och utvärdering av sina mätresultat, ett tekniskt stöd för framtagande av mätresultat och en central arbetsgrupp som fortsatt driver frågan.

Åtgärder: De enheter som inte når 85% ska se över sina rutiner och vidta åtgärder för att nå 85%. Riktade granskningar är planerade på operation och ambulansen då dessa är två av de enheter som sätter många av regionens PVK och markeras som ”satt av annan enhet”. Utbildning i handhavande av infarter är obligatorisk för sjuksköterskor som är anställda i regionen. Utbildning sker i fysisk form för nyanställda sjuksköterskor och som digital utbildning för icke nyanställda. Extra utbildningsinsatser för sjuksköterskor har genomförts och kommer göras även 2025 under VRI månaden i oktober. Undersköterskor som går regionens introduktionsprogram får en anpassad föreläsning om infarter. Den övergripande arbetsgruppen för infarter har som mål att skapa ett flödesschema för när vilken infart är aktuell för specifik diagnos och behandling. Målet är också att under 2025 slutföra det pågående arbete som finns att med flödesschema säkerställa för barn möjligheten till bästa infart.

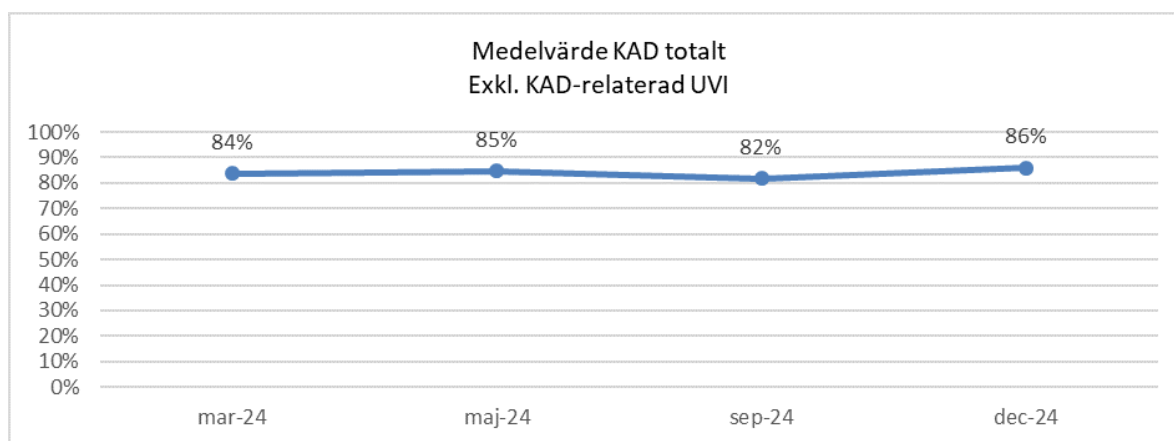
Uppföljning av åtgärd:

Mätningar av följsamhet till riktlinjer 4 gånger per år. Alla mätresultat finns tillgängliga för verksamheterna själva. Det finns en kontaktperson per verksamhetsområde som säkerställer att resultatet sprids ut i linjeorganisationen. Diskussion kring mätresultat sker på verksamheternas återkommande patientsäkerhetsronder. Analys av resultat på aggregerad nivå kommer följas av den centrala Patientsäkerhetsorganisationen och dess analysgrupp som tittar på alla key-points för Patientsäkerhet.

Följsamhet till riktlinjer för urinvägskateter (KAD)

Mål: Inget beslutat värde finns för följsamhet till riktlinjer för KAD men 100% bör eftersträvas.

Resultat:



Analys av resultat: Årets granskningar av följsamhet till KAD-rutiner visar ett totalt resultat på 84%. Resultatet i december 2024 (86%) var det högsta värdet som uppnåtts sedan starten av dessa granskningar. Fortfarande finns förbättringspotential inom vissa områden, bland annat ”Påse märkt med datum” samt ”Fixerad KAD”. Förekomst av KAD-relaterad urinvägsinfektion (UVI) har varierat mellan 1–11% i de fyra granskningarna under året.

Åtgärd: Två resursmöten har hållits under året med bland annat information om komplikationer till KAD, reviderad KAD-rutin samt diagnostik av UVI hos äldre. Resursmöten är planerade för 2025. Urinvägsresurserna uppmanas att skriva avvikelser på KAD-relaterad UVI som upptäcks vid granskning för att utreda orsaken till vårdskadan. Temamånad Vårdrelaterade infektioner-VRI är införd 2024 och där ingår KAD. Under

temamånaden uppmärksammades den obligatoriska utbildningen för KAD, dialogkort med VRI-relaterade påståenden/frågor togs fram och det erbjöds att träna praktiskt på att sätta KAD.

Den övergripande arbetsgruppen för KAD kommer fortsätta sitt arbete under 2025, I arbetsgruppen ingår en deltagare från varje aktuellt verksamhetsområde, representant från vårdhygien, uroterapeut, MAS samt förändringsledare Patientsäkerhet

Uppföljning av åtgärd: Mätresultat finns tillgängliga för alla medarbetare att del av. Den övergripande arbetsgruppen analyserar resultat eventuella förbättringsområden. identifiera förbättringsområden. Diskussion kring mätresultat görs på verksamheternas återkommande patientsäkerhetsronder. Förekomst av kateterrelaterade urinvägsinfektioner kommer följas via infektionsverket. Analys av mätresultat på aggregerad nivå kommer följas av den centrala Patientsäkerhetsorganisationen och dess analysgrupp som tittar på alla key-points för Patientsäkerhet.

Ledtider standardvårdförlopp (SVF) Cancer

Mål: 70%

Resultat: 40%

Analys av resultat Det saknas fortfarande tillräckligt med resurser inom diagnostik och behandling i flera processer. Det finns flera avvikelser kopplat till SVF-förloppen och en djupare analys behöver göras för att hitta mönster och samband, saker som upprepar sig mm.

Åtgärder: Arbete har påbörjats med att på aggregerad nivå gå igenom och analysera avvikelser kopplade till SVF. För att säkra uppföljning och beslut om förbättringsarbete behövs en tydlig styrning och ansvarsfördelning i processarbetet vilket saknas idag. Det arbete behöver påbörjas under 2025

Uppföljning av åtgärder: Idag saknas struktur för hur analys av avvikelser och följsamhet till ledtider följs upp.

Andel patienter över 75 år med minst 5 läkemedel som fått en enkel läkemedelsgenomgång per år

Mål: 60%

Resultat: 2024 uppgick andelen till 31 %. Under 2024 har 17% av patienterna fått sin läkemedelslista utskriven vid besöket och ca 800 fördjupade läkemedelsgenomgångar enligt teammodellen har genomförts.

Analys av resultat: Resultatet ligger något bättre jämfört med 2023, 29,4%, men fortsatt långt från målvärdet. Spridning finns mellan enheter i intervallet 25,1-73,8%. Mätetalet bör analyseras mer ingående då registrering av genomgången läkemedelslista består av att man aktiverat läkemedelslistan och inte då säkert att en läkemedelsgenomgång faktiskt är gjord.

Åtgärder: Nytt mått är infört "*Utskriven läkemedelslista i samband med öppenvårdsbesök*". För 2025 planeras arbete i samma utsträckning avd gäller fördjupade läkemedelsgenomgångar, dvs 800. Behov av fortsatt arbete med att fastställa strukturen för hur "Egenkontroll av läkemedelshantering" inklusive läkemedelsgenomgångar ska hanteras. Akutkliniken kommer att starta ett arbete då patienten själv tittar igenom sin läkemedelslista under väntetiden för att tillsammans med undersökande läkare gå igenom den vid undersökningstillfället och att den är genomgången vid en eventuell inläggning.

