

Patientsäkerhetsberättelse för Region Kronoberg 2022





Källa: Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024"

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Informationssäkerhet	7
Kronobarnsmodellen	8
Vårdövergångar-LINK	8
Medicinska kommittén	9
Se separat bilaga.	9
Medicinteknisk utrustning	9
<i>Samverkan mellan Region Kronoberg och kommunerna Kronobergs län - avvikelser</i>	9
Strålskydd	9
Vårdhygien-länsövergripande uppdrag	9
Vårdinformationsystem och e-hälsa	10
En god säkerhetskultur	10

Adekvat kunskap och kompetens	11
Patienten som medskapare	11
Egenmonitorering.....	12
Nära vård i hemmet-	12
Patientkontrakt	12
RPK- Patienters och närståendes synpunkter, erfarenheter och upplevelser RPK	12
Vårdplan Specialistpsykiatri	12
Översyn Klagomål och synpunkter	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador	13
Antal vårdskador	13
Central ärendehantering	14
Trycksår	18
Vårdrelaterade infektioner VRI	19
Tillförlitliga och säkra system och processer	20
Andel vårdtillfällen för patienter där oplanerade återinskrivningar skett inom 30 dagar. ..	20
Andel avslutade besök inom 4 timmar på akutmottagningarna	20
Antibiotikaanvändning -STRAMA	21
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	21
Checklista systematiskt patientsäkerhetsarbete, Primärvård	21
Mål:.....	22
Diagnostisk säkerhet	22
Infarter PVK	22
Egenkontroll av läkemedelshantering.....	23
Personuppgiftsincidenter (PUI)	24
Implementering av specifik ärendetyp för patientnämndsärenden.....	24
Ledtider SVF cancer	24
Läkemedelsgenomgångar	25
Ovidimerade provsvar:	25
Prevention vårdrelaterad Pneumoni.....	26
Prevention Urinvägar	26
Värddokumentation	27
Vårdprogram Suicid-prevention RPK	27

Säker vård här och nu.....	28
Riskhantering.....	28
Hälsosamma levnadsvanor-RPK.....	28
Kliniska spår- primärvård.....	28
Journalgranskning: Följsamhet till riktlinjer för hög risk karies barn 6-11 år-	29
Säker bemanning RPK.....	29
Utlokaliseringar	29
Överbeläggningar/100 disponibla vårdplatser	29
Stärka analys, lärande och utveckling	30
Avvikelse	30
Klagomål och synpunkter	31
Klagomål som kommer direkt till verksamheten	31
Klagomål via patientnämnden	32
Patientsäkerhetsnätverk	32
Patientsäkerhetsronder	33
Öka riskmedvetenhet och beredskap	33
Daglig riskbedömning enligt Gröna korset modellen	33
Riskbedömning av inneliggande patienter.....	34
Stödperson RPK	34
Implementering av riskmodul i Synergi	34
Säkerhetskritiska processer – läkemedel.....	35
Utveckling av arbetssätt och systemstöd för ökad säkerhet läkemedelshantering	35
Utbildning - Säker läkemedelshantering.....	36
Vårdorsakat läkemedelsberoende	36
Riskanalys	37
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	38

SAMMANFATTNING

Ambitionen har under det gångna året varit att Handlingsplanen ska vara ledstjärna för patientsäkerhetsarbetet både på central och verksamhetsnivå. Bedömer att vi till stor del lyckats med det.

Många av de områden vi arbetat med innebär arbetsinsatser över tid dvs det finns sällan någon quick fix som eliminerar riskerna för säkerheten.

Det finns områden med goda resultat t.ex. andelen vårdskador enligt Markörbaserad journalgranskning (MJG). Visserligen bara ett mått för inneliggande vuxna patienter inom sjukhusvården och ett begränsat antal patienter men för den gruppen en tydlig förbättring över de senaste åren som överensstämmer med det förväntade resultatet utifrån vilka aktiviteter som varit aktuella under tidsperioden. De förbättrade resultaten ska dock inte ses som ett skäl att släppa ned gardarna och luta sig tillbaka utan mer som bevis att det är genom arbete man når resultat. Samtidigt som det finns delar som fortsatt kan bli bättre. Postoperativa infektioner är t.ex. ett område där vi ser en nedtrappning av insatser i väntan på Infektionsverktygen medan vårdhygien och patientsäkerhet ser behov av fortsatt arbete även i tiden fram till dess att implementeringen av infektionsverktyget är klart. Vårdrelaterade infektioner är i nuläget inte vår största patientsäkerhetsrisk men är fortsatt en vanlig orsak till vårdskada så vi ser det som del i vårt helhetsarbete med vårdskador.

Det har arbetats med att förbättra strukturen kring klagomål som vi räknar med ska börja visa resultat under 2023.

Vi har under slutet av 2022 påbörjat ett arbete för att förbättra våra utredningar av vårdskada. Två av orsakerna till detta arbete är dels den långa hanteringstiden och dels ett ökat antal krav på kompletteringar från IVO.

Det har varit ett fokus på läkemedels roll i patientsäkerhetsarbetet. Projektet ska avrapporteras till Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp Q1 2023. Tanken är att ansvaret därefter återgår till linjen alternativt funktioner inom hälso- och sjukvården.

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 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

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 kvalitetsstyrt

För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkerställa vårdens kvalitet ska vårdgivare enligt SOSF 2011:9 inrätta ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten (3 kap 1§). Ledningssystemet skall användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet

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

Hälso- och sjukvårdsdirektör och hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp är övergripande ansvariga för beslutat patientsäkerhetsarbete. Verksamhetschefer är ansvariga för att arbetet genomförs i verksamheten.

Patientsäkerhetsrådet är förberedande instans till hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp för regiongemensamma patientsäkerhetsfrågor. 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 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.

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan sker med länets kommuner för att förebygga uppkomsten av vårdskador i samband med vårdens övergångar. Samverkan kan också ske vid utredningar av vårdskador.

Informationssäkerhet

Information är en viktig strategisk resurs för Region Kronoberg. En säker informationshantering är avgörande för Region Kronoberg förmåga att uppnå sina verksamhetsmål.

För att säkerställa att informationshanteringen sker ändamålsenligt bedrivs ett systematiskt informationssäkerhetsarbete enligt ISO 27 000.

Ett av målen med Region Kronobergs ledningssystem för informationssäkerhet är att säkerställa att verksamhetsstödet följer kraven som anges i HSLF-FS 2016:40 Kapitel 3 §10 gällande utveckling, test, idrifttagande och ändring av Region Kronobergs IT-miljö.

De åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten enligt vad som framgår av 3 kap. 6 § p4 och som är av större betydelse är:

- Fortsatt utveckling av Region Kronobergs ledningssystem för informationssäkerhet.
- Implementation av styr och samverkansmodell för IT-stöd.

- Fortsatt implementation av Region Kronobergs informationsklassningsmodell.
- Implementation av verktyget KLASSA.
- Arbetsmetod rörande informationssäkerhet som passar med verktyget.
- Utvecklat arbete gällande kravställning baserat på kravkatalog i KLASSA.
- Kontinuerligt säkerställa att Region Kronoberg behandlar personuppgifter i enlighet med GDPR (PUI och PUB-avtal).
- Skydd mot olovlig åtkomst intern och externt utvärderas kontinuerligt.
- Kontroll av loggkontroller genomförs kontinuerligt.
- Utbildning gällande informationssäkerhet har genomförts för viktiga personalgrupper.

Kronobarnsmodellen

Kronobarnsmodellen är en länsgemensam arbetsmodell för att åstadkomma sammanhållna och tidiga insatser för barn och unga. Modellen innebär att alla verksamheter arbetar främjande och förebyggande. När det uppmärksammas att något inte verkar stå rätt till kring ett barn, ska det hanteras i ett så tidigt skede som möjligt. Alla relevanta parter ska samverka på ett bra sätt med och kring barnet när det finns behov av samverkan. En viktig del i processen är den digitala "barnets plan" genom journalsystemet Cambio Cosmic Link där legitimerad elevhälsopersonal i varje kommun kan ha kontakt med hälso- och sjukvården via säker Messenger-funktion och delta i säkra digitala möten. (se nedan under LINK)

Vårdövergångar-LINK

COSMIC Link är en modul i Cosmic som stöder processer och rutiner vad gäller samordning mellan aktörer som tillhandahåller hälso- och sjukvård samt socialtjänst för att säkerställa en obruten vårdkedja. I Kronoberg har vi sammanhållen journal mellan region och kommun gällande HSL både privata som offentligt drivna enheter. Ett samordningsärende i Link innehåller information och kommunikation runt patientens planering och samordning. Inblandade aktörer samarbetar och utbyter meddelanden samt upprättar olika planer baserat på patientens behov. En plan kan bestå av flera anteckningar skrivna av flera olika användare. Vid samordnad individuell planering, vårdplan enligt LPT/LRV med vårdform ÖPT/ÖRV och utskrivningsplanering i Link överförs ansvaret för vård och omsorg från en vårdgivare till en annan. Den samordnade planeringen är ett av de viktigaste stegen i vårdkedjan för patienten i den gemensamma vård- och rehabiliteringsprocessen. Planeringen ska resultera i en samordnad plan för vård och omsorg som beskriver vilka insatser slutenvård, öppenvård och kommun ska ge patienten i anslutning till utskrivningen.

Under 2022 har vi genomfört ett stort förbättringsarbete med alla professioner i kommun, slutenvård samt primärvård. Sammanlagt 6 prioriterade område identifierades varvid vi har gått igenom 5 av dessa. För 2023 fortsätter detta arbete med att arbeta med den sista prioriteringspunkten samt uppdatera de övriga 5 punkterna.

Vid nyanställning ges utbildning på begäran av avdelningscheferna men är inget som är obligatoriskt. Tidigare har Linkutbildning legat under nyanställningspaketet men är borttaget av någon anledning. Regelbunden genomgång av Link till personal görs om avdelningschefer/Linksjuksköterskorna anser att det behövs. Nytt i Link är att Elevhälsan från november finns som en aktör med barnens bästa plan. Utbildning för dessa personer pågår i kommun och region.

Medicinska kommittén
Se separat bilaga.

Medicinteknisk utrustning

Medicinteknisk säkerhet är en del av patientsäkerhet. För en säker vård krävs att rätt utrustning finns tillgänglig i rätt tid och rätt omfattning. Utrustningsparken ökar kontinuerligt, under de senaste fem åren har den utökats med i snitt 800 utrustningar/år. Dessutom ökar utrustningarnas komplexitet och verksamheternas önskemål om integrationer mm utifrån den tekniska utvecklingen. MFTs resurser för att ta hand om utrustningsparken har inte ökat i takt med utrustningsparken, vilket medför att MFT idag inte klarar av att underhålla utrustningen i adekvat omfattning. Bristen på underhåll ökar risken för oförutsedda driftstopp, vilket kan påverka både patientsäkerheten och tillgängligheten negativt.

Samverkan mellan Region Kronoberg och kommunerna Kronobergs län - avvikelser

För att olika ledningsgrupper inom hälso- och sjukvården i Kronobergs län ska upprätthålla en tydlig bild av vilka avvikelser som är de vanligast förekommande och vilka som får de allvarligaste konsekvenserna görs en länsövergripande sammanställning av avvikelser som rör samarbetet mellan kommunerna och regionen.

De avvikelser som berör sammanhållen vård ska analyseras på aggregerad nivå av en analysgrupp bestående av representanter från både kommun och region. Länets ledningegrupp får två gånger per år en rapport och övergripande analys av registrerade avvikelser. Utifrån rapporten kan sedan länets ledningsgrupp i sin tur skicka uppdrag till tvärgrupperna/linjeorganisationen att utreda eventuella förbättringsbehov eller andra åtgärder som sedan återrapporteras till länets ledningsgrupp. Rapporten redovisas också för kommunernas MAS-/MAR-nätverk och SAS-nätverk, regionens Patientsäkerhetsråd och för Omställningskontoret för Nära vård.

Strålskydd

Strålskyddsbokslutet i separat bilaga

Vårdhygien-länsövergripande uppdrag

Även 2022 har präglats av arbete kopplat till covid-19-pandemin. Omvärldsbevakning, nationella samarbeten, framtagande och anpassning av lokala rutiner samt rådgivning till verksamheter i hela regionen har tagit mycket resurser i anspråk. Under hösten har Vårdhygien haft lägre bemanning vilket tidvis medfört uppehåll i registreringen av postoperativa infektioner. En ny medarbetare har rekryterats med anställningsstart januari 2023.

