

Patientsäkerhetsberättelse

Region Kronoberg 2023



Kontakt:
Pär Lindgren
Zandra Anivike

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Grundläggande förutsättningar för en säker vård	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	5
En god säkerhetskultur	7
Adekvat kunskap och kompetens	8
Medicinska kommittén	10
Patienten som medskapare	10
Egenmonitorering	11
Flygbladet, din säkerhet i vården	11
Invånartjänster	11
Klagomål och synpunkter	11
Patientkontrakt	12
Resursgrupp nära vård	12
Agera för säker vård	12
Öka kunskap om inträffade vårdskador	12
Antal vårdskador	12
Central ärendehantering	13
Markörbaserad journalgranskning Rättsspsykiatri	15
Markörbaserad journalgranskning Specialistpsykiatri	15
Trycksår	16
Vårdrelaterade infektioner VRI	17
Tillförlitliga och säkra system och processer	18
Antibiotikaförskrivning, antal recept per 1000 invånare	18
Följsamhet till Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	19
Följsamhet till riktlinjer för urinvägskateter (KAD)	20
Följsamhet till riktlinjer för infarter	21
Förbättrad diagnostisk säkerhet	23
Journalgranskning röntgenbilder, Tandvården	23
Ledtider standardvårdförlopp (SVF) Cancer	23
Läkemedelsgenomgångar	24
Verksamhetsegen hälsocentral, Rättsspsykiatri	25
Samverkan för att förebygga vårdskador	25
Informationssäkerhet	29
Strålskydd	30
Säker vård här och nu	30
Antal utlokaliseringar per hundra disponibla vårdplatser, sjukhusvård	30
Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser, sjukhusvård	30
Arbetsledarutbildning för sjuksköterskor, Rättsspsykiatri	31
Förbättrat teamarbete	31
Patientsäker beläggningsnivå, Rättsspsykiatri	31
Riskhantering	31
Vårdkoordinatorer primärvård	32
Stärka analys, lärande och utveckling	32
Avvikelse	32
Klagomål och synpunkter	34
Patientsäkerhetsronder	35
Öka riskmedvetenhet och beredskap	37
Daglig riskbedömning enligt Gröna korset modellen	37
Krisberedskap	37
Riskbedömning av inneliggande patienter	37
Riskanalys	38
Utbildning i patientsäkerhet	38

Mål, strategier och utmaningar för kommande år.....	39
Utmaningar Hälso- och sjukvården gemensamt.....	39
Mål och utmaningar respektive verksamhetsområde.....	40
Rättspsykiatri.....	40
Primärvård, Psykiatri och Rehab.....	40
Sjukhusvård.....	41
Tandvården.....	41

Bilagor

- Bilaga 1: Medicinska kommittén*
Bilaga 2: Journalgranskning-röntgenbilder-i-tandvården 2
Bilaga 3: Läkemedelskommittén 2023
Bilaga 4: STRAMA
Bilaga 5: Vårdinformationssystem
Bilaga 6: Strålskyddsbokslut
Bilaga 7: PAN Unga vuxna med psykisk ohälsa
Bilaga 8: PAN Tänk om det är cancer
Bilaga 9: PAN Äldres kontakt med vården



Sammanfattning

Ambitionen har under 2023, liksom 2022, varit att Handlingsplanen (den nationella och den regionala) ska vara ledstjärna för patientsäkerhetsarbetet både på central och verksamhetsnivå. 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) även om det föreligger en stigande trend. Visserligen är det 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 om 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 ett arbete som ska fortsätta 2024.

Vi har under året arbetat för att förbättra våra utredningar av vårdskada. Ytterligare personer har utbildats till analysledare.

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

Ett arbete har gjorts för att ytterligare systematisera utbildning och kompetensutveckling inom patientsäkerhet både för nyanställda och medarbetare som varit i regionen över tid.

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 dokumentet som helhet 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 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 är dynamiskt och kommer att revideras vid behov allt eftersom planerade åtgärder utvecklas

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

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 region gemensamma patientsäkerhetsfrågor. Ett arbetsutskott för patientsäkerhet ansvarar för att hantera inkomna frågor och fördela till rätt forum och förbereda mötesagendan till patientsäkerhetsrådet.

Hälso- och sjukvårdsdirektören och respektive verksamhetsområdeschefer ansvarar för att utse anmälningsansvarig/ ansvariga enligt Lex Maria. I Kronoberg är det chefläkarna och cheftandläkaren som utsetts till anmälningsansvariga.

Verksamhetschef 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

Verksamhetschefer inom respektive verksamhet ansvarar för att ta kontakt med chefläkare vid avvikelser 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

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

Uppföljning och kvalitet/patientsäkerhet ansvarar för att regionen har en central ärendehantering av ärende som delges av LÖF (Regionernas ömsesidiga försäkringskassa) eller IVO (Inspektionen för vård och omsorg).

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

Verksamhetschefer 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

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,

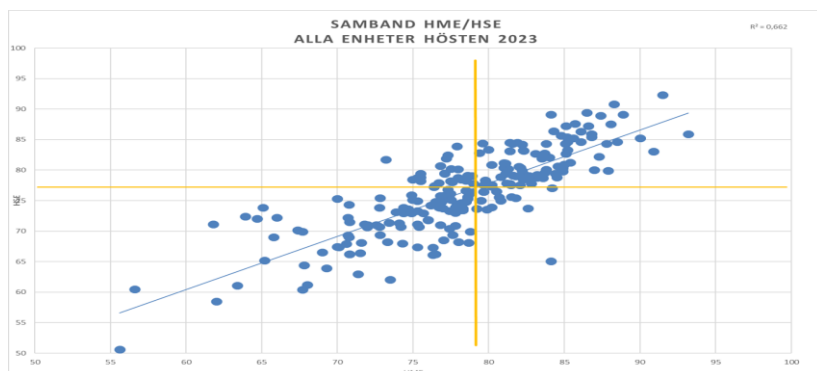
Kliniskt träningscentrum (KTC) ska samla utvecklings- och utbildningsaktiviteter inom

medicinsk och kirurgisk simulation samt icke tekniska färdigheter för att öka kvaliteten och säkerheten i patientarbetet

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. Enheten för Uppföljning och kvalitet sammanställer resultatet och har även gjort en korsjämförelse 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 vårdplastfrågor.

Ett samarbete pågår mellan centrala Patientsäkerhetsorganisationen och regionens HR avdelning avseende hur man skapar en struktur för stöd till verksamheterna i sin uppföljning av resultat.



Folktandvården

Under 2023 har ett tvärfackligt arbete inletts med representanter från arbetsgivare och de fackliga organisationerna SACO, Vision och SRAT. Arbetet fokuserar på att skapa tillit i organisationen och på medarbetarnas kompetensutveckling. Arbetet kommer att fortgå under 2024. Uppföljningen av Pulsmätningen görs på kliniknivå och i ledningsgruppen. Cheferna ges förutsättningar att arbeta och få stöd för att fortsätta bedriva vården med patientsäkerhet i fokus.

Primärvård, Psykiatri och rehab (PPR)

HSE/HME mätningarna och upplevelsen av kulturen på arbetsplatsen tas upp på patientsäkerhetsronder. Generellt får vi vittnesmål om att det är lätt att prata om saker som går fel även om det finns en tydlig tröskel på att skriva avvikelser. Patientsäkerhetsteamet lokalt har upplevts som en viktig del i arbetet då man ser att det finns en mottagare av avvikelser och ett forum för att koppla inträffade händelser till förbättring.

På en enhet framkom vid patientsäkerhetsronden en tydlig diskrepans mellan medarbetares och lokala ledningsgruppens syn på psykologisk trygghet. Här har man mer strukturerat arbetat vidare med föreläsningar och fokusgrupper. Resultaten av pulsmätningen analyseras både i de

enskilda ledningsgrupperna och övergripande för hela PPR.

Resultat från pulsmätningen redovisas på Specialistpsykiatri patientsäkerhetsrund och i nätverket för patientsäkerhet. Resultatet visar att medarbetare inom Specialistpsykiatri inte är rädda för att påtala om något är på väg att gå fel. Medarbetarna upplever också att kliniken inte alltid genomför förbättringar efter negativa händelser eller att vi i mindre grad erbjuder patienter att delta i patientsäkerhetsarbetet. Specialistpsykiatri nätverk för patientsäkerhetsfrågor kommer att fortsätta sitt arbete under 2024.

Rättpsykiatri

Verksamheten har som mål att vara en lärandeorganisation och eftersträvar ett öppet arbetsklimat där misstag används för att förbättra och utveckla verksamhetens patientsäkerhetsarbete. Medarbetare uppmanas att rapportera risker, tillbud och negativa händelser och inkomna avvikelser lyfts och diskuteras på arbetsplatsträffar utifrån ett lärande och icke skuldbeläggande förhållningssätt. Genomförda HSE- och HME-mätningar styrker verksamhetens ambitioner om att vara en lärandeorganisation där bl. a medarbetare vågar samtala om sina misstag. Resultaten från HSE påvisar behov av att fortsätta mot att minska stigmat runt den rättspsykiatriska vården då medarbetare fortfarande uppger att de inte känner sig trygga om en närstående skulle vårdas inom verksamheten.

Sjukhusvården

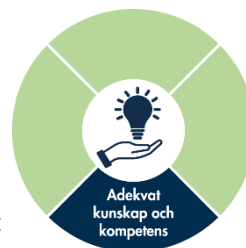
Sjukhusvårdens resultat från säkerhetskulturmätningen visar liknande resultat som föregående år. Dialog kring verksamhetens resultat sker på patientsäkerhetsronden där medarbetare medverkar. Gröna korset används inom slutenvården och bidrar till en kontinuerlig reflektion kring patientsäkerhet.

Identifierade förbättringsområde inom sjukhusvården

- Säkerställa att dialogen kring resultatet sker på arbetsplatsträffarna
- Stärka teamarbetet för att ge mindre erfarna kollegor stöd samt att prioritera reflektion för att skapa psykologisk trygghet.
- Vi behöver dessutom utveckla riskanalyserna gällande patientsäkerheten när förändringar i verksamheten görs.

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 2023 har följande aktiviteter genomförts för att öka kompetens och kunskap inom patientsäkerhetsområdet:

- Utbildning i patientsäkerhet för medarbetare anställda minder än 2 år, både grundläggande och vidareutbildning.
- Årshjul för patientsäkerhets utbildningar är framtagen och publicerad
- Nytt upplägg patientsäkerhetsutbildningar för hälso och sjukvårdspersonal anställda längre än 2 år är framtaget och publicerat.
- Träffar för analysledare i händelseanalyser har genomförts i syfte att utbyta erfarenheter, fylla på kunskap och presentation av nyheter i analysverktyget Nitha

Utbildning för chefer inom patientsäkerhetsområdet och utbildning i hur man internt utreder en vårdskada planeras färdigställas 2024.

Folktandvården

Under 2023 har en klinik bedrivit och redovisat sitt vårdutvecklingsprojekt med hjälp av SKaPa. Under 2023 så har tre nya projekt initierats med hjälp av SKaPa. De grundläggande syftena med SKaPa är att förbättra och utveckla vårdens kvalitet och behandlingsresultat för såväl sjukdomsförebyggande som sjukdomsbehandlande åtgärder avseende tandsjukdomarna karies och parodontit. SKaPa ska också bidra till vårdutveckling inom tandvården, stödja vidareutveckling av nationella riktlinjer och ge underlag för forskning.

Bemanning och schemaläggning gäller dagtid för Folktandvården. Jourverksamheten har verksamhet på helgdagar året om enligt ett särskilt schema. För att som tandläkare vara delaktig av jourverksamheten så ska vederbörande arbetat kliniskt i minst två år. Folktandvården har en handledningsklinik där nya tandläkare under sitt första år kan få teoretisk och praktisk handledning av en äldre kollega.

Primärvård, psykiatri och rehab

Teamarbetet är ett viktigt sätt att i viss mån kunna hantera brist inom vissa yrkeskategorier och ändå säkra en större kontinuitet för patienterna. Arbetet med äldremottagning är ett exempel på detta som har tagit fart under 2023. Parallellt sker även en kompetensutveckling och bildande av nätverk för äldremottagning och vårdkoordinatorer. Det har också bildats ett nätverk för astma/KOL-sköterskor i samband med införande av vårdförloppet, där också team och insatser från flera professioner är centralt. Här pågår också ett arbete för att samarbeta kring patientutbildningarna.

Siffrorna för andel nyanställda som genomgått utbildning i patientsäkerhet ligger fortsatt alldeles för lågt. Cheferna vittnar om att tidsbrist och en pressad vardag gör det svårt att hinna med samt att det är svårt att följa upp i kompetensportalen hur det ser ut på enheten. Två enhetschefer inom Specialistpsykiatri har under sin ledarskapsutbildning gjort ett arbete om hur verksamheten kan förbättra följsamheten kring utbildningar. Detta arbete kommer att spridas i verksamheten framöver.

Sjukhusvård

Bristen på sjuksköterskor ger effekter på patientsäkerheten vilket speglas i överbeläggningar samt utlokaliseringar. Effekterna av förändringarna i AB och hur det påverkar patientsäkerhet utifrån bemanning och arbetsorganisation behöver följas under hela 2024.

Under 2023 har en större satsning genomförts inom Säker kommunikation, där utbildningen har genomförts på plats inom olika verksamheter på båda sjukhusen i regionen. En ny satsning på teamutbildning för medicinläkare har initierats, vilken planeras fortsätta även under 2024.

Deltagande i obligatoriska utbildningar har förbättrats men fortsatt arbete krävs för att säkerställa möjligheten för verksamheterna att delta.

Medicinska kommittén

Se 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.



