



Patientsäkerhetsberättelse

Region Kronoberg

År 2020

2021-02-18

Zandra Anivike och Pär Lindgren

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	1
Sammanfattning.....	4
Inledning.....	6
Struktur	6
Övergripande mål och strategier.....	6
Hög patientsäkerhet.....	6
Handlingsplaner 2020.....	7
Trycksår.....	7
VRI.....	7
Patientsäkerhetskultur	7
Kommunikation/dokumentation.....	7
Förbättrande diagnostisk säkerhet	7
Struktur och kultur för att sprida lärdomar inom organisationen	8
Utbildning inom patientsäkerhet	8
MJG.....	8
Läkemedelsgenomgångar (LMG)	8
Organisation och ansvar	8
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	9
Rehabiliteringsriktlinjer och utveckling inom rehabiliteringsområdet	9
Vårdöverenskommelser.....	9
Kommunerna.....	9
Övergångar mellan olika vårdgivare	10
Inskrivningsprocessen rättspsykiatri.....	10
Akutprocessen och vårdplatskoordinator	10
Patienters och närståendes delaktighet	10
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	10
Klagomål och synpunkter.....	11
Egenkontroll	11
Process - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	12
Trycksårsprevention	12
Vårdrelaterade Infektioner.....	13
Vårdrelaterade pneumonier	13
Urinvägar.....	13
Perifer venkateter (PVK).....	13
Central venkateter (CVK).....	14
Vårdhygien	15
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK).....	16
Städning i vårdlokaler	17
Infektionsverktyget.....	17
Patientsäkerhetskultur.....	17
Vårdokumentation	18
Patientkontrakt	18
PM3 – ny förvaltningsmodell för vårdokumentation	18
Kommunikation.....	18
Förbättrad diagnostisk säkerhet	18
Struktur och kultur för att sprida lärdomar inom organisationen.....	19
Patientsäkerhetsronder.....	19

Strama.....	19
Kvalitetsregister Senior Alert	20
Utbildning inom patientsäkerhet	21
Nätverk för patientsäkerhet	22
Vårdinformationssystem och e-hälsa.....	22
Vårdplatskoordinatorer	24
Markörbaserad journalgranskning	24
Läkemedelsgenomgång (LMG).....	26
Kliniskt träningscentrum (KTC).....	28
Säker läkemedelshantering	28
Läkemedelskommittén	28
Strålskydd.....	28
Riskanalys	29
Utredning av händelser - vårdskador	29
Informationssäkerhet	29
RAK-arbetet	30
RGS webb och Medibas	30
Resultat och analys	30
Avvikelse	30
Klagomål och synpunkter	33
Patientnämnden	33
Händelser och vårdskador (se även bilaga Ärendehantering).....	34
Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag – LÖF	35
Inspektionen för vård och omsorg -IVO.....	35
Smittutbrott Covid 19.....	35
Riskanalys	36
Mål och strategier för kommande år	36
Utbildning inom patientsäkerhet	36
VRI	36
Trycksår.....	36
MJG.....	36
Läkemedelsgenomgångar (LMG).....	37
Nätverksarbete.....	37
Kommunikation/Dokumentation	37
Förbättrad diagnostisk säkerhet	37
Läkemedel	37
Avvikelsehantering.....	38
Struktur och kultur för att sprida lärdomar inom organisationen.....	38
Verksamhetsområdenas specifika mål och strategier.....	38

Sammanfattning

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

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

Region Kronoberg arbetar med 6 prioriterade områden inom patientsäkerhet:

- Vårdrelaterade infektioner
- Prevention (t.ex. Trycksår och fall)
- Förbättrad diagnostisk säkerhet
- Dokumentation/kommunikation
- Patientsäkerhetskultur
- Struktur för att sprida lärandet inom organisationen

I januari 2019 ändrades organisationen i Region Kronoberg med borttagande av tidigare centrum och bildande av områden: Sjukhusvård, Primärvård och Rehab, Psykiatrivård, Tandvård och Rättspsykiatriska regionkliniken. Den organisatoriska strukturen för patientsäkerhetsarbetet ändrades samtidigt. Den operativa delen av patientsäkerhetsarbetet är delvis uppdelat med chefläkarna organiserade i hälso- och sjukvården medan patientsäkerhetsstrategen är placerad under Forskning, utveckling och utbildning. Eventuella konsekvenser av denna uppdelning får utvärderas över tid. Det tidigare patientsäkerhetsnätverket har avslutats. Fem förbättringsledare har anställts på deltid inom patientsäkerhet. Ett patientsäkerhetsråd bildades med bred representation under ordförandeskap av Hälso- och sjukvårdsdirektören. Patientsäkerhetsrådet har en strategisk roll men beslut fattas av Hälso- och sjukvårdsledningsgrupp. Under hösten 2020 har en översyn av Patientsäkerhetsrådets syfte och uppdrag skett och från 2021 har bl a en förändrad sammansättning av deltagare skett.

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

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

Den bristande integrationen mellan det nationella ordinationssystemet Pascal och regionens vårdinformationssystem framhålls från alla verksamheter som en av de stora patientsäkerhetsriskerna. Fortsatt arbete sker tillsammans med leverantör och övriga kunder samt nationella aktörer.

Under 2018 togs ett första steg i integrationen mellan Pascal och Cambio Cosmic. Vi ser dock i nuläget inte när en fullvärdig integration är färdig.

Att mäta resultat av patientsäkerhetsarbete är svårt. Vi ser en minskning av antalet vårdrelaterade infektioner sannolikt tack vare intensivt arbete med vårdhygien, och andelen vårdskador som identifierats vid journalgranskning visar också en tendens till minskning. Vi har en signifikant minskning av allvarliga trycksår. Processmått som antalet anmälningar, försäkringsärenden och avvikelser är inte ett säkert mått på vårdskador. Lex Maria har minskat under 2020. Beträffande LÖF-ärenden ser vi också en liten minskning. Enskilda anmälningar till IVO är oförändrade jfr 2019.

Inledning

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

Struktur

Övergripande mål och strategier

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

Hög patientsäkerhet

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

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

Handlingsplaner 2020

Trycksår

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

Tidigare sårsmordnare har ersatts av resursperson i sår och sårbehandling och är numer anställd på allmänmedicinskt kunskapscentrum. Resursperson har det övergripande ansvaret för sår och sårbehandling i Region Kronoberg

VRI

Fortsatt arbete med att reducera antalet vårdrelaterade infektioner. Vi kommer att fortsätta göra PPM men kommer att följa upp dessa mätningar med sekundär granskning för att i de identifierade fallen leta efter undvikbara infektioner och åtgärder utifrån detta.

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

Patientsäkerhetskultur

Tillsammans med HR genomföra en gemensam mätning avseende arbetsmiljö och patientsäkerhet. Hållbart säkerhetsengagemang och hållbart medarbetarengagemang (HSE och HME).

Kommunikation/dokumentation

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

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

Förbättrande diagnostisk säkerhet

Arbete enligt fastställd handlingsplan:

- Övergripande mål är att arbeta för en vård där patienter inte utsätts för undvikbar skada relaterat till diagnostik i Region Kronoberg.
- Kortsiktigt mål: ökad kunskap och medvetenhet inom området diagnostisk säkerhet.
- Långsiktigt mål: förbättrad Diagnostisk Säkerhet i Region Kronoberg

Struktur och kultur för att sprida lärdomar inom organisationen

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

Utbildning inom patientsäkerhet

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

MJG

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

Läkemedelsgenomgångar (LMG)

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

Organisation och ansvar

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

Enligt Patientsäkerhetslagen 2010:659 är vårdgivaren skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Enligt beslut ska Region Kronoberg vara 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 (kap 1§). Ledningssystemet skall användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet

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

Patientsäkerhetsråd är förberedande instans för regiongemensamma patientsäkerhetsfrågor. Hälso- och sjukvårdsdirektören har varit ordförande under 2020.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Rehabiliteringsriktlinjer och utveckling inom rehabiliteringsområdet

Rehabriktlinjer beskriver samverkan mellan olika vårdnivåer och verksamheter inom regionen vad gäller rehabilitering. Antalet rehabiliteringsriktlinjer är 18 stycken. Dessa finns publicerade på regionens vårdgivarwebb tillsammans med tillhörande kortversion.

Vårdöverenskommelser

Vårdöverenskommelserna skulle ha reviderats under 2020 men detta arbete har på grund av pandemin halkat efter och kommer utföras 2021. Process är inledd för att skapa en ny vårdöverenskommelse mellan primärvård och habiliteringen med fokus på att hitta sätt att samverka kring patienterna.

Kommunerna

Samarbetet med kommunerna har ställts på sin spets under pandemin och på många sätt utvecklats till följd av detta. Läkarmedverkan har ökat både på kontorstid och jourtid. Möten mellan AMK och kommunernas MAS ar har inletts och dialogen med kommunens personal har ökat både för verksamhetschefer och chefläkare.

Övergångar mellan olika vårdgivare

Rättpsykiatrin inledde under 2020 i en analys av vårdprocessens alla delar. Här finns patientens vårdplan i fokus som många gånger ligger till grund för vårdövergångar. Under 2021 planeras ett omfattande arbete som utgår från ovan nämnd analys.

Inom sjukhusvården sker samverkan mellan region och kommuner i syfte att förebygga vårdskador i vårdens övergångar och representation från kommun finns i regionens arbetsgrupp urinvägar.

Inskrivningsprocessen rättpsykiatrin

Utgör en viktig del kring samverkan och har under året förvaltats vidare och tydliggjorts av dess arbetsgrupp. Utskrivningsprocessen har ett antal mindre arbetsgrupper igång i syfte att tydliggöra arbetssätt och planeras att färdigställas under 2021.

Akutprocessen och vårdplatskoordinator

Sjukhusvården har påbörjat arbetet med att se över flödet i akutprocessen i syfte att minska patienternas väntetider på en ledig vårdplats. I processen ingår även översyn av vårdplatskoordineringen.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienter och/eller närstående intervjuas i samband med händelseanalyser. Där resultatet av utredningen också återförs. Vi har person med vårderfarenhet och närstående som medlemmar i Patientsäkerhetsrådet.

Psykiatrin driver ett projekt där man anställt två patient(bruca) samordnare för att ta fram ett förslag på struktur för hur patienter ska ges möjlighet till ökad delaktighet.

Inom rättpsykiatrin har patientambassadörer varit delaktiga i ett antal förbättringsarbeten bl.a. gällande ”förbättrade patientmåltider” och ”patienthälsa - med fokus på levnadsvanor”. Kliniken är dessutom involverad i nätverket NSPH och deras projekt ”inflytande i rättpsykiatrin” som syftar till att stärka brukarinflytande och egenmakt.

I samband med revidering eller framtagande av ny rehabiliteringsriktlinje, ingår personer med vårderfarenhet i hela processen. Patientmedverkan finns även i flera övergripande processer, t ex STROKE.