Uppföljning av åtgärder: Måtten följs kvartalsvis i hälso- och sjukvårdens verksamhetsplan.

Remisshantering rättspsykiatri

Mål: Samtliga patienter som skrivs in har fullständig och skriftligt ifylld remiss. Med stöd av remiss kan verksamhetens inskrivningsavdelning planera och förbereda för ett optimalt patientsäkert mottagande.

Resultat: samtliga patienter som skrivits in på kliniken har en fullständig remiss och inskrivande avdelning upplever mindre stress samt att de är väl förberedda för att ta emot ny patient.

Analys av resultat: verksamheten har tidigare tagit emot förfrågningar om vårdplats via telefon och skriftliga remisser användes inte. Beslut om intagning av patient fattades utan tillräcklig information och dokumentation. Arbetssättet innebar stora patientsäkerhetsrisker. Projektgrupp har utformat nytt arbetssätt med krav på skriftliga remisser. Remisser hanteras, bedöms, planeras och återkopplas till remittent med stöd av Cosmic remissmodul. Arbetssättet är patientsäkert och transparent där betydelsefulla dokument som t ex domar, epikriser, läkemedelslistor mm kan följas av berörd enhet.

Planerade åtgärder: Fortsätta sprida verksamhetens arbetssätt med skriftlig remiss till berörda remittenter. Fortsätta sprida arbetssättet hos läkargruppen, avdelningscheferna och omvårdnadspersonalen och vid behov uppdatera befintliga rutiner.

Uppföljning av åtgärder: arbetssättet följs fortlöpande upp av verksamhetens vårdutvecklare, chefläkare och chefsöverläkare.

Ovidimerade provsvar efter 14 dagar

(patologi, cytologi, mikrobiologi, röntgen och klin fys)

Mål: 1000

Resultat: Ett fel i applikationen uppstod under året så vi kan inte redovisa några resultat.

Analys av resultat: I arbetet med diagnostisk säkerhet har vi valt en indikator nämligen att provsvar omhändertas i rimlig tid. I mätningen har vi valt 14 dagar som en rimlig tid. Arbetet med att minska antal ovidimerade provsvar inom hälso- och sjukvården pågår enligt plan även om vi inte har kunnat mäta resultaten. Inom sjukhusvården finns rutiner på klinikerna överlag samt dialog kring vikten av att vidimera sker.

Åtgärder: Arbete pågått med att tydliggöra rutinerna för vidimering när det gäller patienter som handläggs på akuten. Syftet är att säkerställa att beställda labprover och undersökningar omhändertas snarast möjligt och av ansvarig läkare. Fortsatt arbete med att förbättra resultatet sker på verksamhetsnivå.

Uppföljning av åtgärder: Intern kontroll och kvartalsrapportering när applikationen fungerar på nytt.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Vårdövergångar-LINK

COSMIC Link är en modul i Cosmic som stöder processer och rutiner vad gäller samordning mellan aktörer som tillhandahåller hälso- och sjukvård samt socialtjänst för att säkerställa en obruten vårdkedja. I Kronoberg har vi sammanhållen journal mellan region och kommun gällande HSL både privata som offentligt drivna enheter. Ett samordningsärende i Link innehåller information och kommunikation runt patientens planering och samordning. Inblandade aktörer samarbetar och utbyter meddelanden samt upprättar olika planer baserat på

patientens behov. En plan kan bestå av flera anteckningar skrivna av flera olika användare. Vid samordnad individuell planering, vårdplan enligt LPT/LRV med vårdform ÖPT/ÖRV och utskrivningsplanering i Link överförs ansvaret för vård och omsorg från en vårdgivare till en annan. Den samordnade planeringen är ett av de viktigaste stegen i vårdkedjan för patienten i den gemensamma vård- och rehabiliteringsprocessen. Planeringen ska resultera i en samordnad plan för vård och omsorg som beskriver vilka insatser slutenvård, öppenvård och kommun ska ge patienten i anslutning till utskrivningen.

Under 2024 har vi fortsatt vårt gemensamma förbättringsarbete gällande Link med alla professioner i kommun, slutenvård samt primärvård. Primärvården har utsett vårdkoordinatorer på en del vårdcentraler som har huvudansvar för Linksamverkan mot kommunerna. Detta är en del i omställningen till nära vård. Ett nätverk för vårdkoordinatorer finns där de samlas och utbyter erfarenheter och får information om nyheter och nya rutiner i Link. Koordinatorerna ingår även som deltagare i Linkförbättringsarbetet. Flera vårdcentraler saknar vårdkoordinatorer och halkar nu efter i samverkan. Ett nytt samverkansavtal för in och utskrivningsklara patienter har skrivits mellan region och kommunerna i Kronoberg som kommer att gälla i tre år.

Elevhälsan är en aktör med barnens bästa plan i Link. Utbildning har genomförts i flera kommuner gällande Linkrutiner. Ett antal ”barnens bästa plan” har genomförts i Link men en hel del frågor i systemet Link kvarstår att lösa för att det ska bli optimalt, däribland egen kallelse i Link, behörigheter för kuratorer, rektorer samt hur dessa ärenden ska fördelas i varje kommun så de inte hamnar ”mellan stolarna”. Det digitala arbetssättet går fortare än vad antalet förbättring kan ske i Linksystemet.

2024 har det genomförts 310 SIP: ar, här ingår både nya SIP:ar och uppföljningar på redan gjorda SIP: ar. 24 stycken är barnens bästa planer.

Sjukhuschefens beslut att införa utskrivningssamordnare på varje avdelning har nu genomförts och avlastar sjuksköterskorna, RAK (rätt använd kompetens) och ger våra kommuner bästa möjliga underlag för en sömlös vård och bra underlag för deras hemgångsplanering. Utskrivningssamordnarna ingår även i nätverket för Link samverkan tillsammans med kommunerna och vårdkoordinatorerna. Utskrivningssamordnarna fick även i år kvalitetspris (2:a pris) för sitt arbete inom sjukhusvården. Regelbundna uppföljningar sker tillsammans med Linkansvariga. Efterfrågan kring arbetssättet med utskrivningssamordnarna har spridit sig utanför länet och flera regioner tittar på något likande koncept.

Läkemedelskommittén

På uppdrag från Hälso- och Sjukvårdsnämnden har Läkemedelskommittén tagit fram en läkemedelsstrategi för Region Kronoberg som fastställts av nämnden. Strategin samlar identifierade strategiska frågor om läkemedel under tre strategiska mål - Nära och jämlik, Säker och effektiv och Utvecklande och hållbar. Strategin har tagits fram tillsammans med kunskapsorganisationen, linjeorganisationen och FoUU efter diskussioner i flera olika forum. Strategin utgör en sammanställning av de principer som redan tidigare varit vägledande för arbetet med läkemedelsfrågor i Region Kronoberg, och kommer att bidra med en tydlighet i Läkemedelskommitténs arbete framåt.

Läkemedelskommittén har ett nära samarbete med läkemedelsenheten. Apotekare anställda på läkemedelsenheten utgör en stor del av läkemedelskommitténs utförarorganisation t.ex. vad gäller informationsbesök och utbildningar, malladministration, resthantering och farmaceutisk

kompetens i kunskapsorganisationen

Se kompletterande information i årsberättelse, separat bilaga

Medicinteknisk utrustning

Medicinteknisk säkerhet är en del av patientsäkerhet. För en säker vård krävs att rätt utrustning finns tillgänglig i rätt tid och rätt omfattning. Det krävs även att utrustningsparken förvaltas och underhålls på ett adekvat sätt för att den ska vara säker att använda över tid. Bristfälligt underhåll ökar risken för oplanerade driftstopp, vilket kan påverka patientsäkerheten och tillgängligheten negativt. Utrustningsparken ökar kontinuerligt med i snitt 3 % per år. I december 2024 fanns det ca 19 000 registrerade utrustningar i MFT's inventoriesystem Medusa. MFT har i uppgift att förvalta och underhålla denna utrustningspark, men verksamhetens resurser har inte följt utvecklingen utan MFT är idag bemannad och budgeterad för att ta hand om knappt halva utrustningsparken. För att analysera hur bristen på förvaltning och underhåll påverkar patientsäkerheten har en riskanalys initierats.