Planeringsarbetet för det nya akutsjukhuset i Växjö har tagit 50–100% av läkar- och sjukskötersketid i anspråk. Arbetet har under året bland annat rört övergripande processer som ventilation och planering av typenheter samt sakkunnighet i respektive verksamhetsspår. Därtill har flertalet ny- och ombyggnadsprojekt planerats och genomförts på CLV, LL, Sigfrids området, inom Rätt psykiatri och Primärvård. Arbetet med att stödja fastighetsavdelningen i arbetet med regionens egenkontrollprogram för Legionella har fortgått under året.

Arbetet gentemot kommunal vård och omsorg har präglats av hygienronder, rådgivning, framtagande av rutiner och samarbete med MAS-nätverket, utbrottshantering och rådgivning i samband med om- och nybyggnation.

Vårdhygien i Kronoberg deltar i flertalet nationella processer för framtagande och harmonisering av nationella vårdhygieniska riktlinjer. Arbetet sker genom professionsföreningar samt inom ramen för SKR:s kunskapsorganisation. Flertalet övergripande lagar och förordningar betonar nu vikten av ett strukturerat ledningsarbete med regelbundna uppföljningar för att minska risken för smitta i vård- och omsorg. Under året har därför en riktad utbildning i vårdhygien för chefslinjen tagits fram utöver det ordinarie arbetet med utbildningar för personal inom vård- och omsorg.

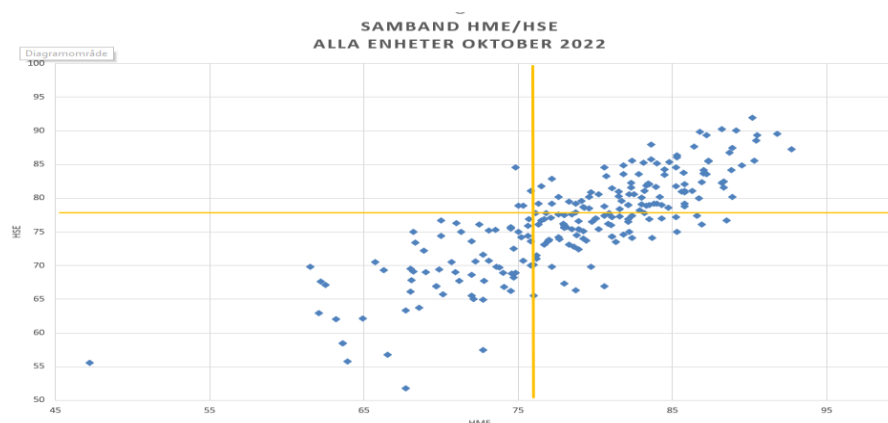
Vårdinformationsystem och e-hälsa

Se separat bilaga.

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.



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.

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.

Under 2022 har följande aktiviteter genomförts för att öka kompetens och kunskap inom patientsäkerhetsområdet

- Utbildning i patientsäkerhet för nyanställda, fysiska föreläsningar.
- Uppstart av utbildningsplan inom patientsäkerhet för hälso och sjukvårdspersonal som ej är nyanställd
- Utbildning för läkare och sjuksköterskor i Säker läkemedelshantering
- Teambaserad utbildning i Säker kommunikation
- ProAct - ett obligatoriskt moment för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor/skötare.
- Traumatteamsutbildning – utbildning som syftar till ökad kompetens inom teamarbete inom vården.

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.

En välfungerande klagomålshantering är en central del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och ett sätt för patient och närstående att delta i detta arbete.

Regionen har under året arbetat med följande aktiviteter för att stärkas patientens möjlighet att vara medskapare i vården.

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. Arbetet med införande av egenmonitorering är ett delprojekt i Omställningsprogrammet närmare Kronobergaren.

Nära vård i hemmet- *Se även separat bilaga.*

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.

Patientkontrakt

Utifrån Region Kronobergs definition av personcentrerad vård är patientkontraktet ett koncept i fyra delar som innefattar överenskommelse (vem som gör vad mellan patient och vården), möjlighet med fast vårdkontakt vid behov, överenskomna tider och sammanhållen plan. Syftet är att öka och förbättra delaktighet och samverkan där vårdens samlade resurser används mer effektivt. Införande av patientkontrakt kommer förbättra förutsättningarna att patienter känner sig tryggare, att vårdtidens längd på sjukhus blir kortare och att medicinska komplikationer minskar. Arbetet med införande påbörjades under 2022 och förväntas på under hela 2023.

RPK- Patienters och närståendes synpunkter, erfarenheter och upplevelser RPK

Rättspsykiatriska kliniken har sedan flera år tillbaka samarbetat med NSPH (Nationell Samverkan Psykisk Hälsa) i projektet "Rätt till inflytande i Rättspsykiatri". Under 2022 har 4 avdelningar infört patientforum tillsammans med brukarrepresentanter från NSPH. Ytterligare 2 avdelningar har genomfört studiecirkel utifrån återhämningsguiden med studieledare med egen erfarenhet av psykisk ohälsa från NSPH. Klinikens Forskningsenhet samarbetar med en person, som har egen erfarenhet av rättspsykiatrisk vård, kring information om pågående forskningsprojekt. Patienter har deltagit i arbetet med ny vårdbyggnad utifrån utformningen av inre och yttre vårdmiljö, exempelvis konstprojekt och annan interiör.

Patienter som medskapare i vården och vid verksamhetsutveckling har blivit en naturlig del i verksamheten. Patientmedverkan har bland annat lett till: Hälsosammare veckomeny från produktionsköket, fast körschema Lokalvård och ett bättre utnyttjande av resurser, ökad tillgång till datorer.

Vårdplan Specialistpsykiatri

Målet för Specialistpsykiatri är att alla patienter ska ha en vårdplan. Under 2022 har 56% av de journaler som granskats enligt MJG haft en vårdplan. Detta är en minskning från 69% under 2021. Detta säger dock inget om antalet vårdplaner som helhet för kliniken då underlaget är för litet. Den vårdplan Specialistpsykiatri har använt sig av de senaste åren liknar patientkontraktet. När nya vårdplaner görs är det mallen för patientkontrakt som används. När vårdplaner ska uppdateras byter man mall till patientkontrakt. På sikt kommer alla vårdplaner inom Specialistpsykiatri vara utformade som patientkontrakt.

Översyn Klagomål och synpunkter

I nuläget kan patient och närstående framföra klagomål och synpunkter via 1177, Patientnämnden och verksamheten. Ytterligare möjlighet att framföra klagomål och synpunkter via medborgarmodul i avvikelshanteringssystemet Synergi ska undersökas.

Eftersom det är verksamhetschef för respektive verksamhet som har ett huvudsakligt ansvar för klagomål och synpunkter så är det värdefullt att få en rapportering direkt för verksamhetsområdena rörande klagomål och synpunkter. Klagomål och synpunkter rapporteras sedan augusti 2022 genom intern kontroll i samband med delårsrapportering. Vid delårsrapportering får respektive verksamhetsområde ange via en färgmarkering huruvida aktiviteterna inom de olika områdena för patientsäkerhet löper enligt plan eller om det finns risk för avvikelse.

Statistik över klagomål och synpunkter finns i avvikelshanteringssystemet Synergi, [länk](#). 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. Förslag till åtgärder kommer presenteras för hälso och sjukvårdsnämnden under första kvartalet 2023.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

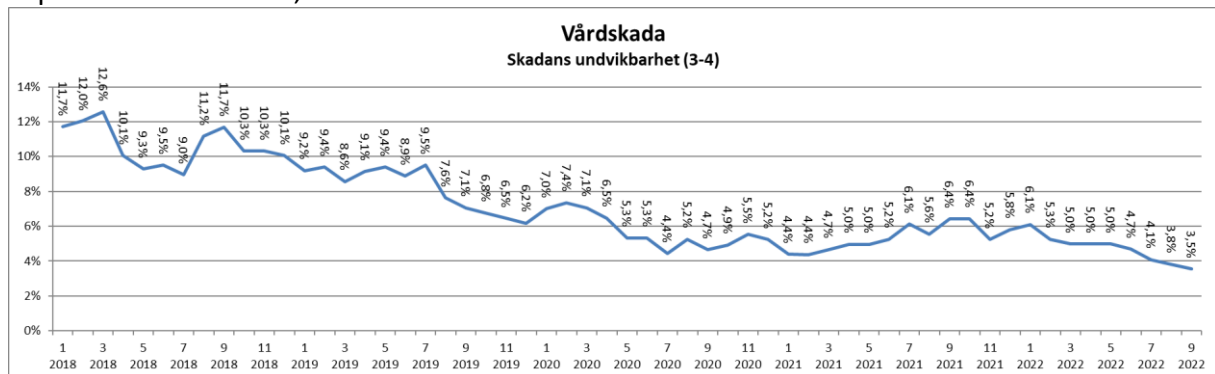
Antal vårdskador

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. 28 stycken slumpvis utvalda patientjournaler granskas varje månad av ett granskningsteam. Resultatet sammanställs enligt modellen rullande 12 månader. Varje mät punkt visar summan av de senaste 12 månadernas mätningar



Mål: Förekomst av vårdskada ska minska till 4,5%

Resultat: Grafen en visar utveckling av andel patienter som drabbats av en undvikbar skada så kallad vårdskada från 2018 och framåt. När mätningen startades 2018 låg andelen patienter som drabbades av vårdskada på 11,7% motsvarande siffra för granskning året oktober 2021-september 2022 var 3,5%.



Analys av resultat: Under granskningsåret ses en positiv trend vad gäller förekomst av vårdskador. Resultatet ligger under målnivå de sista två kvartalen. Den nedåtgående kurvan kan direkt härledas till minskning av antal vårdrelaterade infektioner. Detta talar för att vårt långsiktiga arbete med samordnande funktioner och aktiviteter nu börjat ge effekt.

Vi har dock under MJG året sett en ökad förekomst av trycksår vilket även överensstämmer med våra lokala mätningar (se nedan). Antalet utgör fortsatt en liten andel vilket gör att det inte slår igenom på totala resultatet men trenden behöver följas både via MJG och i våra lokala mätningar

Vårdskador som berör försenad diagnos och/eller behandling fångas upp av granskningsteamet vid journalgranskning men i nuläget finns ingen markör i databasen för den typen av skada. Misstänkta vårdskador relaterade till diagnosförsening samt fall med generella kvalitetsbrister tas därför upp vid sekundärgranskningen där chefläkare är med. Chefläkaren återkopplar direkt till verksamheten när bedömning görs att behov finns för djupare genomgång av vårdtillfället.

Åtgärd: Fortsatt preventivt arbete inom områden så som Läkemedel, VRI, Trycksår och Diagnostisk säkerhet. Långsiktigt arbete med samordnande funktioner är framgångsfaktorer.

Patientsäkerhetsstrategi tillsammans med Utbildning och lärande färdigställer utbildningsplan utbildning i patientsäkerhet med bl.a. fler digitala alternativ. Detta för att öka tillgänglighet för alla hälso och vårdpersonal som behöver gå sina obligatoriska utbildningar.

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

Central ärendehantering

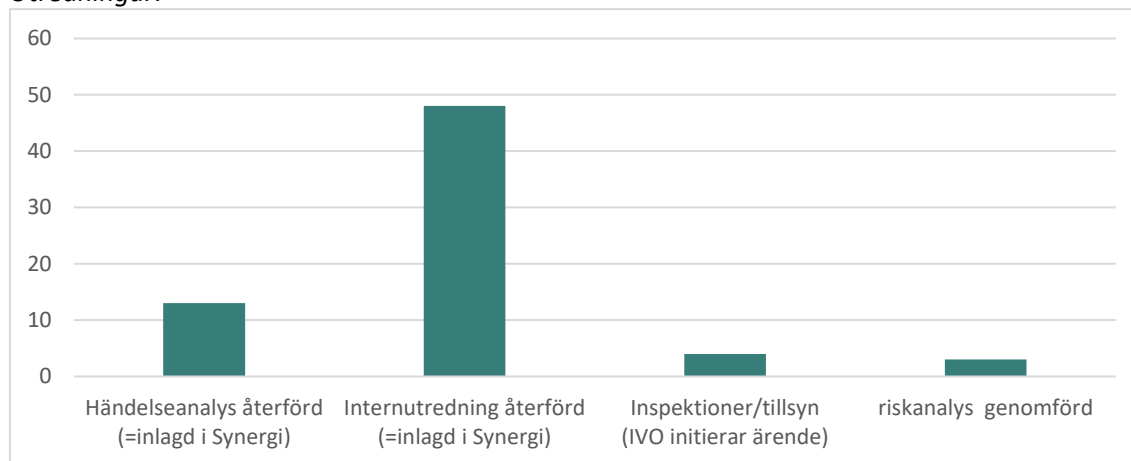
- Lex Maria,
- IVO (Inspektionen för vård och omsorg)
- LÖF (Regionernas ömsesidiga försäkringskassa)

Mål: Region Kronoberg ska ha en central ärendehantering för patienter och närståendes anmälningar till LÖF och IVO för att säkerställa en snabb och korrekt hantering och möjliggöra analys på aggregerad nivå.