Primärvården driver ett pilotprojekt med att införa vårdplaner inom primärvården har pågått under året. Syfte har varit att skapa en samlad bild av patientens olika problem och åtgärder i en och samma plan. Rehabkoordinatorer på 5 vårdcentraler har ansvarat för att teamet tillsammans med patient ska upprätta och följa en vårdplan under sjukskrivningsprocessen.

Införande och tillämpning av patientkontrakt ingår inom God och Nära vård och har börjat användas inom slutenvården

Barn och ungas delaktighet har stärkts med dels Vogglers, en grupp unga vårdutvecklare, och dels barnronder för barn i olika åldrar.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

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

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

Klagomål och synpunkter

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

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

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

Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	2 gånger per år	PPM-databasen Markörbaserad journalgranskning, sekundärgranskning
Basala hygienrutiner och klädregler	4 gånger per år, varav 1 nationell	SKR PPM-databasen Lokalt analysstöd
Hygienronder	På begäran	Protokoll
Patientsäkerhetsronder Patientsäkerhetsrond primärvård	1 ggr per år Varje enhet vartannat år	Mall
MJG	<ul style="list-style-type: none"> • Centralt 1 ggr/månad • Rätts psyk 1 ggr/månad • Tandvården – inriktad mot dokumentation och antibiotikaförskrivning • Psykiatrin löpande 	Journalssystemet
Trycksår	Lokalt: 1 ggr/varannan månad Nationellt: 1 gång per år	Lokala Protokoll SKR PPM-databasen
Patientens klagomål och synpunkter	Centralt 1 gång per år Verksamhetsnivå kontinuerligt	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet

Checklista patientsäkerhet primärvård och rehab	fortlöpande	
Fall, viktminskning, munhälsa	Rehabkliniken kontinuerligt	Senior Alert
Läkemedelsgenomgångar		Läkemedelsenheten
Kontroll medicinteknisk utrustning Primärvård och rehab	1 ggr/år eller enligt tillverkarens rekommendation	Medusa, Fastighetsavdelningen

Process - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Trycksårsprevention

Trycksårsprevention ingår i introduktionsutbildning för sjuksköterskor och undersköterskor och sårbehandling i sjuksköterskornas utvecklingsprogram. Tidigare kompetenskort i TILDA har uppdaterats och förts in i kompetensportalen.

Nätverk med trycksårsombud har träffat resursperson i sår och sårbehandling vid ett tillfälle under hösten. Vid detta tillfälle fick trycksårsombuden information om att genomförandet av punktprevalensmätningarna åläggs avdelningarna och de för själva in sina resultat via en Excelfil. Trycksårsombuden önskar att fler uppgifter följs upp, förutom dem som presenteras i punktprevalensmätningen varannan månad.

En vårdriktlinje för trycksårsprevention har skrivits och godkänts av medicinska kommittén. Vårdriktlinjen följer de nationella rekommendationerna. Ett arbete har påbörjats kring uppdatering av nuvarande individuell vårdplan. Efter uppdateringen ska fler möjligheter ges till att få utdata på exempelvis lokalisering av trycksåren.

Upphandling för de förebyggande madrasserna har pågått under hösten 2020. Under 2021 kommer tilläggsupphandling eller rabattavtal att göras på behandlande madrasser samt hjälpmedel relaterade till trycksårsprevention.

Regionen deltog i SKRs nationella mätning i mars månad. Under 2020 genomfördes tre egna mätningar. Vid den sista mätningen deltog endast 70% av avdelningarna och flera felvärden upptäcktes, därför valdes den sista mätningen att exkluderas från den årliga sammanställningen. På de 2 (3) egna mätningarna vi har gjort under 2020 (varannan månad) har 10.3 % av patienterna haft trycksår. Av dessa har 3.6% (beräknat på i genomsnitt 243 patienter) uppstått i slutenvården.

Trycksår kategoriseras som grad 1-6 där 4-6 är de allvarligaste, vid sista mätningen i december inkluderades de sista kategorierna. Fördelningen i svårighetsgrad av de sår som uppstod i slutenvården:

Kategori 1= 48.3 % (medelvärde beräknat på 2 mättillfällen)

Kategori 2= 38.2% (medelvärde beräknat på 2 mättillfällen)

Kategori 3= 4.1% (medelvärde beräknat på 2 mättillfällen)

Kategori 4= 9% (medelvärde beräknat på 2 mättillfällen)

Det lägre antalet mätningar beror på situationen kring covid-19 då beslut togs att mätningar under maj-augusti skulle ställas in. Under december månad deltog 70% av avdelningarna i mätningen. Varje avdelning fick själva ta beslut om resurser kunde avsättas vid mättillfället.

Vårdrelaterade Infektioner

Vårdrelaterade pneumonier

Utbildningsinsatser för att implementera riktlinjen ”Förebyggande av vårdrelaterad pneumoni” var inplanerade under våren 2020 men fick skjutas upp pga av pandemin.

Under hösten påbörjades en planering för att skapa en webbaserad utbildning med kunskapsfrågor istället för fysiska föreläsningar. Utbildningsmaterialet beräknas vara klart våren 2021.

Införande av Gröna korset som instrument för daglig riskbedömning för vårdrelaterad pneumoni startades i början av året med utbildning för chefer och nyckelpersoner och flera avdelningar har kommit igång med att använda instrumentet .

Bedömning av risk för vårdrelaterad pneumoni hos inneliggande patienter kan nu göras i en riskbedömningsmall i Cambio Cosmic. Det är en viktig åtgärd då utvärderingen av pneumoniprojektet visade att det fanns stora brister i dokumentationen angående riskbedömning. Arbetsgruppen för Gröna korset håller på att ta fram utbildningspaket för såväl pneumonier som urinvägar

Urinvägar

Att förebygga vårdrelaterade infektioner är ett prioriterat område i regionen. Som en del av detta arbete har en arbetsgrupp skapats för området urinvägar. Gruppen fungerar som en expertgrupp vars mål är att sprida kunskap via kontaktpersoner ute på enheterna. Arbetet med daglig reflektion och identifiering av risker görs med UVI med hjälp av Gröna korset och riskbedömningsmallen i Cambio Cosmic.

Arbetsgruppen har tagit fram ett protokoll för att granska följsamheten till riktlinjer gällande handhavande av urinkateter. En grupp med urinvägsresurser från verksamheterna finns men planerade möten har inte kunnat genomföras på grund av Coronapandemin. Lathund i fickformat är utarbetat för UVI/KAD/överfylld blåsa vilken kommer att breddinföras under 2021.

Introduktionsutbildning i urinvägar (överfylld blåsa samt katetersättning) har genomförts för nyanställda i både Växjö och Ljungby.

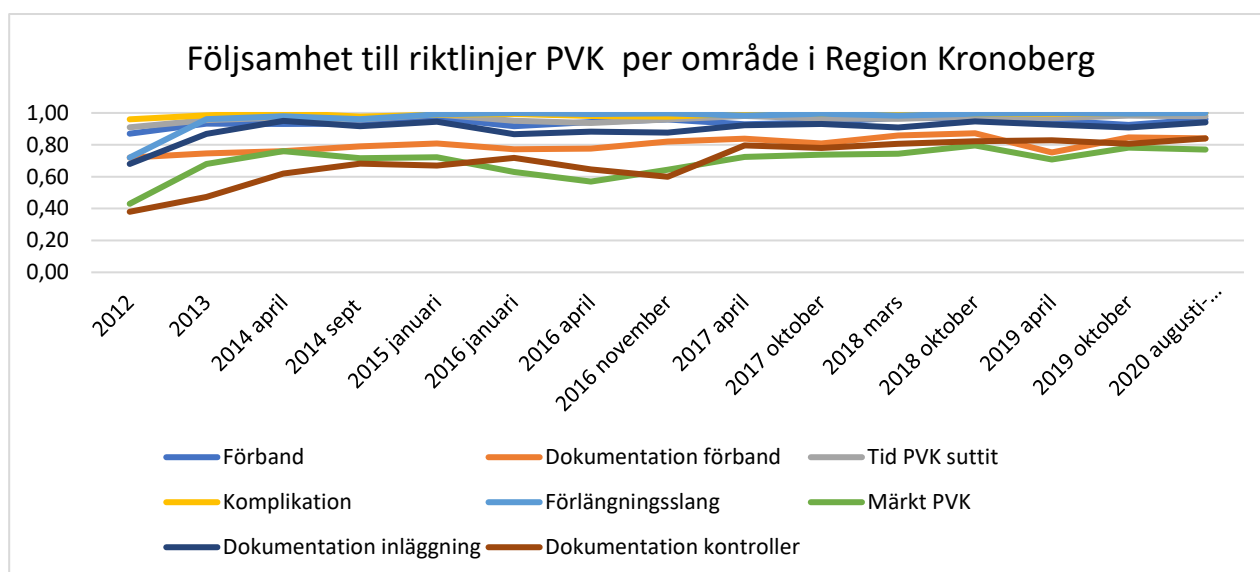
Perifer venkateter (PVK)

Arbetsgruppen för PVK, där vårdhygien finns representerade (som i alla grupper), har regelbundna träffar med infartsresurser som finns på varje enhet. Infartresursen är en sjuksköterska som har övergripande ansvar för arbetet med PVK på sin respektive enhet. I uppdraget ingår även att utföra mätningar och delta på utbildnings- och informationsträffar initierade av arbetsgruppen för PVK. Varje resurs följer tillsammans med arbetsgruppen upp egna enhetens specifika förbättringsområden för att öka medvetenhet, optimera handhavande och ytterligare förbättra dokumentationen.

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

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

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



Central venkateter (CVK)

Samtliga centrala infarter registreras i mall i Cosmic vid inläggning och avlägsnande.

Det görs även daglig registrering i journaltabell (infarter). Här dokumenteras handhavande, backflöde, kontroll av insticksställe mm. Likt granskning av följsamhet till riktlinjer gällande PVK planeras nu för de centrala infarterna. en mall för varje infart är utarbetad och ska pilotas innan uppstart 2021.

Kärlinfarter är ett obligatoriskt ämne i introduktionsutbildning för alla sjuksköterskor och undersköterskor inom både slutenvård och primärvård.

	2013	2014	2016	2019	2020
Antal inlagda CVK	369	339	251	317	394
Total antal kateterdygn	3209	3143	2835	4803	3254
Antalkateterdagar/CVK	8,7	9,3	11,3	15,2	8,3
Antalet kateter relaterade sepsis	5	2	4	2	2
Antal kateterrelaterade sepsis/1000 kateterdagar	1,6	0,6	1,4	0,4	0,6

Vårdhygien

Under året som har gått har stora delar Vårdhygiens arbete varit kopplad till covid-19 pandemin.

Lokala rutiner har utarbetats och reviderats efter Folkhälsomyndighetens rekommendationer.

Risk för brist på skyddsutrustning och material har tagit mycket tid i anspråk och krävt inläsning av dokument samt omfattande dialog med materialkonsulent, upphandlingsavdelning, verksamheter och förrådservice för att säkerställa tillgången till adekvat skyddsutrustning och annat material.

