

# Patientsäkerhetsberättelse för Region Kronoberg 2021



2022-02-28  
Zandra Anivike och Pär Lindgren  
Diarienummer



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  |
| Trycksår samverkan med kommunerna .....            | 7  |
| Vårdövergångar-LINK .....                          | 7  |
| Vårdhygien-länsövergripande uppdrag .....          | 8  |
| Informationssäkerhet .....                         | 9  |
| Medicinska kommittén .....                         | 10 |
| Omställning till Nära vård .....                   | 10 |
| Strålskydd .....                                   | 10 |
| Vårdinformatiönsystem och e-hälsa .....            | 10 |

|                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| En god säkerhetskultur.....                                            | 11 |
| Adekvat kunskap och kompetens .....                                    | 11 |
| Patienten som medskapare .....                                         | 12 |
| Patientkontrakt .....                                                  | 12 |
| AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....                                              | 13 |
| Öka kunskap om inträffade vårdskador .....                             | 13 |
| Antal vårdskador .....                                                 | 13 |
| Central ärendehantering .....                                          | 14 |
| Trycksår .....                                                         | 18 |
| Vårdrelaterade infektioner VRI .....                                   | 19 |
| Fall .....                                                             | 21 |
| Tillförlitliga och säkra system och processer .....                    | 21 |
| Andel avslutade besök inom 4 timmar på akutmottagningarna .....        | 21 |
| Andel diktat utskrivna inom två dygn .....                             | 21 |
| Antibiotikaanvändning -STRAMA .....                                    | 21 |
| Basala hygienrutiner och klädregler (BHK) .....                        | 22 |
| Diagnostisk säkerhet .....                                             | 23 |
| Infarter.....                                                          | 24 |
| Dokumentation bildbehandling, Tandvården .....                         | 25 |
| Egenkontroll av läkemedelshantering.....                               | 25 |
| Läkemedelsgenomgång.....                                               | 25 |
| Trycksårsprevention .....                                              | 26 |
| Prevention vårdrelaterad Pneumoni.....                                 | 27 |
| Urinvägar .....                                                        | 27 |
| Utskrivningsmeddelande.....                                            | 28 |
| Säker vård här och nu.....                                             | 28 |
| Riskhantering.....                                                     | 28 |
| Utlokaliseringar .....                                                 | 29 |
| Överbeläggningar/100 disponibla vårdplatser .....                      | 29 |
| Stärka analys, lärande och utveckling .....                            | 30 |
| Avvikelse .....                                                        | 30 |
| Uppgradering systemstöd Synergi .....                                  | 30 |
| Implementering av modul för anonym rapportering (visselblåsning) ..... | 30 |

|                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Klagomål och synpunkter .....                                                      | 31 |
| Klagomål som kommer direkt till verksamheten .....                                 | 31 |
| Klagomål via patientnämnden .....                                                  | 32 |
| Patientsäkerhetsronder .....                                                       | 33 |
| Öka riskmedvetenhet och beredskap .....                                            | 34 |
| Daglig riskbedömning enligt Gröna korset modellen .....                            | 34 |
| Kliniskt träningscentrum .....                                                     | 34 |
| Riskbedömning av inneliggande patienter .....                                      | 36 |
| Utbildning i patientsäkerhet .....                                                 | 36 |
| Säkerhetskritiska processer - läkemedel.....                                       | 37 |
| Utveckling av arbetssätt och systemstöd för ökad säkerhet läkemedelshantering .... | 37 |
| Utbildning - Säker läkemedelshantering.....                                        | 38 |
| Vårdorsakat läkemedelsberoende .....                                               | 38 |
| Riskanalys .....                                                                   | 39 |
| MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....                               | 40 |

## SAMMANFATTNING

I hela hälso- och sjukvården behövs ett utvecklat och mer proaktivt patientsäkerhetsarbete där alla nivåer tar hänsyn till och arbetar utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

Under 2021 har vi fortsatt arbeta inom de sedan tidigare prioriterade områdena. Pandemin har påverkat insatserna som vi kunnat genomföra på övergripande nivå.

- Förbättrad diagnostisk säkerhet
- Kommunikation/Dokumentation
- Läkemedel
- Patientsäkerhetskultur
- Vårdrelaterade infektioner
- Vårdskadeprevention typ trycksår
- Struktur och kultur för att sprida lärdomar inom organisationen

Utifrån den nationella handlingsplanen har en regional handlingsplan tagits fram under 2021. Som en del i detta arbete användes "Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete i regionerna".