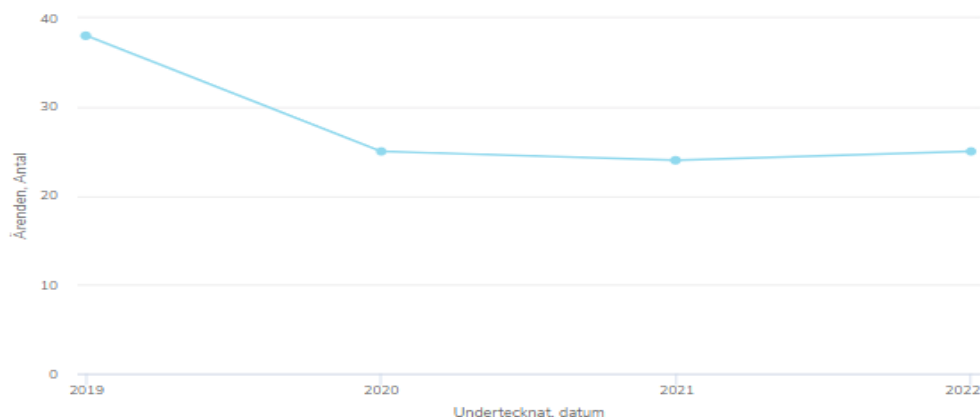
Samtliga händelser som kommer till vårdens kännedom via IVO eller LÖF ska analyseras av berörd verksamhet. En bedömning avseende vårdskada ska göras. Om vårdskada föreligger ska en orsaksanalys göras och åtgärder föreslås. Alla inkomna ärenden ska skickas för kännedom till chefläkare. Händelser som medfört 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:

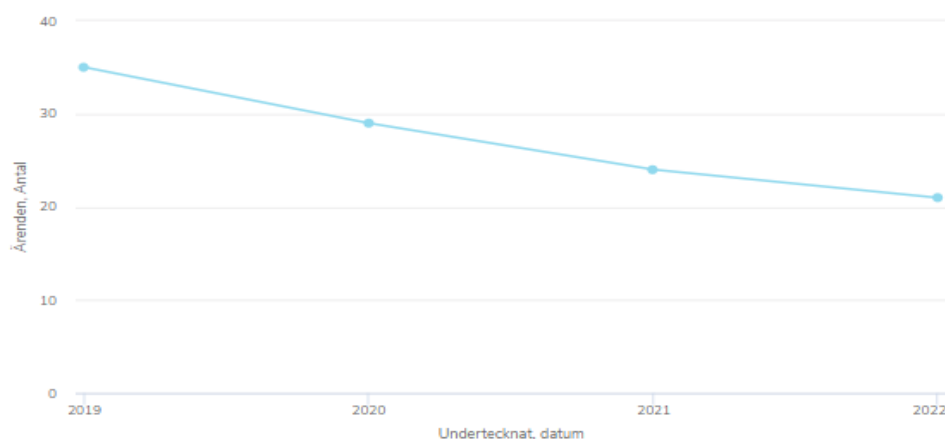
Utredningar:



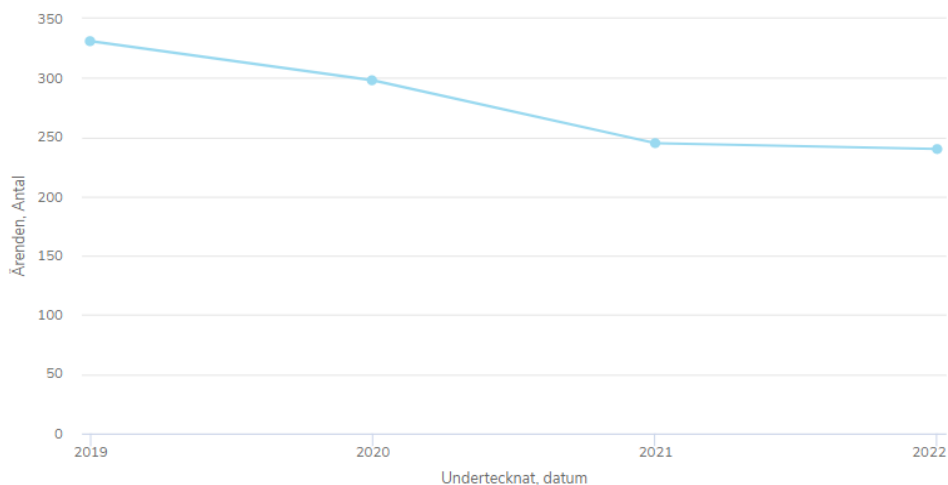
Lex Maria



Klagomål som inkommit till IVO och där de startat en utredning



LÖF ärende



Analys av resultat: Internutredningar är fortsatt den vanligaste metoden att utreda händelser, 48 stycken internutredningar finns registrerade i avvikelssystemet Synergi, motsvarande siffra för händelseanalyser är 13 stycken.

Vi ser ett 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.

Samtliga 13 händelseanalyser har lett till en lex Maria jämfört med 12 av internutredningarna. Av inskickade lex Maria 2022 berör 10 av 25 stycken försenad diagnos eller behandling. Olika processer där vi gjort flera utredningar och även lex Marior.

- Traumaprocessen, följsamhet till befintliga riktlinjer. Utöver lex Mariorna finns ytterligare några avvikelser som berör den här processen.
- Strokeprocessen akuta omhändertagandet Återkommer varje år. Kunskap i första linjen/teamarbete, kännedom om riktlinjer. Även missade meningiter då man koncentrerat sig på strokeprocessen.
- SVF förlopp primärvården, en hel del försenade cancerdiagnoser.
- Thoraxdrän. Lex Maria för några år sedan åtgärder beslutades men ej genomfördes. Två nya händelser i år som blev lex Maria.

Återkommande bakomliggande orsaker:

- Vi hjälper inte varandra och frågar inte varandra om hjälp
- Kompetens i första linjen
- Informationsöverföring både muntlig och skriftlig
- Säkerhetskultur
- Vi lyssnar inte in Patienter och närstående
- Riktlinjer och rutiner är svåra att hitta och lokala anpassningar förekommer.
- Bristande följsamhet till riktlinjer.
- Vårdövergångar t.ex. byte av klinik och/eller sjukhus
- Bristande tillgänglighet

Under senare år så har vi sett ett antal lex Maria anmälningar där IVO begärt kompletteringar. Ibland är det utifrån själva utredningen men i många fall även utifrån uppdragsgivarnas beslut

om vilka åtgärder som ska genomföras och planeringen av dessa. Detta ställer högre krav på både analysteamet och berörda verksamhetschefer att vara tydliga i sina utredningar och bifogade handlingsplaner. Det är dock rimligt att här lägga till att vi inte alltid förstår varför IVO ställer dessa kompletteringskrav.

Antal klagomål som IVO väljer att utreda fortsatte minska även under 2022. Det är svårt att dra någon slutsats avseende orsak med tanke på att IVO endast utreder klagomål av allvarigare karaktär och att 2022 delvis var präglad av covidpandemin med periodvis lägre produktion. Resultatet behöver fortsätta följas över tid för en bättre analys. Av de 21 klagomål som IVO beslutat utreda har regionen som vårdgivare fått kritik i 50% av fallen.

IVO har genomfört två inspektioner inom sjukhusvården med fokus vårdplatser och bemanning inom akutsjukvården, en avseende katastrofmedicinsk beredskap och en inom Specialistpsykiatri med uppföljning av IVO's nationella tvångsvårdstillsyn.

I avvikelssystemet finns 240 LÖF ärende inlagda för 2022. Vid jämförelse med statistiken som erhålls från LÖF själva ser vi att antal ärenden 2022 är 260 stycken. Diskrepansen mellan siffrorna beror på att det Synergi finns en markör för LÖF som endast följer med ärendetypen negativ händelse och/eller tillbud. När verksamheten väljer att bedöma händelsen som ett klagomål eller risk faller markören bort och statistiken blir felaktig. Dock kan en skada oavsett om den är undvikbar eller inte aldrig ses som något annat än som negativ händelse i avvikelssystemet. Här föreligger således en okunskap ute i verksamheterna om hur man klassificerar en skada som man inte bedömer är en vårdskada.

Analys av de ärenden som anmälts till LÖF 2022 visar att mellan 30–50 % (beroende på verksamhetsområde) beviljats ersättning. Total summa som utbetalts 2022 från LÖF uppgår till 15 045 972 kronor. Av de som beviljats ersättning för vårdskada av LÖF är det få som bedömts som vårdskada av den berörda verksamheten själva. Vi upplever således att frågan om händelsen var möjlig att undvika är svår. En skada i samband med vård kan uppstå utan att någon har gjort fel, begått ett misstag eller att det varit frågan om dålig vård.

Ansvar för att koordinera övergripande riskanalyser där flera verksamheter är involverade ligger på regionens säkerhetsenhet. Dock kan lokala riskanalyser ha genomförts ute i verksamheten men dessa finns inte dokumenterade i vårt avvikelssystem varför det är svårt att säkerställa att perspektivet med organisatoriskt lärande har tagits i beaktande.

Åtgärd: Utbildningsinsats ute i verksamheterna avseende identifiera händelser som är allvarlig vårdskada. Socialstyrelsens e-utbildning för alla chefer inom hälso och sjukvård. Uppstart av uppdragsutbildning i händelseanalys för potentiella analysledare samt lokal utbildning i intern utredning. Ta fram kunskapsstöd för hantering och bearbetning av IVO och LÖF ärenden vilket ska inkludera:

- Rekommendation kring återförandet av resultaten av utredningarna till alla medarbetargrupper.
- Rekommendation kring återförandet av utredningen till patient/närstående.
- Hur vi kan förbättra spridning och lärande.

Sprida kunskap kring hur utförda riskanalyser sparas för att säkra spårbarhet och spridning av kunskap.

Uppföljning av åtgärd: Negativa händelser och utredningar följs upp och diskuteras på patientsäkerhetsronder. Lex Maria händelser redovisas på Patientsäkerhetsråd för att sprida lärande i flera strukturer.

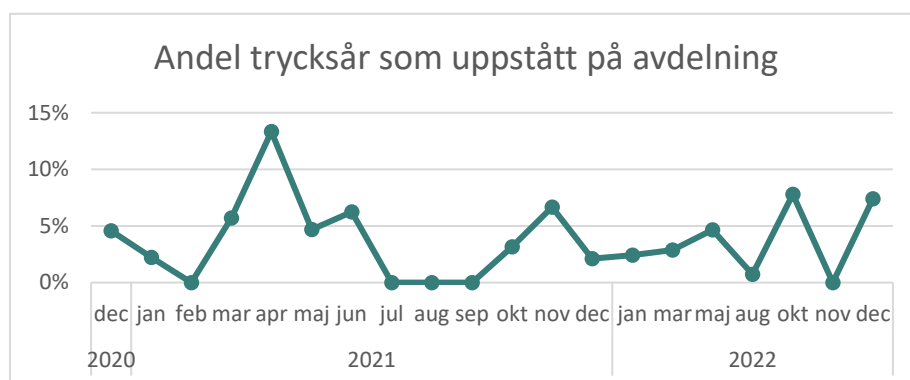
Centrala ärendehantering fortsätter sammanställa händelser som anmäls i syfte att identifiera övergripande förbättringsområden.