Utbildningsinsatser i form av basalhygien, smittvägar, hantering av skyddsutrustning har utförts inom öppen- och slutenvård samt den kommunala vård- och omsorgen i Kronobergslän.

Intresset av att få hjälp med att se över verksamheternas hygieniska förutsättningar och önskan om att få råd om förbättringar har varit stor.

Antalet telefonrådgivningar har ökat under året. Mycket av rådgivningen har handlat om pandemin.

Vårdhygien har bistått med vägledning vid smittspridning på drabbade enheter såväl inom öppen- och slutenvården samt kommunal vård och omsorg, på plats på de drabbade enheterna och via digitala möten via Skype, Meet och Zoom.

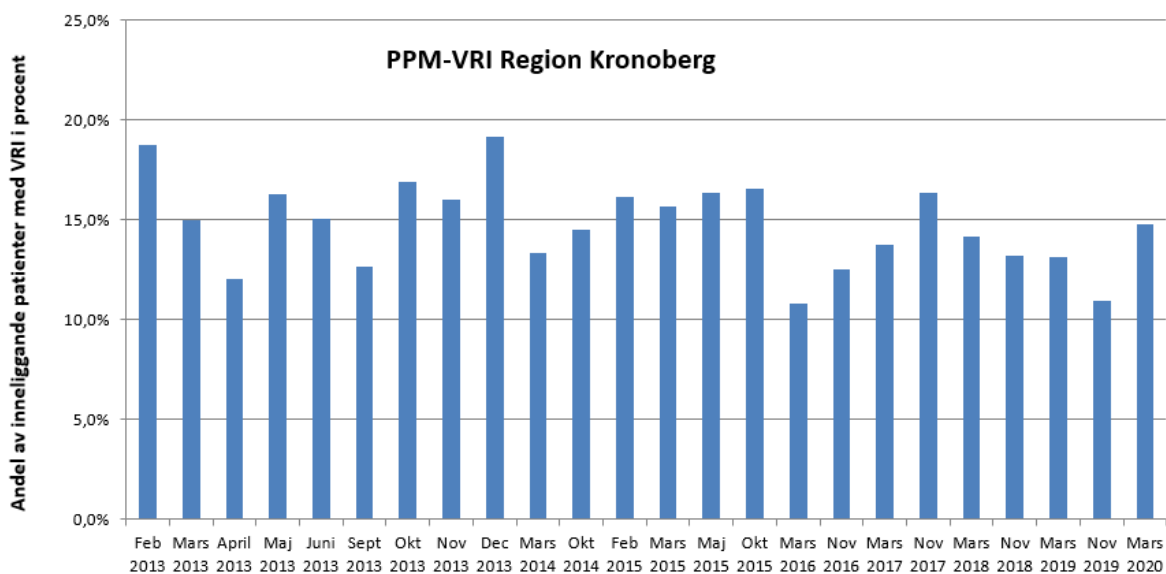
Regelbundna digitala möten med kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterskor har genomförts minst varje vecka sedan pandemin startade.

Pandemigrupp är startad under hösten och under året har vårdhygien deltagit i regelbundna möten med sjukhusledningen (daglig styrning)

Införande av Gröna korset som instrument för daglig riskbedömning för UVI och pneumoni startades i början av året med utbildning för chefer och nyckelpersoner.

Utbildning av personal på vårdavdelningarna i förebyggande åtgärder för pneumoni och UVI var inplanerade men fick pga. av pandemin skjutas upp. Under hösten påbörjades planering för att skapa webbutbildning med kunskapsfrågor istället för fysiska föreläsningar. Utbildningsmaterialet beräknas vara klart våren 2021.

PPM-VRI brukar genomföras 2ggr/år. Under året har endast en mätning utförts pga. rådande omständigheter, se resultat nedan



Mätning av postoperativa infektioner har fortlöpt under året. Den planerade uppföljningen med verksamheterna har inte hunnits med.

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Under flera år har klinikerna i Region Kronoberg arbetat med att förbättra följsamheten till de nationella riktlinjerna för basala hygien- och klädrutiner (BHK) som ett led i att minska vårdrelaterade infektioner.

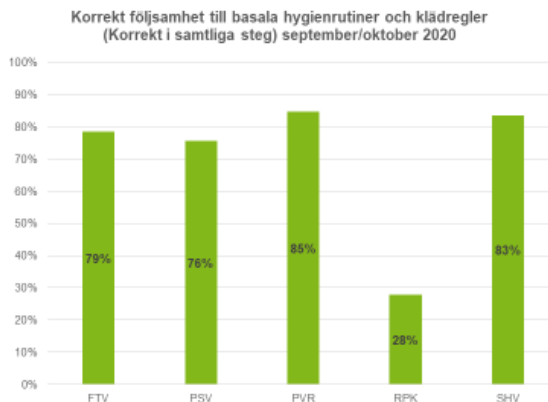
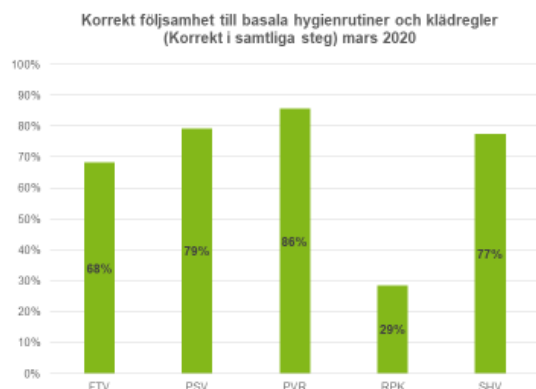
I höstens mätning deltog alla verksamhetsområden. Regionens BHK-resultat har som helhet successivt förbättrats och låg i höstens SKR-mätning för första gången över 80 %. Vad gäller följsamhet till klädregler tillhör vi de bästa i landet och vad gäller hygienrutiner är vi i mitten av fältet.

Följsamhet till desinfektion före patientnära arbete har varit ett viktigt förbättringsområde under lång tid och vid senaste mätningen låg resultatet på cirka 92 % vilket är en tydlig förbättring. Enheterna kan nu registrera sina egna resultat i Excelfiler vilket innebär ett enklare sätt att följa resultatet på både enhetsnivå och övergripande nivå.

En del av de enheter som har <90 % följsamhet gör upprepade mätningar varje månad i syfte att förbättra följsamheten ytterligare. Resultat samt allmän information om BHK-rutiner har redovisats på så väl chefsmöten som övriga arbetsplatsträffar. Det finns en BHK-resurs på varje enhet som utför dels SKR:s mätningar dels egna extra mätningar i syfte att ytterligare förbättra resultaten. De deltar även på möten som regionens BHK-grupp tillsammans med vårdhygien anordnar. På dessa redovisas resultat och förslag på förbättringar. Det är också ett forum för att sprida goda exempel. På träffarna ges även utbildning inom området. I år på handhygienens dag uppmärksammades vikten av handhygien kopplat till Covid-19.

2020 beslutades om tätare BHK granskningar 4 ggr/år mars, maj, september och december.

Samma som granskning av infarter. Introduktionsutbildning i BHK ges till all nyanställd personal.



Städning i vårdlokaler

Vårdhygien har deltagit i ett omfattande arbete med att förbättra steriltekniska enhetens lokaler under året samt i planeringen av ny- och ombyggnationer på Ljungby lasarett.

Förberedande möten angående planering av det nya sjukhuset har genomförts på flera enheter.

Båda sjukhusen saknar idag en lokal för central av-emballering. Utredning om placering och behov pågår i samband med ombyggnationen på Ljungby lasarett.

Som ett led i att minska smittspridning är en god och säker rengöring och desinfektion av patientnära utrustning en viktig faktor. Ur smittspridningssynpunkt är det bästa alternativet en standardiserad lösning med automatiserad rengöring och desinfektion av rullande material. Tillsammans med sjukhusledningen tas behovet av en standardiserad automatiserad maskinell lösning vidare.

Infektionsverktyget

Sedan uppgradering av läkemedelsmodulen i Cambio Cosmic har infektionsverktyget inte kunnat användas. Tanken har varit att under 2020 åter börja använda infektionsverktyget men pga av Covid-19 pandemin har detta införande försenats.

Patientsäkerhetskultur

I slutet av 2019 genomfördes en gemensam patientsäkerhetskulturmätning och medarbetarskapsenkät. Resultatet från dessa har under året presenterats för ledningsgrupper och medarbetare i regionen. Många kliniker har, trots belastningen med covid-19, arbetat med sitt resultat. Kliniker har identifierat områden som de önskar arbeta vidare med och detta har genomförts i olika former. Stöd till klinikerna har funnits från patientsäkerhet men bara i viss mån utnyttjats.

Planeringen är att 2021 fortsätta med en gemensam mätning men stärka upp stödet som kan ges till klinikerna.

Vårdokumentation

Vårdokumentation har under 2020 utvecklats inom i huvudsak följande områden:

Patientkontrakt

Modellen med patientkontrakt införs i hela landet enligt överenskommelse mellan regeringen och SKR. I Region Kronoberg har under 2020 pilotförsök genomförts på utvalda avdelningar. Syftet är ökad tillgänglighet, samordning och delaktighet. Patientkontraktet ska säkerställa att allt hänger ihop – gemensam överblick av planer och insatser som utgår från patientens berättelse och vad som är viktigt för patienten. Detta är en del i omställningen till en mer nära vård.

PM3 – ny förvaltningsmodell för vårdokumentation

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

Workshops har hållits tillsammans med sjuksköterskor i primärvården utifrån konceptet DRIV (Dokumentera rätt i vården). Sjukhusvården kommer arbeta med DRIV under kommande år.

Regionen har genomfört introduktionsutbildningar i patientsäker dokumentation för nyanställda. Syftet är att skapa en gemensam grund för dokumentation som utgår från regionens framtagna riktlinje. Under 2020 har 9 utbildningar genomförts (inklusive tillfällen för semestervikarier) och sammantaget har 223 antal medarbetare medverkat.

Kommunikation

Utbildning i Säker kommunikation för vårdpersonal med syfte att utveckla vårdpersonalens kommunikationskunskap. Under 2020 har ca 94 medarbetare i RK utbildats i Säker kommunikation. Det gjordes någon insats på en klinik där ytterligare 67 deltagare utbildades men i övrigt har det varit öppna utbildningar med deltagare från olika avdelningar och yrkesprofessioner både i Ljungby och Växjö. På grund av pandemin så ställdes fyra utbildningar in samt utbildningar på klinik sköts fram

Förbättrad diagnostisk säkerhet

Arbetsgruppen som bildades under 2019 har fortsatt sitt arbete. Nya medlemmar har tillkommit till gruppen. Samtliga chefläkare ingår nu i gruppen liksom representanter från patientsäkerhet, kliniskt träningscenter och Cosmic samt en verksamhetschef.

Den handlingsplan som fastställdes förra året är i stort sett genomförd och en ny handlingsplan med inriktning för verksamheterna fastställdes av Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp i inledningen av 2021.