Primärvård, psykiatri och rehab

Det pågår ett arbete med att öka patientkontrakt och vårdplaner även om det bitvis går trögt. Äldremottagning och vårdkoordinatorer har en viktig roll i att få fart på detta. Specialistpsykiatrien har som mål att alla patienter ska ha en vårdplan i form av patientkontrakt. Denna ska göras ihop med patienten. Enligt markörbaserad journalgranskning har 88% av patienterna en vårdplan vilket är en ökning jämfört med 2022 då 75% av patienterna hade vårdplan. Alla patientkontrakt är dock inte uppdaterade enligt plan vilket är något som behöver förbättras framöver. Uppföljning sker genom journalgranskning. Specialistpsykiatrien har vissa psykoedukativa grupper där patienter är med och håller i vissa delar. Det finns även patientforum på samtliga slutenvårdsavdelningar. Brukarsamordnaren i verksamheten har en resursgrupp av patienter verksamheten kan ställa frågor till

Rättspsykiatri

På vårdavdelningarna bjuds samtliga patienter in att medverka på patientforum 1ggr/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.

Patientenkät med 50 % deltagande har genomförts under december 2023 och resultatet av enkäten uppvisar att patienter delvis och till stor del känt sig delaktiga i sin vård, upplever att vården varit till hjälp för dem samt att vården får ett ganska samt mycket bra betyg.

Sjukhusvård

Vissa verksamheter har skapat resursgrupper med patienter och anhöriga som är delaktiga i

verksamhetsområdenas förbättringsarbete. Det finns även planer på att starta upp en resursgrupp på sjukhusledningsnivå. I samband med införande av skörhetskattning implementeras även konceptet Tänk rehab inom sjukhusvårdens vårdavdelningar. Konceptet syftar till att patienten mobiliseras utifrån sin förmåga som hen hade innan vårdtillfället och utifrån bedömningen från skörhetsskattningen.

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.

Flygbladet, din säkerhet i vården

Patientinformation som togs fram. 2016 både för slutenvård och öppenvård. Syftet med informationsmaterialet är att göra patienten delaktig i sin vård och behandling. Initialt användes materialet frekvent ute i verksamheterna till att nu användas mer sparsamt. materialet är även behov av revidering för att vara aktuellt att återinföra. Arbetet med revidering påbörjades hösten 2023 och ett reviderat material beräknas vara klart för publicering kvartal 1 2024.

Invånartjänster

1177 direkt är regionens nya system för digital anamnes och triagering av patienter i första linjens vård. Systemet har införts på samtliga offentliga vårdcentraler och under Q2 har anslutning gjorts till Personuppgiftstjänsten som hämtar aktuella kontakt- och personuppgifter från 1177 och Skatteverket.

En arbetsrutin och ett beställningsformulär har tillsammans med röntgenenheten skapats på 1177 för att invånarna på ett säkert sätt ska kunna få ta del av sina röntgenbilder digitalt. Kirurgmottagningen har ändrat sitt flöde för kallelser inför operationer och skickar numera ut kallelse med information och länkar till nationell kvalitetsgranskad information via 1177. TeleQ är regionens telefonisystem för kontakten med patienter. Tjänsten används av samtliga vårdgivare som har en köbaserad telefoningång för invånarna.

Vi har under året klassat informationen i systemet enligt regionens rutin för att identifiera känslig och kritisk information och säkerställt att systemet uppfyller de informationssäkerhetskrav som ställs.

Sjukvårdsrådgivningens system som används av 1177 telefoni har fått funktionalitet för elektronisk identifiering via BankID och Freja eID för de patienter som ringer in.

Blåappen är ett system för kommunikation och insamling av självskattningsformulär vid psykisk ohälsa. Under året har vi anslutit systemet till Personuppgiftstjänsten och infört krav på säker inloggning via SITHS-kort.

Klagomål och synpunkter

En välfungerande klagomålshantering är en central del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och ett sätt för patient och närstående att delta i detta arbete. Statistik över klagomål och synpunkter finns i avvikelshanteringssystemet Synergi, Systemet tillhandahåller en dashboard som ger en överblick av bland annat ärendemängd och ärendetyp. För att underlätta analys och uppföljning av klagomål och synpunkter på olika nivåer behöver

ett antal åtgärder vidtas för att skapa tydligare förutsättningar att arbeta med klagomål/synpunkter samt förbättra datakvalitet i avvikelshanteringssystemet. Det finns således förbättringspotential hur vi analyserar klagomål på aggregerad nivå och använder den information som framkommer i förbättringsarbete.

Patientkontrakt

Patientkontraktet är ett koncept i fyra delar som innefattar överenskommelse (vem som gör vad mellan patient och vården), fast vårdkontakt vid behov, överenskomna tider och sammanhållen plan. Patientkontrakt är en dokumenterad överenskommelse mellan vårdgivare och patient för att säkerställa delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan, där patienten är i fokus. För att patienten ska veta vad som ska ske och när dokumenteras det i en vårdplan patientkontrakt. Patienten kan även läsa den själv på 1177. Arbetet med införande har under 2023 ökat i flera verksamheter och under 2024 kommer arbetet fokuseras på primärvården samt sjukhusvården.

Resursgrupp nära vård

Region Kronoberg finns sedan 2018 en grupp med personer med vårderfarenhet som patient och/eller närstående. Gruppens uppdrag är att bidra till att utvecklingen av hälso- och sjukvården och genomförs i linje med hälso- och sjukvårdens utvecklingsstrategi Närmare Kronobergaren. Resursgruppen består i dagsläget av ca 20 personer med olika patient/närstående erfarenhet och som på olika sätt bidrar i utvecklingsarbeten, forskningsprojekt och i utbildningssammanhang.

Agera för säker vård

Öka kunskap om inträffade vårdskador

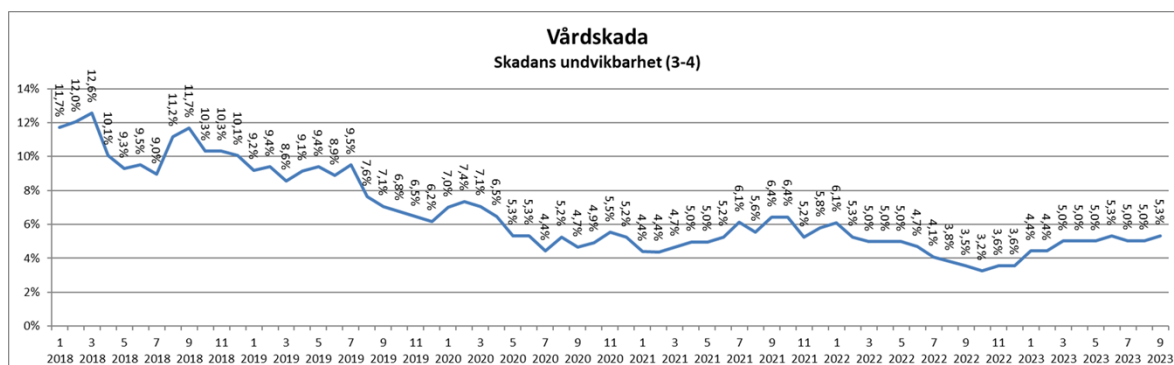


Antal vårdskador

MJG Används för att identifiera skador inom somatisk vuxenvård 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 granskas 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 minska till 4,5%

Resultat:



Analys av resultat: 2023 ses en lätt uppåtgående trend avseende förekomst av vårdskador. Målvärdet uppnås inte även om antal vårdskador rent procentuellt ligger på en fortsatt låg nivå. Fortsatt mätning av förekomst vårdskador behöver ske för att kunna göra bedömningen om trenden fortsätter eller om resultatet kan anses ligga inom normalvariation utifrån det låga antalet granskningar som görs.

Åtgärder: Regionen kommer inte säkert få något mätresultat nästa år enligt metoden för MJG. Detta då SKR avvecklar databasen för den Markörbaserad journalgranskningen varifrån vi får mätvärdet. Patientsäkerhetsarbetet kommer fortsätta som tidigare enligt den regionala handlingsplanen. Men om och hur vi ska mäta vårdskador för 2024 behöver diskuteras. Det känns mycket viktigt att kunna ange ett måttetal för just vårdskador som helhet då patientsäkerhetslag och handlingsplan är utifrån att minska förekomst av vårdskador.

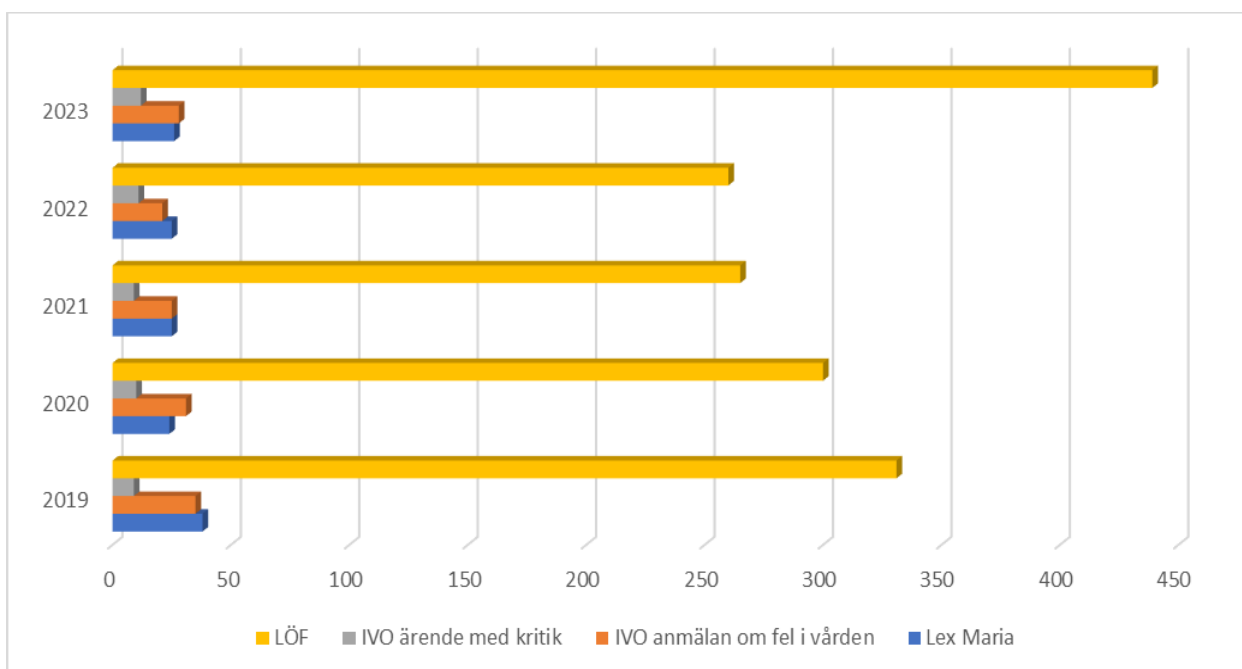
Uppföljning av åtgärd: Eventuella resultat på aggregerad nivå kommer kvartalsvis följas upp av en central analysgrupp som sedan återkopplar till hälso och sjukvårdens ledningsgrupp.

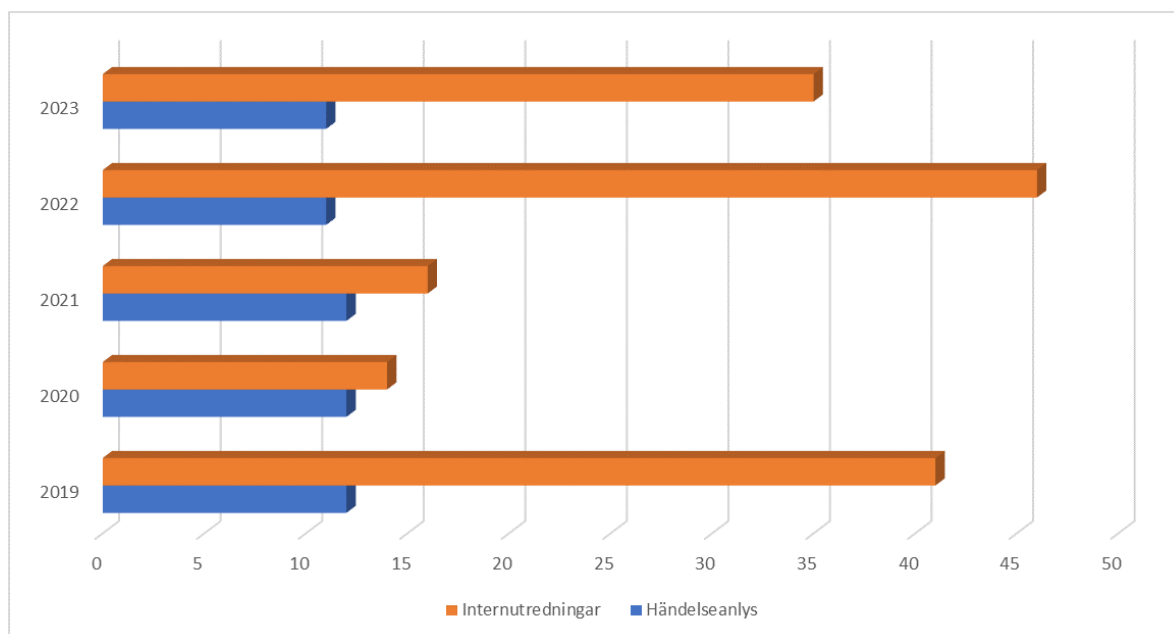
Central ärendehantering

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

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, 2023 gjordes 35 internutredningar och 11 händelseanalyser. Vi ser ett fortsatt behov att utredningarna görs tidigare i relation till att händelsen har inträffat. I nuläget har vi ett för litet antal inom flera av verksamhetsområdena som har kompetens till att leda en utredning speciellt på nivå händelseanalys men även utökad kunskap om att göra en internutredning behövs. Både internutredningar och händelseanalyser har lett till lex Maria anmälan.