Verktøget är utvecklat av SKR och patientsäkerhet NSG (nationell samverkansgrupp inom kunskapsstyrningen) i samverkan med Socialstyrelsen.

Verktøget med tillhörande genomförandestöd har medfört ett stöd för regionen att:

- genomföra en nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet i regionen
- identifiera utmaningar för en säker vård samt teman där det saknas information om nuläget
- identifiera och prioritera bland insatser för att möta utmaningarna och därmed stärka regionens patientsäkerhetsarbete på lång sikt
- skapa en samsyn inom regionen kring styrkor och förbättringsområden för en god och säker vård och omsorg
- skapa en till grund för framtagande av regionala handlingsplaner.

Patientsäkerhetsberättelsen för 2021 har utformats med sikte på den nationella och den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

# 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 svara 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.

### *Trycksår samverkan med kommunerna*

Samverkan mellan kommun och region behöver förbättras för att minska antalet patienter som kommer in till sjukhuset med trycksår. Idag deltar ca två tredje delar av kommunerna på gemensamma samverkans möten, översyn av informationsflödet ut i kommunerna behöver göras.

### *Vårdövergångar-LINK*

Vid samordnad individuell planering och utskrivningsplanering överförs ansvaret för vård och omsorg från en vårdgivare till en annan. 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. Det lokala samverkansavtalet i Kronoberg är framtaget i samverkan mellan representanter för Region Kronoberg och länets kommuner

LINK är en modul i Cambio Cosmic och används som stöd för informationsutbyte, planering och upprättande av utskrivningsplan och/eller samordnad individuell plan (SIP).

Samordnad individuell planering består av olika delprocesser för att en obruten vårdkedja mellan slutenvård, kommun och öppenvård ska bli till:

- Inskrivningsmeddelande ska skickas från slutenvården inom 24 timmar eller omgående när ett behov identifierats.
- Meddelande om ny beräknad tidpunkt för utskrivning skickas efter 1:a rond i LINK, samt löpande när bedömningen ändras.
- Planeringen inför hemgång ska påbörjas direkt efter att inskrivningsmeddelandet har mottagits
- Utskrivningsplanering görs på alla inneliggande patienter och ges till patienterna vid hemgång
- Meddelande om utskrivningsklar, dvs. medicinskt färdig från slutenvården skickas det datum som är satt som beräknat utskrivningsdatum
- Kallelse till SIP skickas när det finns ett behov av samordning mellan huvudmännen och patienten gett sitt samtycke

#### *Vårdhygien-länsövergripande uppdrag*

Vårdhygiens arbete har även detta år till stor del varit kopplat till covid-19 pandemin.

Lokala rutiner har anpassats, utarbetats och reviderats efter Folkhälsomyndighetens rekommendationer och pandemins olika skeden. Regelbunden kontakt med Folkhälsomyndigheten och nationell samverkan med andra vårdhygieniska enheter har upprätthållits under året för att hålla regionen uppdaterad på aktuell information.

Under första halvåret hölls regelbundna avstämningar med upphandling och skyddslager för att säkerställa tillgången till adekvat skyddsutrustning och annat material. Efter sommaren har lagret återförts till Blekinge och de regelbundna uppdateringsmötena har därmed upplösts.

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

Antalet telefonrådgivningar har varierat under året och ökat i samband med ökning av smittspridningen av covid-19.

Vårdhygien har bistått med vägledning vid smittspridning på drabbade enheter såväl inom öppen- och slutenvården samt kommunal vård och omsorg, på plats på de drabbade enheterna och via digitala möten. Under hösten har vi initierat uppstart av utbrottsgrupp på enheter med smittspridning för att så snabbt som möjligt begränsa smittspridningen.

Regelbundna digitala möten med kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterskor har genomförts minst varannan vecka sedan pandemin startade. Pandemigrupp startades under våren med representanter från de verksamheter som vårdade covid-19-patienter.

Vårdhygien har deltagit i regelbundna möten med sjukhusledningen under våren och vid behov under hösten (daglig styrning).

Under året har smittspårning kring fall av MRSA och *Pseudomonas aeruginosa* skett. Omfattande screening i form av patient-, personal och miljöodlingar har utförts.