Föregående års handlingsplan syftade till att fastställa mål för arbetsgruppen och regionen vad gäller diagnostisk säkerhet. Den nya handlingsplanen riktar sig till verksamhetschefsnivå och har sin grund i registrerade avvikelser som rör diagnostiska fel. Fastställande av handlingsplanen är en förutsättning för att kunna nå ut med kunskap och kännedom om området förbättrad diagnostisk säkerhet

Som indikator/mätvariabel har arbetsgruppen valt antal ovidimerade provsvar/ verksamhet samt hur stort antal medarbetare som sett de digitala föreläsningarna i kompetensportalen. När pandemiläget ser bättre ut kommer föreläsningarna även erbjudas fysiskt. Dessa indikatorer kommer att följas över tid,

Ett av de mål som fanns i den första handlingsplanen var att få en delaktig patientrepresentant i arbetsgruppen, men detta har tillfälligt inte gått pga Covid-19 pandemin. Målet kvarstår dock då det bedöms att patientperspektivet kommer ha positiv påverkan på att driva utvecklingen av förbättrad diagnostisk säkerhet framåt. Under 2021 finns även en målsättning att koppla ihop arbetsgruppens arbete med forskning kring ämnet

Struktur och kultur för att sprida lärdomar inom organisationen

Patientsäkerhetsronder

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

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

Resultat och handlingsplan återges i verksamheternas årsrapporter. Under 2020 kunde patientsäkerhetsronder genomföras inom slutenvården under årets första tre månader. I Därefter har dessa pausats pga pandemin, även arbetsuppgiften att anpassa till primärvården har fått skjutas på framtiden. Alla kliniker utom tre inom sjukhusvården har haft sin första patientsäkerhetsrond, liksom psykiatrin och rättspsykiatrin. Patientsäkerhetsronder planeras att återupptas till hösten 2021

I konceptet Gröna korset ingår lärandet som en del, där riskbedömningar och avvikelser uppmärksammas gemensamt.

Strama

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.

Covid-19-pandemin har präglat det gångna året för flera av nyckelpersonerna i Kronobergs stramagrupp/medicinsk grupp infektion och mycket av stramaarbetet har av förklarliga skäl legat nere. AT-utbildningar, uppdatering och spridning av riktlinjer samt sammanställning och analys och information om antibiotikaanvändning har kunnat genomföras i viss omfattning.

Vi tar också med oss många lärdomar om åtgärder för att begränsa smittspridning såväl i vården som i samhället som kan vara till god nytta för att minska behovet av antibiotika även i en mer "normal" tid. När 2020 summeras ser vi nämligen att antibiotikaanvändningen i samhället aldrig tidigare varit så här låg – 238 uthämtade antibiotikarecept/1000 invånare i Kronoberg (att jämföra med fjolårets siffra på 293 uthämtade recept/1000 invånare – en minskning med 19%). Användningen av antibiotika har minskat påtagligt under pandemin i hela Sverige. Minskningen är

mest påtaglig i yngre åldrar. Det är uttagen av antibiotika mot luftvägsinfektioner som minskat mest medan antibiotika mot urinvägsinfektioner och hudinfektioner inte minskat lika mycket.

År 2020 har Kronoberg, liksom riket som helhet, understigit det långsiktiga målet på högst 250 uthämtade antibiotikarecept per 1000 invånare och år och Kronoberg ligger nu på samma nivå som rikssnittet. Fortfarande föreligger skillnader mellan olika enheter i länet (även om de minskar alltmer), som inte enkelt kan förklaras.

Vi hoppas att även framöver kunna ligga kvar på en låg nivå vad gäller antibiotikaanvändning, men vad som sker när restriktioner försvinner och samhällslivet blir mer normalt igen är omöjligt att förutsäga. Vi kan förstås förvänta oss en ”rekyleffekt” när pandemin är över men det blir spännande att se var en ny normalnivå hamnar.

För mer information och statistik – se bilaga ”*Strama Kronoberg och aktuell antibiotikastatistik – till patientsäkerhetsberättelsen 2020*”

Kvalitetsregister Senior Alert

Vad gäller Nationella kvalitetsregistret Senior alert, för vårdprevention - har ca 2000 färre patienter registrerats under året gentemot 2019. Vårdavdelningarna på båda sjukhusen i länet, använder registret mest för riskbedömningar och åtgärdsplan kring risk för trycksår, undernäring, fall och enstaka enheter också för att registrera risk för ohälsa i munnen. Även dysfunktion i urinblåsan kan registreras, men görs inte i Region Kronoberg.

Alla slutenvårdsavdelningar har registrerat i registret under året, utom onkologavdelningen. Många avdelningar använder dock ”Orsaksregistrering” till bedömd risk i för liten omfattning enligt registret, vilket annars kan ge god vägvisning om de ”rätta förebyggande åtgärderna” används till ”rätt patient” i omvårdnadsarbetet. Inte heller ”utfall” – inträffad vårdskada - registreras på ett bra sätt och i registret.

Analys av utdata är således svår att göra i nuläget. Varken att uttala sig om vårdkvaliteten eller om det vårdpreventiva arbetet har utförts bättre eller sämre än tidigare, går att utläsa. Det finns flera metoder att följa sitt vårdpreventiva arbete på vårdavdelningarna tex. ”Gröna korset” på whiteboardtavla.

Bland de registrerade patienterna har 82% bedömts med risk för vårdskada 2020. Denna andel riskpatienter i slutenvården, har ökat någon % varje år sedan 2016.

Ohälsa i munnen har också färre registreringar år 2020, men noteras kan att fler preventiva åtgärder i förhållande till registreringar, blivit utförda det här året. I övrigt är andelen åtgärdsplaner för riskpatienter och utförda preventiva åtgärder totalt, i stort den samma mellan åren och oavsett antalet registreringar.

Sverige / Kommun / Region
Region Kronoberg

År
2020

Typ av enhet
Alla

Expo

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Risikbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Region Kronoberg	2740	82% 2 873 av 3 517	57% 1 942 av 2 873	95% 2 722 av 2 873	91% 2 060 av 2 061	301 187 personer	660 personer	54 39 personer	211 personer
Trycksår		22% 764 av 3 517	48% 368 av 764	95% 728 av 764	90% 714 av 780				
Udemerking		54% 1 988 av 3 517	57% 1 074 av 1 888	96% 1 816 av 1 888	93% 1 828 av 1 958				
Fall		65% 2 281 av 3 517	57% 1 299 av 2 281	97% 2 209 av 2 281	93% 2 184 av 2 353				
Munhälsa		41% 279 av 680	38% 108 av 279	94% 261 av 279	85% 250 av 295				
Centallasarettet Växjö Lt Kronoberg	2034	81% 2 093 av 2 570	50% 1 048 av 2 093	94% 1 992 av 2 093	92% 1 992 av 2 154	266 158 personer	499 personer	52 37 personer	165 personer
Ljungby lasarett Lt Kronoberg	740	82% 780 av 947	76% 694 av 780	97% 760 av 780	88% 707 av 807	35 29 personer	166 personer	2 2 personer	46 personer
Målvården			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %				

Utbildning inom patientsäkerhet

Under 2020 har utbildning inom patientsäkerhet erbjudits alla nyanställda inom hälso och sjukvården som arbetar med patientarbete. Grundläggande utbildning, steg 1, har getts vid 4 tillfällen, totalt har 107 nyanställda deltagit vid dessa tillfällen. I den grundläggande patientsäkerhetsutbildningen ingår följande:

- Allmänt om patientsäkerhet- vad betyder det?
- Bemötande ur ett patientsäkerhetsperspektiv
- Avvikelsehantering
- Barnens rättigheter i vården
- Säker dokumentation
- Utbildning i Basala hygienrutiner och klädregler (BHK), samt att förbygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner
- Offentlighet och sekretess, vad innebär det?
- Media/bild- ljudinspelning i region Kronoberg

De yrkesspecifika utbildningarna har erbjudits 2-5 gånger per år.se tabell nedan.

Utbildning	Antal tillfälle	Total antal deltagande
Infarter	3 tillfällen	52
Säker kateterisering och blåsovervakning	5 tillfällen	36
Trycksårsprevention	5 tillfällen	47
Säker hantering av medicinsk teknisk utrustning	4 tillfällen	55
Säker kommunikation	4 tillfällen	45
Säker läkemedelshantering	1 tillfälle	12
proACT för psykiatri	3 tillfällen	54
proACT för primärvården	2 tillfällen	12
proACT semestervik läkare	3 tillfällen	28

En anpassad grundutbildning har erbjudits till semestervikarier vid 5 tillfällen med sammanlagt 116 deltagare. Medarbetare som arbetar inom regionservice har erbjudits utbildning inom vårdhygien, inklusive information om Covid-19 vid två tillfällen. Dock var intresset begränsat och endast 10 medarbetare deltog.

Samtliga av höstens utbildningstillfällen har ställts in pga pandemin. Inspelning av föreläsningar pågår för att kunna erbjuda ett digitalt alternativ

Nätverk för patientsäkerhet

Chefläkare deltar i lokala, regionala och nationella nätverk. Som exempel kan nämnas Läkemedelsrådet, styrgrupp cancer, SVF, medicinska kommittén, Nationella samverkansgruppen- NSG, för patientsäkerhet inom Kunskapsstyrningsprojektet, Regionala Samverkansgruppen RSG,

Patientsäkerhetsstrateg har deltagit i RSG och den nationella referensgruppen för Nitha nätverket.

Region Kronberg har representant med i NAG (nationell arbetsgrupp) för vårdhygien.

Lokala träffar anordnas för BHK resurser, infartsresurser, trycksårsombud och kateterombud.

Psykiatrin har ett patientsäkerhetsnätverk som träffas regelbundet vars huvudsyfte under året har varit att få arbetet med patientsäkerhetsfrågor som ett viktigt och naturligt inslag i verksamheten.

Tandvårdens patientsäkerhetsgrupp arbetar med analys av avvikelser och få ut ett lärande till verksamheten i patientsäkerhetskultur.

Primärvård och rehab har en patientsäkerhetsgrupp som träffas regelbundet vars syfte är att bereda frågor och ärenden som sedan skall implementeras i verksamheterna.

Ett flertal verksamheter inom sjukhusvården har utsedda patientsäkerhets-/avvikelsesteam som har till uppgift att utveckla och förbättra patientsäkerhetsarbetet på klinikerna, dock finns i dagsläget ingen sjukhusövergripande samordning av dessa team.

Vårdinformationssystem och e-hälsa

Regionens vårdinformationssystem är en vital del av patientsäkerheten där det ställs stora krav på informationssäkerhet, driftsäkerhet och redundans. Tillgänglighet till information även vid driftavbrott är nödvändig. Under året har totalt 5 stycken planerade uppgraderingar av Cosmic genomförts utan någon känd påverkan på patientsäkerheten.

Under året 2020 har en ny tjänst Formulärtjänst införts vilken ger stöd för att skicka strukturerade patientformulär integrerat med Cosmic och Ineras tjänst 1177 till regionens invånare. Med hjälp av Formulärtjänsten ges patienten möjlighet till delaktighet och engagemang i sin vård. Vårdens personal ges vinst när inmatningen sker av invånaren istället för att personalen ska skriva av formuläret till journalen.