Beräkning av vårdskadekostnader vid lex Maria kommer påbörjas 2023 och ersättningsnivåer hos LÖF kommer följas på aggregerad nivå.

Trycksår

Mål: Förekomst av trycksår som uppkommer i slutenvården ska ligga under 3%

Resultat: Mäts var tredje månad. Resultat pendlar mellan 5-8%



Analys av resultat: Mätningar av trycksår ska genomföras under januari, mars, maj, oktober och december. Utfall visar att de mätningar som faktiskt genomförts har resultat på nivåer som kräver ytterligare preventivt arbete. Mätvärdena är dock inte validerade och mätningar görs inte heller av alla enheter enligt den plan som är överenskommen. Resultatet är därför svåranalyserat, men vi ser att finns en uppåtgående trend sista åren vilket ses även vid Markörbaserad journalgranskning.

Tänkbara orsaker till den uppåtgående trenden kan vara ökad vårdtyngd med svårt sjuka patienter, större andel utlokaliserade patienter och överbeläggningar. Under covid perioden såg vi också att det brast i ordinarie rutiner när behovet av isolering och skyddsutrustning ökade. Regionen har även fortsatt svårt att få till deltagande i utbildning i trycksårsprevention. Sannolikt delvis kopplat till det ansträngda läget som varit ute i verksamheten med brist på personal.

Till skillnad mot tex VRI arbete finns i dagsläget inte någon sammanhållande/samordnande funktion vad gäller trycksårspreventionsarbetet. Det finns således en otydlig ansvarsfördelning i vem som förväntas följa upp att mätresultat och stötta upp verksamheten med förbättringsåtgärder vilket är ytterligare en faktor som kan ha påverkat resultatutvecklingen.

Åtgärd: Fortsatt arbete med utbildning i trycksårsprevention för alla sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Digital utbildning finns tillgänglig för all anställd hälso och sjukvårdspersonal i regionen.

Tätare mätningar för de enheter som inte uppnår målet. Behov av omtag gällande definitionen av måttet. I nuläget anger verksamheterna olika värden.

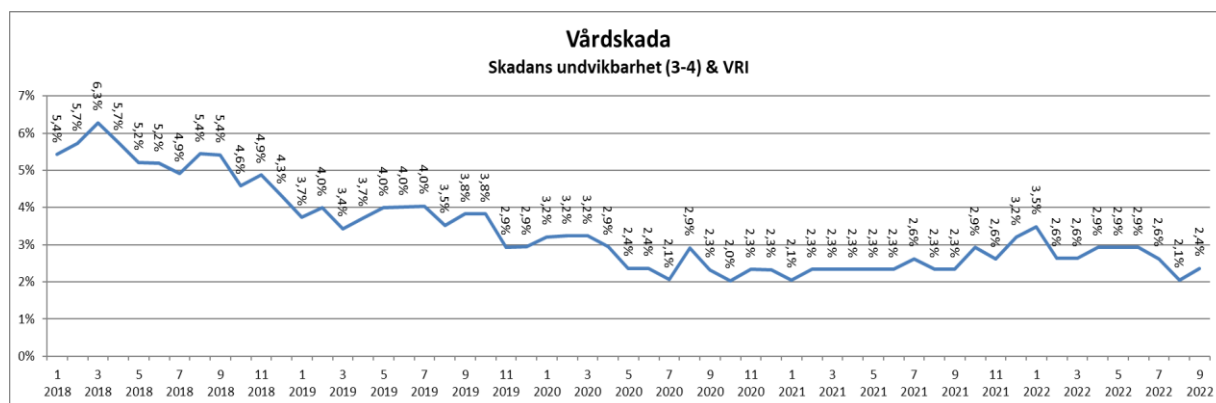
Centrala patientsäkerhetsorganisationen har fått ett uppdrag att ta fram förslag på struktur för det framtida trycksårsarbetet som en del av vårdprevention.

Uppföljning av åtgärd: Fortsatta lokala mätningar 5 ggr per år. Kvartalsvis uppföljning av hur många medarbetare som genomfört obligatorisk utbildning i trycksårsprevention. Resultat på aggregerad nivå kommer kvartalsvis följas upp av en central analysgrupp som sedan återkopplar till hälso och sjukvårdens ledningsgrupp. Det kommer även vara möjligt att ta fram resultat för varje enskild enhet

Vårdrelaterade infektioner VRI

Mål: Har tidigare varit satt utifrån PPM-mätningar som inte längre utförs. Vi använder för närvarande MJG mätningarna för att följa VRI men arbetar för ett återinförande av Infektionsverktyget. Målvärde i MJG-mätningarna är en halvering av det högsta värdet 6,3 % dvs 3,1 %. Målvärde för infektionsverktyget behöver definieras.

Resultat: Andel VRI följs via Markörbaserad journalgranskning -MJG. Under granskning året har resultatet legat stabil runt 2,4-2,6%. Patienter med undvikbara vårdskador orsakade av vårdrelaterade UVI/pneumoni har legat på låg nivå under hela året, senaste mätpunkten visade 0,6%.



Analys av resultat: Resultaten av Vårdrelaterade infektioner- VRI, enligt MJG, ligger stabilt på goda nivåer. Minskningen av vårdrelaterade infektioner tyder på att de riskförebyggande åtgärder och förbättringsarbeten som regionen arbetar med har börjat ge effekt.

Åtgärd:

- Införande av infektionsverktyget för kontinuerlig mätning av förekomst vårdrelaterade infektioner-VRI. I samband med införande en riktad utbildningsinsats kring definition av VRI.
- Daglig riskbedömning av inneliggande patienter enligt Gröna korset verktyget.
- Riskbedömning vid inläggning enligt specifikt framtagen mall
- Revidera VRI handlingsplan enligt nationell riktlinje för "Vårdhygienisk standard"
- Fortsatt utbildning i basala hygienrutiner och klädregler samt smittspridning

Uppföljning av åtgärd: Fortsatt mätning av förekomst av VRI via markörbaserad journalgranskning- MJG som komplement till Infektionsverktyget. Resultat på aggregerad nivå kommer kvartalsvis följas upp av en central analysgrupp som sedan återkopplar till hälso och sjukvårdens ledningsgrupp. Det kommer även vara möjligt att ta fram resultat för varje enskild enhet.

Europeisk PPM-mätning kommer göras första kvartalet 2023. Utfallet i den mätningen kommer dock inte vara jämförbara med den MJG-mätning som görs idag. Detta då begreppet undvikbar inte förkommer i PPM mätningen.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Andel vårdtillfällen för patienter där oplanerade återinskrivningar skett inom 30 dagar.

Mål: 10%

Resultat: 16,2%

Analys av resultat: Andel återinläggningar har ökat något under senare delen av året. Tänkbara orsaker till ökningen kan vara att patienterna dels återinläggs med sviter efter infektioner samt att det ansträngda vårdplatsläget kan ha inneburit att de skickats hem för tidigt. Den höga personalsjukfrånvaron inom både region och kommuner kan också ha påverkat.

Åtgärd: Detta är ett prioriterat arbete i hälso och sjukvårdens verksamhetsplan. Säkra vårdövergångar, personcentrerad vård och patientkontrakt är viktiga delar i detta arbete liksom ökad samverkan mellan primärvård, kommun och sjukhusvård. Drivs som delprojekt inom omställningskontoret Närmare Kronobergaren. Två pågående piloter är igång som ska utvärderas

Uppföljning av åtgärd: Fortsatt kontinuerliga mätningar och analys av mätresultat på verksamhetsområdesnivå. Uppföljning på controllermöte och redovisning i delårsrapporter.

Andel avslutade besök inom 4 timmar på akutmottagningarna

Mål: 80%

Resultat: 55%

Analys av resultat: Fortsatt samma bild där vi är långt från målet. I Ljungby klaras 61 % och i Växjö 52 %. Noterbart är att det blivit en stor försämring i Ljungby, från 68 till 61 % under ett år. Tänkbar orsak till försämringen är bristen på vårdplatser och att det ordineras betydligt mer åtgärder som ska göras på akuten, oftast i syfte att undvika inläggning.

Åtgärd: Planering pågår för att testa annat arbetssätt på akuten som är planerad under våren. En handlingsplan är också framtagen och påbörjad i syfte att förbättra flödet mellan akuten och avdelningarna samt att förbättra flödet för utskrivningar. En viktig åtgärd är möjligheten att kunna mäta tiden från att patienten är "klar" på akuten till transport till avdelning.

Uppföljning av åtgärd: Kontinuerligt i styrgruppen för akutprocessen

Andel diktat utskrivna inom två dygn

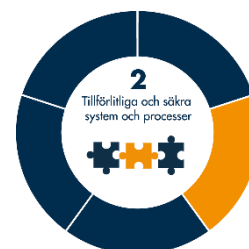
Mål: 75%

Resultat: 66,7%

Analys av resultat: På sjukhusnivå uppnår endast 9 av de dikterande klinikerna målet. ORSAK?? Dock är resultatet bättre än för året 2021 då resultatet låg under 60%.

Åtgärd: Omfördelning av resurser från SHV bemanning till de kliniker som inte klarar målet.

Uppföljning av åtgärd: **åtgärd:** Fortsatt kontinuerliga mätningar och analys av mätresultat på verksamhetsområdesnivå. Uppföljning på controllermöte och redovisning i delårsrapporter.



Antibiotikaanvändning -STRAMA

Se separat bilaga från Läkemedelskommittén och Strama Kronoberg/Medicinsk grupp Infektion

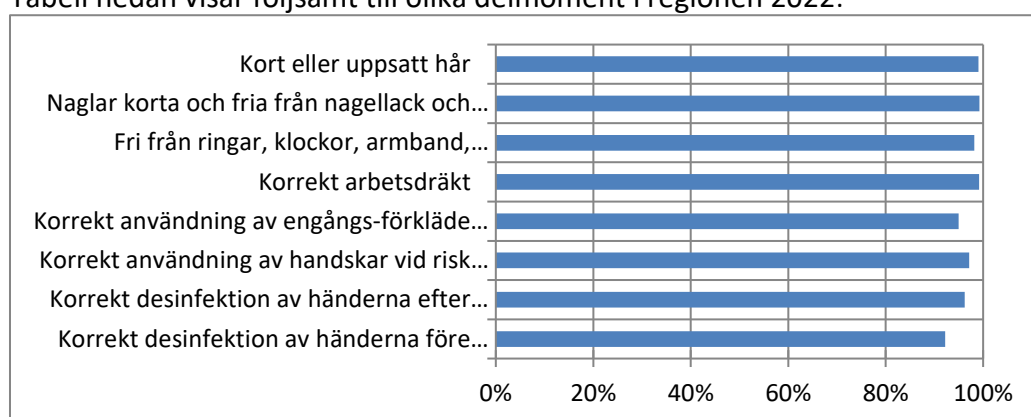
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Mål: 100% följsamhet till BHK.

Resultat: Följsamheten till BHK mäts fyra gånger per år i regionen. Granskningen i mars redovisas även till SKR. Numera deltar även de privata aktörerna inom vårdvalet.

Det totala resultatet, inkluderande alla områden/kliniker samt självskattningar/observationer, ligger på samma nivå som föregående år med en följsamhet på 84 %. Det finns dock en stor spridning i mätresultat mellan kliniker (50-100 %) och mellan enheter (0-100 %). I den nationella PPM mätningen via SKR i mars var resultatet för Regionen Kronoberg 85 procent vilket innebär en tredjeplats i landet av deltagande regioner.

Tabell nedan visar följsamt till olika delmoment i regionen 2022.



Analys av resultat:

Resultatet har de senaste åren förbättrats årligen och nu hamnat på en relativt stabil hög nivå om man ser till genomsnittet. I SKR's nationella mätning i mars redovisar ett sämre resultat vad gäller följsamhet till BHK i flertalet regioner som tolkas bero på pandemin. En försämring som inte finns i region Kronoberg. Resultatet är en effekt av regionens långsiktiga arbete med mätning, uppföljning och åtgärder. Som exempel kan nämnas att varje enhet har en sk BHK-resurs som aktivt arbetar med frågan på den egna enheten. Under året har BHK resurserna träffats två gånger och vid dessa tillfällen har de erhållit information från vårdhygien angående vårdhygieniska riktlinjer, säsongsinfektioner och aktuellt inom området. Dessutom har folktandvården redogjort för sitt arbete med triangelrevision. En så kallad BHK-värd har använts på en del enheter för att på så sätt föra samtal kring BHK-frågor med kollegor vilket vi sett gett god effekt. Förbättringspotential finns fortsatt flera enheter, några hamnar långt under acceptabla nivåer.