Det medicintekniska regelverket stärktes 2021 när MDR (medical device regulation) trädde i kraft. Region Kronoberg behöver arbeta vidare för att uppfylla kraven som ställs på vårdgivare som använder medicintekniska produkter. Som en del i detta har ett projekt initierats där tre områden ska analyseras; kompetensbehov hos vårdpersonalen, implementering av nya medicintekniska produkter samt avvikelshantering.

Nationella kvalitetsregister

Under 2024 har arbetet med att automatisera informationsförsörjningen av data från Cosmic till nationella kvalitetsregistret fortsatt. De två register vi anslutit till under 2024 är kvalitetsregister för artros (BOA) och katarakt. Anslutningen till kataraktregistret var vi först ut bland alla regioner med att automatisera. En automatiserad överföring bidrar till minskad administration och bättre datakvalitet. Som i sin tur skapar förutsättningar för utveckling av vården.

De nationella kvalitetsregistren gör det också möjligt att följa upp och jämföra vård nationellt.

Samverkan med kommunerna

Under året har arbetet med att bredda införa gemensamma möten mellan vårdcentral och kommun genomförts. Likaså har projektet att få till samarbete mellan ambulans, primärvård och kommun spridits till samtliga enheter. Vårdkoordinatorernas roll har stärkts. Detta tillsammans med äldre mottagningarna är en viktig del i arbetet med att trygga vården för sköra äldre och förhindra onödiga inläggningar.

Samverkan Folk tandvården - Barnkliniken

Genom samverkan och arbete med riskbarnen kan vi nu se en förbättring av antalet kariesfria barn 3-5 år och måltalet 90% uppnåddes under 2024.

0-5 åringar är fortsatt en prioriterad grupp. Satsning har gjorts på en utökad riskbedömning för de små barnen och deras vårdnadshavare och ett strukturerat arbetssätt att samverka med barnhälsovården har etablerats. Implementering av utökad hälsodeklaration 0-5 åringar är klar. Planering pågår av ett nytt gemensamt projekt för ett familjestödsprogram riktat till familjer med små barn som har kariessjukdom eller stor risk för kariessjukdom.

STRAMA-arbete och antibiotikaanvändning i Kronoberg

Stramarbetet i Kronoberg fortsätter, med en successiv återgång till tidigare aktivitet samt vidare utveckling, när ökad tid och engagemang har kunnat läggas på Stramarbetet för några

fler. En allt mer pressad verksamhet inom hälso- och sjukvården utgör en utmaning för möjligheterna till ett aktivt Stramarbete, såväl i regionens Stramagrupp som i våra verksamheter, som ändå behöver prioriteras – ur patient- och invånarperspektiv, hållbarhetsperspektiv och ekonomiskt perspektiv. När 2024 summeras är antibiotikaanvändningen i samhället 286 uthämtade antibiotikarecept per 1000 invånare i Kronoberg (att jämföra med 279 år 2023 och 293 år 2019).

Se kompletterande information i årsberättelse, separat bilaga

Systematiskt förbättringsarbete som utgår från avvikelser i samverkan

Det systematiska förbättringsarbetet ska genomsyra all verksamhet dygnet runt alla dagar i veckan för att kunna ge ökat värde för de som vi är till för. Som en del i det systematiska förbättringsarbete mellan länets kommuner och regionen behöver de olika ledningsgrupperna inom hälso- och sjukvården i Kronobergs län delges en sammanställning över rapporterade samverkansavvikelser på en aggregerad nivå. Vid två tillfällen per år översänder, alternativt muntligt presenterar, processgruppen en rapport till länets ledningsgrupp innehållande förslag på prioriterade förbättringsområde, åtgärder och eventuellt ansvarig för genomförande av åtgärd. Länets ledningsgrupp beslutar utifrån processgruppens förslag vilka förbättringsarbete som ska initieras alternativt hanteras av befintlig organisationsstruktur

Vårdinformationssystem

Drift och underhåll av Cosmic

Under 2024 har vi haft tre planerade driftstopp i Cosmic, ett för tekniskt underhåll och två för installation av leveranser från leverantör. Den totala avbrottstiden för Cosmic under 2024 har varit ca åtta timmar.

Ny reservlösning vid särskild händelse

Under hösten driftsattes en ny reservlösning för Cosmic vid särskild händelse. Med syfte att säkra åtkomst av information från Cosmic vid ett oplanerat stopp, om både Cosmic produktionsmiljö och Cosmic läskopia är otillgängliga.

Vid normal drift kopieras regelbundet information från Cosmic läkemedel utdelningsvyn till särskilda USB-diskar. Dessa är utplacerade på överenskomna platser inom våra vårdverksamheter.

Vid en särskild händelse används USB-disken för att skriva ut den aktuella enhetens patienters listor gällande läkemedel i Cosmic utdelnings vy.

Arbetet med en ny reservlösning är en del i det ständigt pågående tekniska arbetet som sker löpande för att se över och säkra att vår IT-leverans är så robust som möjligt.

Tandvården. nytt journalsystem

Samverkan mellan kliniker underlättas av gemensamt journalsystem och digital röntgen. Detta minimerar risken för att viktig information missas.

Under 2025 planerar Folktandvården att införa ett nytt journalsystem Frenda. Arbetet med införandet av Frenda pågår på ett flertal plan, och planeringen fortgår och målet är att det nya journalsystemet ska införas på bred front under hösten 2025. Det nya journalsystemet innebär ett modernare journalsystem som underlättar Folktandvårdens arbete. Dessutom så kommer journalen att bli synlig för patienterna på 1177 när Frenda införs.

Patientsäkerhetsgruppen i Folktandvården har i uppdrag att göra en risk och konsekvensanalys utifrån patientsäkerhetsperspektivet. Patientsäkerhetsgruppen är representerad i en av

arbetsgrupperna, som ingår under införandeprocessen av Frenda. Folk tandvården Kronoberg har tillgång till provsvar, läkemedelslistor mm i Cambio Cosmic. Detta underlättar samarbetet mellan sjukvård och tandvård och minimerar risken att data missas.

Rättspsykiatri- Behov av att anpassa patientjournalen till ny författning

Vid införande av ny författning, HLSF-FL 2022:46 gällande chefsöverläkarens skyldigheter, att skicka underrättelse till Inspektionen för vård och omsorg vid vissa tvångsåtgärder, uppmärksammades att beslutsjournal i Cosmic, aktivitetshanteraren, inte är konfigurerad mot nya författningen. Det utgör en stor patientsäkerhetsrisk inom den rättspsykiatriska vården, tex risk för felaktig journalföring men även risk för att rapporter inte inkommer till Inspektionen för vård och omsorg enligt deras krav.

Arbete har påbörjats med Cambio för att dels se över behov och möjligheter samt planera för att genomföra Omtag Psykiatri i Region Kronoberg. Cambio, VIS-enheten och kliniken genomförde 2024 en Verksamhetsanalys gällande aktivitetshanteraren. Uppföljning med VIS-enheten gällande genomförd verksamhetsanalys ska ske i januari.2025 Kliniken inväntar besked från Cambio och VIS-enheten gällande när arbetet Omtag Psykiatri kan påbörjas.

Vårdhygien-länsövergripande uppdrag

Vårdhygiens arbete har under 2024 återgått till normalläge efter covid-19-pandemin. Efter pandemin har flera andra mikroorganismer spridits i större omfattning än normalt vilket medfört visst ökat behov av riktade insatser.