Inom området remiss har ett arbete med kriteriestyrda remissmallar påbörjats. Med hjälp av kriteriestyrda remissmallar ges ett stöd att skriva relevanta remisser utifrån aktuell frågeställning. På så vis kan ledtiderna fram till att patienten får en tid bokad för undersökning/besök kortas. Infektionsverktyget är ett stöd som tidigare funnits i Cosmic men som i samband med en större förändring av Cosmic läkemedelsmodul inte varit i drift de senaste åren. Under 2020 var planen

att återinföra stödet på en pilotavdelning. Arbete har påbörjats men fått stoppats på grund av resurskonflikter beroende av den pågående Covid-19 pandemin. Vi planerar för fortsatt arbete med att driftsätta Infektionsverktyget under 2021.

Nationell källa för ordinationsorsak (NKOO). Sedan hösten 2020 finns i Cosmic läkemedelsmodul stöd för att ange behandlingsorsak och behandlingsändamål vid ordination av läkemedel. Källan är Socialstyrelsens register över godkända indikationer för respektive substans och är obligatoriskt att ange på varje behandling. Behandlingsorsaken anges i journalen som skälet till behandlingen och behandlingsändamålet presenteras både i patientens läkemedelslista och recept på ett sätt som är förståeligt även ur ett patientperspektiv.

Sedan i juni 2020 finns det möjlighet att via Ineras tjänster 1177 Journalen och Nationell patientöversikt (NPÖ) för våra invånare och andra vårdgivare att ta del administrerade vaccinationer från Cosmic och Region Kronoberg.

Inom området vårddokumentation har en pilotstudie för taligenkänning pågått. Taligenkänning ger möjlighet för tal till text och signering av anteckning i samma seans. Invånare och vårdpersonal får snabbare tillgång till läsbar vårdinformation både i Cosmic och via Ineras tjänster 1177 Journalen och NPÖ.

Ytterligare en förbättring inom området invånartjänster är att vi sedan den 21 december publicerar svar för PCR Covid-19 (provtagning som utförs under pågående infektion) både i NPÖ och Journalen via nätet. Det innebär att andra vårdgivare och invånare kan ta del av provresultaten på ett enkelt och säkert sätt efter inloggning med e-legitimation. Dessa analyser är av typen mikrobiologsvar som vi idag inte har stöd för att publicera i de nationella tjänsterna. Vi har därför automatiserat ett flöde som skapar en kopia av svaret och gör en mappning så att dessa svar visas upp via tjänstekontraktet för klinisk kemi som sedan tidigare finns i produktion. Innan vi genomförde denna ändring kunde invånaren ta del av sitt svar med hjälp av en sifferkod vilket inte var lika säkert då det inte krävdes någon inloggning för att nå svaret.

VIS utveckling och förvaltning har också under året tillsammans med enheten för Folkhälsa och social utveckling förenklat dokumentation av levnadsvanor. Sökordet levnadsvanor har uppdaterats och ett bedömningsinstrument innehållande indikatorer/screeningfrågor finns tillgängligt. Med verktyget ges möjlighet att på ett strukturerat och likvärdigt sätt kunna göra bedömning om patientens levnadsvanor är hälsosamma eller inte.

Under hösten har ett 30-tal avdelningar/mottagningar fått möjlighet att via utrustning för mätning av vitalparametrar automatiskt överföra mätvärden NEWS2 till Cosmic. Här kan man tydligt se en ökad patientsäkerhet då överföringen leder till korrekt införda värden, och risk för manuell felregistrering upphör. Värdena registreras i Cosmic i samma stund som mätningen utförs.

Patientkontrakt är ett område där VIS utveckling arbetat tillsammans med avdelningen för Utveckling och innovation. Man har tillsammans tagit fram en gemensam standardvårdplan (SVP) som ska fungera i relation till patient och närstående både inom regional hälso och sjukvård liksom kommunal.

Med hjälp av SVP patientkontrakt ges patient, närstående och vårdpersonal en god överblick, vilket bidrar till delaktighet, samordning, kontinuitet och en god patientsäkerhet.

Under slutet av 2020 startades ett arbete upp kring beställning och vidimering, av vilo-EKG. En integration mellan Cosmic och EKG-systemet EC View ska sättas upp. När EKG är utfört skickas svar från EC View till Cosmic. Aktuell svarsmottagande enhet samt svarsmottagare får på så sätt information om att EKG finns för vidimering i EC View. När svaret vidimeras i EC

View skickas notifiering om vidimerat svar till Cosmic. Lösningen förväntas implementeras i verksamheten under Q3 2021.

Vårdplatskoordinatorer

Överbeläggningar och utlokaliseringar innebär patientsäkerhetsrisk.

Central lasarettet Växjö har vårdplatskoordinatorer som styr och fördelar de akuta patienterna under dagtid, övrig tid är LAS akutmottagningen operativt ansvarig men ansvaret vilar i slutändan på bakjourerna. Arbetet utgår från kontinuerlig uppdatering av vårdplatsläget och sjukhusens överbeläggningsplan. Planering påbörjad för enhetligt arbetssätt på båda sjukhusen. Översyn av vårdplatskoordinationen utgör en del av arbetet med akutprocessen

Under året har bakjouruppdraget tydliggjorts. En beslutslogg har tillkommit på intranät där beslut om förändringar gällande vårdplatser kommuniceras jourtid.

	Medicin	Infektion	Onkolog
Januari	6	1	
Februari			
Mars		2	
April			
Maj			
Juni	1	1	
Juli	2		
Augusti	2		
September	1		
Oktober	4		1
November	9	12	
December	1	4	

Utlokaliserade patienter. Avläsning av data vardagar 07:00

Markörbaserad journalgranskning

En granskningsgrupp med dokumenterat uppdrag har genomfört de övergripande granskningarna av den somatiska slutenvården. Granskningsgruppen för de länsövergripande slumpmässigt utvalda granskningarna inom somatisk slutenvård, har bestått av två chefläkare, tre sjuksköterskor och en patientsäkerhetsstrateg(sjukgymnast).

Arbetsgruppen har träffats vid fyra tillfällen för sekundärgranskning under det gångna året.

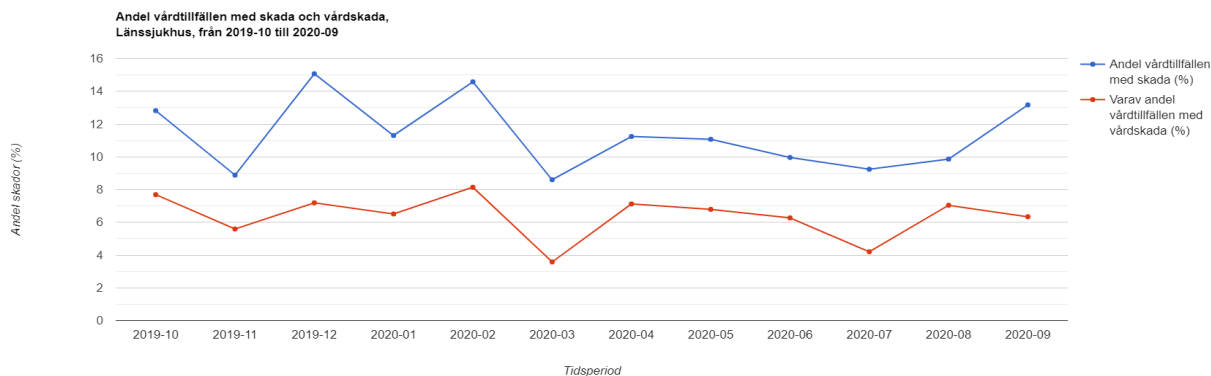
Granskningar har gjorts i samma omfattning åren 2017-2020.

28 slumpvis utvalda journaler per månad granskades först individuellt av granskningsgruppen och skadors undvikbarhet bedömdes sedan tillsammans i grupp med chefläkare. Resultaten sammanställs via SKR:s nationella databas.

Senaste granskningsåret granskades 337 vårdtillfällen. I 31 fall kunde en skada identifieras, 11 av dessa, dvs 3%, klassades som vårdskada dvs undvikbar.

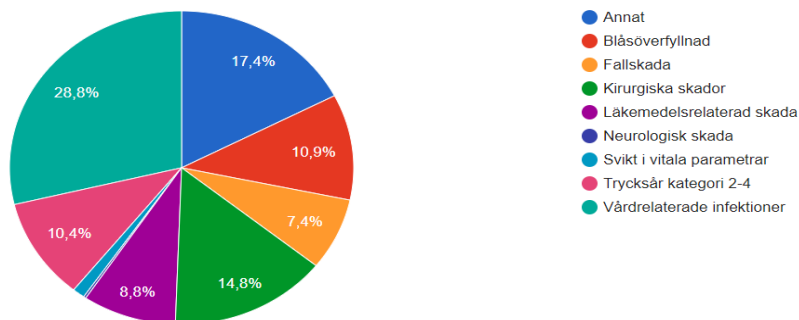
Andel skador per 1000 vård dagar varierade mellan 0-24. Jämfört med den nationella sammanställningen så har Kronoberg en större variation. Riks-genomsnittet ligger på 8-16 vårdskador per 1000 vård dagar. Februari månad 2020 stack ut med 4 vårdskador och 6 skador.

Under granskningsåret har vårdskada skett i ca 6 % av vårdtillfällena, (2019= 7%).



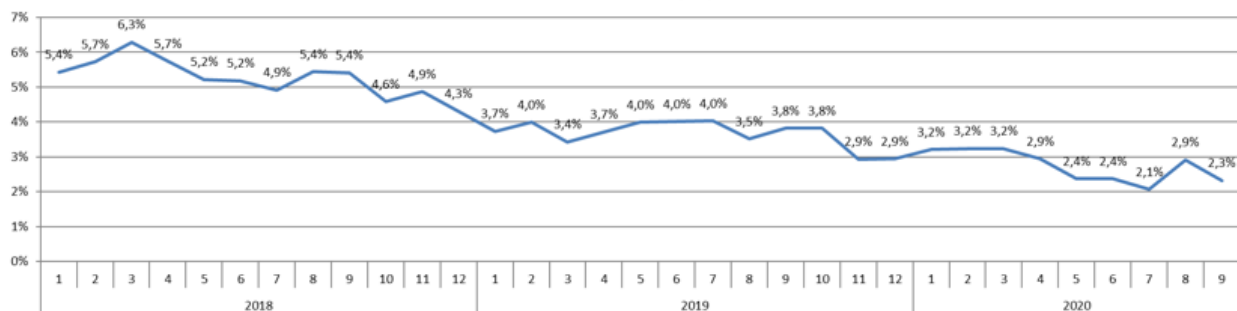
Vårdrelaterade infektioner och blåsöverfyllnad var de vanligaste skadegrupperna granskningsåret 2019-2020, och stod för 32,4 (12 st) respektive 27% (10 st) av alla skador.