Åtgärd: Enheter med resultat under 90 procent ska månatliga granskningar göras. Möte med enheternas BHK-resurser två gånger per år. Handhygienens dag uppmärksammas med information på webben och BHK-resurserna förses med material att använda på sin enhet. Verksamheter med lägre resultat kommer erbjudas besök av vårdhygien och förändringsledare för diskussion kring vilka åtgärder som kan vara lämpliga.

Uppföljning av åtgärd: Alla mätresultat finns tillgängliga för verksamheter och ledningsgrupper att ta del av, uppdateras kvartalsvis. Resultat följs upp och diskuteras på patientsäkerhets-ronder. Analys görs på aggregerad nivå av centrala Patientsäkerhetsorganisationen.

Checklista systematiskt patientsäkerhetsarbete, Primärvård

Mål: Genomförd på samtliga enheter

Resultat: 13 av 23 enheter

Analys av resultat: Starkt kopplat till vilka enheter som har patientsäkerhetsteam. Det vill säga de enheter som startat upp patientsäkerhetsteam har även börjat använda sig av checklista systematisk patientsäkerhet.

Åtgärd: Uppdatering av checklistan. samt rutinen för patientsäkerhetsteam.

Uppföljning av åtgärd: Kontinuerlig uppföljning under året.

Diagnostisk säkerhet

Mål:

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

Resultat: Antal tillfällen som filmer om diagnostik säkerhet visats 2022 enligt kompetensportalen:

Förbättrad diagnostisk säkerhet i primärvård – 31 st, Diagnosen blev försenad – 0 st och Förbättrad diagnostisk säkerhet – 49 st

Verksamheter som besökts under 2022 med fysisk föreläsning: Kvinnokliniken, Ortopedkliniken, Akutläkarna Växjö, Infektionskliniken, Medicinkliniken Växjö och Ljungby, Anestesikliniken Växjö, Kirurgkliniken Växjö och Ljungby, Barn och Ungdomskliniken, Hudkliniken, Ögonkliniken, Öronkliniken och klinisk fysiologi.

Analys av resultat: Arbetsgruppen för diagnostisk säkerhet har under året arbetat med det kortsiktiga målet att nå ut med kunskap till verksamheterna. Detta blev möjligt efter att restriktionerna till följd av coronapandemin togs bort. Ovidimerade provsvar är nu ett tal som kan följas av alla verksamheter och följs upp på patientsäkerhetsronden och via verksamhetsplanen/kvartalsvis internkontroll.

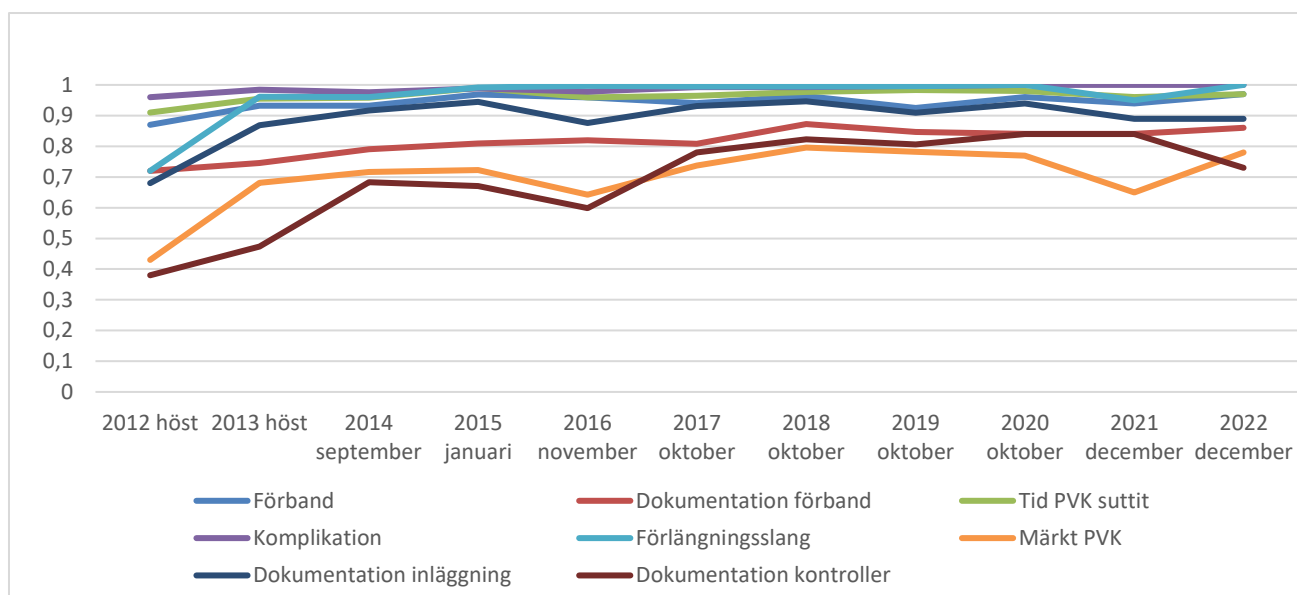
Åtgärd: Projektet har from 2023 avslutats och övergått till i förvaltning till chefläkargruppen.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning av resultat av enkät. Kvartalsvis analys på aggregerad nivå av ovidimerade provsvar av den analysgruppen i centrala patientsäkerhetsorganisationen. Verksamheterna följer upp sina resultat vi inter kontrollen och kvartalsrapport.

Infarter PVK

Mål: 100 % följsamhet till rutiner för PVK samt 1,0, dvs inga PVK-relaterade infektioner.

Resultat: Se tabell nedan



Analys av resultat: Resultatet visar en ökad medvetenhet hos personalen vad gäller att dokumentera i journaltabell i datajournalen, att omsorgsfullt välja placering av PVK, vikten av huddesinfektion och att bättre fixera i syfte att minska friktion och därmed minska risk för tromboflebit. Följsamhet till dokumentation av dagliga kontroller har minskat. En arbetsuppgift som högst troligt görs men som inte dokumenteras optimalt och sannolikt beror på ökad arbetsbelastning. Det finns ett par förbättringsområden, tex märkning av förband samt märkning med etikett typ av infart. För att följa upp förbättringsområdet märkning av förband och märkning med etikett perifer venkateter satt på annan enhet, har granskning av PVK satta på ambulansen utförts.

Åtgärd: Enheter inom slutenvården, med hög följsamhet till regelbundna dagliga dokumenterade kontroller, tillåts förlängd PVK tid upp till 7 dygn. Eftersom följsamheten på några enheter minskat lyfts vikten av dokumentationen samt erbjuds förnyad information på ex. APT.

Digitala utbildningar i handhavande kring infarter är under framtagande och kommer vara obligatorisk för sjuksköterskor och undersköterskor. Samarbete pågår i syfte att optimera val av säker infart till barn. Accessflödesschema har påbörjats. I regionen sätts nu också Midline som är en längre venös infart.

Uppföljning av åtgärd: Regelbundna mätningar, med granskning fyra gånger per år, av följsamhet till rutiner och riktlinjer kring infarter. Resultat på aggregerad nivå kommer kvartalsvis följas upp av en central analysgrupp som sedan återkopplar till hälso och sjukvårdens ledningsgrupp. Det kommer även vara möjligt att ta fram resultat för varje enskild enhet. En central arbetsgrupp träffas regelbundet tillsammans med chefläkare och gör upp strategier för infartsarbetet.

Egenkontroll av läkemedelshantering

Enligt socialstyrelsens föreskrift inkl. vägledning "Ordnation och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37)" ska vårdgivare utföra egenkontroll. I dagsläget saknas det rutiner och riktlinjer för detta, men inom patientsäkerhetsarbetet - läkemedel har arbetsgruppen tagit fram frågor till en elektronisk enkät, skapat enkäten elektroniskt och påbörjat utskick.

Mål: Målet för 2021 var att ta fram en modell för egenkontroll i form av en enkät och att genomförandet av egenkontroller skulle kunna påbörjas i slutet av 2021. Detta för att ge möjlighet att föra in förbättringsarbeten i verksamhetsplanen 2022.

Resultat: Enkäten för egenkontroll av läkemedelshanteringen är klar. Den första omgången skickas ut till sjukhusvården, nästa steg är psykiatri och rättspsykiatri och därefter skickas den till primärvården. Enkäten innehåller även tolkningshjälp till den som genomför egenkontrollen som indikerar vad man behöver arbeta vidare med på respektive enhet.

Åtgärd: Arbetsgruppen fortsätter sitt arbete under 2023 för att bland annat kunna utvärdera första utskicket. Frågan om hur "extern granskning" ska kunna uppnås kvarstår.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning inom patientsäkerhetsarbetet samt dialog med berörda parter.

Personuppgiftsincidenter (PUI)

Mål: Öka kunskapen om personuppgiftsärenden inom Region Kronoberg

Resultat: Uppstart av samarbete med dataskyddsombud och informationssäkerhetsansvarig

Analys av resultat: Under året noteras en ökad rapportering av personuppgiftsincidenter. Noteras också att kvaliteten på informationen i de rapporterade händelserna har ökat, vilket tyder på ökad kunskap om vad en personuppgiftsincident är. Utredningsprocessen har stärkts med fler personer för att korta ned handläggningstiden.

Åtgärd: Kontinuerliga avstämningar med uppföljning av rapporterade personuppgiftsincidenter med systemansvariga och informationssäkerhetsansvariga.

Uppföljning av åtgärd: Under 2023 planeras fortsatta avstämningsmöte enligt ovan.

Implementering av specifik ärendetyp för patientnämndsärenden

Mål: Implementering av specifik ärendetyp för rapportering och handläggning av patientnämndsärenden.

Resultat: Projekt förstudie inför implementering av specifik ärendetyp för rapportering och handläggning av patientnämndsärenden påbörjades Q2 2022.

Analys av resultat: Förstudien påvisade fördelar med specifik ärendetyp för rapportering och handläggning av patientnämndsärenden för både handläggande verksamhetsansvariga och patientsnämndsekreterare.

Åtgärd: Systemansvariga säkerställer att specifik ärendetyp för patientnämndsärendens ärenden implementeras och konfigureras enligt patientsnämndsekreterarnas behov och önskemål.

Uppföljning av åtgärd: Att planerad implementering av specifik ärendetyp möjliggör en ökad tillgänglighet, informationsmässigt, för ansvarig handläggare.

Ledtider SVF cancer

Mål; 55% av patientfallen uppfyller ledtidsmålen

Resultat: 33,9%

Analys av resultat: Den huvudsakliga orsaken till att ledtidsmålet inte nås inom sjukhusvården är att det saknas tillräckligt med resurser i relation till uppdraget inom diagnostik och behandling i flera processer.

Åtgärd: Planerade åtgärder inom urologin kommer att förbättra processen, korta ledtiderna och frigöra läkarresurser inom SVF prostatacancer som även kommer påverka SVF urinblåsa,

urinvägar positivt. Extra satsningar på röntgen har gjorts och kommer att fortsätta under 2023. Fortsatt kartläggning och uppföljning i syfte att identifiera ytterligare brister och variationer i processerna.

Uppföljning av åtgärd: I samband med controllermöte och kvartalsrapporter.

Läkemedelsgenomgångar

Mål: Förekomsten av dokumenterade läkemedelsgenomgångar 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. I december 2021 var denna andel 24,9%. Motsvarande siffra i december 2022 var 27,5%. Måttet följs kvartalsvis i hälso- och sjukvårdens verksamhetsplan. Mätetalsgenomgångar (dokumenterade läkemedelsgenomgångar) med representanter från Hälso- och sjukvårdens ledning samt Uppföljning och kvalitet har genomförts.

Måttet har även inkluderats i sjukhusvårdens verksamhetsplan. Riktlinje inklusive lathund är framtagna och kommunicerade med sjukhusvårdens ledningsgrupp.

Analys av resultat: Andelen dokumenterade läkemedelsgenomgångar har ökat senaste året från 24,9 till 27,5%, men förbättringspotential finns. Spridning mellan enheter finns (18,2-62,4).