Övervakning av vårdrelaterade infektioner är ett område under utveckling där nya tekniska lösningar kan utgöra värdefulla tillskott. Under året har bland annat möjligheten för en automatiserad övervakning av postoperativa infektioner undersökts, ett arbete som kommer att fortgå under 2025. Vårdhygien har agerat sakkunnig i arbetsgruppen för implementering av infektionsverktyget samt deltagit i introduktionsföreläsningar i samband med implementeringen.

Utifrån NAG Vårdhygiens "Vägledning för vårdhygieniskt arbete" har en regional åtgärdsplan mot vårdrelaterade infektioner utformats. Åtgärdsplanen är antagen av hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp.

Under 2024 har två fokusmånader med särskild vårdhygienisk relevans lanserats, maj med tema basala hygienrutiner och klädregler-BHK, och oktober med tema vårdrelaterade infektioner-VRI. Under fokusmånaderna genomfördes ett flertal aktiviteter som lansering av nytt utbildningsmaterial, föreläsningar, ombudsträffar, dialogkort och Instagramvecka. Vårdhygien har också deltagit i arbetsgrupper för BHK-ombud, infarter, urinvägar och pneumoni.

Arbetet med vårdens lokaler fortgår. I syfte att minska risk för smittspridning är det avgörande att Vårdhygien redan på planeringsstadiet involveras i frågor som rör vård- och vårdnära lokaler Vårdhygiens roll i byggprocessen har tydliggjorts tillsammans med lokalutvecklarna och ett samarbetsprojekt med Programkontoret nya vårdbyggnader har initierats. Ett nytt riskbedömningsinstrument har fastställts i syfte att förebygga att patienter drabbas av infektioner i samband med byggnation eller renovering i sjukvårdslokaler.

Avbrott i vattenförsörjning eller tillbud som påverkar vattenkvaliteten är exempel på händelser som kan utgöra allvarlig påverkan på verksamheten. Vårdhygien har tillsammans med fastighetsavdelningen bildat en vattengrupp för att arbeta med frågan. Liksom under 2023 har arbetet med att stödja fastighetsavdelningen i arbetet med regionens egenkontrollprogram för Legionella fortgått.

Under 2024 har Vårdhygien Kronoberg deltagit i flera nationella projekt för framtagande och harmonisering av övergripande vårdhygieniska riktlinjer. Arbetet bedrivs både genom professionsföreningar och inom SKR:s kunskapsorganisation. Flera av dokumenten ligger i slutet av 2024 på remiss och planeras färdigställas under första halvan av 2025.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Information är en viktig strategisk resurs för Region Kronoberg och i takt med att digitaliseringen ökar blir informationsförsörjningen allt mer kritisk för att verksamheter ska uppnå verksamhetsmålen. För att skapa trygghet och säkerhet för patienter och personal är det mycket viktigt att informationsförsörjningen skyddas från avsiktliga och oavsiktliga störningar.

Verksamheten måste kunna lita på en robust informationsförsörjning. Ett väl fungerande informationssäkerhetsarbete är därför en förutsättning för att upprätthålla en robust informationsförsörjning.

Region Kronobergs informationssäkerhetsarbete är systematiskt och utförs enligt ISO27000.

Loggkontroller

En förstudie har genomförts under hösten 2024 för att analysera möjligheter för centraliserad logginsamling och logganalys av framför allt patientloggar men även tekniska loggar. Förstudien ska överlämnas till uppdragsgivaren i början av 2025.

Rutin kring loggkontroller har skärpts och uppföljning har intensifierats under året. Verksamheter som inte följer riktlinjen får riktad uppföljning med kompletterande frågor.

Uppföljning och granskning

Under året har Region Kronoberg genomfört MSBs mätning av systematiskt informationssäkerhetsarbete och erhållit återkoppling från MSB kopplat till genomförd undersökning.

Förbättringsarbete som genomförts 2024

- Fortsatt förbättringsarbete kopplat till anmälning av personuppgiftsincidenter. Möjliggör en mer säker och effektiv bedömning och handläggning av ärenden med misstanke om personuppgiftsincident som ska anmälas till IMY.
- Beslut om obligatorisk informationssäkerhetsutbildning för alla anställda.
- Fortsatt utveckling av Region Kronobergs ledningssystem för informationssäkerhet med fler mätpunkter och ett tydligare årshjul
- Framtagning av kommunikationsplan för informationssäkerhetsarbetet.

Strålskydd

Se bilaga Strålskyddsbokslut

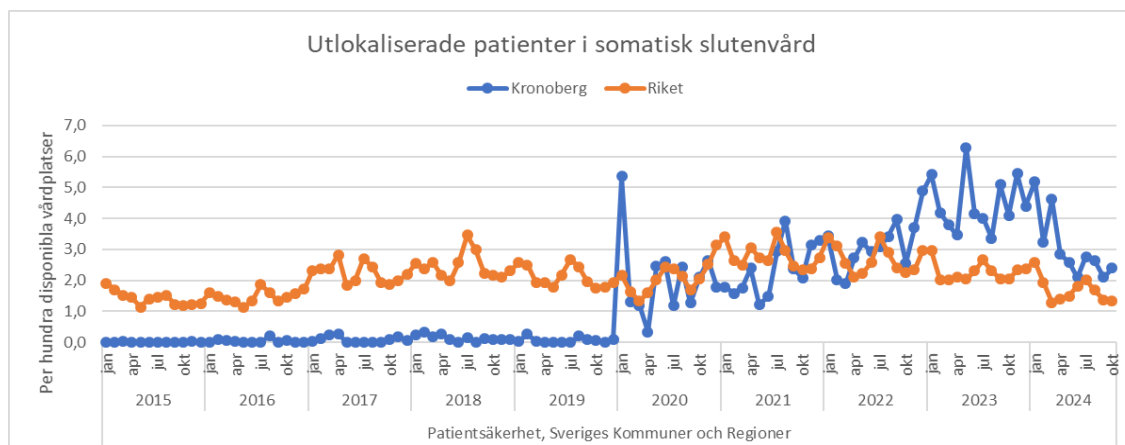
Säker vård här och nu



Antal utlokaliseringar per hundra disponibla vårdplatser, sjukhusvård.

Mål: Antal utlokaliseringar ska minska

Resultat:



Analys av resultat: Andel utlokaliserade patienter minskar i regionen och följer således trenden i riket. Det finns skillnader mellan de båda sjukhusen där västra länsdelen Ljungby ligger över rikssnittet medan östra delen ligger under rikssnittet. Den östra länsdelen har kunnat erbjuda fler disponibla vårdplatser vilket inte varit möjligt i den västra delen. Fördelningen av vårdplatser mellan de olika verksamheterna i västra länsdelen kan också vara en bidragande orsak till en högre andel utlokaliseringar.

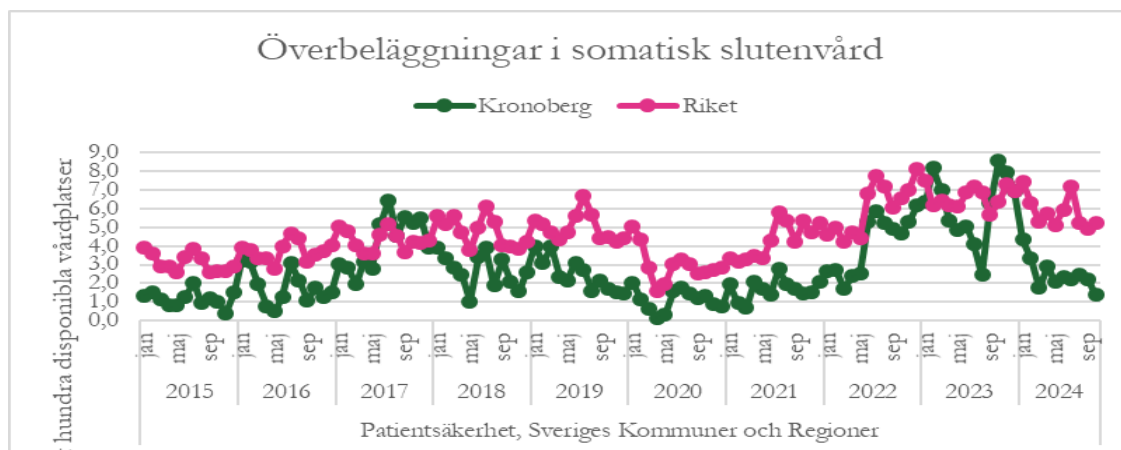
Åtgärder: Översyn av behovet och fördelning av vårdplatser mellan kliniker.