Andel skador per skadegrupp av totala antalet skador, Länssjukhus, från 2019-10 till 2020-09



Dock har vi generellt börjat se en nedåtgående trend i VRI. Bedöms vara effekt av de senaste årens aktiva arbete mot VRI och även de nya riktade satsningarna som införts mot UVI och pneumoni. Se nedanstående diagram.

Vårdskada Skadans undvikbarhet (3-4) & VRI



Under 2020 fick samtliga regioner som utför MJG ett extra uppdrag från SKR. Syftet med uppdraget var specifikt granska vården av ineliggande patienter med covid-19. Region Kronoberg valde slumpmässigt ut 25 journaler för perioden mars-juni 2020. Vid granskningen kunde tre vårdskador identifieras (blåsöverfyllnad, trycksår och vårdrelaterad infektion). Samtliga skador bedömdes som temporära, en av skadorna bedömdes ha förlängt vårdtiden. Vid granskningen av covidpatienter noterades det av samtliga granskare att dokumentationen i journalerna höll en hög nivå. Sjukdomsförloppen var enkla att följa och det fanns en tydlig plan för varje patient. Inom rättspsykiatri och psykiatri görs också markörbaserad journalgranskning. Rättspsykiatri har metodutbildade sjuksköterskor som genomför primärgranskning, sekundärgranskning görs av läkare. Resultat registreras både i SIGN-e och i Synergi (se Verksamheternas patientsäkerhetsberättelser)

Inom kunskapsstyrningen har en NAG tillsatts för att ge rekommendationer beträffande hur MJG kan utvecklas över tid. NAG ska presentera sin rapport hösten 2021.

Läkemedelsgenombgång (LMG)

Läkemedelsgenombgång är ett strukturerat och systematiskt arbetssätt för uppföljning och omprövning av en patients läkemedelsbehandling. Syftet är att upptäcka, åtgärda eller förebygga läkemedelsrelaterade problem som t ex biverkningar, interaktioner, utebliven eller otillräcklig effekt, avsaknad av eller oklar indikation samt underbehandling.

I Kronoberg arbetar vi med tre typer av läkemedelsgenombgångar: enkla, fördjupade och fördjupade i teammodell. Enligt HSLF-FS 2017:37 ska enkla läkemedelsgenombgångar erbjudas till patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst 5 läkemedel vid besök hos läkare i öppenvård, inskrivning i slutenvård, påbörjad hemsjukvård samt vid inflyttning i annan boendeform, exempelvis särskilt boende, och därefter årligen.

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

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

Den tredje varianten är **fördjupade läkemedelsgenomgångar i teammodell** där läkare, sjuksköterska, vårdpersonal och apotekare träffas och diskuterar patientens läkemedelsbehandling, utifrån bland annat symtomskattning, och kommer fram till eventuella förändringar som sedan utvärderas. De genomgångar som görs i team med apotekare dokumenteras av apotekare i extern datafil och rapporteras månadsvis till ekonom på kundvalsenheten och medicinskt ansvariga sjuksköterskor i de åtta kommunerna. 569 fördjupade LMG i teammodell har utförts under året. För våren 2021 planeras för ca 300 genomgångar enligt denna modell.

Hur många enkla respektive fördjupade LMG utan apotekarmedverkan som gjorts har vi de senaste åren inte haft möjlighet att följa upp. Under 2020 har Lednings- och analysenheten skapat en applikation i QlikView där bland annat andelen patienter ≥ 75 år som är ordinerad ≥ 5 läkemedel och där en LMG dokumenterats senaste 12 månaderna presenteras. I december 2020 var denna andel ca 20%. I applikationen presenteras även vilken typ av LMG som dokumenterats: ”Enkel – en läkemedelsgenomgång”, ”Enkel - godkännande av administreringstillfälle” respektive ”Fördjupad”. Den absoluta merparten av LMG som dokumenterats var av typen ”Enkel - godkännande av administreringstillfälle” – en aktivitet som görs vid inläggning i slutenvård för att kunna signera att patienten fått ett visst läkemedel.

Under 2019 påbörjades ett arbete ”Säker läkemedelsordination i slutenvården” där målet var att implementera de lokala rutinerna för LMG och läkemedelsberättelse, med stöd av en lathund, i syfte att säkerställa rätt läkemedel till rätt patient i rätt dos vid rätt tid. Projektet avslutades våren 2020. Resultatet av granskning av 200 journaler bekräftade misstanken om att vi inte arbetar enligt lokala rutiner för LMG i regionen. En möjlig väg, som projektgruppen såg, var att arbetet med implementering och uppföljning av riktlinjerna för läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelse skulle kunna ligga inom patientsäkerhetsarbetets ramar. Under 2021 är läkemedelsavstämningar och läkemedelsgenomgångar ett prioriterat område inom patientsäkerhetsarbetet.

En ”Checklista för genomgång av patientens läkemedelsordinationer” har tagits fram i syfte att underlätta och främja strukturerade läkemedelsavstämningar och LMG.

Sedan våren 2014 utförs fördjupade LMG med apotekare även inom slutenvården på akutgeriatriska avdelningen och möjlighet finns att skicka konsultationsremisser till läkemedelsenhetens apotekare för LMG och andra läkemedelsrelaterade frågor. Under 2020 gjordes 246 fördjupade läkemedelsgenomgångar med apotekare på avdelningen och apotekarna svarade på 72 konsultationsremisser.

Under 2020 har apotekare fortsatt arbetet med att stämna av läkemedelsanvändning (inklusive analys av denna) med patienter på vårdcentralen Achima Care i Älmhult. Samarbete mellan apotekare och fler vårdcentraler har påbörjats i syfte att arbeta strukturerat med LMG hos patienter där beroendeframkallande läkemedel har blivit ett bekymmer. Planering finns för samarbete inom rätts- och vuxenpsykiatrin.

Inom arbetet med Äldrehälsa östra har nya arbetssätt implementerats på ett par enheter där målet har varit att hitta en fungerande modell gällande LMG i hemsjukvården i syfte att öka antalet LMG och därigenom nå en bättre samordnad läkemedelshantering.

Kliniskt träningscentrum (KTC)

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

KTC har nära samarbete med alla kliniker inom hälso- och sjukvården och stödjer med instruktörsutbildningar så kvaliteten för träning och återkoppling hålls på en hög nivå. Samordnare/koordinatorer på KTC ansvarar för att förvalta och utveckla de processer där metoder ingår samt att ansvara för kvalitetsregister ex. hjärtstoppregisteret och SweTrau (Traumaregister). . Alla instruktörer får utbildning i medicinsk simulering. HLR-samordnarna stödjer och utbildar HLR-instruktörer i regionen, de har även varit med att dra igång SMS-livräddare i Region Kronoberg.

ProACT-koordinatorerna har snart utbildat alla medarbetare inom rättspsykiatri samt fortsätter utbilda vuxenpsykiatri, primärvård och slutenvård. Traumakoordinatorerna har regelbundna traumateamsövningar, utbildningar för traumateamsledare samt arbete i och kring traumaprocessen för Region Kronoberg.

Några av ovan nämnda utbildningar har ställts in pga pandemin. KTC genomförde även under våren 2020 en reaktiveringsutbildning för att kunna stärka upp personalläget inom hälso- och sjukvården i Region Kronoberg.

Säker läkemedelshantering

Utbildning i Säker läkemedelshantering med syfte att öka patientsäkerheten och minska antalet fel i samband med läkemedelshantering. Under 2020 har 12 medarbetare utbildats vid ett tillfälle. Det planerades utbildning för verksamhet hos enheten men denna fick skjutas fram på grund av pandemin. På grund av denna pandemi så ställdes 8 utbildningar in.

Läkemedelskommittén

Se separat bilaga

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap 13§

Varje år ska ett strålskyddsbokslut avseende medicinska exponeringar upprättas för verksamheten som ett led i den patientsäkerhetsberättelse som ska upprättas enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Av bokslutet ska det framgå

1. hur det systematiska strålskyddsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar,
2. vilka åtgärder som har vidtagits för att upprätthålla och utveckla strålskyddet,
3. vilka resultat som har uppnåtts i strålskyddsarbetet.

Strålskyddsbokslutet ska hållas tillgängligt för den som önskar ta del av det. Vi hänvisar till strålskyddsbokslutet i form av bilaga.

Risikanalys

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

Risikanalys kan göras vid tex görs vid återkommande risker, då ett arbetsmoment upplevs riskfyllt, ny teknik/It system skall implementeras, ny metod eller medicinteknisk produkt ska införas eller ny process ska introduceras. Regionens Säkerhetsenhet har en sammanhållande funktion när det gäller övergripande riskanalyser som berör flera enheter. De enskilda verksamheterna kan även utföra lokala riskanalyser. Dessa ska dokumenteras i avvikelssystemet Synergi.

Tandvården har under 2020 gjort lokala riskanalyser avseende arbetet under Covid-19 pandemin.

Sjukhusvården har genom införande av gröna korset säkerställt strukturerad riskbedömning vad gäller vårdrelaterade urinvägsinfektioner och pneumonier.

Primärvården har gjort riskanalys är gjord inför vaccination mot influensa samt covid-19. Inför uppstart av projekt Digital anamnes och triage på Vc Dalbo, Centrum och Lammhult hösten 2020, gjordes en risk- och konsekvensanalys avseende patientsäkerhet

Utredning av händelser - vårdskador

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

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

I de händelser där flera kliniker är involverade används händelseanalys som utredningsmetod och om händelsen är begränsad till en viss verksamhet väljs ofta internutredning.

Det är chefläkare beslutar om vilken typ av utredning som är aktuell i det enskilda fallet. Patientsäkerhetsstrateg ansvarar för att sätta ihop utredningsteam till händelseanalyserna.

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

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

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

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Information är en viktig strategisk resurs för Region Kronoberg. En säker informationsförsörjning är avgörande för Region Kronoberg förmåga att uppnå sina verksamhetsmål därför pågår ett

systematiskt informationssäkerhetsarbete. Arbetet med att fortsätta att utveckla Regionens ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) har pågått för fullt under 2020 och Regionens ledningsgrupp har vid ett flertal tillfällen fått information om aktuell status med arbetet.

2020 har varit ett år då behovet av digitala mötesverktyg och digitalisering har varit stort på grund av Covid-19 pandemin. Säkerhetsenheten har därför haft en viktig roll i arbetet med att säkerställa en god informationssäkerhet i nya digitala mötesverktyg inom hälso- och sjukvården.

Regionens Plan för informationssäkerhet och skydd av personuppgifter motsvarande Informationssäkerhetspolicy enligt ISO 27000 standarden har reviderats under 2020 och antogs av Regionstyrelsen.

Även arbetet med att säkerställa att Region Kronoberg behandlar personuppgifter i enlighet med GDPR har förstärkts genom utvecklingen av Regionens registerförteckning och utförande av konsekvensbedömningar vid nya personuppgiftsbehandlingar.