En så kallad åtgärdskalender har tagits fram för primärvården i syfte att ge åtgärdsförslag vid dålig måluppfyllelse av dokumentation. Arbete har gjorts för att möjliggöra uppföljning av andelen patienter som fått en läkemedelslista utskriven.

Åtgärd: Implementering av "Säker läkemedelsanvändning i slutenvården" samt dialog med berörda parter för att upprätta en plan för hur resultaten ska återkopplas till verksamheten. Måttet "Utskriven läkemedelslista" kommer att bli möjligt att följa under 2023. En läkemedelsgenomgång ska resultera i att patienten får en uppdaterad läkemedelslista. För 2023 planeras för ca 800 fördjupade läkemedelsgenomgångar enligt teammodellen.

Arbetsgruppen (med bred representation) behöver fortsätta sitt arbete under 2023 men också under året komma med förslag på hur och av vem frågor om läkemedelsgenomgångar ska hanteras på lång sikt. Styrgruppen för hela projektet behöver leva vidare under 2023 för att styra och leda arbetet i de två kvarvarande arbetsgrupperna "Läkemedelsgenomgångar" samt "Egenkontroll av läkemedelshantering".

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning av andelen dokumenterade läkemedelsgenomgångar samt andelen som fått en utskriven läkemedelslista inom patientsäkerhetsarbetet samt dialog med berörda parter.

Ovidimerade provsvar:

Mål < 1250 fall

Resultat 2302

Analys av resultat Avsikten är att ett värde som avspeglar den diagnostiska processen. Hantering av provsvar/remissvar är förstås en liten del av helheten men rapporteras i litteraturen som en indikator som är användbar. Vi håller på att lära oss mer om vad värdet står för här lokalt och vad som fördröjer vidimeringen. Ibland är det nödvändigt men så här långt är det i avsaknad av bättre påminnelse för beställande klinik som är en av de vanligaste orsakerna. Vi har också satt att rapporten i Regionkollen inte är optimal för att följa denna siffra. Kräver en

del manuellt arbete och att man har en struktur hur och när mätresultaten tas fram och rapporteras.

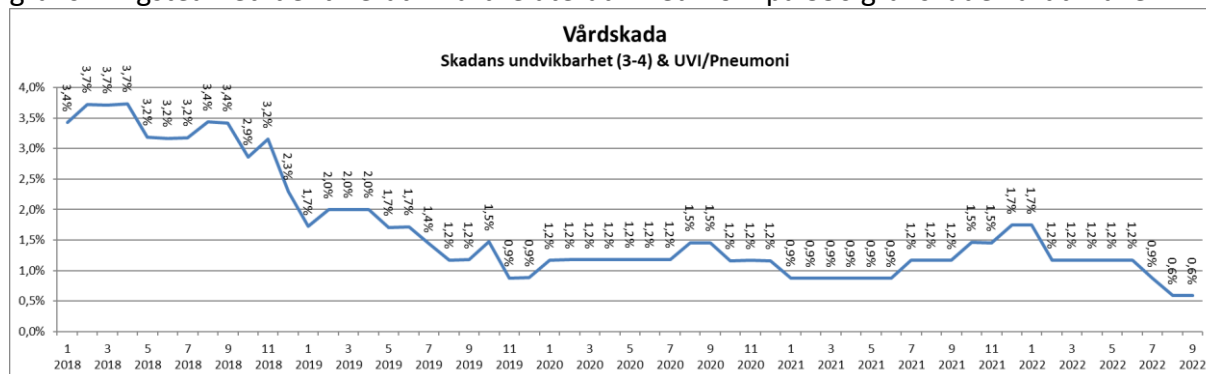
Åtgärd Rapporten behöver förbättras. Arbete inom enskild verksamhet behöver utreda och fundera över sina mönster: finns det särskilda utredningar som drabbas i större utsträckning än andra, finns det individuella mönster på en klinik. Behov av tydligare riktlinjer eller en utbildningsfråga. Poängtera patientbetydelsen för att detta fungerar,

Uppföljning av åtgärd fortsatt uppföljning av resultatet i relation till målvärdet.

Prevention vårdrelaterad Pneumoni

Mål: Minska antalet vårdrelaterade pneumonier.

Resultat: Förekomst av undvikbara vårdskador orsakade av vårdrelaterade UVI/pneumoni mäts idag via Markörbaserad journalgranskning. Resultatet låg på en stabilt låg nivå under hela granskningsåret oktober 2021-september 2022. Isolerar vi skadegruppen Pneumoni så har granskningsteamet identifierat 1 vårdrelaterad Pneumoni på 336 granskade vårdtillfällen.



KAD-rutiner. En lathund i fickformat är utarbetat för UVI/KAD/överfylld blåsa. Breddinförande planeras i samband med införandet av infektionsverktyget. Digital utbildning i KAD/blåsöverfyllnad, "Säker kateterisering och blåsövervakning", är skapad och utgör tillsammans med en praktisk del introduktionsutbildning för nyanställda sjuksköterskor och undersköterskor. Denna utbildning är även öppen för alla medarbetare. Ytterligare digitala utbildningar är planerade vad gäller byte av suprapubis-KAD och Tiemann-KAD. Målet är att sjuksköterskor i primärvård och kommuner ska kunna utbildas för att byta dessa. Fortsatta träffar för urinvägsresurser för erfarenhetsutbyte och information/utbildning givits inom området.

Uppföljning av åtgärd: Förnyade granskningar av följsamheten till KAD-rutinerna. Alla mätresultat finns tillgängliga för verksamheter och ledningsgrupper att ta del av, uppdateras kvartalsvis. På samtliga resursträffar delges resultaten på granskningarna. Analys görs på aggregerad nivå av centrala Patientsäkerhetsorganisationen.

Vårdokumentation

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

Resultat: Riktlinjer för DRIV (dokumentera rätt i vården) har under året reviderats. Samarbete har inletts med befintliga arbetsgrupper inom området vårdokumentation, tex delobjektet. Diagnos kodning

Analys av resultat: Som ett första steg i det regionövergripande arbetet har befintliga riktlinjer reviderats för att skapa mer lättöverskådliga dokument. De riktlinjer som nu finns tillgängliga ska ligga till grund för en säker vårdokumentation. Fortsatt utveckling av en gemensam struktur för Vårdokumentation är initierad men behöver fortgå under lång tid.

Åtgärd: En kvalitetsgranskning av vårdokumentationen har startats upp från centralt håll och kommer pågå under året.

Utbildning av personal i vårdokumentation, som en del i patientsäkerhetsutbildnings paketet, planeras utifrån de riktlinjer som finns framtagna.

Fortsatt utveckling av gemensam struktur för olika samarbete mellan arbetsområden inom vårdokumentation.

Uppföljning av åtgärd: Kvalitetsgranskningen kommer ge information om ett nuläge av den vårdokumentation som utförs och förbättringsområden identifieras som återkopplas till verksamheterna. Deltagande på utbildningstillfällena kommer följas på både aggregerad nivå och på verksamhetsområdesnivå.

Vårdprogram Suicid-prevention RPK

Mål: I möjligaste mån förebygga och minska antalet suicid med stöd av nytt vårdprogram och tillhörande "verktyglåda" (instruktioner och blanketter).

Resultat: Totalt har 394 medarbetare genomfört utbildningen Suicidprevention modul 3 Rättspsykiatri i kompetensportalen. Utöver har anpassningar av lokaler gjorts för att suicidsäkra vårdmiljön. Nya rutiner och riktlinjer är framtagna.

Analys av resultat Patienter som vårdas inom rättspsykiatrisk vård anses tillhöra en högriskgrupp för suicid och suicidförsök. Det är viktigt att verksamhetens medarbetare har kunskap och verktyg för att uppmärksamma, bedöma och agera i samband med suicidförsök.

Åtgärd Respektive avdelningschef informerar om, samt säkerställer att kunskapsprov i kompetensportalen genomförts.

Uppföljning av åtgärd: Fortlöpande av utsedd avdelningschef

Utskrivningsmeddelande

Mål: 80% av patienter som skrivs ut från slutenvård ska erhålla ett utskrivningsmeddelande där vårdtiden sammanfattas.

Resultat: Inom somatisk sjukhusvård har 57,3%, av patienterna fått utskrivningsmeddelande, inom slutenvård i äldrepsykiatri 70% och slutenvård Psykosavdelning 46%.

Analys av resultat: Det finns en stor variation mellan klinikerna där en del har kommit långt med i sitt arbete med implementering av utskrivningsmeddelande som en naturlig del i processen. Inom psykiatri ses en klar förbättring jämfört med 2021 då motsvarande resultat visade 13%.

Åtgärd: Ta fram en plan för hur man kan öka andelen utskrivningsmeddelande.

Uppföljning av åtgärd: Fortsatta mätningar med återkoppling i verksamheterna.

Säker vård här och nu

Riskhantering

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

Mål:

- öka medvetenheten, förmågan och flexibiliteten att på alla organisatoriska nivåer i hälso- och sjukvården uppmärksamma och agera på störningar i närtid och minska risken för att patienter drabbas av vårdskador
- öka kunskapen om patientsäkerhet hos medarbetare, chefer och beslutsfattare
- stärka patienters och närståendes delaktighet och medverkan i patientsäkerhetsarbetet



Hälsosamma levnadsvanor-RPK

Mål: Förbättra patienternas fysiska och psykiska hälsa

Resultat: Vårdprogram för metabolt syndrom har utformats. Under gångna året har 82 hälsosamtal genomförts

Analys av resultat: Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister upp-märksammar hälsa/livsstil med känd minskad medellivslängd för denna patientgrupp. Stor vikt av att upprätta mål avseende hälsofrämjande insatser

Åtgärd: Hälsocentral med därtill distriktssköterska, arbetsterapeut samt fysioterapeut.

Uppföljning av åtgärd: Årsskiftet 2023–2024

Kliniska spår- primärvård

Mål: Arbete uppstartat under 2022. Syftet är att lätt kunna hitta all information kring vem som gör vad kring olika patientgrupper. Tanken är också att förenkla införandet av de personcentrerade vårdförloppen genom att göra dem mer greppbara.

Resultat: 3 kliniska spår publicerade på den gemensamma arbetsportalen för Primärvården.

Analys av resultat: Riktlinjer och rutiner behöver kompletteras med plan för implementering för att göra det känt vilka som finns och vart man letar.

Åtgärd: Fortsatt arbete med implementering och framtagande av nya spår.
Uppföljning av åtgärd: Decem ber 2023.

Journalgranskning: Följsamhet till riktlinjer för hög risk karies barn 6-11 år-
Se separat bilaga

Säker bemanning RPK

Mål: Säkerställa respektive avdelnings behov av kompetens och bemanning
Resultat: Dagliga bemanningsmöten med bemanningsplanerare och avdelningschefer.
Analys av resultat: God bemanningsnivå.
Åtgärd: Rekrytering av nya bemanningsplanerare Infört Timecarepool samt digitala dygnsplaneringar
Uppföljning av åtgärd: Löpande

Utlokaliseringar

Mål: 1,8 % utlokaliserade patienter inom sjukhusvården
Resultat: 3,1%
Analys av resultat: Andel utlokaliserade patienter har ökat jämfört med 2021(2%).
Antalet vårdplatser har dragits ner under vissa perioder bland annat pga personalbrist och elektiva operationer har fått skjutas upp. Samtidigt har inflödet av akut sjuka patienter varit högt. Disponibla vårdplatser på medicinkliniken har inte kunnat täcka in behovet medan av de vissa opererande enheter haft lediga vårdplatser som då fått användas till medicinpatienter.
Åtgärd: Översyn av behov och fördelning av vårdplatser. Fortsatt dialog med kommunerna för att minska antalet utskrivningsklara på sjukhusen
Uppföljning av åtgärder: Fortsatt kontinuerliga mätningar av överbeläggningar 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. Sjukhusvården följer upp vid delårsrapporter/controllersmöten. LINK ansvariga fortsätter följa utskrivningsprocessen kontinuerligt och återkoppla till sjukhusledningen.