Antal gjorda lex Maria ligger på nivå med tidigare år. Beräkning av undvikbara kvalitetsbristkostnader kopplat till lex Maria anmälan påbörjades under 2023. KPP (Kostnad per patient), Södra sjukvårdsregionens prislista och ersättning utbetald från LÖF har använts för att skatta undvikbara kostnader för hälso och sjukvården i regionen. För 2023 skattas summan för undvikbara kostnader till ca 3,8 miljoner kronor. (beräknat på 26 lex Maria). Sett ur ett samhällsekonomiskt perspektiv, där man även tittar på Value of Life Lost (VLL), bestående invaliditetsersättning med potentiellt inkomstbortfall blir summan betydligt högre och närmar sig 100 miljoner kronor.

En ökning ses av antalet inkomna LÖF ärenden och anmälan till IVO om fel i vården. En stor del av ärendena som kom in 2023, både LÖF och IVO, rör händelser som inträffat under åren 2021–2022, dvs de är inte kopplade till produktionsåret 2023. Det innebär att den analys som kan göras avseende den ökade mängden ärenden är att våra patienter under 2023 hade en ökad rapporteringstendens. Oklart varför så är fallet men man kan inte utesluta det ekonomiska perspektivet, framför allt inom tandvården, ej heller undanträngningseffekter av pandemin och det ansträngda läget generellt senaste åren med bl.a begränsad tillgänglighet. Vi behöver fortsätta följa detta över tid då det finns en eftersläpning mellan när händelsen faktiskt inträffade, dvs skadeåret, och när anmälan om ersättning kommer in till oss. Vad produktionsåret 2023 kommer föra med sig vet vi således inte förrän nästa år.

LÖF har beviljat ersättning för vårdskada i ca 40% av de ärenden som anmäls 2023, vilket ligger i nivå med tidigare år. Total summa som utbetalts tom december 2023 från LÖF uppgår till 6 514 159 kr vilket är lägre än föregående år. Emellertid inväntas beslut i ett flertal ärenden, varav några förväntas beviljas en hög ersättning. Totalsumman för 2023 kommer inte vara klar att redovisa förrän efter första kvartalet 2024.

IVO har gjort två inspektioner 2023 som gällde tillsyn av avskiljning, tillsyn av vävnadsinrättningen samt en uppföljning av inspektion avseende vårdplatser

Åtgärd: Under året har en administratör anställts på 40% 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 kanske blir möjligt nästa år när vi skapar en egen ärendetyp för patientsäkerhetsärende i avvikelssystemet., motsvarande det som Patientnämnden gjorde under 2023. Andra prioriterade åtgärder 2024 kommer bli lokal utbildning i internutredning. och erbjuda utbildning för chefer i LÖF och IVO processen. Primärvården kommer 2024 starta upp ett fast analysteam för utredningar i syfte att få bättre kvalitet på internutredningar, motsvarande upplägg som finns inom Specialistpsykiatri.

Uppföljning av åtgärder: Negativa händelser och utredningar följs upp och diskuteras på patientsäkerhetsronder. Lex Maria händelser redovisas på Patientsäkerhetsråd och i de olika patientsäkerhetsnätverken för att sprida lärande i olika organisationsstrukturer. Den centrala ärendehantering fortsätter sammanställa händelser som anmäls i syfte att identifiera övergripande förbättringsområden. Beräkning av vårdskadekostnader vid lex Maria kommer fortsätta även 2024 och ersättningsnivåer hos LÖF kommer följas på aggregerad nivå.

Markörbaserad journalgranskning Rättspsykiatri

Mål: Motverka/ förhindra och tidigt upptäcka eventuella risker för vårdskador. Verksamheten har som mål att granska 36 journaler.

Resultat: under gångna året har 29 journaler granskats (MJG) och tre risker för vårdskador har identifierats. Händelserna har inte anmälts enligt Lex Maria eftersom de har koppling till utredning där ny rutin utformats.

Analys av resultat: MJG för psykiatri använder markörer inte enbart för att identifiera skador. Markörer används också för att kartlägga kvalitetsbrister. Det kan vara brister i följsamhet till riktlinjer och överenskomna arbetssätt, även om en skada inte inträffat. Ett exempel på en sådan markör med dubbel funktion är ”Avsaknad av somatiskt status i samband med slutenvård”.

Åtgärder: Uppmärksammade kvalitetsbrister kommer följas upp och åtgärder vidtas som t ex dokumentationsbrister. SKR avvecklar databasen för den Markörbaserad journalgranskningen varifrån vi får mätvärdet. Patientsäkerhetsarbetet kommer fortsätta som tidigare enligt den regionala handlingsplanen. Men om och hur vi ska mäta vårdskador för 2024 behöver diskuteras.

Uppföljning av åtgärder: Utsedd arbetsgrupp har fått i uppdrag att utforma dokumentationsinstruktioner, ta fram nya mallar i Cosmic samt implementera arbetssättet.

Markörbaserad journalgranskning Specialistpsykiatri

Mål: Barn granska 3 journaler/månad, vuxna granska 10 journaler per månad,

Resultat: Under 2023 har 67 journaler granskats, vilket är något färre än 2022. 1 vårdskada har hittats. Inom psykiatri får man också fram kvalitetsmarkörer. De vanligaste i Kronoberg är:

- Oplanerat besök på psykiatrisk akutmottagning
- Somatiskt status saknas vid inskrivning i slutenvård
- Avsaknad av närståendekontakt

Analys av resultat: Antalet vårdskador ligger på en jämn nivå. Sedan granskningarna startade har skadeantalet per år legat mellan 0 och 1. Andel patienter där man inte genomfört somatiskt status vid inskrivning i slutenvård har ökat markant. Detta återspeglas även i avvikelser där det inkommit ett antal angående bristande somatiskt omhändertagande av patienter. Detta trots att en tidigare händelseanalys visat på problemet och riktlinjerna för somatiskt status vid

inskrivning har förtydligats.

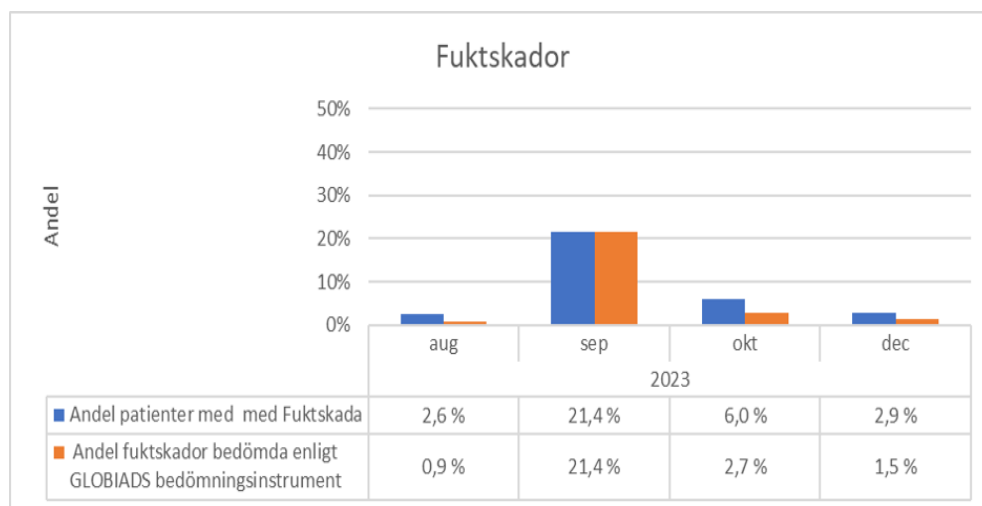
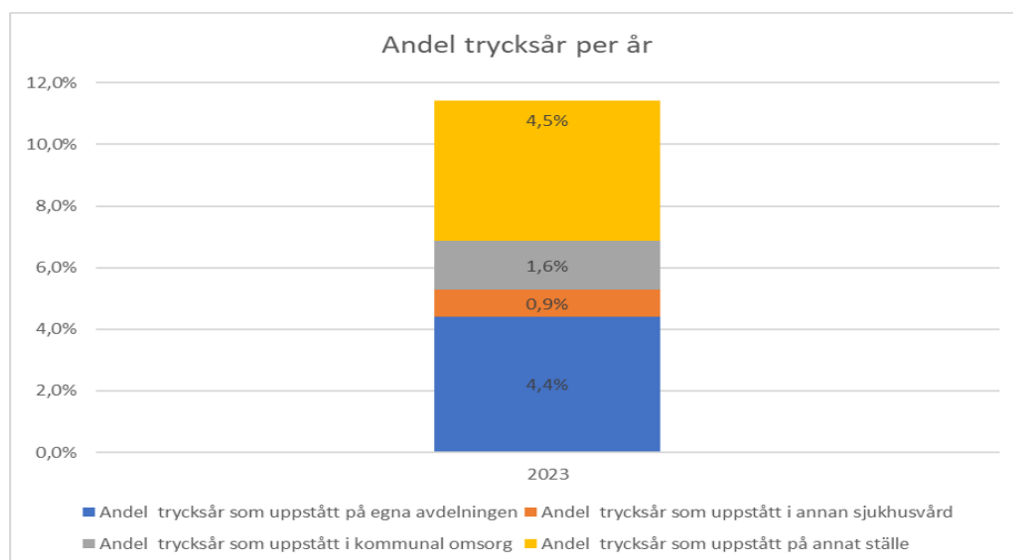
Åtgärd: Under 2024 kommer fortsatt journaler att granskas enligt metoden. Till nästa år kommer det att finnas resultat även för barnpsykiatrisk verksamhet.

Uppföljning av åtgärd: SKR avvecklar databasen för den Markörbaserad journalgranskningen varifrån vi idag får mätvärden. Om och på vilket sätt vi ska mäta och följa upp vårdskador enligt MJG framöver behöver diskuteras på regionövergripande nivå

Trycksår

Mål: Återuppta mätningar och revidera mallen för registrering.: Förekomst av trycksår som uppkommer i slutenvården ska ej ligga över 3%.

Resultat:



Analys av resultat: Ny mall för registrering infördes i augusti 2023 vilket möjliggör analys av både förekomst av trycksår och fuktskada samt vart skadan uppstått. Tidigare har personal ute i verksamheten känt en osäkerhet kring vad som är fuktskada respektive trycksår och då valt att registrera som ett trycksår. Jämfört med föregående år är nu mätresultaten således validerade. Resultatet visar att de flesta trycksår som registreras har uppstått inom regionens verksamhet. Utfallet för perioden augusti till december (6,1%) ligger högre än målvärdet. Resultatet visar även att dokumentation av *riskbedömning* av patienterna är ett regiongemensamt förbättringsområde. I riskbedömningen ingår bedömning av huden.

Tänkbara orsaker till att vi inte når målet kan vara ökad vårdtyngd med svårt sjuka patienter, större andel utlokaliserade patienter och överbeläggningar och att vi fram till våren 2023 inte haft någon sammanhållande person för arbetet med trycksårprevention. Regionen har även som föregående år delvis haft svårt att nå ut med den digitala utbildningen i trycksårprevention.

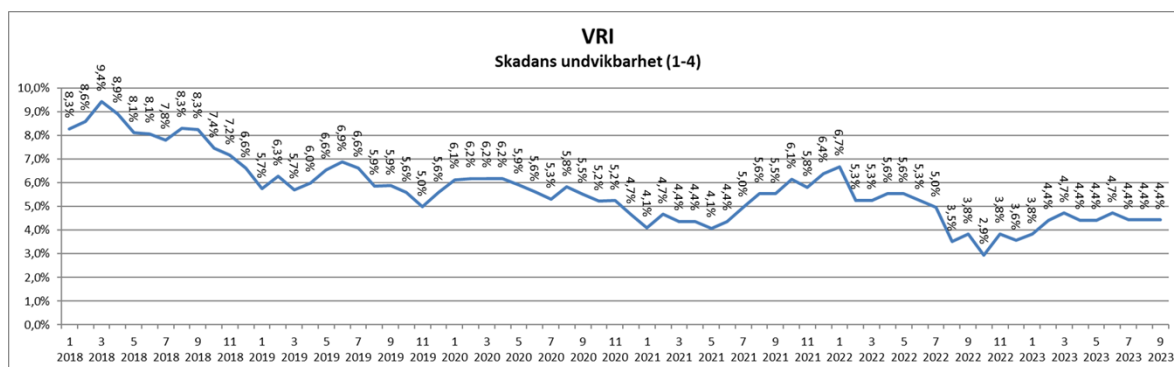
Åtgärd: Våren 2023 anställdes en ny förändringeldare inom patientsäkerhet med inriktning mot trycksårprevention. Trycksårsresurserna i Regionen har under året fått utbildning i den nya mallen samt ett nytt fickkort ”GLOBIAD”- kategorisering av fuktskada. Fysiska besök har gjorts på de avdelningar som haft ett sämre resultat i syfte att stödja verksamheten i hur man kan arbeta för att minska förekomsten av trycksår. Ett arbete för att fotodokumentera trycksår till journalen har påbörjats under 2023. 2024 planeras utbildning för trycksårsresurserna/sårombud, i samarbete med sårsköterskorna. Syftet med utbildningen är att ge förståelse för vikten av trycksårprevention och att använda sig av de hjälpmedel/förebyggande material men även öka kunskap om hur vi behandlar patienter som fått ett trycksår. Vidare lanseras 2024 nya kompetenskort för trycksårprevention. Regiongemensam plan för utbildning i trycksårprevention för medarbetare är framtagen där en riktad utbildningsinsats kommer ske i samband Nationella trycksårsdagen i november.

Uppföljning av åtgärd: Fortsatta lokala mätningar 5 ggr per år. Kvartalsvis uppföljning av hur många medarbetare som genomfört obligatorisk utbildning i trycksårprevention. Det kommer även vara möjligt att ta fram resultat för varje enskild enhet. Analys görs även på aggregerad nivå av centrala Patientsäkerhetsorganisationen och presenteras för hälso och sjukvårdens ledningsgrupp och patientsäkerhetsrådet.

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: Det är endast vårdrelaterade infektioner som uppstått under vistelse på sjukhus som ingår i MJG-mätningen, dvs skador som uppstått inom primärvård, kommunal vård eller annan region separeras. Enligt MJG har förekomst av VRI under 2023 legat stabilt på ett utfall runt 4,4 %. Motsvarande utfall för undvikbara VRI har legat runt 3% under året med tendens till uppåtgående kurva under hösten. Det man kan fundera på är om vår siffra trots att den stigit något fortfarande är bra, trots att 3,1 % inte nås.