Uppföljning av åtgärder: Fortsatt kontinuerliga mätningar och analys av mätresultat på verksamhetsområdesnivå. Analys av resultat på aggregerad nivå kommer följas av den centrala Patientsäkerhetsorganisationen och dess analysgrupp som tittar på alla key-points för Patientsäkerhet. Återkoppling av analys görs till Hälso och sjukvårdens ledningsgrupp och till Patientsäkerhetsrådet.

Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser, sjukhusvård

Mål: Andel överbeläggningar ska minska

Resultat:



Analys av resultat: Andel överbeläggningar/100 disponibla vårdplatser minskar och där ligger Kronoberg långt under rikssnittet. Variation finns mellan de båda sjukhusen. Minskningen kan delvis kopplas till öppnandet av fler vårdplatser i den östra länsdelen. Utskrivningssamordnare som finns nu på varje avdelning och som är ansvariga för Linkarbetet på avdelningen, möjliggör för våra kommuner att få bästa möjliga underlag för en sömlös vård och bra underlag för patienternas hemgångsplanering. Detta påverkar patientflödet i positiv bemärkning och har sannolikt också varit en bidragande faktor till att andelen överbeläggningar minskat

Åtgärder: Arbetet har pågått under både 2023 och 2024 med en omstrukturering av vårdavdelningar, vilket har medfört 31 stycken fler vårdplatser i jämförelse med hösten 2023. För en kompletterande bild av hur belastningen ser ut på våra sjukhus ur ett säkerhetsperspektiv behöver vi även se på vårdtyngd och omvårdnadsbehovet på de patienter som ligger på våra sjukhus. Antal patienter/sjuksköterska är ett trubbigt mått att mäta vårdtyngd och andra verktyg behövs för att ge en indikation. Möjligen skulle DRG-kodning kunna användas som indikator för vårdtyngd, detta behöver utredas vidare. Skörhetsskattning och Riskbedömning är andra exempel på verktyg som möjligen skulle kunna användas för att skatta aktuell vårdtyngd, frågan kommer lyftas i den centrala Patientsäkerhetsorganisationen i samverkan med sjukhusvården.

Uppföljning: Fortsatt kontinuerliga mätningar och analys av mätresultat på aggregerad nivå och på verksamhetsområdesnivå. Analys av resultat på aggregerad nivå kommer följas av den centrala Patientsäkerhetsorganisationen och dess analysgrupp som tittar på alla key-points för Patientsäkerhet. Återkoppling av analys görs till Hälso och sjukvårdens ledningsgrupp och till Patientsäkerhetsrådet.

Primärvården- Kontinuitetsindex

Mätning av kontinuitet för besök hos läkare för alla patienter de senaste 18 månaderna. Ett värde mellan 0 till 1 som tar hänsyn till frekvensen av besök till varje läkare och spridningen av besök mellan läkare där 0 innebär varje besök görs hos olika läkare och 1 där alla besök görs hos samma läkare.

Mål: 0,35

Resultat: 0,29

Analys av resultat: Vårdcentralernas index 0,29 är lägre än rikssnittet som ligger på 0,35. Sju av vårdcentralerna når målsättningen på 0,35. Problematiken kring kompetensförsörjning, hyrberoende och svårigheter att rekrytera läkare/ST kan delvis förklara ett lägre kontinuitetsindex men även vissa välbemannade enheter ligger lågt så arbetssätt är av stor betydelse.

Åtgärder: Några enheter har planerat åtgärder för att fler, ex äldre och patienter med särskilt behov av kontinuitet och trygghet i vården, ska kunna möta samma läkare vid besök. Kontinuitet skapar även bättre förutsättningar att bedriva trygg och effektiv vård med hög kvalitet.

Uppföljning av åtgärd: Via delår/årsrapport

Rättsspsykiatri-Säkerställa att prover inte blir för gamla att analysera

Mål: 0 kasserade prover pga. att de är för gamla

Resultat: Antalet prover som behöver kasseras på grund av att de är för gamla har minskat avsevärt.

Analys av resultat: Främsta anledningen till att antalet prover har minskat är att kliniken har införskaffat en centrifug, så proverna är inte beroende av att inkomma till kemlab inom viss tid för centrifugering. Avdelningar som befinner sig i Hus 4 har ingen centrifug, där förekommer fortfarande att enstaka prover blir för gamla. Den utökade hämtningen av prover på eftermiddagen har varit positiv, då prover kan tas under fler timmar på dygnet.

Planerade åtgärder: Inga fler planerade åtgärder i nuläget.

Uppföljning åtgärder: Fortsätter att bevaka avvikelser eller förbättringsförslag inom området.

Rättsspsykiatri- Utskrift av diktat

Mål: Akuta diktat ska vara dokumenterade i journalen inom 48 timmar. Övriga diktat inom 7 dagar.

Resultat: Diktat är utskrivna inom målsättningen kring tidsangivelsen.

Analys: Den tidigare låga bemanningssituation inom sekreterarenheten är åtgärdad och nu är enheten fullbemannad. Regionens resursenhet var behjälplig med 20 skrivtimmar från hösten - 23 fram till sommaren-24. Administrativ assistent som är under utbildning till medicinsk sekreterare var anställd under sommaren vilket också bidrog till att produktionen kunde upprätthållas under sommaren.

Planerade åtgärder: Arbetet med Taligenkänning sker kontinuerligt annars är inga ytterligare åtgärder planerade i nuläget.

Uppföljning av åtgärder: Uppföljning sker ständigt kring diktat och prioritering av arbetet.

Riskhantering

Mål: En övergripande riskhantering i Region Kronoberg utifrån arbetsmiljö, patientsäkerhet och beredskapsperspektiv.

Resultat: Under 2024 har en styrgrupp och en arbetsgrupp startats för att se till helheten, den gemensamma men också det unika i olika typer av riskanalys och riskhantering.

Analys: Vi har fortsatt en otydlighet i riskhanteringsarbetet beträffande vilken typ av analys som avses, vilket verktyg som ska användas men också hur riskarbetet kan leda till ett lärande och en spridning.

Planerade åtgärder: Fortsätter arbetet som påbörjades 2024.

Uppföljning av åtgärder: Genomgång av genomförda analyser utifrån de olika perspektiv som identifierats.

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Avvikelsehantering och systemstöd-Synergi

Patientnämndsärenden

Mål: Utveckla och implementera dashboard för hälso- och sjukvårdsdirektör, sjukhuschef, verksamhetsområdeschef, verksamhetschef, chefläkare samt medicinskt ansvarig sjuksköterska i länets kommuner.



Åtgärd: På uppdrag av och i samverkan med patientnämndssekreterare har dashboard utvecklats och implementeras i systemstödet Synergi.

Resultat: Utvecklingsarbete med att upprätta och implementera dashboard för patientnämndsärenden har genomförts under året enligt plan.

Versionsuppgradering

Mål: Säkerställa systemstödet's prestanda och tillförlitlighet.