Överbeläggningar/100 disponibla vårdplatser

Mål: 1 överbeläggning/100 disponibla vårdplatser inom slutenvården.
Resultat: 4, 0 jämfört med 2,25 för 2021.
Analys av resultat: Antal överbeläggningar har per 100 disponibla vårdplatser har ökat markant i jämförelse med både 2020 (1.49) och 2022 (2,25). Smittspridningen under perioder av 2022 stor och påverkade både bemanning och inflödet av patienter i väsentlig omfattning. Antalet vårdplatser fick under vissa perioder begränsas. Det periodvis mycket högt inflöde på båda sjukhusen i kombination med begränsad tillgång på vårdplatser bedöms haft stor betydelse för resultatet. Vidare har vi sett att medicinkliniken i Ljungby haft både utlokaliserade patienter och överbeläggningar pga högt inflöde medan opererande verksamheter haft tillgängliga platser. Detta ger en indikering att en översyn av behov och fördelning av vårdplatser behövs.

BUP:s vårdavdelning har under en period haft fler patienter än platser vilket lett till att man behövt expandera avdelningen. Ingen överbeläggning finns dock registrerad under 2022.

Åtgärd: 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.

Uppföljning av åtgärder: LINK ansvariga fortsätter följa utskrivningsprocessen kontinuerligt och återkoppla till sjukhusledningen. Fortsatt kontinuerliga mätningar av överbeläggningar 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.

Äldre mottagning primärvård

Mål: Uppstart på samtliga vårdcentraler

Resultat: 12 av 22 enheter har kommit igång.

Analys av resultat: Riktlinje framtagen för vad som ska ingå i en äldremottagning och ytterligare 5 verksamheter kommer starta upp inom närtid.

Åtgärd: Fortsatt uppstart enligt plan

Uppföljning av åtgärd: Via controllermöte och delårsrapporter.

Äldre med läkemedel som ska undvikas, primärvård

Mål: finns inget numeriskt målvärde definierat på nationell nivå. Målvärdet anges bara som "långt"

Resultat: 5,8 procent

Analys av resultat: Regionen ligger bättre än i riket som helhet. I regionen är läkemedel identifierat som en säkerhetskritisk process och flera förbättringsarbeten inom området läkemedel pågår.

Åtgärd: Fortsatt arbete under 2023 kring hur vi kan aktualisera området. Bör även kopplas till äldremottagning

Uppföljning av åtgärd: Via controllermöte och delårsrapporter.

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelse

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 avvikelsehanteringsprocessen 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 under framtagande tillsammans med utbildning och lärande.

Verksamheten äger sin egna avvikelser vilket innebär att verksamhetschefen har ett ansvar att organisationskulturen främjar avvikelserapporteringen.

Flertalet utvecklingsarbeten har pågått under senaste åren rörande avvikelshantering i Region Kronoberg och 2021 presenterades en slutrapport avseende avvikelshantering. Utifrån rapporten togs beslut att riktlinje för avvikelshantering skulle revideras för att tydliggöra struktur, process, roller och stödfunktioner för avvikelshantering på såväl strategisk som operativ nivå. Riktlinjen reviderades under 2022

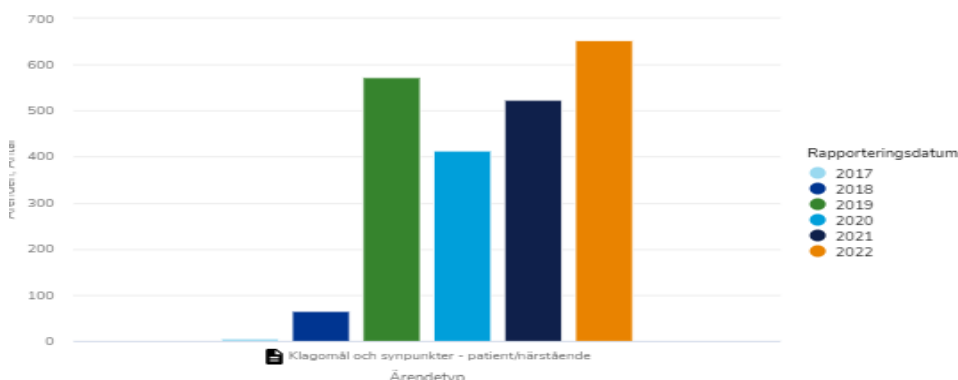
Klagomål och synpunkter

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

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.

Resultat:



Analys av resultat: Vid sökning på ärendetypen Klagomål och synpunkter ser vi att antalet ärenden med den valda kategorin ligger högre 2022. Det är dock svårt att dra någon slutsats beroende på att vårderna 2020, 2021 liksom delar av 2022 på olika sätt präglats av covid pandemin. År 2020-2021 hade vi en generellt låg produktion vilket verkar spegla av sig i antalet klagomål och synpunkter. 2022 ökade produktionen samtidigt som vi fick en ny smittspridning under hösten och då ser vi att även antalet avvikelser ökade. Således behövs en fortsatt jämförelse över tid med fler mätpunkter för att se om det finns en trend av ökning i antalet klagomål och synpunkter.

Vidare är det att ärendena som registreras och bearbetas i hälso- och sjukvården i majoriteten av fallen inte blir kategoriserade. Det medför dessvärre svårigheter med att på aggregerad nivå dra några slutsatser om utvecklingen, eftersom typen av klagomål/synpunkter inte får en tydlig kategori. Vi ser också att det finns en överanvändning av just ärendetypen Klagomål/synpunkter. Ett flertal avvikelser har klassats som klagomål och synpunkter men där en annan ärendetyp hade varit mer korrekt att använda. Som exempel kan nämnas när patienten drabbats av en komplikation som inte bedöms som vårdskada, då används ibland klagomål och synpunkter som klassificering vilket inte är korrekt. En skada kan aldrig bli ett klagomål utan är en negativ händelse oavsett om den är undvikbar eller inte. Det finns således

en bristande kunskap ute i verksamheterna när ärendetypen Klagomål och synpunkter skall användas och när annan ärendetyp är mer adekvat.

Åtgärder: Implementera och utbilda i rollen av operativ stödfunktion på verksamhetsnivå för en korrekt hantering av avvikelser inklusive klagomål och synpunkter. Detta för att möjliggöra analys på flera olika nivåer.

Tvingande fält i Synergi gällande klagomål och synpunkter, avseende klassifikation av klagomål samt kontaktsätt. Undersöka möjligheten att endast kunna välja ärendetypen klagomål och synpunkter vid initiala registreringen av en händelse, dvs inte kunna ändra till den ärendetypen i efterhand.

Fortsatt jämförelse över tid med fler mätpunkter för att se om det finns en trend av ökning i antalet klagomål och synpunkter.

Fortsatt arbete med en gemensam rapport för klagomål registrerade av patientnämnden och klagomål som kommit direkt till verksamheten.

Uppföljning av åtgärder: Via intern kontroll i samband med delårsrapportering. Kvartalsvis analys på aggregerad nivå av den centrala analysgruppen inom patientsäkerhet.

Klagomål via patientnämnden

Se separat bilaga.

Patientsäkerhetsnätverk

Mål: Sjukhusvården-SHV- nätverksträffar 4 ggr per år. En representant för varje klinik ska ingå i nätverket. Syftet med mötet är att sprida information, kunskap och goda exempel till och mellan verksamheterna.

Primärvård och rehab- PVR- lokala patientsäkerhetsteam på varje enhet eller gemensamt för verksamhetschefens enheter beroende på lokala förutsättningar. Ett verksamhetsområdes gemensamt patientsäkerhetsnätverk som består av representanter för de lokala teamen i primärvården. Syftet med nätverket är att sprida goda exempel samt att ge teamen en möjlighet att kunna lyfta upp områden där man ser att ett mer gemensamt arbete behövs. Specialistpsykiatri - nätverk för patientsäkerhetsfrågor med representanter för alla enheter.

Resultat: SHV träffats 5 ggr under 2022. PVR patientsäkerhetsnätverket har träffats 1 ggr under 2022. Av PVR 's 23 verksamheter har 15 kommit igång med patientsäkerhetsteam. Specialistpsykiatri nätverk har haft regelbundna träffar ca en gång per månad.

Analys av resultat: SHV: Efter synpunkter från deltagarna i nätverket beslut att 4 ggr/år är rimligt antal för nätverksmöten inom sjukhusvården. Framkommer även önskemål för mer utrymme för dialog och erfarenhetsutbyte.

PVR: Arbetet med uppstart av patientsäkerhetsteam försenades pga under pandemin som påverkade även första delen av 2022. Majoriteten har nu kommit igång med arbetet.

Åtgärd: SHV- justera struktur och agenda för att frigöra utrymme för mer dialog.

PVR: Ta fram tydligare riktlinje för vad som ska ingå i teamens arbete och se över behov av stöd till de som ännu inte har startat. Under 2023 kommer nätverket breddas med representanter från de vårdcentraler som återstår samt habilitering och rehabiliteringskliniken.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning december 2023, samt vid behov justering under året.

Patientsäkerhetsronder

Ett nytt upplägg för patientsäkerhetsronder är framtaget som är applicerbart inom samtliga verksamhetsområden. Syftet är att skapa dialog kring verksamhetens patientsäkerhetsarbete, både risker och goda exempel, sambandet arbetsmiljö/patientsäkerhet men även att följa upp eventuella utredningar.

Mål: Implementering av ett nytt upplägg på samtliga verksamheter.

SHV: Målet är att varje verksamhet ska genomföra en rond vartannat år tillsammans med ledningen och patientsäkerhetsorganisationen.

PVR: Planering och förarbete inför uppstart av rond ska vara färdigställt 2022

Specialistpsykiatri och Rättsspsykiatri: Årlig patientsäkerhetsrond.

Resultat: SHV: Under året har fyra verksamheter testat det nya upplägget.

PVR: Planering och tidplan för uppstart är klart.

Specialistpsykiatri och Rättsspsykiatri har haft sin planerade årliga rond.

Analys av resultat: SHV: test av det nya upplägget fallit väl ut och plan är att fortsätta i enlighet med detta. PVR har beslutat att göra en anpassning av nya upplägget och dela på medarbetare och ledning, dvs diskussion sker med varje grupp separat. Detta då man vill säkerställa att medarbetare känner att de kan tala fritt.

Åtgärd: Inom SHV är flera klinker inbokade under våren respektive hösten 2023. Inom PVR är målet att alla enheter ska bokas in för patientsäkerhetsrond under 2023. Specialistpsykiatri och Rättsspsykiatri kommer testa nya upplägget vid nästa rond.

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

Gröna korset används som verktyg för daglig riskbedömning inom sjukhusvårdens slutenvård och inom rehab. Obligatoriska parametrar inom slutenvård är urinvägar och risk för pneumoni.

Mål: SHV: Samtliga vårdavdelningar ska arbeta efter modellen för gröna korset. PVR, Psykiatrivård och tandvård: Ta fram en riktlinje för arbete med Gröna korset inom öppenvård.

Resultat: SHV: Implementerat och används / utvecklas i varierande omfattning.

PVR, Psykiatrivård och tandvård: Arbete påbörjat med gemensamt möte för att skapa samsyn om användningsområden.

Analys av resultat: SHV: Några enheter beskriver hur de har tappat systematiken under ansträngda perioder men har en planering för att återuppta arbetssättet. PVR, Psykiatrivård och tandvård: Behov av fortsatt arbete för att möjliggöra implementering under 2023.

Åtgärd: Rehabiliteringskliniken uppstart 2023. Fortsatt utveckling av modellen och planering för spridning av verktyget till öppenvård. Test av förslag på utvalda verksamheter.

Specialistpsykiatri bedömer att metoden inte är användbar inom psykiatrisk öppenvård. Den kan möjligen användas inom slutenvården.

Uppföljning av åtgärd: Kontinuerlig uppföljning och utvärdering i delårsrapporter.



Riskbedömning av inläggande patienter

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

Resultat: Totalt 6 830 patienter inom sjukhusvården är riskbedömda enligt riskbedömningsmallen i Cosmic.

Analys av resultat: Antalet riskbedömningar har ökat inom de flesta verksamheterna under året. Årets resultat är att jämföra med 5536 riskbedömningar 2021.

Åtgärd: Fortsatt arbete med utveckling/förenkling av dokumentation kring riskbedömning. Översyn av alternativa digitala stöd i Cosmic. Samordna riskbedömning som en del i vårdpreventionsarbetet där faktorer som skörhet, trycksår, fall och nutrition ingår.

Uppföljning av åtgärd: Fortsatt kontinuerliga mätningar och analys av mätresultat på verksamhetsområdesnivå och central nivå.