Under våren 2023 genomfördes den europeiska punktprevalensmätning ECDC PPM. Mätningen görs var 5 år och är en del i det globala arbetet att förebygga vårdrelaterade infektioner och spridning av antibiotikaresistens. Punktprevalensmätning görs vid en bestämd tidpunkt och alla vårdrelaterade infektioner registreras, oavsett om det uppstått inne på

sjukhus, på andra sjukhus, i kommunal vård (SÄBO) eller inom primärvård. Resultatet av PPM mätningen för VRI hamnade på en högre nivå. En förklaring till differensen är att MJG görs med sk ”facit i hand”. Det innebär att man vid granskningstillfället vet om patientens symtom in facto berodde på en vårdrelaterad infektion eller inte. Trots att mätmetoderna är olika bekräftar resultaten att regionens satsning på förebyggande av vårdrelaterad urinvägsinfektion-UVI, vårdrelaterad pneumoni och infartsrelaterade infektioner har varit korrekta beslut. Nytt fokusområde framöver inom regional sjukvård bör vara arbetet med postoperativa infektioner.

Åtgärder: Patientsäkerhetsarbetet som gjorts enligt vår handlingsplan är inriktat på att begränsa antalet vårdskador och där ingår VRI. Det arbetet kommer fortsättas under 2024. Förekomst av VRI kommer från och med 2024 följas via infektionsverktyget och här måste ett målvärde tydligt definieras och diskussion om rimlig låg nivå behöver stämmas av med vårdhygien. Två förändringsledare Patientsäkerhet med inriktning VRI har varit delaktiga i projektgruppen för Infektionsverktyget och även validerat det första resultatet efter införandet. Den regionala åtgärdsplanen för arbetet med att minska VRI är under revidering och Vägledningen för vårdhygieniskt arbete (SKR) ligger till grund för det nya upplägget. Inom tandvården mäts i nuläget inte förekomst av VRI. Arbeta behöver påbörjas med att identifiera VRI inom tandvården. Ett led i detta kan vara införande av infektionsverktyget även inom tandvården. Hygienronder planeras inom tandvården för 2024. Hygienansvarig i samarbete med hygiensjuksköterska tar fram ett underlag specifikt för Folktandvården.

Uppföljning av åtgärder: Infektionsverktyget kommer vara informationskällan för att mäta förekomst av VRI. Resultat på aggregerad nivå kommer kvartalsvis följas upp av en central analysgrupp som sedan återkopplar till hälso och sjukvårdens ledningsgrupp och patientsäkerhetsrådet samt till förändringsledare patientsäkerhet VRI. Det kommer även vara även möjligt för varje enhet att ta fram sina egna resultat.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Antibiotikaföreskrivning, antal recept per 1000 invånare

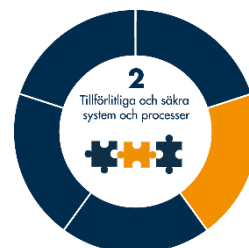
Mål: 250

Resultat: 279

Analys av resultat: Efter en kraftig nedgång av antibiotikaanvändningen under pandemin har utvecklingen vänt och användningen ökar stadigt. Nivån börjar närma sig den före pandemin. Kronoberg hör till de regioner i landet som har en hög antibiotikaanvändning. Finns en stor spridning mellan olika verksamheter. Många vittnar om att föreskrivningen stiger om man har hyrläkare som bara arbetar kortvarigt på enheten och det blir också svårt att bedriva ett förbättringsarbete när man inte har fast anställda läkare.

Åtgärd: Fortsatt arbete med rationell antibiotikaanvändning är nödvändigt för att bromsa ökningen och på sikt nå målet. Inom PPR finns stödmaterial för de enheter som vill jobba vidare med frågan.

Uppföljning av åtgärd: Intern kontroll och kvartalsrapportering



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.

Workshop med representanter från samtliga berörda verksamheter hölls med fokus på hur vårddokumentationen i region Kronoberg ska förbättras. Patientrepresentant medverkade också vid denna workshop.

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. Som en fortsättning på utfallet av granskningen genomfördes i oktober 2023 en workshop med bred representation från kärnverksamhet- och stödverksamhet för att samla in synpunkter gällande synen på god och säker vårddokumentation och identifiera aktiviteter/förbättringsområden för fortsatt utveckling av vårddokumentationen i region Kronoberg. Två frågeställningar lyftes: vad är god och säker vårddokumentation för dig och vilka risker ser du i vårddokumentationen idag. Utifrån svaren som framkom identifierades fyra huvudområde: Ledning/styrning och struktur, System stöd, Utbildning/kompetens och Vårddokumentationens innehåll ett fortsatt arbetsupplägg.

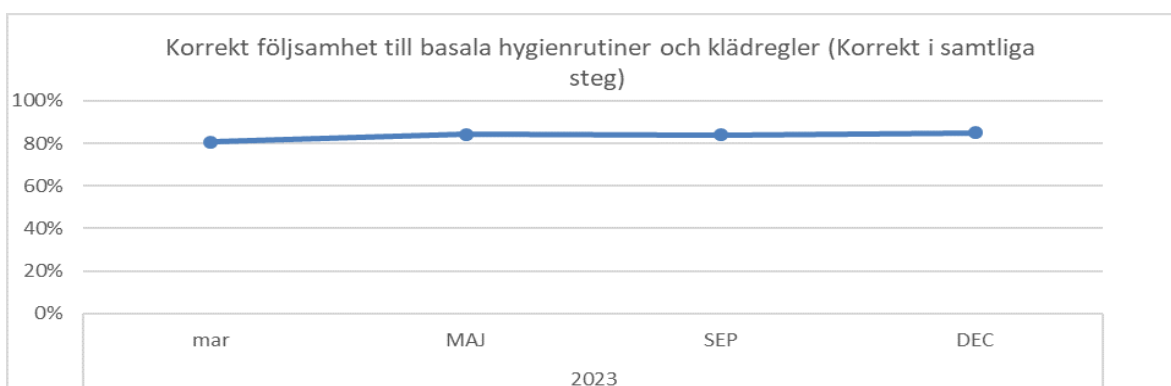
Åtgärd: Kvalitetsgranskning av vårddokumentationen ska åter göras från centralt håll under året. Utbildning av personal i vårddokumentation, som en del i patientsäkerhetsutbildnings paketet startar. Fortsatt utveckling av gemensam struktur för vårddokumentationen utifrån de områden som framkom under den workshop som ägt rum. Detta förbättringsarbete kommer genomföras genom fyra arbetsgrupper med olika fokusområden och kommer att läggas som ett projekt med en tid på 2 år.

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.

Följsamhet till Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Mål: 100%

Resultat



Analys av resultat: Det totala resultatet för året är 83% följsamhet till BHK. Ett resultat som legat stabilt sedan 2021. Följsamheten till enbart hygienregler under 2023 är 86% och klädregler 95% vilket på totalen får anses vara ett mycket bra resultat. Förbättringspotential finns fortfarande vad gäller handdesinfektion före patientnära vård och före användning av handskar (93% följsamhet). Verksamhetsområdena ligger på stabila resultat senaste två åren.

Rättsspsykiatri har ökat från 63% till 70% från 2022.

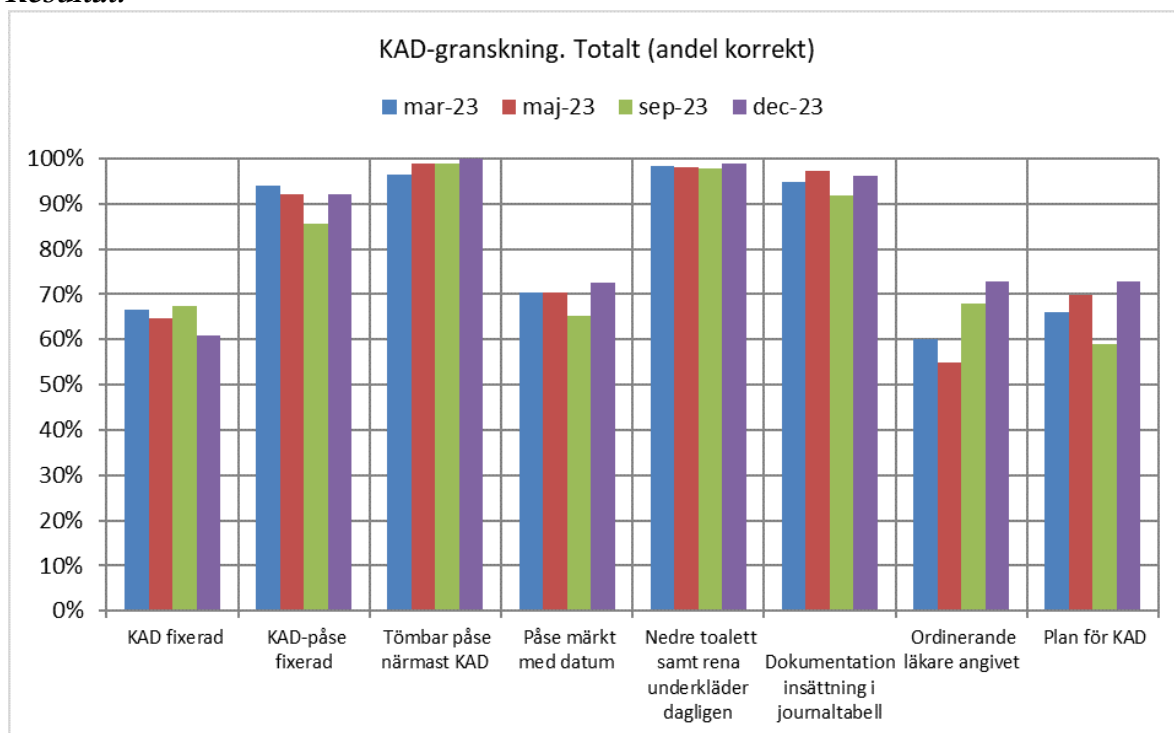
Åtgärder: Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) görs kvartalsvis. Efter varje granskning sammanställs resultatet på övergripande nivå, per verksamhetsområde och per klinik. Utifrån dessa resultat skapas förbättringsområden i olika storlek och på olika nivå och förändringsledare patientsäkerhet finns som stöd till verksamhetens BHK resurser i detta arbete. Förslag till förbättringsåtgärder finns nu i mätprotokollen i de fall följsamhet till BHK är lägre än 90%. Under året har QR-koder skapats i syfte att underlätta för vårdpersonal att hitta vanligt förekommande rutiner/riktlinjer inom hygienområdet. Nya Quiz-frågor inom BHK har skapats som ett verktyg för att ytterligare öka kunskap och vara ett underlag i diskussion kring ämnet på enheten. BHK är obligatorisk utbildning för alla medarbetare som arbetar med patientarbete.

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 görs även på aggregerad nivå av centrala Patientsäkerhetsorganisationen och presenteras för hälso och sjukvårdens ledningsgrupp och patientsäkerhetsrådet.

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 KAD-rutiner visar ett totalt resultat på 81% följsamhet till rutinerna. Resultatet på totalen i december 2023 ligger ca 10% högre jämfört med mätningen i mars 2022. Områden som främst har förbättrats sedan föregående år är, påse

märkt med datum och ordinerande läkare angivet. Fortfarande finns förbättringspotential inom dessa områden samt inom fixering av KAD. Förekomst av KAD-relaterad urinvägsinfektion (UVI) har varierat mellan 2–11% i de fyra granskningarna under året. Urinvägsresurserna har uppmanats att skriva avvikelser på de KAD-relaterade UVI som upptäcks vid granskning för att kunna utreda dem eftersom de är att betraktas som vårdskador. Vid utbildning i KAD-sättning har utbildarna uppmärksammat att undersköterskestudenterna har dåliga baskunskaper vilket har återkopplats till både utbildningarnas kontaktpersoner i regionen men även återkopplats till verksamhetsutvecklare i de olika verksamhetsområdena.

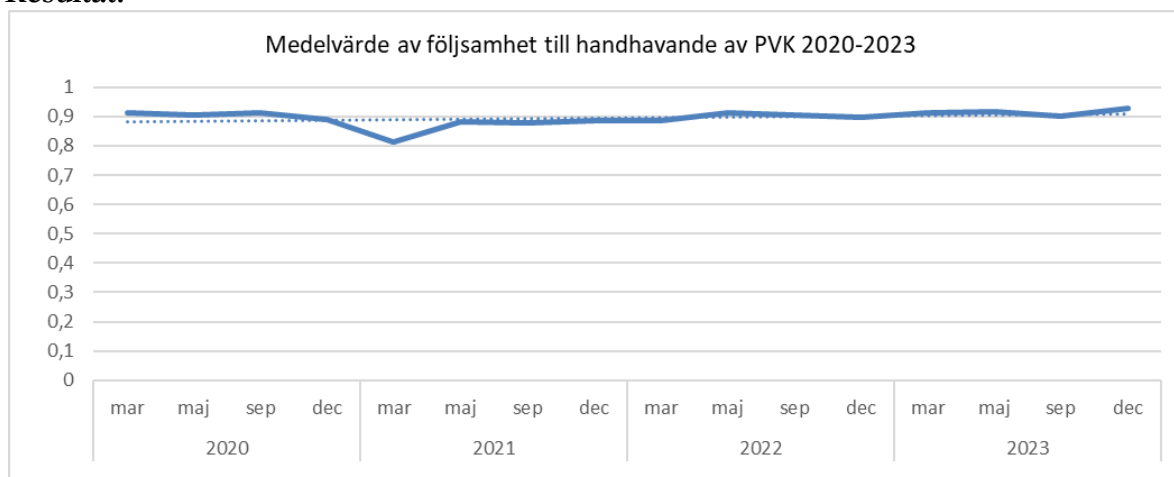
Åtgärd: Information har givits på möten med KAD-resurser om olika typer av KAD, ädelmetallkatetrar, vikten av att fixera KAD och märka påsarna. Ett fickkort med syfte att minska kateteranvändning och kateterinfektioner har tagits fram och var klart under hösten. Implementering pågår. En blåsövervakningsrutin för barn har blivit klar under året. Lathund för användning av journaltabell har tagits fram. En önskan har kommit in om att även kommunerna använder journaltabell. Möjligheterna till detta kommer undersökas under 2024.