Åtgärd: Regelbundna versionsuppgraderingar är infört i objektplanen fr o m 2024.

Resultat: Uppgradering till version 16.45 gjordes i november 2024.

Verksamhetsstöd

Mål: Möjliggöra att chefer och medarbetare följer de lagrum som åligger vårdgivaren gällande risk- och avvikelsehantering.

Åtgärd: För att chefer och medarbetare ska känna sig trygga och säkra på hur man rapporterar, handlägger, analyserar och sammanställer händelser erbjuder vi kontinuerligt:

- Chefsintroduktion
- Chefshandledning
- Information och dialog på arbetsplatsträffar
- Bearbetarutbildning
- Statistikutbildning
- Handledning enligt drop-in-koncept (återkommande vår- och hösttermin)
- Introduktion för nyanställda
- Support
- Utlämnande av allmän handling
- Programutveckling tillsammans med verksamheten
- Systemutveckling
- Hantering visselblåsningsärende

Resultat: Omfattande antal utbildnings- och handledningstillfällen på individ och gruppnivå. Planerade åtgärder 2025:

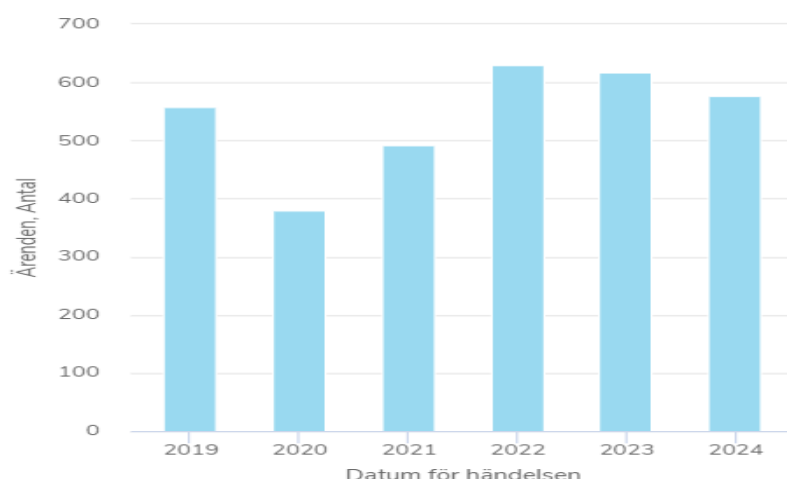
I samarbete FoUU utveckla digitalt utbildnings- och handledningsstöd för ökad tillgänglighet. Utveckla dashboards i syfte att öka intresset för det som händer i verksamheten vad gäller risker, tillbud, negativa händelser, klagomål och förbättringsförslag.

Klagomål och synpunkter

Klagomål/synpunkter från patient/närstående inkomna direkt till verksamheten

Mål: Patienter och närstående ska ha kunskap om hur klagomål och synpunkter kan lämnas. Kunskap om klagomål och synpunkter från patienter och närstående ska finnas på alla nivåer i organisationen.

Resultat: Antal rapporterade klagomål/synpunkter – presenterade i stapeldiagram nedan



Analys av resultat: Sammanfattningsvis ses en liten minskning av rapporterade klagomål/synpunkter från patient närstående för föregående år i jämförelse med de närmaste två åren. Klagomål/synpunkterna är fortsatt i huvudsak kategoriserade som klagomål, men vi ser även att kategorin patientrelaterat varit aktuell. 2024 framförde patient/närstående sina klagomål/synpunkter framför allt via 1177 vårdguidens e-tjänster. Ökningen kan till viss del förklaras med att verksamheterna gjort aktivt val för denna rubrik, då vi samtidigt ser att valet ”ej vald” minskat de senaste två åren.

Uppföljning: Via intern kontroll i samband med delårsrapportering

Klagomål/synpunkter inkomna via Patientnämnden

Patientnämnden ska stödja och hjälpa patienter och närstående, samt bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet. Patientnämnden utreder inte själv klagomålet utan fungerar som ett stöd för patienten och som en länk till verksamheten. En viktig del för patientnämnden är att analysera de synpunkter på vården som kommit in till patientnämnden. Analyserna kommuniceras med ansvariga chefer inom hälso- och sjukvården med intentionen att de synpunkter som patienter och närstående framför kan användas i vårdens förbättringsarbete och att vården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar. I nämndens uppdrag ingår också att utse stödpersoner till patienter som tvångsvårdas.

Mål: 90 % av patienterna ska få ett svar inom angiven tid.

Resultat: Under 2024 har 943 ärenden inkommit med klagomål och synpunkter på vården, det innebär en marginell ökning jämfört med föregående år. Utifrån det som patienter och närstående berättar noteras fortsatt flest synpunkter som rör vård och behandling samt kommunikation. Flera ärenden rör även tillgänglighet samt vårdansvar och organisation. Flest ärenden rör sjukhusvården följt av primärvård och specialistpsykiatri. I 66 % av ärendena hade svar lämnats inom angiven tid.

Analys av resultat:

Under året har nämnden bland annat uppmärksammat på följande:

- Långa väntetider för utredning och behandling vid BUP
- Dokumentation i journalen
- Bristande tillgänglighet i primärvården och akutmottagning
- Digitala kontaktvägar
- Tänka sepsis

Svarstiderna har under 2024 förbättrats i jämförelse med 2023, både andel som får svar inom 28 dagar och andel åtgärder som är förfallna av totalt öppna ärenden har minskat. Under perioden har patientnämnden sammanställt tre rapporter, se under bilagor.

Åtgärder: Kontinuerlig med personal vid rättspsykiatriska regionkliniken för att samverka kring frågor som rör stödpersonernas uppdrag och kontakter.

Utöver den rutin som finns för påminnelser har sammanställningar skickats var 3:e månad till verksamhetsansvariga över ärenden där åtgärd förfallit. Avstämningar har skett med representanter för sjukhusvården och primärvården.

Företrädare från olika verksamheter har bjudits in till nämndens sammanträden för information och dialog.

Patientnämnden har bjudits in till patientsäkerhetsrådets möte vid två tillfällen under året och informerat om antal inkomna ärenden, svarsfrekvens, vad patientnämnden uppmärksammat, trender och framtidsplaner.

Uppföljning: Uppföljning av stödpersoners upplevelser av stödpersonsuppdraget kommer genomföras under 2025. Nämnden kommer fortsatt följa tid för svar i ärenden till patient samt kvaliteten på dessa svar. Sammanställningar kommer skickas även under 2025 och enkäter kommer skickas till verksamhetschefer för att inhämta synpunkter och återkoppling.

Folktandvården -triangelrevision

Mål:

- Granska journaler med patienter risk röd karies 24–99 år avseende terapiplan och utförda åtgärder enligt vårdprogram för vuxna samt nationella riktlinjer.
- Granska journalen avseende följsamhet i T4 till daganteckningsmallar och dokumenterad diagnos

Resultat: Journalgranskningar har genomfört enligt plan

Åtgärd: Triangelrevision utgår från Nationella riktlinjer för god vård och innebär att tre verksamheter granskar och utbyter erfarenheter med varandra. Arbetssättet innebär möjlighet för inblandade parter att lära av varandras organisationer, vilket kan stimulera till fortsatt kvalitets- och förbättringsarbete.

Uppföljning av åtgärd: Resultatet kommer redovisas för ledningsgruppen i början på 2025. och kommer ligga till grund för eventuella förbättringsarbete.

Patientsäkerhetsronder

Mål: Patientsäkerhetsrond används som ett verktyg för att säkerställa lärande, utveckling och erfarenhetsutbyte.