## Lokaler

Under året har 50% vårdhygientjänst avsatts för planering av nya sjukhuset. Förberedande möten angående planering av det nya sjukhuset har genomförts på flera enheter.

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

Utöver det har vårdhygien varit behjälpliga i lokalfrågor både i nybyggnations- och renoveringsobjekt.

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

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

Under året har vårdhygien tillsammans med fastigheter och sjukhusledning fått hantera problematik med legionellatillväxt i vattenledningar på CLV, Sigfrids och Ljungby lasarett. Ärendet är inte avslutat utan kommer att fortsätta under året 2022

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Information är en viktig strategisk resurs för Region Kronoberg. En säker informationsförsörjning är avgörande för Region Kronoberg förmåga att uppnå sina verksamhetsmål därför pågår ett systematiskt informationssäkerhetsarbete. Arbetet med att fortsätta att utveckla Regionens ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) har pågått för fullt under 2021 och Regionens ledningsgrupp har vid ett flertal tillfällen fått information om aktuell status med arbetet.

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:

Regionens Plan för informationssäkerhet och skydd av personuppgifter motsvarande Informationssäkerhetspolicy enligt ISO 27000 standarden har antagits av Regionstyrelsen 2021.

Ett projekt för implementering av antagen informationsklassningsmodell har beslutats av regiondirektörens ledningsgrupp. Projektet pågår mellan 2021–2023 och fokuserar på viktigaste informationstillgångarna.

I nya upphandlingar som är av större vikt för informationssäkerhet genereras kravställningar på leverantörerna och system via SKR:s KLASSA verktyg.

Även arbetet med att säkerställa att Region Kronoberg behandlar personuppgifter i enlighet med GDPR har fortsatt utvecklats genom utförande av nya konsekvensbedömningar vid nya personuppgiftsbehandlingar.

Förutom att följa inarbetade rutiner följer vi även utvecklingen och digitaliseringen inom hälso- och sjukvården. 2021 har varit ett år då behovet av digitala mötesverktyg och digitalisering har varit stort på grund av Covid-19 pandemin. Säkerhetsenheten har därför

haft en viktig roll i arbetet med att säkerställa en god informationssäkerhet i nya digitala mötesverktyg inom hälso- och sjukvården.

Ett arbete pågår för att ta fram en mall för risk och behovsanalys inför tilldelning av behörigheter i vårdinformationssystem i syfte att skydda patienternas integritet mot obehörig åtkomst. Mallen utgår ifrån Integritetsskyddsmyndighetens (IMY) vägledning.

#### *Medicinska kommittén*

Grunduppdraget innebär att överblicka den samlade sakkunskapen i Region Kronoberg och ta ställning till och utarbeta underlag för beslut om kunskapsfrågor. Syftet är att stödja hälso- och sjukvårdens systematiska kvalitets och utvecklingsarbete för en kunskapsbaserad och jämlik vård. Kommittén ska följa kunskapsutvecklingen med ett helhetsperspektiv på läkemedel och andra behandlingsformer. I grunduppdraget ingår också att värdera behov av nya medicinska grupper alternativt att avsluta grupper.

#### *Omställning till Nära vård*

Region Kronoberg arbetar med omställning till nära vård och under 2021 har handlingsplan framtagits och beslutats av Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp.

Arbetet drivs inom fyra programområden:

- Personcentrerad vård
- Digifysisk vård
- Hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande åtgärder
- Kompetens

Omställningsarbetet utgår från hälso- och sjukvårdens utvecklingsstrategi - Närmare kronobergaren som utgör grunden i den långsiktiga utvecklingen av hälso- och sjukvården i Kronoberg. Utvecklingsstrategin ligger självklart till grund även för vårt fortsatta patientsäkerhetsarbete.

#### *Strålskydd*

(se även Strålskyddsbokslutet i separat bilaga)

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*

Varje år ska ett strålskyddsbokslut avseende medicinska exponeringar upprättas för verksamheten som ett led i den patientsäkerhetsberättelse som ska upprättas enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Av bokslutet ska det framgå 1. hur det systematiska strålskyddsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, 2. vilka åtgärder som har vidtagits för att upprätthålla och utveckla strålskyddet, 3. vilka resultat som har uppnåtts i strålskyddsarbetet. Strålskyddsbokslutet ska hållas tillgängligt för den som önskar ta del av det.