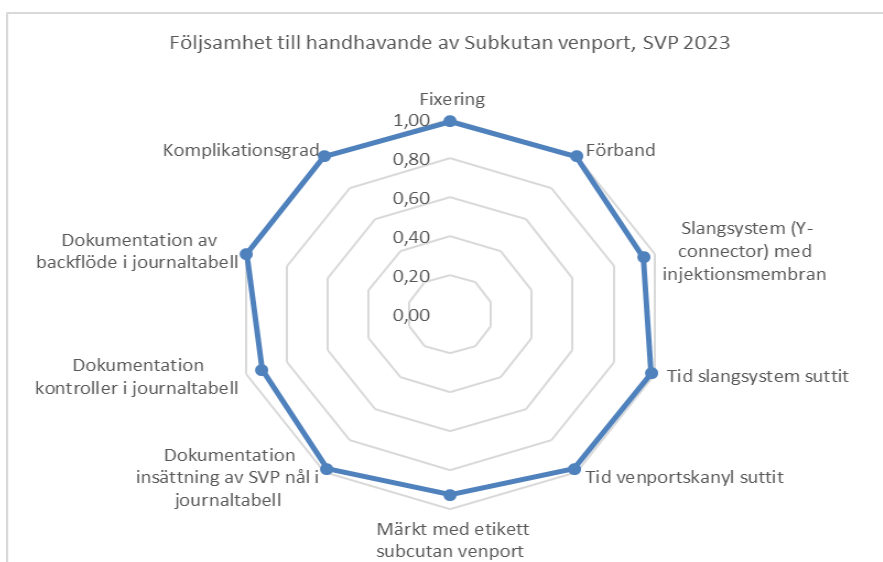
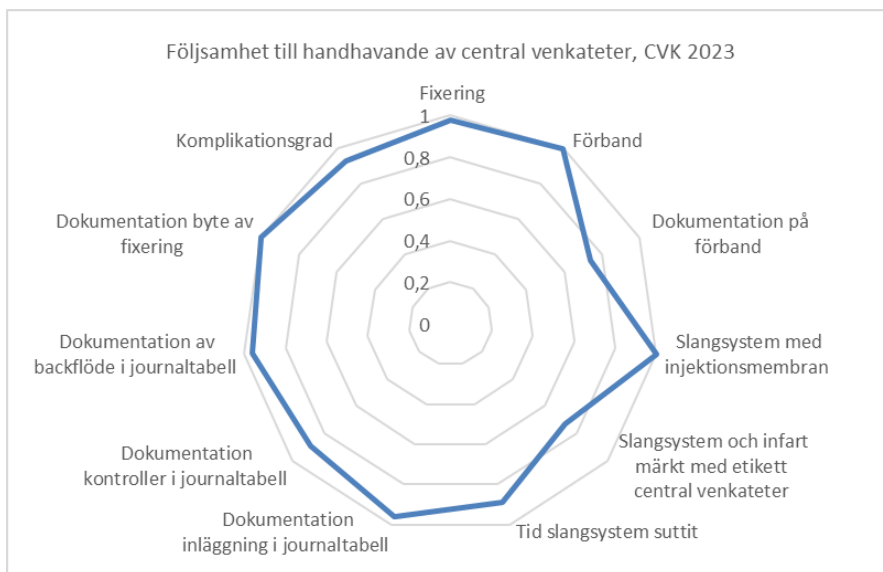
Uppföljning av åtgärd: Alla mätresultat finns tillgängliga för verksamheter och ledningsgrupper att ta del av, uppdateras kvartalsvis. Mätning av vårdrelaterade UVI kommer göras via infektionsverktyget. Det finns en kontaktperson per verksamhetsområde som får sammanställning av områdets resultat och som sedan säkerställer att resultaten förmedlas ut i linjeorganisationen. Diskussion kring mätresultat görs på verksamheternas återkommande patientsäkerhetsronder. Analys görs även på aggregerad nivå av centrala Patientsäkerhetsorganisationen och presenteras för hälso och sjukvårdens ledningsgrupp och patientsäkerhetsrådet.

Följsamhet till riktlinjer för infarter

Mål: 100% följsamhet till riktlinjer för infarter

Resultat:





Analys av resultat: Följsamhet till riktlinjer för Perifer venkateter, PVK, ligger på en hög stabil nivå över tid, dock finns utrymme för förbättringar. 2023 är första året som mätresultat kan tas fram för Central venkateter, CVK, och Subkutan venport, SVP. Resultaten för CVK och SVP visar på hög följsamhet sett på totalen samtidigt som det tydligt finns ett par förbättringsområden. Förbättringsområdena är detsamma som identifierats för PVK:

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

Åtgärder: I regionen används Nexiva PVK med ett alltiätt system som förutsatt följsamhet på 85% till dokumentation av dagliga dokumenterade kontroller har en förlängd liggetid till 7 dygn. De enheter som inte når 85% ska se över sina rutiner och vidta åtgärder för att nå 85%. Digitala utbildningar har skapats i syfte att dels upprätthålla kompetens hos sjuksköterskor som inte är nyanställda. Utbildningarna kan även användas av infartsresurserna ute i verksamheterna i repetitionssyfte. För nyanställda sjuksköterskor ingår infartsutbildning i regionens utvecklingsprogram. Nyanställda undersköterskor som deltar i regionens introduktionsprogram kommer erhålla anpassad utbildning i 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 slutföra det pågående arbete som finns att med flödesschema säkerställa för barn möjligheten till bästa infart.

Uppföljning av åtgärd: 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 sker på verksamheternas återkommande patientsäkerhetsronder. Analys görs även på aggregerad nivå av centrala Patientsäkerhetsorganisationen och presenteras för hälso och sjukvårdens ledningsgrupp och patientsäkerhetsrådet.

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 2023 har till stor del varit verksamhetsanknutet men frågan har lyfts i en rad händelseanalyser som återförts till verksamheterna. Via chefläkare har arbetet kring diagnostisk säkerhet spridits nationellt. 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. Vi ser en viss förbättring i resultaten avseende vidimering av provsvar. Spridning av arbetet har skett till sjukvårdsregion Mellan Sverige, Centralsjukhuset i Kristianstad samt nationellt via webinarium anordnat av Läkartidningen.

Åtgärd: Utifrån beslutade åtgärder i händelseanalyser så kommer utbildningsinsatser för olika läkargrupper att startas under 2024.

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

Journalgranskning röntgenbilder, Tandvården

Mål: Granska kvaliteten av våra röntgenbilder och ta fram förbättringsområden.

Resultat: 200 journaler granskades, **resultat se separat bilaga**

Ledtider standardvårdförlopp (SVF) Cancer

Mål: 60%

Resultat: 32,8%

Analys av resultat: Primärvård, psykiatri och rehab, PPR, har många avvikelser kring SVF-förloppen men det är en mängd olika faktorer som ligger bakom dessa, tex bristande kännedom om förloppen och kriterierna. I många fall handlar det även om svårigheter att göra uppföljningar, brister i intern kommunikation och svårigheter att identifiera rätt patienter i bruset på en vårdcentral. Det saknas även tillräckligt med resurser inom diagnostik och behandling i flera processer. Könsatsningen på mammografin har inte fullt ut kunnat mötas upp.

Åtgärder: PPR fortsätter samarbetet med cancersamordnaren för att se vad man kan jobba vidare med. Tydligare styrning och ansvar för processarbetet behövs samt bättre samordning mellan enheter för planering av nästa steg i processen. Förändringar inom urologin kommer att

förbättra processen, korta ledtiderna och frigöra läkarresurser.

Uppföljning av åtgärder: Intern kontroll och kvartalsrapportering

Läkemedelsgenomgångar

Mål: Förekomsten av dokumenterade läkemedelsgenomgångar samt utskriven läkemedelslista ska årligen öka

Resultat: "Andelen patienter ≥ 75 år som är ordinerad ≥ 5 läkemedel och där en LMG dokumenterats senaste 12 månaderna" presenteras i Qlik View samt i Regionkollen. I december 2022 var denna andel 27,5%. Motsvarande siffra i december 2023 var 29,4%. Måttet följs kvartalsvis i hälso- och sjukvårdens verksamhetsplan.

En läkemedelsgenomgång ska resultera i att patienten får en uppdaterad läkemedelslista. Måttet "Utskriven läkemedelslista i samband med öppenvårdsbesök" har tagits fram under året och presenteras i Regionkollen. Under 2023 har 19% av patienterna fått sin läkemedelslista utskriven vid besöket. Ca 800 fördjupade läkemedelsgenomgångar enligt teammodellen har genomförts under 2023. För 2024 planeras arbete i samma utsträckning.

Analys av resultat: Andelen dokumenterade läkemedelsgenomgångar har ökat senaste året från 27,5 till 29,4%, spridning mellan enheter finns. Delvis kan ökningen förklaras av att man hittat ett fel i urvalet i applikationen som nu är tillrättat. Måttet "Utskriven läkemedelslista i samband med öppenvårdsbesök" är nytt. Resultatet har presenterats på vårdcentraler och aktuella kliniker dvs de som har mottagningsverksamhet. Även här finns spridning mellan enheter. För 2024 planeras för ca 800 fördjupade läkemedelsgenomgångar enligt teammodellen.

Åtgärd: Under 2023 påbörjades påbörjats arbetet att implementera "Säker läkemedelsanvändning i slutenvården". Detta arbete kommer även fortsätta 2024. Ett projekt har genomförts på akutmottagningen där man undersökt möjligheterna till att använda patienten själv i arbetet med att uppdatera läkemedelslistan, men även i primärvården. Detta skulle tex kunna ske via 1177 eller i väntrummet. Fortsatt arbete och utvärdering av projekt kommer göras under 2024. Inom PPR kommer läkemedelsgenomgångar att vara ett av målen som har satts som prioriteringsarbete 2024. Styrgruppen för läkemedelssäkerheten behöver fortsätta sitt arbete under 2024 för att bidra till att en struktur fastställs för hur "Läkemedelsgenomgångar" samt "Egenkontroll av läkemedelshantering" ska hanteras på lång sikt.

Uppföljning av åtgärd:

Andelen dokumenterade läkemedelsgenomgångar. Andel som fått en utskriven läkemedelslista i samband med öppenvårdsbesök. Antal utförda fördjupade läkemedelsgenomgångar enligt teammodellen. Ta ställning till införande av arbetssättet som testades på akutmottagningen. Utvärdera framtagna struktur för hur "Läkemedelsgenomgångar" samt "Egenkontroll av läkemedelshantering" ska hanteras.

Ovidimerade provsvar efter 14 dagar (*patologi, cytologi, mikrobiologi, röntgen och klin fys*)

Mål: 1000

Resultat: Sjukhusvård (SHV)1037, Primärvård, psykiatri och rehab (PPR) 495

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. Inom sjukhusvården finns rutiner på klinikerna överlag samt dialog kring vikten av att vidimera sker.

PPR ligger under målvärdet men rapporterar en stigande trend jämfört med 2022. Antalet

varierar påtagligt mellan enheter. Vissa tekniska bekymmer rapporteras om gällande appen i Regionkollen.

Åtgärder: Resultatet har tydligt förbättrats jämfört med föregående år, men det uppsatta målet är inte uppnått. Under året har 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

Verksamhetsegen hälsocentral, Rättsspsykiatri

Mål: Minimera stress och utsatthet hos patienten, förhindra rymningsrisk och att samhällsskyddsaspekten äventyras samt optimalt nyttjande av verksamhetens resurser.

Resultat: Under gångna året har 62 patienter genomfört hälsosamtal. Cirka 50% av dessa patienter har påbörjat arbete med livsstilsförändring.

Analys: Så väl patienter som medarbetare upplever en stor smidighet i att ha nära till den verksamhetsegena hälsocentralen. Nu kan även de patienter som varit mindre prioriterade och inte haft akut behov få tillgång på förebyggande somatiska vårdinsatser t ex livsstils och levnadsvanor.

Åtgärd: Fortsätta utveckla och internt sprida utbudet av hälsocentralens vårdinsatser samt fortsätta erbjuda patienter kartläggning och vid behov motivera dem till att förändra livsstil och levnadsvanor.

Uppföljning. Fortlöpande möten med avdelningschef, vårdområdeschef, vårdutvecklare och chefsöverläkare.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Hyroberoende

Primärvård och rehab

Inhyrd personal är ett stort problem i primärvården och kommer sannolikt fortsätta vara så under 2024. Ett stort fokus är att vidareutveckla arbetssätt och skapa mer gemensamma lösningar mellan vårdcentraler. Parallellt sker insatser för att minska andelen hyrläkare, vilket är en stor utmaning inom primärvården. Man arbetar med att kompensera för riskerna, bland annat genom att bygga kontinuitet på annan yrkesprofession.

Rättsspsykiatri

På rättsspsykiatriska regionkliniken roterar personalen över avdelningsgränserna vid behov. Kliniken genomför också en operativ ledarskapsutveckling för anställda sjuksköterskor som en kompetensutveckling och ett led i att utveckla teamarbetet runt patienten. Rekrytering av sjuksköterskor är ett pågående arbete. Verksamheten är att betrakta som hyroberoende (2% el lägre).

Sjukhusvård

På länets sjukhus genomförs olika anpassningar i verksamheten för att använda vårdplatserna och den samlade kompetensen på bästa sätt. Bland annat pågår arbete med att utöka samarbeten mellan vårdavdelningar, samlokalisering av avdelningar och schemaöversyn. Samtidigt genomförs förändringar av arbetssätt och man ser över möjligheten att förstärka med andra yrkeskategorier, till exempel farmaceuter.