Resultat: Tre patientsäkerhetsronder genomfördes i primärvården i början av 2024 och eftersom alla enheter därmed genomfört en rond pausades arbetet för att återupptas 2025. Inom Specialistpsykiatri genomfördes en patientsäkerhetsrond 2024. Inom sjukhusvården har patientsäkerhetsronder genomförts enligt plan med ca 1,5 års intervall. Rättspsykiatri har genomfört patientsäkerhetsrond enligt plan där det 2024 var fokus på uppföljning av de framåtsyftande insatser som gjorts för att häva, motverka och förhindra långtidsavskiljning av patienter

Analys av resultat: Former för återkoppling av utredningar har varit ett diskussionsområde under året. Systematiken av återkoppling och spridning förbättringsarbete, genomförda utredningar dess bakomliggande orsaker och åtgärdsförslag behöver utvecklas. Befintliga

forum upplevs inte uppfyller inte möjlighet till den konstruktiva dialog som behövs.

Åtgärder: Löpande utvärdering och översyn av struktur och innehåll. Verksamheterna är ansvariga för sin egen rond och tar nu fram alla underlag till ronden. Arbete pågår kring hur regionen kan bli bättre att följa upp utredningar av vårdskada som görs så att inte liknade inträffar igen, dvs skapa ett organisatorisk lärande.

Uppföljning av åtgärd: Dialog/uppföljning av patientsäkerhetsfrågor i ledningsgrupper på olika nivåer bör intensifieras.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

1177 direkt

Införandet av 1177 direkt har inneburit nya arbetssätt och ett flertal avvikelser om risker. Ledningen för 1177 direkt har arbetat intensivt med att besöka vårdcentraler för att få till en dialog och ökad förståelse för varandras arbete. Rutiner har tagits fram och justeras kontinuerligt. Deltagande har också skett i nationella forum för att ta del av andra regioners erfarenheter. Receptförnyelseprocessen på en vårdcentral har analyserats under hösten och ett nytt arbetssätt testas. Förhoppningen är att en större koppling till fast läkarkontakt, ökad kontinuitet och förenklade sätt att kommunicera med patienten kommer att leda till en bättre förskrivning. Arbetet kommer att utvärderas och testas på fler enheter.



Krisberedskap

Mål: Stärka Region Kronobergs krisberedskap inklusive civilt försvar. Arbetet samordnas via Säkerhetsenheten. Regional chefläkare är också beredskapsöverläkare och patientsäkerhetssamordnare inom sjukhusvård respektive primärvård har del av sina tjänster via säkerhetsenheten. Arbetet avser planer, utbildning och övningar.

Resultat: Under 2024 har planering skett beträffande utbildning och övningar. Övningar har ffa varit av karaktären krisledning. Två workshops med syfte att ta fram en masskadeplan har genomförts. Katastrofmedicinsk övning har genomförts med ST-läkare som målgrupp.

Analys: Arbetet är komplext och omfattande. Fortsatt arbete kommer att ske under 2025.

Planerade åtgärder: Behov av ytterligare utbildning och övning. Kommer delvis att ske i samverkan med regionens traumagrupp. En översyn av struktur och planer behöver också göras.

Uppföljning av åtgärder: Arbetet utvärderas på olika sätt men planen är att genomföra en större övning 2026 eller 2027.

Primärvården-egenkontroll

Mål: Stötta avdelningschefer i att identifiera brister att arbeta vidare med.

Resultat: En egenkontroll kring remisshantering genomfördes under våren 2024 baserad på den kritik regionen fick i revisionsrapporten samt den nya riktlinjen som togs fram efter detta.

Analys av resultat: Egenkontrollen visade att man i hög utsträckning hade fått fram lokala rutiner.

Åtgärd: Planen är att denna typ av egenkontroll ska återkomma med jämna mellanrum. Arbete pågår med att ta fram en egenkontroll kring läkemedelshantering mer anpassad för primärvård än den som genomförts tidigare.

Uppföljning av åtgärd: Egenkontrollen av läkemedelshantering ska kompletteras med en

”extern” kontroll. Exakt hur detta ska gå till är ännu inte bestämt.

Riskbedömning av inneliggande patienter

Mål: Vid inskrivning inom slutenvård och rehab ska alla patienter riskbedömas enligt särskilt framtaget protokoll.

Resultat: Andel riskbedömda patienter 2024 varierar mellan olika enheter i intervallet 21-100%. Fördelning av risker presenteras i nedanstående tabell.

	SHV Totalt 2021	SHV totalt 2022	SHV Totalt 2023	SHV Totalt 2024
Risk för undernäring	44%	39%	41%	41%
Risk för tryckskada	23%	21%	21%	21%
Risk för fall	43%	44%	44%	53%
Risk för UVI	28%	30%	29%	29%
Risk för pneumoni	48%	48%	47%	47%

Analys av resultat: Andelen patienter inom slutenvården som i journalen dokumenterats som riskbedömda är längre än 2023, men faktiska antalet som riskbedömts är högre. Flera avdelningar fortsatt 100% täckning och en djupare analys av deras arbete behöver göras för att kunna identifiera de framgångsfaktorer som gjort det möjligt att nå höga resultat. På motsvarande sätt behöver man ha dialog med de enheter som har låga resultat för att se vad detta beror på. Det kan vara så att riskbedömningar görs men ej dokumenteras eller så har man av olika anledningar inte fått till en bra struktur kring arbetsmomentet. En sådan anledning skulle kunna var personalomsättning, många nyanställda och korta vårdtider. Vad gäller fördelning av risker så visar resultat att vi arbetar med adekvata riskområden som trycksår och urinvägar men att vi kanske behöver utöka patientsäkerhetsarbetet till att arbeta mer med att förebygga vårdrelaterad pneumoni. Vad gäller risk för undernäring så inkluderas det i arbetet med trycksårsprevention, däremot finns inget gemensamt arbete med fallprevention utan det ligger ute på varje enhet.

Åtgärder: Riskbedömning skulle kunna vara ett verktyg för att bedöma vårdtyngdsläget på en avdelning. En patient som har många risker medför sannolikt ett större omvårdnadsbehov jämfört med den patient där inga risker identifieras. Dietist ingår i arbetsgruppen för trycksårsprevention då risk för undernäring är nära sammankopplat med risk för trycksår.

Uppföljning av åtgärd: Fortsatt kontinuerliga mätningar och analys av mätresultat på verksamhetsområdesnivå. Andelen riskbedömda patienter bör vara en indikator att följa ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Detta kommer utvärderas i samband med revidering av den regionala handlingsplanen.

Riskhantering processen

Mål: Riskhanteringsprocessen är känd och implementerad i alla regionens verksamhetsområden i enlighet med gällande lagar och författningar för området. Möjliggöra ett regiongemensamt systemstöd för riskhanteringsprocessen för säkerställande av identifiering av risker och åtgärdsförslag samt uppföljning av dem på en aggregerad nivå.

Åtgärd: Uppdrag från stabsdirektörsgruppen till säkerhetschef att arbeta för en säker digital

handläggning och uppföljning i riskhanteringsprocessen. Projektgrupp tillsatt och arbete påbörjat enligt uppdrag.

Resultat: Projektgruppen kommer redovisa sitt arbete löpande till styrgruppen, med en slutrapportering innan sommaren 2025. Implementeringsprojektet för införande av digitalt systemstöd för riskhanteringsprocessen pågår under 2024/2025. Avstämning mot det angränsande projekt med Hälso och sjukvårdens ledningssystem.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Hälso- och sjukvården gemensamt

I hela hälso- och sjukvården behövs ett utvecklat och proaktivt patientsäkerhetsarbete där alla nivåer tar hänsyn till och arbetar utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Vår strategi för att uppnå detta utgår från vår regionala handlingsplan för patientsäkerhet (som kommer att uppdateras under 2025) och regionens övergripande strategi ”Närmare Kronobergaren”. Vi ser ett fortsatt ökat arbete på verksamhetsområdesnivå och exempel finns i patientsäkerhetsberättelsen som ytterligare beskriver det. Det är väsentligt att detta arbetet fortsätter.