Hösten 2020 påbörjades ett projekt som ska ta fram en informationssäkerhetsklassningsmodell som är anpassad till Region Kronobergs organisation. Klassningsmodellen ska kunna användas av objektägare/informationsägare för att klassa information utifrån konsekvenserna för organisationen vid brister i konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet. Nya system har under 2020 klassificerats med hjälp av SKR:s KLASSA verktyg för att säkerställa att informationssystem som används för behandling av personuppgifter ges rätt skydd.

I september 2020 inrättades en ny central Journalenhet som hanterar beställningar av journalkopior, loggutdrag, spärrning av journalinformation från myndigheter och patienter. Journalenheten kommer stegvis att ansvara för hela kedjan vid journalutlämnande och hantering av spärr- och logghantering. Syftet med en central Journalenhet är att förbättra tillgängligheten och informationsflödet för patienter och myndigheter, och såklart för att spara tid för hälso- och sjukvårdspersonal.

RAK-arbetet

Bemanningsproblemen har drivit på utvecklingen av ”vård på rätt nivå” med inriktningen att vi använder varje professions kompetens optimalt till våra patienter. Aktiviteten benämns RAK-”Rätt använd kompetens”. Ett inriktningsbeslut är taget om vilken yrkesgrupp som gör vad, vilket är ett hjälpmedel i prioriteringen av vilka patienter som ska få tid hos läkare och vilka som ska anvisas kontakt med annan profession.

RGS webb och Medibas

Rådgivningsstödet RGS webb är en webbapplikation med kvalitetssäkrad medicinsk information. Syftet med stödet är att ge en kvalitetssäkrad och likvärdig bedömning i telefonrådgivning, genom att sjuksköterskan har ett verktyg där hen snabbt och tydligt har tillgång till medicinska fakta och vägledning, som ett komplement till egen kunskap

Resultat och analys

Avvikelser

Samtliga medarbetare inom Region Kronoberg, vårdvalsenheter samt kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska har behörighet att rapportera incidenter och iakttagelser såsom negativa

händelser, tillbud, risker, förbättringsförslag, klagomål samt klagomål och synpunkter från patienter och närstående.

Verksamhetschef utser medarbetare/grupp av medarbetare att bearbeta och återkoppla rapporterade ärenden.

Utbildningstillfällen för rapportörer och handläggare i bearbetning och statistikuttag har med anledning av pandemi enbart delvis kunnat genomföras under året. För medarbetare med handläggaruppdrag har även under året tillhandahållits individuell handledning efter behov.

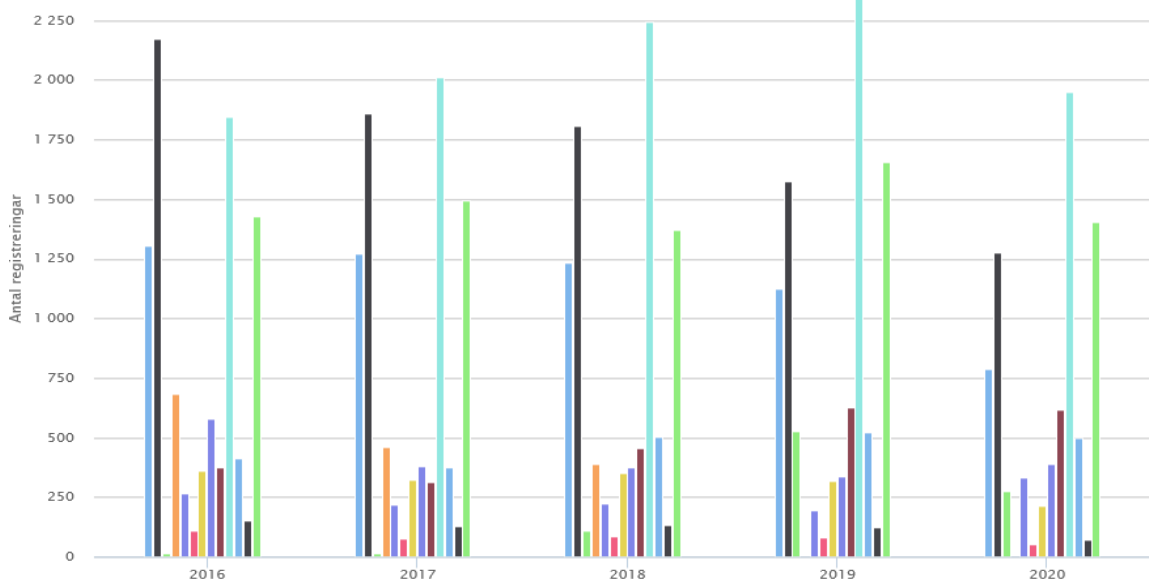
Informationspunkt på introduktionsprogrammet är fortsatt aktuellt för avvikelshantering. Denna information riktas till nya medarbetare och nuvarande medarbetare erhåller denna information vid utbildningstillfällen eller på arbetsplatsträffar.

Under året har resurs som fanns under år 2019 från hälso- och sjukvården fått annan tjänst och uppdraget att säkerställa verksamhetsnära handledning och support inom hälso- och sjukvården har inte återbesatts. Till viss del har aktuell resurs fortsatt under år 2020 varit tillgänglig som stöd för processledare avvikelshantering samt för verksamheterna gällande handledning, support och utbildning utifrån sin nya anställning.

Under år 2020 har 737 Covid-relaterade avvikelser följts upp via referensmärkning. Genomgång och analys av arbetsmiljörelaterade ärenden har genomförts tillsammans med regional HR-funktion. Vårdrelaterade Covid-händelser har sammanställts för analys och utvärdering av regional chefläkare. Detta arbete planeras fortgå så länge pandemin pågår.

Under Q3 startades ett projekt för uppgradering av avvikelshanteringsstödet upp, vilken är nödvändig och skyndsamt behöver genomföras för att säkerställa redundans och tillgänglighet av systemet för regionens verksamheter. Särskilt viktigt är att säkerställa detta för regionens certifierade och ackrediterade enheter med nationella och internationella uppdrag

Analys av rapporterade ärenden visar en relativt konstant bild över tid utan några större variationer. Vid årets analys noteras att cirka 2 300 ärenden ännu inte är bearbetade och avslutade för år 2020 och därför saknas i redovisad graf. En bakomliggande orsak till detta kan vara den ökade belastningen på hälso- och sjukvården i den pågående pandemin

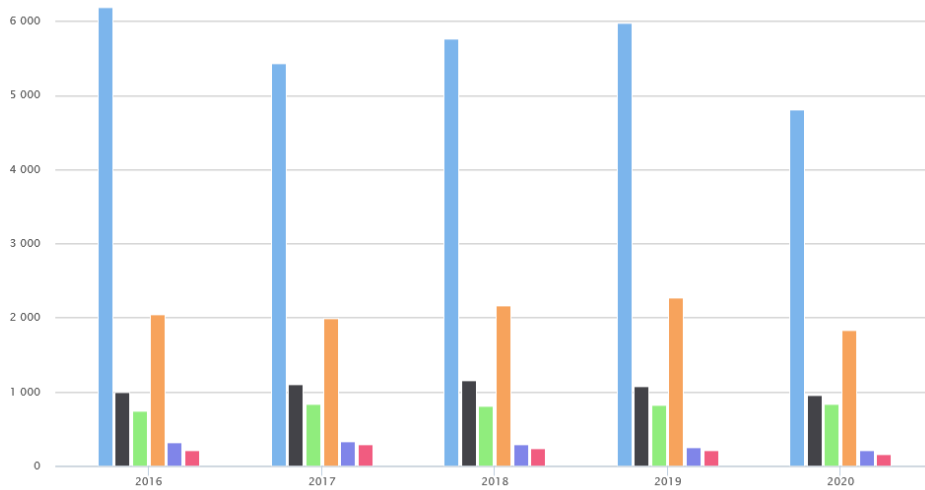


- Ärendetyp, Vanlig**
- Förbättringsförslag
 - Klagomål
 - Klagomål och synpunkter – patient/närstående
 - Lab modul
 - Negativ händelse – Arbetsmiljö
 - Negativ händelse – Driftsrelaterat
 - Negativ händelse – Vårdrelaterat
 - Risk/lakttagelse – Arbetsmiljö
 - Risk/lakttagelse – Driftsrelaterat
 - Risk/lakttagelse – Vårdrelaterat
 - Tillbud – Arbetsmiljö
 - Tillbud – Driftsrelaterat
 - Tillbud – Vårdrelaterat
 - Vårdrelaterad infektion

Granskning av bakomliggande orsaker vid vårdrelaterade händelser, tillbud och risker noteras att orsaker kopplade till rutiner och procedurer utmärker sig för samtliga ärendetyper rörande vårdrelaterade händelser.

Ytterligare analys kan genomföras då det finns ytterligare preciserande nivå i systemet för att få en tydligare bild av om det är att man väljer att aktivt göra avsteg från gällande rutiner och riktlinjer, om de saknas eller om de är okända. Identifierade bakomliggande orsaker till samtliga ärenden inom regionen har sett relativt konstant ut de senaste fem åren. Trots information och utbildning om orsaksanalysens betydelse så är antalet där man inte genomfört orsaksanalys genomgående högst varför omtag gällande information och utbildning om orsaksanalysens input till arbetet med systematiskt utvecklings- och förbättringsarbete.

I de ärenden där orsaksanalys genomförts noteras resultatet på relativt konstanta nivåer över tid.



Orsaker – Orsakskategori, Vanlig

- -- Inte vald --
- Kommunikation & information (K)
- Omgivning (O)
- Procedurer/rutiner & riktlinjer (P)
- Teknik, utrustning & apparatur (T)
- Utbildning & kompetens (U)

Riktad granskning av bakomliggande orsaker vid vårdrelaterade händelser, negativa, tillbud och risker noteras att orsaker kopplade till rutiner och procedurer utmärker sig för samtliga ärendetyper rörande vårdrelaterade händelser.

Klagomål och synpunkter

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

Av de klagomål och synpunkter från patienter och närstående som rapporterats direkt till verksamheten har följande händelsekategorier noterats under 2020.

Händelsekategorisering, Nivå = 2	Antal registreringar
Händelsekategorisering - Administration, ej patientrelaterat	1
Händelsekategorisering - Besök	1
Händelsekategorisering - Klagomål	227
Händelsekategorisering - Kost	1
Händelsekategorisering - Patientrelaterat	43
Händelsekategorisering - Samordnad vårdplanering	2
Summa	275

Patientnämnden

Under 2020 har patientnämnden registrerat 685 ärenden, vilket är en minskning jämfört med föregående år. Patientnämndens huvuduppgift ska vara att hjälpa och stödja patienten att få sina

klagomål besvarade av vårdgivarna. Patientnämnden utreder inte själv klagomålet utan fungerar som ett stöd för patienten och som en länk till verksamheten.

Patientnämndens kansli har en god tillgänglighet. Patienter och anhöriga kan ta kontakt via telefon, brev, och via 1177's-e-tjänster. Det förekommer även fysiska besök. Målet är att patienter som söker kontakt via röstbrevlåda eller 1177-e-tjänster ska få en återkoppling senast nästkommande arbetsdag.