Länsövergripande samverkan kring avvikelser

Målet med samverkan är att möjliggöra för länets ledningsgrupp att säkerställa att patientsäkerhetsperspektivet tas med i förbättringsarbetet mellan regionen och länets kommuner. Analysgruppen, som består av bred representation från region och kommun, träffas regelbundet och två gånger/år, i mars och oktober, skickar gruppen en rapport till länets ledningsgrupp innehållande en beskrivning och övergripande analys av de analyserade avvikelserna. Med anledning av att länets ledningsgrupp under 2024 kommer genomföra ett förbättringsarbete utifrån ett antal processgrupper, kommer även en revidering av arbetssättet med avvikelser att göras.

Nära vård i hemmet

Nära vård i hemmet i Region Kronoberg möjliggör för patienter med komplexa vård- och omsorgsbehov att få en personcentrerad nära vård i anslutning till det egna hemmet. Den nära vården i hemmet är till för alla invånare i länet oavsett ålder. Nära kan innebära flera saker, bland annat geografisk närhet, närhet i relationer mellan patient och professioner, närhet i kontinuitet, samordning och trygghet. Rent praktiskt kan nära vård innebära samordning och samverkan i nya arbetsformer och flöden för vård i hemmet, antingen fysiskt eller digitalt. Utgångspunkten bör vara ett personcentrerat synsätt och behovet hos den enskilde individen och dennes anhöriga. Pågående delprojekt; Vårdkoordinatorer, kontaktvägar läkare till läkare inom specialistvård och regional primärvård samt samverkan mellan ambulans, vårdcentral och kommun i hela länet.

Skörhetsskattning

Skörhetsskattning för patienter över 65 år införs inom ramen för Nära vård i hemmet. Skörhetsskattningen ger en helhetsbild av patientens funktion innan akut insjuknande och är en hjälp vid planering av vård och rehabilitering. Med hjälp av bedömningsinstrumentet så talar vi samma språk och får samma objektiva bild av patienten genom hela sjukvårdskedjan. Ett arbete över organisationsgränser med patienten i centrum. Som en del i införandet utbildas skörhetsambassadörer i Region Kronoberg och länets kommuner. Efter genomförd utbildning ska ambassadörerna sprida och förankra arbetet med skörhetsskattning inom sin verksamhet.

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 underhålls på ett adekvat sätt för att den ska vara säker att använda. Bristen på underhåll ökar risken för oplanerade driftstopp, vilket kan påverka både patientsäkerheten och tillgängligheten negativt. Utrustningsparken ökar kontinuerligt och i december 2023 fanns det drygt 18 500 registrerade utrustningar i MFTs inventoriesystem Medusa. Ökningen har i snitt varit 3 % per år de senaste 20 åren. MFT har i uppgift att underhålla denna utrustningspark, men verksamhetens resurser har inte ökat i takt med utrustningsparken. Det innebär att MFT idag är bemannad och budgeterad för att ta hand om ungefär halva utrustningsparken, vilket inte kan ses bidra till en hög patientsäkerhet i utrustningsparken.

Patientsäkerhetsnätverk

Patientsäkerhetsnätverk finns inom Sjukhusvården, Specialistpsykiatri och Primärvården. Syftet med mötet är att sprida information, kunskap och goda exempel till och mellan verksamheterna men nätverken är även ett forum för att diskutera risker t ex inför sommaren.

Inom tandvården finns en patientsäkerhetsgrupp med motsvarande funktion och syfte som

nätverken.

Riskbarn, tandvården

Färska statistiken visar på ohälsa hos 6% av 3-åringar när de uppnått en ålder på 6 år så har andelen ökat till 28%. Tandvården samarbetar med barnhälsovården för att tidigt identifiera barn med ökad risk för ohälsa. Avstämningsmöte med barnhälsovården hålls två gånger per år. Vid mötet diskuteras hur man kan samarbetet både för den enskilde individen med risk för ohälsa, men även på ett övergripande plan. För att ytterligare förbättra förutsättningen att identifiera de sjukaste barnen, genomfördes 2023 pilottest av en utökad barnanamnes/riskbedömning på två av tandvårdens kliniker. Syftet med utökad barnanamnes/riskbedömning är tidigt se signaler på ohälsa och sätta in sjukdomsförebyggande vård innan det uppstår synliga kariesskador i munnen. Piloten föll väl ut och en implementering av utökad riskbedömning planeras 2024 för hela tandvården.

Säkerhetskritiska processer – läkemedel

Se separat bilaga från Läkemedelskommittén

STRAMA arbetet

Se separat bilaga

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 sammanhållit 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 2023 har vi fortsatt vårt gemensamma förbättringsarbete i Link med alla professioner i kommun, slutenvård samt primärvård. Nytt är att primärvården har utsett vårdkoordinatorer som har huvudansvar för linksamverkan mot kommunerna. Detta är en del i omställningen till nära vård. Ett nätverk har bildats där dessa koordinators kan samlas och utbyta erfarenheter och förbättra rutiner runt denna nya roll. Koordinatorerna ingår även som deltagare i Linkförbättringsarbetet. En av Link sjuksköterskorna är sammankallande till nätverket och gör upp en agenda. Tanken är att dessa ska träffas 2 gr/termin.

Elevhälsan finns nu som en aktör med barnens bästa plan. Utbildning pågår inom många kommuner gällande Link. Ett antal "barnens bästa plan" har genomförts i Link med goda resultat. En hel del frågor kvarstår att lösa för att det ska bli optimalt, däribland behörigheter för kuratorer, rektorer inom varje kommun. Den 24 april i år tog avgående hälso och sjukvårdsdirektören ett beslut att ge en ersättning för varje SIP (samordnad individuell plan) som genomfördes. Ersättning på 2500 kr var till den enhet på regionen och den kommun som deltog. Ett antal kriterier fanns för att få ersättning. Utvärdering skedde i december 2023.

2022 genomfördes 80 SIP:ar i Link i år har det genomförts 182 st. Ersättningen var stimulansmedel från regeringen och kommer inte att fortsätta under 2024 då inga nya medel finns att tillgå. Grundtanken var att skapa en mer nära samverkan mellan primärvård och kommun så att de är första instans för våra patienter. Endast de som behöver akut sjukhusvård skulle vara på slutenvården. Detta som ett steg i omställningen till nära vård där primärvården är den ledande och första instans för våra kronobergare.

Sjukhuschefen tog under höst/vinter ett beslut att införa utskrivningssamordnare på varje avdelning som blev ansvariga för all Linkarbete på avdelningen, detta för att dels avlasta sjuksköterskorna men även för att ge våra kommuner bästa möjliga underlag för en sömlös vård och bra underlag för deras hemgångsplanering. Alla enheter har inte utskrivningssamordnare på plats men där man infört detta fungerar det mycket bättre och det blir inga hack i vårdprocessen. Utskrivningssamordnarna ingår även i nätverket för Link samverkan tillsammans med kommunerna och vårdkoordinatorerna.

Överenskomna kontaktvägar

Hösten 2023 påbörjades ett gemensamt arbete mellan primärvård och sjukhusvård för att införa överenskomna kontaktvägar mellan i första hand läkare. Genom kontaktlista och enkla rutinbeskrivningar kan läkare i primärvården och den specialiserade vården öka möjligheten att tillsammans lösa gemensamma patientfrågor. Flera kommuner har tillsammans med ambulansen påbörjat införande av samverkansprojektet mellan ambulansen, hemsjukvård och hemtjänst i syfte att minska undvikbara akutbesök och återinläggningar.

Vårdhygien-länsövergripande uppdrag

Vårdhygiens länsövergripande arbete har under 2023 till stor del präglats av arbetet med återgång till normalläge efter covid-19-pandemin. Den ansträngda bemannings- och platssituationen på regionens sjukhus har gett upphov till smittspridning och periodvisa svårigheter att upprätthålla den hygieniska standarden i patientnära verksamhet. Även arbetet med vårdens lokaler i samband med renoveringar, verksamhetsomflyttningar och reparationsarbeten har tagit mycket tid i anspråk. För att minska risken för smittspridning är det avgörande att Vårdhygien redan på planeringsstadiet involveras i frågor som rör vård- och vårdnära lokaler samt, i förekommande fall, förändringar i verksamheter och arbetssätt.

Tillsammans med övriga regioner i landet deltog Region Kronoberg under våren i ECDC:s europeiska punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner (PPM VRI). Mätningen bekräftar bilden av VRI som en framträdande patientsäkerhetsrisk som är både kostnadsdrivande och leder till lidande och förlängd vård- och behandlingstid. Bland identifierade förbättringsområden ses bland annat vårdrelaterad pneumoni, kateterrelaterad urinvägsinfektion samt samarbete kring patienter och omsorgstagare i kommunal vård och omsorg.

Under året har mätningen av postoperativa infektioner återupptagits i samarbete med Klinisk Mikrobiologi. Vårdhygien har även agerat sakkunnig i arbetsgruppen för implementering av Infektionsverktyget samt deltagit i arbetsgrupper för bland annat BHK-ombud, infarter och urinvägar. Liksom 2022 har arbetet med att stödja fastighetsavdelningen i arbetet med regionens egenkontrollprogram för Legionella fortgått under året. Vattenprover på Folktandvårdens unitar utförs regelbundet.

Vårdhygien deltar fortlöpande i flertalet nationella projekt för framtagande och harmonisering av nationella vårdhygieniska riktlinjer. Arbetet sker genom professionsföreningar samt inom ramen för SKR:s kunskapsorganisation. Exempel på nationella arbeten är Bygghälsa och

Vårdhygien (BOV), Förebyggande åtgärder mot vårdrelaterad pneumoni, Vägledning för vårdhygieniskt arbete och Vårdhygienisk egenkontroll för kommunal vård och omsorg.

Vårdinformationssystem

Se separat bilaga.

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. Under 2023 har kamerabevakning granskats utifrån tillstånd och utförande.

En granskning av Region Kronobergs informationssäkerhet har genomförts av extern part. Granskningen omfattades av revisionens långsiktiga planering för fördjupade granskningar och var ett identifierat riskområde i revisionsplanen 2023. Revisionsfrågorna rörde bland annat ändamålsenliga styrande dokument, riktlinjer för informationssäkerhet, ändamålsenlig organisation för att arbeta med informationssäkerhetsfrågorna i region och systematisk riskanalys för informationssäkerheten.

En IT-revision av ekonomiobjektet har genomförts av extern part. Revisionen hade finansiella system och flöden som huvudfokus och i detta arbete ingick även en genomlysning av informationssäkerheten i verksamheten.

Följande förbättringar har genomförts 2023:

- Förbättringar gällande verksamhetens kontinuitet har skett genom införande av "Blå pärmen"
- Förbättrat flödet för anmälning av personuppgiftsincidenter för att förbättra och effektivisera informationsinhämtning och hantering
- Färdigställande och publicering av informationssäkerhetsutbildning
- Färdigställande och publicering av loggkontrollsutbildning
- Fortsatt utveckling av Region Kronobergs ledningssystem för informationssäkerhet med fler mätpunkter och ett tydligare årshjul

Loggkontroller

Åtkomsten till uppgifter om patienter som förs helt eller delvis automatiserat ska dokumenteras och kunna kontrolleras regelbundet. Loggkontrollen ska säkra att systemet används i enlighet med lagar och föreskrifter, förebygga otillåten användning samt efterföljande av de regler som beslutats inom Region Kronoberg. Ny applikation för uppföljning i QlikSense har tagits i drift från 1 november 2022 med utbildning tillgänglig via kompetensportalen. Ett kompletterande informationsmaterial har skickats ut till samtliga

verksamhetschefer. På övergripande nivå redovisas att 54 av 87 verksamheter (75 %) genomfört loggkontroller det senaste året, en försämrning med 13 % jämfört med mätningen efter augusti. Andelen utförda kontroller varierar mellan 63 och 80 % mellan de olika verksamhetsområdena. Säkerhetsenheten rapporterar behov av att skärpa uppföljningen. Rutinen kommer att förtydligas och under första halvåret 2024 kommer man att kontakta verksamheter som inte följer rutinen.

Strålskydd

Se Strålskyddsbokslut, separat bilaga.

Säker vård här och nu

Antal utlokaliseringar per hundra disponibla vårdplatser, sjukhusvård.

Mål: 1,8 %

Resultat: 4,41%

Analys av resultat: Utlokaliserade patienter inom somatisk slutenvård visar oroande resultat i synnerhet för ett av sjukhusen, där fördelningen av vårdplatser mellan de olika verksamheterna kan ha en obalans i förhållande till behov. Vidare utredning gällande orsaker och åtgärder krävs.

Åtgärd: Sjukhusvården har haft mycket utlokaliserade medicinpatienter på kirurg/ortopedavdelningar. För att säkerställa en säker vård för utlokaliserade patienter bör medarbetare på ortoped och kirurgavdelningar erbjudas kompetensutveckling gällande medicinska diagnoser. Vidare behövs översyn av behovet och fördelning av vårdplatser.

Uppföljning av åtgärd: Fortsatt kontinuerliga mätningar och analys av mätresultat på aggregerad nivå och på verksamhetsområdesnivå. Resultat på aggregerad nivå kommer kvartalsvis följas upp av en central analysgrupp som sedan återkopplar till hälso och sjukvårdens ledningsgrupp.



Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser, sjukhusvård

Mål: 2,28%

Resultat: 6,96%

Analys av resultat: Överbeläggningar inom somatisk slutenvård har höga utfall och en uppåtgående trend efter pandemin. Utfallen behöver emellertid ställas i relation till disponibla vårdplatser som blivit färre under 2023.