Stödperson RPK

Mål: Tillgodose lagkrav (1991:1128 och 1991:1129) att erbjuda patient -stödperson samt möjliggöra besök av stödperson till patient.

Skapa ett starkt samarbete med patientnämnden PAN och stödpersoner.

Resultat: Under 2022 har ett antal besök av stödpersoner, på kort varsel, ställts in vilket skapat frustration hos patienter, stödpersoner och ansvariga för stödpersoner (Patientnämnden).

Analys av resultat: Vårdavdelningar har i samband med utbrott på avdelningen agerat och ställt in besök av stödperson utan att informera stödpersonen.

Åtgärd: Information till vårdavdelningarna om vikten av att ha framförhållning och i god tid informera berörd stödperson.

Regelbundna uppföljande möten med Patientnämnden för att följa upp att besök av stödpersoner fungerar.

Uppföljning av åtgärd: Följs upp 4 ggr/år i samverkan med Patientnämnden.

Implementering av riskmodul i Synergi

Mål: Implementera riskmodul i systemstödet Synergi för säker digital handläggning och uppföljning i riskhanteringsprocessen.

Resultat: Implementering av riskmodul i systemstödet Synergi är beslutad i objektplanen för år 2023.

Analys av resultat: Dialog med intressenter har påvisat behov av digitalt stöd i handläggning och uppföljning i riskhanteringsprocessen. Genomförda workshops har påvisat modulens potential samt konfigurationsmöjligheter. Samordning via gemensamt systemstöd bör även möjliggöra uppföljning och sammanställning av genomförda riskanalyser inom regionen.

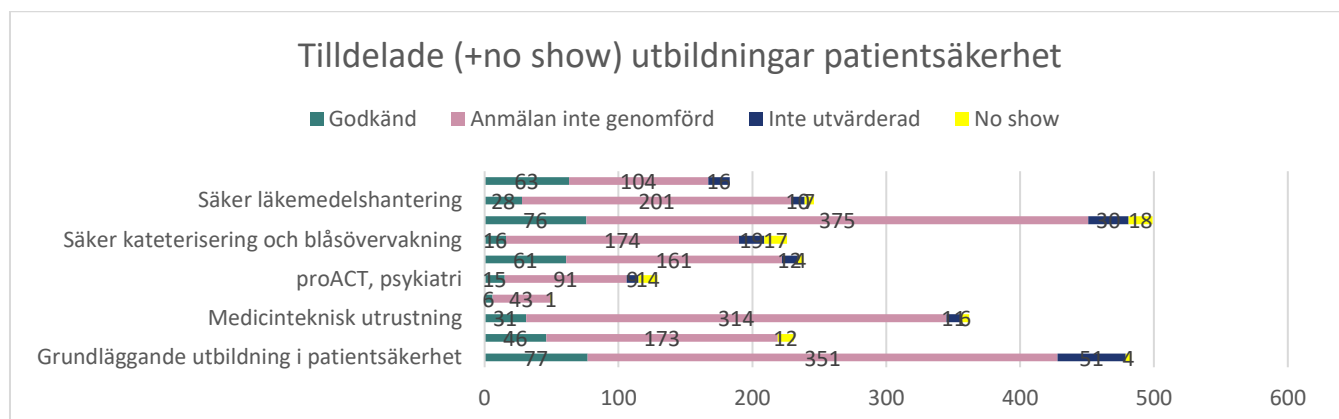
Åtgärd: Inom projektet har ett antal workshops genomförts tillsammans med intressenter inom regionen. Riskmodulen har implementerats i systemstödet testmodul. Pågående dialog med leverantör.

Uppföljning av åtgärd: När testmodulen för riskhantering är konfigurerad enligt regionens kravställning kommer intressenter bjudas in för testning.

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: se diagram nedan



Analys av resultat: I dagsläget redovisas endast för nyanställda men framledes kommer resultat kunna tas fram för samtlig hälso och sjukvårdspersonal. Utbildningar i patientsäkerhet fortsätter att vara ett avvikande resultat. Tillgängligheten har förbättrats då flera av utbildningarna finns digitalt, men trots detta är täckningsgraden för låg. Det periodvis ansträngda läget i sjukvården bedömas vara en bidragande faktor till det låga deltagandet.

Det finns även vissa yrkesgrupper, tex AT-läkare där vi inte vet om de gått utbildning eller inte då de dels inte tilldelas utbildningarna men även att en eventuell genomgången utbildning inte registreras i kompetensportalen.

Den stora utmaningen framöver kommer vara tillgänglighet till de obligatoriska utbildningarna och hur det rent teknisk ska administreras i kompetensportalen. En annan utmaning är att helt få bort andelen "no show", dvs personer som anmält sig men som inte dyker upp och inte avanmäler sig. Vid ett par tillfällen under året har antalet deltagare som dykt upp varit oacceptabelt lågt med tanke på de resurser som krävts för att kunna erbjuda ett kurstillfälle.

Åtgärd: Fortsätta arbetet med utbildningsplan och tillgänglighet för att nå samtliga anställda inom hälso och sjukvården. Status avseende utbildningar i patientsäkerhet ska vara en naturlig del av medarbetarsamtal, plan för genomförande ska finnas, här behövs stöd till cheferna. Kompetenskort för respektive yrkesprofession håller på att tas fram av Utbildning och lärande och kommer kunna användas som stödmaterial av HR och chefer. Det behövs även en översyn av informationen som den anställda får i anställningsbrevet.

Ge uppdrag, och stöd, till resurserna (trycksår, infarter och urinvägar) ute i verksamheten att visa det digitala filmerna för alla sjuksköterskor och undersköterskor på den egna verksamheten.

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 i samband med kvartalsrapporter, som sedan återkopplar till hälso och sjukvårdens ledningsgrupp.

Säkerhetskritiska processer – läkemedel

Utveckling av arbetssätt och systemstöd för ökad säkerhet läkemedelshantering

Mål: Utveckla avvikelssystemet så att det systematiskt går att ta del av avvikelser relaterade till läkemedel samt att hitta system där enskilda avvikelser kan vara signal på allvarlig risk.

Resultat: Inventering av nuläget gällande de parametrar som är möjliga att följa inom rapporterade läkemedelsavvikelser och/eller risker, men som också är möjliga att avstå från att rapportera, har genomförts. I samband med nulägesanalysen identifierades ett omfattande behov av dialog, stöd, utbildning och lärande om varför och för vem vi måste arbeta med händelser och risker inom läkemedelsområdet.

Åtgärd: Fortsatt dialog kring vilket digitalt stöd som skulle förbättra möjligheter till insamling, analys, uppföljning och utvärdering inom läkemedelsområdet. Systemförvaltare för Synergi är sammankallande.

Uppföljning av åtgärd: December 2023

Utbildning - Säker läkemedelshantering

Mål:

- Behålla tvärprofessionella dialogen i utbildningen
- "Effektivisera" för att nå ut till fler
- Involvera fler instruktörer
- Ha ett anpassa utbildningskonceptet för olika verksamheter (slutenvård, primärvård, psykiatri, tandvård och kommun
- Kunna erbjuda konceptet till enskilda verksamheter
- Utredda möjlighet till en förberedande och grundläggande del via e-learning
- Kontinuerligt revidera och uppdatera materialet med nya riktlinjer/föreskrifter, aktuella patientfall
- Ta fram metod för att mäta resultat av utbildningsinsatsen

Resultat: Utbildningen är nu igång igen efter pandemi-uppehåll. Det har blivit förstärkning med fler utbildare (läkare och sjuksköterskor). Det är också en ny person från Utbildning och lärande som har hand om administrationen. Det har varit svårt under hösten att få till blandade grupper. Utvärdering av utbildningsinsats ej klar.

Åtgärd: Under 2023 behöver det även bli fler apotekare som utbildar. Projektgruppen avslutades under året för att lämna vidare arbetet till förvaltning i befintliga strukturer (medicinska grupper, chefslinjen, patientsäkerhetsfunktionen, synergiförvaltning, KTC m fl).

Uppföljning av åtgärd: Resultat på aggregerad nivå kommer kvartalsvis följas upp av en central analysgrupp som sedan återkopplar till hälso och sjukvårdens ledningsgrupp. Status avseende utbildningar i patientsäkerhet ska vara en naturlig del av medarbetarsamtal.

Vårdorsakat läkemedelsberoende

Kronoberg är en av de regioner i landet som har högst förskrivning av beroendeframkallande preparat. Framför allt gäller detta bensodiazepiner och sömntabletter men även vad gäller opiater ligger vi högt, men förskrivningen har minskat över tid.

Mål: Minska förskrivningen av beroendeframkallande preparat.

Resultat: Inom patientsäkerhetsarbetet har arbetsgruppen tagit fram mall för lokal rutin samt medicinsk riktlinje i samarbete med medicinsk grupp psykiatri.

Informationsmöten har genomförts genom att apotekare bland annat informerat om den nya

riktlinjen inklusive mall för rutin, nedtrappningsscheman och broschyrer samt tips angående hur man kan arbeta med frågan på sin enhet med hjälp av exempelvis programmet Medrave där indikatorer från registret Primärvårdskvalitet inkluderats. De vårdcentraler som önskade fick besök från integrerade missbruksmottagningen. Översyn av läkemedelsmallar i Cambio Cosmic har gjorts.

Uppstart av nätverk för resurspersoner för att stödja patienter under uttrappning av beroendeframkallande läkemedel har inte blivit av. Arbetet med utdelning av "smärtpåsar efter operation" har lämnats över till medicinsk grupp Smärta.

Planerade mått: fördelning mellan små och stora förpackningsstorlekar samt enkät angående förskrivarattityd.

Psykiatri har vidtagit vissa specifika åtgärder kring narkotika klassade läkemedel för att minska riskerna för svinn.

Analys av resultat: Uppföljningen av mått har inte blivit av. Oklart vem som har det ansvaret.

Åtgärd: Projektgruppen avslutades under året för att lämna vidare arbetet till förvaltning i befintliga strukturer (medicinska grupper, chefslinjen, patientsäkerhetsfunktionen, synergiförvaltning, KTC m fl).

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning inom patientsäkerhetsarbetet samt dialog med berörda parter.

Risikanalys

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

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

Regionen gjorde en övergripande riskanalys av en särskild händelse som rör återkallande av en stor mängd sterilt sjukvårdsmaterial. Bakgrunden till återkallelsen var att en underleverantör förfalskat steriliseringsprotokoll och därmed kunde det inte säkerställas att produkterna var sterila.

Det finns endast en riskanalys registrerad i avvikelssystemet synergi, men det finns sannolikt ett mörkertal. Processen och rutiner kring riskanalyser behöver ses över och kommuniceras.

Ansvarig har inte lämnat in fördjupad analys till dags dato för patientsäkerhetsberättelse.

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.

Vi ser ett ökat arbete på verksamhetsområdesnivå och exempel finns i patientsäkerhetsberättelsen som ytterligare beskriver detta. Detta arbete är väsentligt att det fortsätter.

På övergripande nivå kommer också fjolårets arbete att utgöra grunden i åretsarbete. Grunden i vårt arbete är att bredda och fördjupa patientsäkerhetsarbetet

Det finns dock flera områden som kommer att prioriteras under 2023.

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 ffa kopplade till ärenden som lex Maria-anmäls.
3. Dokumentation. Kvalitet på anteckningar för att minska risken för vårdskador.
4. Omställningen. Fortsätta att kombinera handlingsplanen för patientsäkerhet och handlingsplanen för omställningsarbetet.
5. Patientsäkerhetsfrågor i anslutning till planering och byggnation av nya vårdbyggnader.
6. Utredda vilka ytterligare teamförbättrande åtgärder som kan vara aktuella att införa t.ex. lyfta CRM-frågor vid alla lämpliga utbildning och övningstillfällen
7. Avsluta läkemedel/patientsäkerhet som projekt och besluta vem som har det fortsatta ansvaret.
8. Införa Infektionsverktyget men samtidigt säkerställa fortsatt registrering av postoperativa infektioner fram till dess att infektionsverktyget fungerar som tänkt.
9. Riskanalyser. Förbättrad struktur, dokumentation och redovisad statistik av utförda riskanalyser.
10. Trycksår. Skapa en struktur kring arbetet med trycksår både som en del i vårdpreventionsarbetet men även hitta en hållbar struktur hur vi mäter, validerar och följer upp resultat.