Enligt lagen om klagomål mot hälso- och sjukvården bör den som hör av sig få ett svar inom fyra veckor. Mätning av tiden för när ett svar kan återkopplas sker kontinuerligt. Arbetet har fortsatt enligt rutin med svarshantering och påminnelser har skickats, med undantag från mars och april då vården var koncentrerade på arbetet med pandemin. Flertalet patienter får svar inom angiven tid, mätning av svarstid görs kontinuerligt, men en del patienter har fått vänta flera månader för att få sitt svar. Arbetet fortsätter med att tillse att patienter ska få ett bra svar inom rätt tid.

Förutom att uppmärksamma vårdgivaren i det enskilda ärendet, görs också analyser av patienter och närståendes synpunkter och klagomål i de ärenden som når patientnämnden. Detta är också en del i patientnämndens uppdrag, för att bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården också anpassas efter patienternas behov och förutsättningar.

Efter en gemensam nationell överenskommelse mellan patientnämnderna och IVO beslutades att under 2020 analysera de ärenden som handlar om barn- och unga samt de ärenden som rör Covid-19. Ytterligare en analys är beslutad och har påbörjats, den ska belysa ärenden där patienter har hänvisats runt i vården. Rapporten har initierats i samverkan med Personliga ombud, PO Kronoberg. Samtliga rapporter redovisas under våren 2021.

Patientnämndens ledamöter tar på en övergripande nivå del av registrerade ärenden. Nämnden fattar beslut om kommande analyser utöver de som årligen rapporteras till IVO. Företrädare för vården bjuds regelbundet in för dialog till nämndens sammanträden.

Vid varje sammanträde uppmärksammas särskilt ärenden som gäller barn- och ungdomar mellan 0 - 19 år. Det är främst närstående som kontaktar patientnämnden när det gäller barn och unga.

Patienter som tvångsvårdas har enligt lag rätt att få en stödperson utsedd till sig. Det är en fortsatt utmaning att rekrytera tillräckligt med personer för dessa frivilliguppdrag. Några patienter har inte kunnat få sin rättighet tillgodosedd då det i nuläget inte finns stödpersoner som talar ett specifikt språk. Under pandemin har tvångsvårdade patienter fått minskade möjligheter till fysiska besök av sin stödperson.

Händelser och vårdskador (se även bilaga Ärendehantering)

Under året har vi påbörjat 14 händelseanalyser i Nitha, 12 är avslutade och registrerade i avvikelssystemet Synergi. Vi har gjort 18 internutredningar. Jämfört med föregående år har antalet utredningar generellt minskat. Motsvarande minskning ser vi i antalet inskickade lex Marior, i år har 23 stycken skickats till IVO jämfört med föregående års antal 38

Bakomliggande orsaker till minskade antalet utredningar och lex Maria anmälningar är sannolikt en kombination av regionens preventiva patientsäkerhetsarbete och ett minskat vårdsökande pga pandemin. Det finns en oro för att vi i pandemins kölvatten kommer se en ny ökning av antalet lex Maria ärenden, både inom somatiken och psykiatrin.

Återkommande bakomliggande orsaker i de incidenter som utreds är fortsatt bristande dokumentation och kommunikation, mellan medarbetare men även med patient/anhöriga, liksom brist i teamarbete mellan olika kliniker.

Försenad diagnos och behandling är liksom föregående år en vanlig orsak till att en lex Maria anmälan görs. År 2020 var det 35% av inskickade lex Marior som rörde försenad diagnos vilket bekräftar betydelsen av det arbete som pågår i arbetsgruppen "Förbättrad diagnostisk säkerhet".

Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag – LÖF

Jämfört med föregående år har antalet LÖF ärenden minskat något från 331 till 300, vilket kanske kan ligga inom marginalen för en normal årsvariation. Möjligen kan pandemiutbrottet påverkat antalet eftersom det är färre personer sökt vård under 2020 och vi har även gjort färre elektiva operationer

Av de ärenden som registrerats hos LÖF 2020, som berör region Kronoberg, har 25% beviljats ersättning. Det är emellertid en stor del som fortfarande är under bearbetning. Jämförelsevis kan nämnas att 2019 beviljades ersättning i 45 % av region Kronobergs ärende, vilket är en betydande andel. Endast ett fåtal av dessa bedömdes som en vårdskada när vården själva granskade händelsen

Inspektionen för vård och omsorg -IVO

IVO har tagit emot 31 klagomål mot vården, där IVO mottagit ett klagomål som de beslutat att börja utreda. Antalet klagomål som hänvisas tillbaka till vårdgivaren har minskat markant vilket tyder på att informationen om den nya klagomålshanteringen nu nått ut till flertalet av våra medborgare

Regionen har fått kritik från IVO i 32 % av klagomålsärendena, vilket är något högre än föregående år då motsvarande siffra var 25 %. Vanligaste kommentarerna från IVO är brister i dokumentation och informationsöverföring, bristfälliga rutiner och följsamhet eller avsaknad av vårdplan.

Smittutbrott Covid 19

Patientsäkerhetsorganisationen har tillsammans med vårdhygien utrett åtta stycken smittutbrott av Covid-19 inom sjukhusvården. Utbrotten har utretts individuellt men en rad bakomliggande orsaker är gemensamma för de olika utbrotten. Det finns dock även vissa skillnader på vissa enheter verkar smittspridningen först startat i personalgruppen medan det på andra enheter börjat i patientgruppen.

Exempel på troliga orsaker till utbrotten är bristande uppmärksamhet på diffusa nytillkomna symtom hos inneliggande patienter, för tidig testning – covidtest bör tas tidigast 24 timmar efter symtomdebut för att vara tillförlitligt, att personal arbetar trots milda symtom och tidsfördröjning av smittspårning.

En gemensam anmälan enligt Lex Maria, för samtliga utbrott, är gjord då det dels föreligger risk för allvarlig vårdskada men även att patienter drabbats av allvarlig vårdskada med dödsfall som följd.

Risakanalys

Under 2020 har inga önskemål om riskanalyser kommit in till hälso och sjukvårdsnämnden. Där-
emot kommer man under 2021 genomföra en risk och sårbarhetsanalys vad gäller krisberedskap.

En viktig del under 2021 är att informera och utbilda verksamheterna i att lägga in sina riskana-
lyser i synergi. Detta för att kunna ta ut tillförlitlig statistik och följa över tid.

Mål och strategier för kommande år

Nationella handlingsplanen för patientsäkerhet kommer att utgöra grunden för utformande av lo-
kal handlingsplan. Detta arbete var planerat att påbörjas under 2020 men har förskjutits till 2021.

Utbildning inom patientsäkerhet

- Fortsatta utbildningsinsatser om patientsäkerhet för nyanställda via introduktionsutbildningen (grund samt yrkesspecifik).
- Utveckla digitala alternativ ytterligare
- Planering och uppstart av utbildningsinsatser för samtliga personal inom urinvägar, BHK, infarter, trycksår, läkemedelshantering och kommunikation
- ProAct fortsätter vara ett obligatoriskt moment för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor/skötare.

VRI

- Arbete enligt fastställd handlingsplan (se bilaga)
- Fortsatt arbete med Gröna korset som instrument för daglig riskbedömning.
- Arbete vidare med hur vi kan mäta och följa upp resultat från Gröna korset.

Trycksår

- Resursperson i sår och sårbehandling kommer att träffa nätverket för sårsmordnare februari 2021 för utveckling och uppföljning av förbättringsarbeten.
- Sårveckor under vår och höst genomförs som tidigare och den internationella Stop Pressure Ulcer Day kommer att uppmärksammas i november.
- Lokal mätning kommer göras varannan månad. Uppehåll juni-juli.
- PPM trycksår en gång per år
- Obligatorisk utbildning för sjuksköterskor och undersköterskor genomförs i mars. Utbildningen kommer förändras med mer fokus på praktisk träning på lägesändring och avlastning, men kommer som tidigare även innehålla en teoretisk del.
- Införande av uppdaterad individuell vårdplan och utbildningsaktiviteter i samband med detta.

MJG

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

Läkemedelsgenomgångar (LMG)

- Förankra arbetet med läkemedelsgenomgångar så de blir genomförda och dokumenterade enligt fastställda rutiner.
- Utveckla möjligheten att mäta genomförda läkemedelsgenomgångar samt göra det möjligt att mäta utskrivna läkemedelslistor.
- För våren 2021 planeras för ca 300 genomgångar enligt modellen för fördjupade LMG i team.

Nätverksarbete

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

Kommunikation/Dokumentation

- Utbildning i Säker kommunikation fortsätter under 2021
- Förvaltningsgruppen vårddokumentation fortsätter sitt arbete. En av förändringsledarna inom patientsäkerhet deltar i gruppen för att få med patientsäkerhetsperspektivet.
- Implementering av DRIV(-dokumentera rätt i vården) och egenkontroller inom sjukhusvården
- Taligenkänning inom sjukhusvården

Förbättrad diagnostisk säkerhet

- Utbildning inom ”Diagnostisk Säkerhet” av chefläkare till legitimerad personal samt AT och ST läkare
- Sprida folder ”Diagnostisk Säkerhet”
- Mäta och följa upp antalet ovidimerade provsvar
- Årlig sammanställning av avvikelser som rör diagnostiska fel/klagomål för att kunna följa antal över tid
- Stötta verksamheterna vid införande av egenkontroll av dokumentation
- Beslutsstöd i Cosmic

Läkemedel

- Beroendeframkallande läkemedel/vårdorsakat läkemedelsberoende
- Egenkontroll av läkemedelshantering
- Nya arbetssätt i avvikelshanteringssystemet
- Vidareutveckling av utbildningen ”Säker läkemedelshantering”
- Läkemedelsavstämning och läkemedelsgenomgångar (inklusive möjlighet att mäta såväl genomförda läkemedelsgenomgångar som utskrivna läkemedelslistor).

Avvikelsehantering

- Uppgradering av avvikelsehanteringssystemet Synergi
- Definiera roll och ansvar för operativ stödfunktion på verksamhetsnivå som tillsammans med, och på verksamhetschefs uppdrag, samordnar risk- och avvikelsehanteringsprocessen samt tydliggör sambandet mellan denna process och utvecklings- och förändringsarbetet på verksamhetsnivå.
- Vid behov uppdatera befintlig riktlinje.
- Identifiera utbildningsbehov för de involverade rollerna på de olika nivåerna i regionen.

Struktur och kultur för att sprida lärdomar inom organisationen

- Patientsäkerhetsronder återupptas hösten 2021. Som tidigare fokus på uppföljning av händelser, utredningar och anmälningar som inträffat inom enheten det senaste året med tonvikt på genomförda förbättringar och lärande.
Även diskussion kring kultur och systematik kring återkoppling av inträffade händelser. Vid rondan kommer även frågor om hur man arbetar med att säkerställa kompetens hos olika yrkesgrupper. Vid rondan kommer även diskuteras vilka lärdomar man tagit med sig från det gångna pandemiåret. Tex nya arbetssätt

Verksamhetsområdenas specifika mål och strategier

Se respektive Patientsäkerhetsberättelse