#### *Vårdinformationssystem 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. Tidigare har enkäten besvarats vartannat år, men på grund av pandemin gjordes inget mätning 2021. Tillsammans med HR-avdelningen har en ny enkät tagits fram för att möjliggöra mätning två gånger om året. Den reviderade mätningen är förkortad jämfört med tidigare och innehåller bara frågor kring HME (hållbart medarbetarengagemang) – för alla medarbetare, och HSE (hållbart säkerhetsengagemang) – för medarbetare som arbetar i verksamheter som har patienter. 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



## 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 2021 har följande aktiviteter genomförts för att öka kompetens och kunskap inom patientsäkerhetsområdet

- Grundläggande introduktionsutbildning i patientsäkerhet för nyanställda.
- Utbildning för läkare och sjuksköterskor i Säker läkemedelshantering
- Teambaserad utbildning i Säker kommunikation
- ProAct - ett obligatoriskt moment för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor/skötare.
- Traumateteamsutbildning – 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.

- Framtagande av en gemensam modell för sammanställning och analys av klagomål i syfte att använda till förbättringsarbete. I detta inkluderas översyn av förutsättningarna för att förenkla processen att rikta klagomål mot vården
- Breddinföra användandet av Vårdplaner, Specialistpsykiatri har kommit långt i detta arbete
- Patientmedverkan i strategiska arbeten tex Patientsäkerhetsråd, arbetsgrupp Läkemedel – läkemedelsavstämningar, arbetsgrupp Diagnostisk säkerhet och omställning till Nära vård
- Patienter och/eller närstående intervjuas i samband med händelseanalyser. Där resultatet av utredningen också återförs
- Rättspsykiatrins arbete för att öka andelen LRV dömda patienter med vårdtid mer än 6 månader som har varit delaktiga i att upprätta sin riskhanteringsplan
- Rättspsykiatrins projekt "sov gott" i syfte att optimera en god sömn och bra dygnsrytm.
- Personcentrerad måltid - Ökad delaktighet kring val av måltider vid inneliggande vård

### Patientkontrakt

**Mål:** Implementera patientkontraktets syfte och verktyg

**Resultat:** En hälso- och sjukvårdsgemensam sammanhållen vårdplan - patientkontrakt är framtagen i Cosmic och där utveckling och implementering pågår.

En arbetsgrupp med deltagare från kommun, region och privata vårdgivare har tillsammans arbetat fram en gemensam definition och rutin för fast vårdkontakt samt fast läkarkontakt inom primärvården.

Införande pågår av olika möjligheter att boka tider och underlätta kontakt med vården via invånartjänster i 1177 alternativt via appen Min Vård Kronoberg.

Patientkontrakt ingår som en del i införandet av de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen.

**Analys av resultat:** Med varierande möjligheter att prioritera utvecklingsarbete under pandemin så har verksamheterna kommit igång med att systematisera arbetssättet utifrån patientkontraktets intentioner. Patienten ska utifrån överenskommelse veta sitt nästa steg,

vem man kontakter vid behov, överenskomna tider och möjlighet att ta del av planen via 1177.

**Åtgärd:** Fortsatt implementering och utveckling av verktygen i konceptet

**Uppföljning av åtgärd:** Mätning av antal patienter med fast vårdkontakt respektive sammanhållen plan

## 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

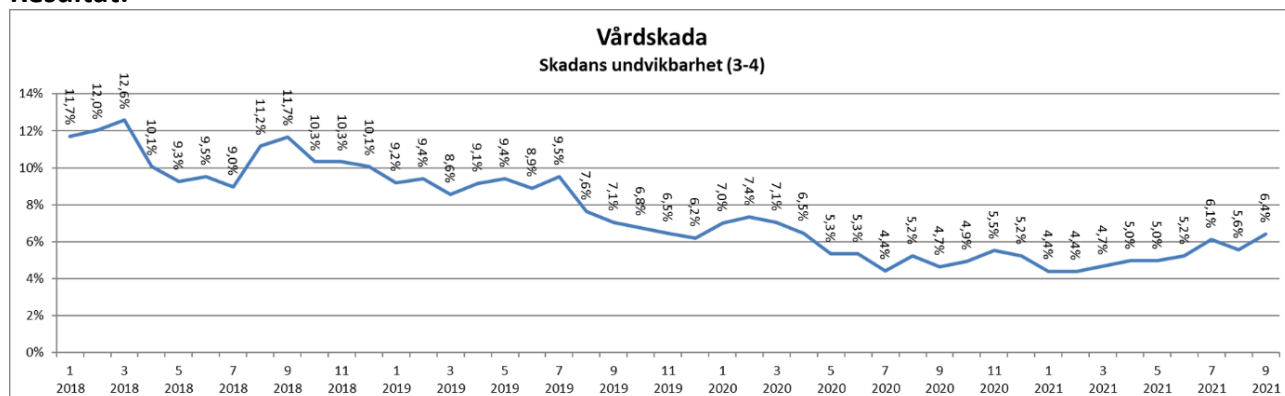
SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