Åtgärder: Översyn av behovet och fördelning av vårdplatser. Sjukhusledning och LINK sjuksköterskor fortsätta arbeta med regionens kommuner avseende hemgång av utskrivningsklara patienter för att frigöra vårdplatser. Se över möjlighet att mäta vårdtyngd istället för antal patienter, tex med hjälp av DRG vikt

Uppföljning av åtgärd: LINK ansvariga fortsätter följa utskrivningsprocessen kontinuerligt och återkoppla till sjukhusledningen. Fortsatt kontinuerliga mätningar av överbeläggning och eventuellt vårdtyngd och analys av mätresultat på aggregerad nivå och på verksamhetsområdesnivå. Resultat på aggregerad nivå kommer kvartalsvis följas upp av en central analysgrupp som sedan återkopplar till hälso och sjukvårdens ledningsgrupp.

Arbetsledarutbildning för sjuksköterskor, Rättsspsykiatri

Mål: Stärka sjuksköterskorna i att leda och fördela omvårdnadsarbetet på vårdavdelningarna.

Resultat: 49 sjuksköterskor har genomfört utbildningen och utvärdering av utbildningen påvisar att utbildningen hade ett relevant upplägg.

Analys: I samband med att sjuksköterskor avslutat sin tjänstgöring i verksamheten har HR-funktionen uppmärksammat att sjuksköterskorna har en hårt belastad arbetssituation utan att veta vilka verktyg man kan använda för att leda och fördela omvårdnadsarbetet.

Utifrån ett behållarperspektiv blir dessa synpunkter betydelsefulla och arbetsledarutbildning utformas tillsammans med regionens HR-enheten och genomförs hösten 2023.

Åtgärd: Fortlöpande lunchföreläsningar (5 st/termin) för såväl nya sjuksköterskor som tidigare anställda. Påminna sjuksköterskor som inte svarat på enkäten om betydelsen av deras åsikter. Så snart det finns en grupp om 8–10 nya sjuksköterskor planera och genomföra arbetsledarutbildningen.

Uppföljning av åtgärd: Följs upp på blockmöten, vid enkätundersökning, vid medarbetarsamtal och i samband med avslutad tjänstgöring.

Förbättrat teamarbete

Mål: Att optimera teamets prestation genom att minska effekten av mänskliga fel via användande av alla tillgängliga resurser, såväl människor som utrustning och information.

Modellen som Region Kronoberg valt är CRM (Crew Resource Management) som har definierats, strukturerats och formulerats i termer som kommunikation, situationsmedvetenhet, problemlösning, beslutsfattande och lagarbete. Det möjliggör att se var brister finns och hur de kan åtgärdas.

Resultat: CRM har primärt införts via utbildning av våra sk larmteam dvs team som arbetar kring en enskild patient i akut kritiskt läge. Vi har utbildat instruktörer från flera verksamheter och har genomfört utbildningar under 2023.

Analys av resultat: Vi ser ett förbättrat teamarbete som inte är isolerat till den situation som utbildningen avser utan i andra situationer där teamarbete utgör en framgångsfaktor.

Åtgärd: Fortsatta utbildningar under 2024 och spridning till ytterligare aktiviteter förutom larmteam.

Uppföljning av åtgärd: Antalet givna utbildningar. Analys av internutredningar/händelseanalyser där teamarbete anges som åtgärdsförslag.

Patientsäker beläggningsnivå, Rättsspsykiatri

Mål: Beläggningsgrad motsvarande 98%

Resultat: Målvärdet är uppnått.

Analys: Utifrån målsättning att motverka överbeläggning har verksamheten aktivt arbetat med att inte överbelägga och i stället ha tillgänglig vårdplats i rätt vårdmiljö. Målsättning om 98% beläggningsgrad under 2023 har uppfyllts och verksamhetens överläkare har efter införandet av nytt arbetssätt signalerat att patienterna hamnar i rätt vårdmiljö.

Åtgärd: Fortsätta arbeta aktivt mot att sänka beläggningsgraden ytterligare till 97%.

Uppföljning av åtgärd: Kontinuerligt uppföljning i remissteamet samt i verksamhetsplanens delårs- och årsrapport.

Riskhantering

Mål: Riskhanteringsprocessen avseende arbetsmiljö är känd och implementerad i alla regionens

verksamhetsområden i enlighet med gällande lagar och författningar för området. Implementera ett regiongemensamt systemstöd för riskhanteringsprocessen vilket möjliggör säkerställande av riskidentifiering, riskbedömning, konsekvensanalys, åtgärdsförslag samt uppföljning av riskanalys och åtgärder från lokal till aggregerad nivå.

Resultat: Förstudie påbörjad för att införa ett regiongemensamt systemstöd för riskhanteringsprocessen för säkerställande av identifiering av risker och åtgärdsförslag samt uppföljning av dem på en aggregerad nivå.

Åtgärd: Fortsatt implementeringsarbete med riskmodul i systemstödet Synergi för säker digital handläggning och uppföljning i riskhanteringsprocessen. Vi behöver också få en ökad tydlighet vad avser riskanalysens syfte. Är det en risk (och sårbarhetsanalys) t.ex. avseende kontinuitetsplanering, eller en risk (och konsekvensanalys) utifrån arbetsmiljö och medarbetarperspektiv eller en risk i samband med befintlig eller förändrad vårdprocess som utgår från åtgärder som kan anse reducera riskerna.

Uppföljning av åtgärd: Olika riskanalyser behöver samlas och analyseras utifrån syfte, innehåll och handlingsplan.

Vårdkoordinatorer primärvård

Mål: Införa funktionen vårdkoordinator på alla vårdcentraler i länet med uppgift att tydligare samordna vården kring patienter som har många vårdkontakter och behov av en gemensam planering.

Resultat: Flera enheter har kommit i gång med arbetet, andra är i startgruperna och sätter nu struktur för uppstart och implementering av funktionen vårdkoordinator.

Analys av resultat: Det är flera saker som behöver vara på plats för att funktionen vårdkoordinator ska fungera bra. och samarbete med kommunen är en väsentlig pusselbit. Därav kan det skilja sig lite hur långt man kommit på de olika vårdcentralerna.

Åtgärd: Arbeta pågår för att sprida erfarenheterna från de verksamheterna som varit framgångsrika i ett nätverk med kontinuerliga träffar. Från och med 2024 är funktionen vårdkoordinatorer ett krav i vårdvalet.

Uppföljning av åtgärd: Kontinuerlig utvärdering av implementeringen sker i projektet nära vård i hemmet.

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

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

Avvikelsehantering innebär att man på ett systematiskt sätt arbetar med att identifiera, dokumentera samt rapportera negativa händelser, tillbud och risker. Ett systematiskt arbetssätt innebär att man fastställer och åtgärdar orsaker, utvärderar åtgärdernas effekt och att man sammanställer och återkopplar erfarenheterna till verksamheten. Region Kronoberg har en visselblåsarfunktion för medarbetare inom Region Kronoberg där du kan anmäla misstankar om allvarliga oegentligheter i form av en händelse. Sedan 2018 är utbildning i avvikelshanteringsprocessen obligatorisk för alla nyanställda medarbetare inom hälso och sjukvården. Våren 2022 togs beslut att utbildningen skulle vara obligatorisk för alla medarbetare inklusive chefer inom hälso och sjukvården, dvs inte bara nyanställda. En utbildningsplan för hur vi kan säkerställa att alla medarbetare genomför utbildningen är framtagen och gäller från och med 2024.

Verksamheten äger sin egna avvikelser vilket innebär att verksamhetschefen har ett ansvar att organisationskulturen främjar avvikelserapporteringen. För att chefer och medarbetare ska



känna sig trygga och säkra på hur man rapporterar, handlägger, analyserar och sammanställer händelser erbjuds kontinuerligt:

- Chefsintroduktion
- Chefshandledning
- Information och dialog på arbetsplatsträffar
- Bearbetarutbildning
- Statistikutbildning
- Introduktion för nyanställda
- Support
- Utlämnande av allmän handling
- Programutveckling tillsammans med verksamheten
- Systemutveckling
- Hantering visselblåsningsärende

Granskning av avvikelshanteringen har genomförts. Granskningen visar att hälso- och sjukvårdsnämnden delvis säkerställt en systematisk uppföljning och analys av avvikelser som fungerar ändamålsenligt på olika nivåer inom organisationen. På övergripande nivå ingår avvikelser i nämndens interna kontroll. Uppföljning och kontroll sker på verksamhets- och ledningsnivå.

Patientnämndsärenden

Mål: Utveckla och implementera en egen ärendetyp för patientnämndsärenden för att underlätta för verksamheterna att urskilja dessa ärenden för säkerställande av lagenlig handläggning.

Resultat: Utvecklingsarbete med att upprätta egen ärendetyp för patientnämndsärenden har genomförts under året enligt plan och med gott resultat.

Åtgärd: Ärendetypen implementerades den 1 november 2023.

Uppföljning av åtgärd: Patientnämnden återkopplar till systemansvariga avseende funktion och eventuellt behov av komplettering.

Styrande dokument

Mål: Säkerställa kännedom och efterlevnad gällande lagar och författningar för området avvikelse- och klagomålshantering.

Resultat: Revision av riktlinje avvikelshantering genomfördes maj 2023 samt upprättande av rutin för handlägningsprocessen.

Åtgärd: I samband med revidering av riktlinjen noterades behov av kompletterande rutin för handlägningsprocessen. Rutinen utgår från ett systematiskt angreppssätt och stödjer chefer och handläggare i arbetet med det systematiska utvecklingsarbetet utifrån rapporterade händelser.

Uppföljning av åtgärd: Årlig uppföljning av genomförda åtgärder och dess utfall.

Versionsuppgradering av avvikelssystemet Synergi

Mål: Säkerställa systemstödets prestanda och tillförlitlighet.

Resultat: Uppgradering till version 16.32 gjordes i augusti 2023.

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

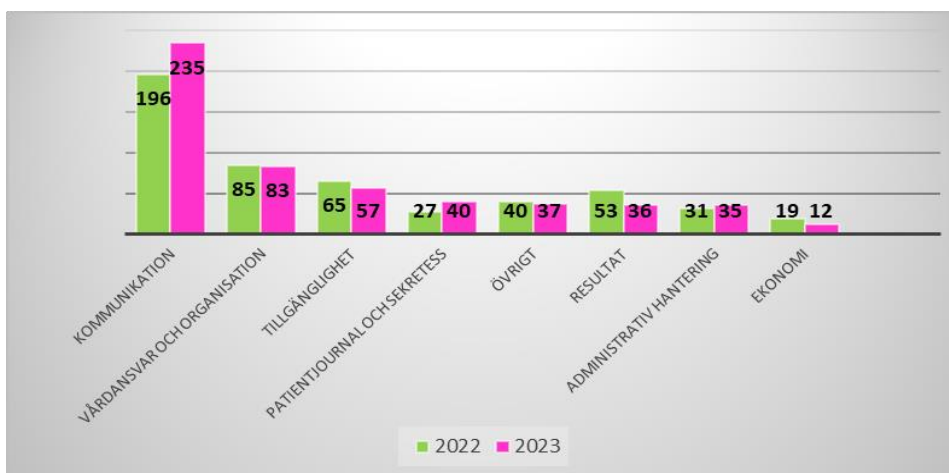
Uppföljning av åtgärd: Årlig uppföljning av genomförda åtgärder och dess utfall.

Klagomål och synpunkter

Patientnämndens ärende

Mål: 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.

Resultat: Under perioden 1 januari-31 december 2023 har 898 ärenden inkommit med klagomål och synpunkter på vården, vilket innebär en marginell ökning jämfört med samma period föregående år (848). Utifrån det som patienter och närstående berättar noteras fortsatt flest klagomål på vård och behandling samt kommunikation. Flera ärenden rör också vårdansvar och organisation samt tillgänglighet. Flest ärenden rör Sjukhusvården följt av Primärvård och Specialistpsykiatri.



Analys av resultat: Under året har nämnden uppmärksamats på följande:

- Bristande tillgänglighet till BUP
- Saknas tillgång på vissa resurser såsom dietist och logoped inom BUP
- Svårt för patienter att få kontakt med och få en tid på vårdcentralen 2
- 1177 hänvisar patient till adekvat vårdnivå enligt sitt rådgivningsstöd. Patienten har sedan svårt att få komma till vårdcentral eller akutmottagning. Hänvisas vidare, ibland till jourverksamhet då dagen redan har gått
- Hög belastning på akutmottagning, relaterat till stängd vårdavdelning
- Signaler från patienter och personal om ansträngd situation på akutmottagning framförs en oro för patientsäkerheten
- Långa väntetider för operationer, ibland även akuta'
- Otydlig information om vårdgaranti och väntetid för operation
- Vårdgaranti inte alltid möjligt att erbjuda
- Missade och fördröjda diagnoser, även cancerdiagnoser
- Bristande följsamhet av riktlinjer för remisser och provtagning

Åtgärd: 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. Kontinuerlig dialog har förts med personal från rättspsykiatriska regionkliniken för att samverka kring de frågor som kan uppstå kring stödpersonernas uppdrag och kontakter. Patientnämnden har sedan hösten 2023 infört en egen ärendetyp "Patientnämndsärenden" i avvikelssystemet Synergi vilket kan underlätta för åtgärdsansvariga att se vilka ärenden som ska hanteras. Under perioden har patientnämnden sammanställt tre rapporter: (se bilagor).

Uppföljning av åtgärd: Den dialog som förts med representanter enligt ovan kommer att fortsätta under 2024. Nämnden kommer också fortsatt att följa tid för svar i ärenden till patient samt kvaliteten på dessa svar. Uppföljning av hur patienterna upplever kontakten med sin stödperson kommer att genomföras under 2024.

Klagomål som kommer 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.

Åtgärd:

- Plan för att implementera och utbilda i rollen av operativ stödfunktion på verksamhetsnivå för en korrekt hantering av avvikelser inklusive klagomål och synpunkter behöver tas fram. Detta för att möjliggöra analys på flera olika nivåer. Dock behövs beslut på vem/vilka ska implementera, utbilda och analysera.
- Tvingande fält i Synergi gällande klagomål och synpunkter, avseende klassifikation av klagomål samt kontaktsätt. Systemansvariga behöver undersöka detta är tekniskt möjligt och även lämpligt.
- Undersöka möjligheten att endast kunna välja ärendetypen klagomål och synpunkter vid initiala registrering av en händelse, dvs inte kunna ändra till den ärendetypen i efterhand. Systemansvariga behöver undersöka detta är tekniskt möjligt och även lämpligt.
- Fortsatt jämförelse över tid med fler mätpunkter för att se om det finns en trend av ökning i antalet klagomål och synpunkter.
- En gemensam rapport för klagomål registrerade av patientnämnden och klagomål som kommit direkt till verksamheten. Detta arbete kom inte igång 2023 utan åtgärden kvarstår för 2024.