På övergripande nivå kommer också de senaste årens arbete att utgöra grunden i 2025 års arbete. Grunden i vårt arbete är att bredda och fördjupa patientsäkerhetsarbetet

Det finns dock flera områden som kommer att prioriteras under 2025.

1. Säkerställa de obligatoriska utbildningarna inom patientsäkerhet. Utveckla utbildning för chefer.
2. Förbättra rutiner och genomförande av utredning vid misstänkt vårdskada. Utbildning, ökad kompetens hos fler individer och förbättrad kvalitetskontroll av utredningar och handlingsplaner framför allt kopplade till ärenden som lex Maria-anmäls.
3. Dokumentation. Arbete med kvalitet på anteckningar för att minska risken för vårdskador, struktur för hur vi följer upp och granskar, vilken kompetens finns hos medarbetare och behövs utveckling av IT stödet. Arbete ffa genom projektet DRIV 2.
4. Omställningen till nära vård. Fortsätta att kombinera handlingsplanen för patientsäkerhet och handlingsplanen för omställningsarbetet.
5. Patientsäkerhetsfrågor i anslutning till planering och byggnation av nya vårdbyggnader och renoveringar av befintliga lokaler.
6. Fortsatt arbete med teamförbättrande åtgärder t.ex. lyfta CRM-frågor vid lämpliga utbildning och övningstillfällen
7. Se över möjlighet att analysera klagomål och synpunkter på aggregerad nivå
8. Riskanalyser. Förbättrad struktur, dokumentation och redovisad statistik av utförda riskanalyser. Säkerställa kompetensen hos de som gör riskanalyser. Gemensamt arbete med patientsäkerhet, HR och säkerhetsenheten.
9. Patientsäkerhet kopplat till medicinsk teknik. Arbete som utgår från Patientsäkerhetsrådet.
10. Arbete med projekt ”Trygga råd” – påbörjades på barnakuten februari 2025. Arbete med personcentrering för att skapa förutsättningar att patienter som söker akut till vården för kunskap om när man ska söka vård på nytt.
11. Patientsäkerhet och risker kopplat till samordning av vården i Region Kronoberg. T.ex. deltagande i kommande riskanalyser.

12. Uppdatering av den regionala handlingsplanen när Socialstyrelsen har uppdaterat den nationella.

Utmaningar Hälso- och sjukvården gemensamt

Det finns en rad utmaningar som behöver beaktas och hanteras de kommande åren.

Vårdplatsbristen och den bakomliggande kompetensbristen som framför allt utgörs av brist på medarbetare, är ett faktum där planerade insatser behöver inkludera åtgärder som stärker patientsäkerheten.

Vi ser utmaningar i alla fyra grundförutsättningar även om det sker aktiviteter inom dessa områden. Vi behöver arbeta vidare med ledning, struktur och styrning på olika nivåer, patientsäkerhetskulturen och där till kopplade aktiviteter som belyser den psykologiska säkerheten/tryggheten i regionen. Vidare behöver vi säkerställa kompetens både i grundprofessionerna men också kompetens inom patientsäkerhetsområdet och vi behöver stärka patienters och närståendes medverkan i vården.

Ytterligare en utmaning är riskhantering. I en värld där många förändringar sker och förändringar behöver göras så är det viktigt att en analys av risker görs på ett klokt sätt och att åtgärder för att reducera dessa risker föreslås, bedöms och beslutas.

Patientsäkerhet behöver tydligare beaktas tidigare i en rad olika aktiviteter vilket innebär att alla behöver bidra och inte enbart de som är utpekade som patientsäkerhet.

I och med beslutet att inte gå vidare med byggandet av ett nytt sjukhus i Räppe och i stället bygga på nuvarande CLV-tomt kommer vi under de kommande åren att se renoveringar, rivning och nybyggnationer samtidigt som verksamhet ska pågå. Detta kommer att ställa krav på patientsäkerhet och riskhantering ur en rad perspektiv t.ex. vårdhygien, viktiga samband mellan olika verksamheter etc. Det är viktigt att patientsäkerhetsfrågorna är en del i hela denna process från planering till färdigt sjukhus.

Mål och utmaningar respektive verksamhetsområde

Folktandvården

- Införande av ett nytt journalsystem
- Under 2024 beslutade riksdagen om sänkt ålder för den fria barn- och ungdomstandvården. Detta innebär att åldern för fri tandvård sänks från 23 till 19 år. Detta innebär att unga vuxna som ej är klara med sin tandvård, ska erbjudas behandling och färdigbehandlas inom det avgiftsfria systemet.
- Behålla och rekrytera medarbetare till organisationen.
- Identifiera vad vi definierar som VRI i tandvården.
- Fortsätta och utöka samarbetet med övriga aktörer i Hälso- och sjukvården för att stärka samarbetet kring våra patienter.
- Satsa på kvalificerade rådgivande samtal för att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande.
- Utöka våra digitala besök i tandvården för att bli mer lättillgängliga för Kronobergs invånare.

Primärvården

- Ett förslag kring hur det övergripande patientsäkerhetsarbetet ska bedrivas framöver finns framtaget men behöver taktas in i de planerade förändringarna som pågår inom organisationsstrukturen
- Fast läkarkontakt, fast vårdkontakt och dokumenterad överenskommelse kommer vara centralt under 2025, likaså arbetet med patientens kontaktvägar till vården. Förhoppningsvis kommer detta leda till att den enskilda patienten upplever det lättare att komma i kontakt med vården och att kontinuiteten blir bättre.
- Satsningen på att utbilda chefer och MLA i avvikelshantering kommer fortsätta.
- Patientsäkerhetsronder ska återupptas.
- Resultaten från den pågående IVO-granskningen av primärvård kommer behöva analyseras och arbetas vidare med 2025.
- Det övergripande arbetet med Nära Vård.

Rättspsykiatri

- Samordna och integrera verksamhetens säkerhetsarbete och fastighetsarbete med patientsäkerhetsarbetet
- Utveckla flera delar i patientjournalen som t ex mallar som underlättar för dokumentation, taligenkänning och uppföljning samt rutiner för dokumentation
- Införa etikrund och genom rondens öppna för diskussioner om vårdens etiska dilemman samt göra medarbetare trygga i sitt beslutsfattande
- Utforma vårdprogram innehållande kartläggning och behandling av psykostillstånd
- Följa upp och utvärdera pågående förbättringsarbeten
- Införa anhörigsamordnare

Sjukhusvården

- Säkerställa våra för närvarande goda resultat inom flera av våra fokusområden genom att behålla den struktur vi byggt upp med resurspersoner och drivande förändringsledare.
- Ta stöd av chefläkare i tidigt skede för att ev. undvika allvarliga vårdskador
- Utveckla återkoppling till ledningsgrupper i patientsäkerhetsfrågor.
- Utveckla arbetet med riskanalyser görs vid verksamhetsförändringar gällande patientsäkerhet och att lärdom tas av resultat.
- Utveckla patientmedverkan vid förändringsarbete.
- Förbättra resultatet gällande riskbedömningar generellt inom SHV

Specialistpsykiatri barn, unga vuxna

- Fortsatt att förbättra det somatiska omhändertagandet i psykiatrisk heldygnsvård och att fler patienter ska undersökas somatiskt vid inskrivning i slutenvård.
- Följsamheten till BHK inom psykiatrin behöver förbättras. Det är en utmaning att vända den nedåtgående trenden.
- En utmaning är att göra patienter med delaktiga i patientsäkerhetsarbetet. Detta

förbättringsområde behöver pågå även under 2025.

- Uppföljning/utvärdering av patient kontrakt behöver prioriteras under 2025.