Uppföljning av åtgärd:

- Via intern kontroll i samband med delårsrapportering.
- Kvartalsvis analys på aggregerad nivå av den centrala analysgruppen inom patientsäkerhet. Underlag för analys och återkommande uppföljning är möjligt i nuvarande version av avvikelssystemet.

Patientsäkerhetsronder

Mål:

Primärvård och Rehab: Patientsäkerhetsrond ska ha utförts på alla verksamheter 2023

Sjukhusvård: Målet är att de större klinikerna årligen har en patientsäkerhetsrond medan de mindre klinikerna vartannat år.

Specialistpsykiatri: Årlig patientsäkerhetsrond.

Rättpsykiatri: Årlig patientsäkerhetsrond.

Tandvården: Patientsäkerhetsrond ska ha utförts på alla verksamheter 2023

Resultat:

Primärvård och rehab: Patientsäkerhetsrond har inte kunnat genomföras på alla enheter under året som planerat. Vissa har inte heller kommit igång med patientsäkerhetsteam och inte skickat deltagare till nätverk.

Rättpsykiatri: Patientsäkerhetsrond genomförts enligt plan

Sjukhusvård: Patientsäkerhetsrond har genomförts enligt plan.

Specialistpsykiatri: Patientsäkerhetsrond genomförts enligt plan

Tandvården: Patientsäkerhetsrond har genomförts enligt plan med fokus på 10 frågeställningar.

Analys av resultat:

Primärvård och rehab: Slutsats från ronderna är bland annat att kunskapen behöver ökas för att kunna få mer översikt över vilka avvikelser man har. Benägenheten att skriva avvikelser diskuteras vid patientsäkerhetsronderna. Många vittnar om hög tröskel och att tiden inte räcker till men det är väldigt olika åsikt om man egentligen tycker att det är svårt

Rättpsykiatri: Patientsäkerhetsronden 2023 fokuserade på åtgärdsplanen för patienter som varit avskilda under längre tid. Detta utifrån den kritik som framförts från IVO.

Sjukhusvård: Några risker som är återkommande är personalomsättning, hyrpersonal, bristande introduktion, vårdtyngd, omflyttningar av patienter, ut lokaliseringar och avvikelshantering

Specialistpsykiatri: Vid årets patientsäkerhetsrond kunde man konstatera att de problem som lyftes vid föregående rond nu blivit mindre vilket tyder på att de åtgärder som planerades för 2023 har genomförts med relativt gott resultat.

Tandvården: Under året har patientsäkerhetsronderna genomförts som triangelrevisioner. Triangelrevision är en metod där ett tvärprofessionellt team från enhet A utvärderar enhet B. Ett tvärprofessionellt team från enhet B utvärderar enhet C som i sin tur utvärderar enhet A.

Åtgärder

Primärvård och rehab: Utvärdering och justering av upplägget för ronderna kommer ske i ledningsgruppen i början av 2024. De verksamheter som inte haft patientsäkerhetsrond 2023 är inbokade första kvartalet 2024.

Rättpsykiatri: Planering för 2024 års rond pågår och datum är bokat.

Sjukhusvård: Utveckla systematiken av återkopplingen och informationsspridning mellan kliniker och sjukhusen. Se över möjlighet till gemensamma förbättringsarbeten.

Specialistpsykiatri: Planering för 2024 års rond pågår och datum är bokat. Vid ronderna kommer det som togs upp 2023 att följas upp.

Tandvården: Sammanställning av det som framkom under patientsäkerhetsronderna utifrån de frågeställningar som var i fokus.

Uppföljning av åtgärd: Årlig sammanställning av vad som framkommit vid ronderna i syfte att identifiera gemensamma förbättringsområden och sprida lärdomar och erfarenheter.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Daglig riskbedömning enligt Gröna korset modellen

Mål: Samtliga vårdavdelningar inom sjukvården ska arbeta efter modellen för gröna korset. Ta fram en modell för arbete med Gröna korset inom öppenvård.

Resultat: Flera vårdavdelningar arbetar enligt modellen Gröna korset där reflektion kring risker görs vid varje arbetspass. Modellen används även på några öppenvårdsmottagningar inom sjukhusvården. Inom primärvården har en modell för Gröna korset i öppenvård tagits fram men inte fått något genomslag ännu.

Analys av resultat: På en del enheter där platsläget och arbetsmiljön tidvis varit ansträngd har arbetet med Gröna korset stannat av eller inte varit prioriterat

Åtgärd: Sprida goda exempel från enheter där arbetssättet ingår som en naturlig del av det dagliga arbetet. Exempel på forum är patientsäkerhetsnätverk och patientsäkerhetsråd.

Uppföljning av åtgärd: Kontinuerlig uppföljning på tex patientsäkerhetsronder och utvärdering i årsrapport



Krisberedskap

Mål: Regionen ska planera för kapacitetsökning. Innebär framtagande av planer samt utbildning och övningsverksamhet. Detta arbete ska beakta patientsäkerhetsaspekter.

Resultat: Arbetet har påbörjats och strukturerats under 2023.

Analys av resultat: Under många år har detta arbete inte prioriterats men utifrån läget i världen så är det tydligt att detta arbete behöver prioriteras i nuläget.

Åtgärd: Fortsatt arbete med framtagande av rutiner för olika kriser och masskadesituationer kommer att ske under 2024. Utbildningsinsatser kopplade till övningsverksamhet kommer att fortsätta under 2024.

Uppföljning av åtgärd: Arbetet inom detta område behöver följas upp som en helhet. Ansvaret ligger till del i verksamheten och till del i Säkerhetsenheten.

Riskbedömning av inneliggande patienter

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

Resultat: Riskbedömning är gjorda på 49% av de patienter som vårdats inom slutenvård

Analys av resultat: Stor spridning mellan avdelningar och sjukhusen. Flera enheter har mycket goda resultat medan stor förbättringspotential finns på andra enheter. Andelen patienter med risk för undernäring och risk för pneumoni har ökat jämfört med 2022 vilket kan tyda en ökad skörhet hos de patienter som vårdats under 2023. Detta är en utveckling som behöver följas. På en del enheter där platsläget och arbetsmiljön tidvis varit ansträngd har sannolikt momentet riskbedömning inte hunnits med eller ned prioriterats.

Åtgärd: Fortsatt arbete med utveckling/förenkling av dokumentation kring riskbedömning. Förekomst av vårdrelaterade pneumonier behöver tas fram via infektionsverktyget och ställas i relation till förekomst av risker. Detta för att kunna analysera om de patienter som insjuknade in en vårdrelaterad pneumoni även föll ut på riskbedömningen, och om så var fallet vilka preventiva åtgärder som gjordes.

Uppföljning av åtgärd: Fortsatt kontinuerliga mätningar och analys av mätresultat på verksamhetsområdesnivå. Mätresultat behöver även ingå i den kvartalsvisa analysen av patientsäkerhetsindikatorer som görs på central nivå.

Risikanalys

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

Mål: Det görs riskanalyser i nuläget men majoriteten av dessa avser arbetsmiljö och medarbetarperspektiv. Förändringar i befintliga processer och verksamheter behöver också analyseras utifrån risker med avseende kvalitet och säkerhet i vården och därmed eventuell påverkan på olika patientgrupper.

Resultat: Under 2023 har det gjorts en tydlig riskanalys som presenterats avseende sommarstängningen av IVA-platser i Ljungby. Det kan finnas fler men dessa har inte presenterats och redovisats på ett transparent och tydligt sätt.

Analys av resultat: Ett ökat lärande behöver skapas och sannolikt också en ökad kvalitet i regionens riskanalyser.

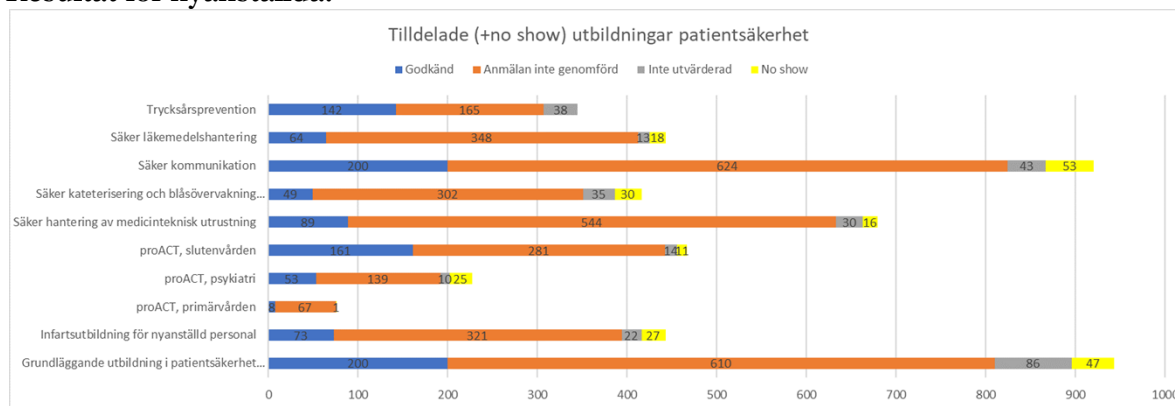
Åtgärd: Ytterligare analysledare behöver utbildas och de som är utbildade behöver delta i analyser för att genomförd utbildning ska vara användbar. En översyn av strukturen avseende riskanalyser har påbörjats.

Uppföljning av åtgärd: Genomförda analyser och handlingsplaner behöver analyseras och utvärderas med speciellt fokus på effekten av riskreducerande åtgärder vid förändringarnas genomförande.

Utbildning i patientsäkerhet

Mål: Samtliga anställda inom hälso och sjukvården ska ta del av de obligatoriska utbildningar inom patientsäkerhet som är kopplat till deras yrkesprofession

Resultat för nyanställda:



Analys av resultat Baserat på anmälda medarbetare, så har deltagandet på regionens patientsäkerhetsutbildningar överlag haft en positiv utveckling under året. Tillfällen med ”no-show” har minskat generellt, då återkopplingen vid avbokning av anmälan till utbildningstillfälle har förbättrats. Det finns dock tendenser till lägre andel anmälda deltagare och ibland inställda utbildningar på Ljungby lasarett. Vi ser ökade utmaningar med att få stöd vid utbildningstillfällen från våra verksamheter, detta i relation till att det finns en begränsad andel utbildare anställda via KTC.

Åtgärder: Nytt upplägg för obligatoriska patientsäkerhetsutbildningar är framtaget och information har gått ut till alla chefer och medarbetare. Års hjul för patientsäkerhetsutbildningar med TEMA månader finns publicerat och är tänkt som ett visuellt stöd till verksamheterna. Genomgången utbildning registreras i kompetensportalen.

Uppföljning av åtgärd: Metoden för uppföljning behöver ses över då utbildningarna inte längre bara gäller nyanställda

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

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 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 två årens arbete att utgöra grunden i årets arbete. Grunden i vårt arbete är att bredda och fördjupa patientsäkerhetsarbetet. Det finns dock flera områden som kommer att prioriteras under 2024.

1. Säkerställa de obligatoriska utbildningarna inom patientsäkerhet.
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
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 alternativt 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.
9. 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 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.

En utmaning utgörs av SKR:s ändrade uppdrag inom patientsäkerhet med avslutandet av Markörbaserad journalgranskning, MJG, som varit vårt primära verktyg för att mäta vårdskador. Infektionsverktyget kommer ge möjlighet att följa vårdrelaterade infektioner över

tid men hur vi ska mäta förekomst av vårdskador som helhet behöver vi hantera och ta fram en plan för.

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 Råppe 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

Rättspsykiatri

- Samordna och integrera verksamhetens säkerhetsarbete och fastighetsarbete med patientsäkerhetsarbetet
- Utveckla flera delar i patientjournalen som t ex mallar som underlättar för dokumentation och uppföljning samt rutiner för dokumentation
- Utöka hälsofrämjande och behandlande insatser inom hälsocentralen
- Utforma vårdprogram innehållande kartläggning och behandling av psykostillstånd
- Följa upp och utvärdera vård som erbjuds patienter med högre säkerhetsklass
- Följa upp och utvärdera den nya vårdplanen och verksamhetens interna remisshantering
- Införa etikrond och genom rondens öppna för diskussioner om vårdens etiska dilemman samt göra medarbetare trygga i sitt beslutsfattande

Primärvård, Psykiatri och Rehab

- Kompetensförsörjningen fortsätter vara ett stort problem. Implementeringsarbete är utmanande i en pressad vardag.
- Uppbyggnaden av ledningssystem fortsätter under 2024.
- Utbildning kring avvikelshantering för chefer
- Infektionsverket kommer att införas med det krävs arbete och utvärdering för att se vilken hjälp PPR har av det då verket i första hand har fokus på somatisk slutenvård.
- De ökade antalet klagomål från patienter/närstående inom psykiatrin behöver analyseras.
- 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.

Sjukhusvård

- 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 undvika eller reducera konsekvensen av allvarliga vårdskador
- Utveckla återkoppling till ledningsgrupper i patientsäkerhetsfrågor.
- Säkerställa att riskbedömningar görs vid verksamhetsförändringar gällande patientsäkerhet och att lärdom tas av resultat.
- Utveckla patientmedverkan vid förändringsarbete. Eventuellt inrätta patient och närstående råd på ledningsnivå.

Tandvården

- Framförallt behålla men även rekrytera medarbetare till organisationen.
- Identifiera vad vi definierar som VRI i tandvården och börja mäta.
- 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.