### 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.

**Mål:** Förekomst av vårdskada ska minska enligt metoden Markörbaserad journalgranskning - MJG

### Resultat:



Vården av covid patienter har granskats i ett specifikt urval på uppdrag av SKR men har även ingått i det månatliga slumpmässiga urvalet som resulterat i mätvärden enligt diagrammet ovan.

Vid analys av typ av vårdskador som identifierat ser vi att blåsöverfyllnad och trycksår utgör en större andel det här granskningsåret jämfört med 2020

**Analys av resultat:** Covid-19-pandemin har ställt svensk sjukvård inför stora utmaningar. En anpassning till extrema förhållanden har gjorts av medarbetare på många nivåer och i olika verksamheter. Granskningsåret -oktober 2020-september 2021-präglades periodvis av ett högt tryck på sjukvården med mycket inläggande covid patienter både på covid avdelning och intensivvårdsavdelning. Patientgruppen sjukhusvårdade patienter med covid-19 är ofta



svårt sjuka och vårdas under längre tid. Med lång vårdtid följer även risk för skador ffa trycksår och vårdrelaterade infektioner.

Det pressade läget inom sjukvården och den ”nya” sköra patientgruppen har sannolikt medfört att vi nu ser en liten ökning av undvikbara vårdskador. I ett pressat läge kan det vara svårt att hinna med omvårdnadsarbetet och förebyggande åtgärder. Dessutom har vi sedan pandemins start haft en ökad utlokalisering, vilket skulle kunna medföra att rutiner för vissa patientgrupper inte följs som i normal fallet.

En ytterligare faktor som kan ha påverkat resultaten är att introduktionen till nya medarbete, där mycket av förebyggande arbete går igenom, inte kunnat genomföras som planerats.

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

Patientsäkerhetsrådet i samarbete med utbildning och lärande ta fram åtgärdsförslag för att försöka höja deltagarantalet i patientsäkerhetsutbildningarna.

**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 2021:

|               | Skickad LM | Antal anmälda ärenden IVO-fel i vården | Beslut IVO-ärenden "med kritik" | Beslut IVO-ärenden "ej kritik" | Antalet anmälda ärenden LÖF | Händelseanalys återförd (=inlagd i Synergi) | Internutredning återförd (=inlagd i Synergi) |
|---------------|------------|----------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Januari       | 2          | 5                                      | 0                               | 1                              | 20                          | 0                                           | 0                                            |
| Februari      | 1          | 2                                      | 1                               | 1                              | 26                          | 0                                           | 1                                            |
| Mars          | 3          | 0                                      | 1                               | 1                              | 31                          | 3                                           | 3                                            |
| April         | 1          | 1                                      | 1                               | 3                              | 21                          | 0                                           | 2                                            |
| Maj           | 2          | 2                                      | 1                               | 0                              | 19                          | 1                                           | 0                                            |
| Juni          | 5          | 5                                      | 2                               | 0                              | 21                          | 4                                           | 2                                            |
| Juli          | 4          | 2                                      | 0                               | 0                              | 23                          | 0                                           | 3                                            |
| Augusti       | 1          | 2                                      | 1                               | 1                              | 15                          | 1                                           | 2                                            |
| September     | 1          | 2                                      | 3                               | 0                              | 28                          | 0                                           | 2                                            |
| Oktober       | 0          | 0                                      | 1                               | 1                              | 25                          | 0                                           | 0                                            |
| November      | 1          | 4                                      | 1                               | 3                              | 24                          | 1                                           | 5                                            |
| December      | 4          | 0                                      | 0                               | 1                              | 12                          | 2                                           | 2                                            |
| <b>Totalt</b> | <b>25</b>  | <b>25</b>                              | <b>12</b>                       | <b>12</b>                      | <b>265</b>                  | <b>12</b>                                   | <b>22</b>                                    |

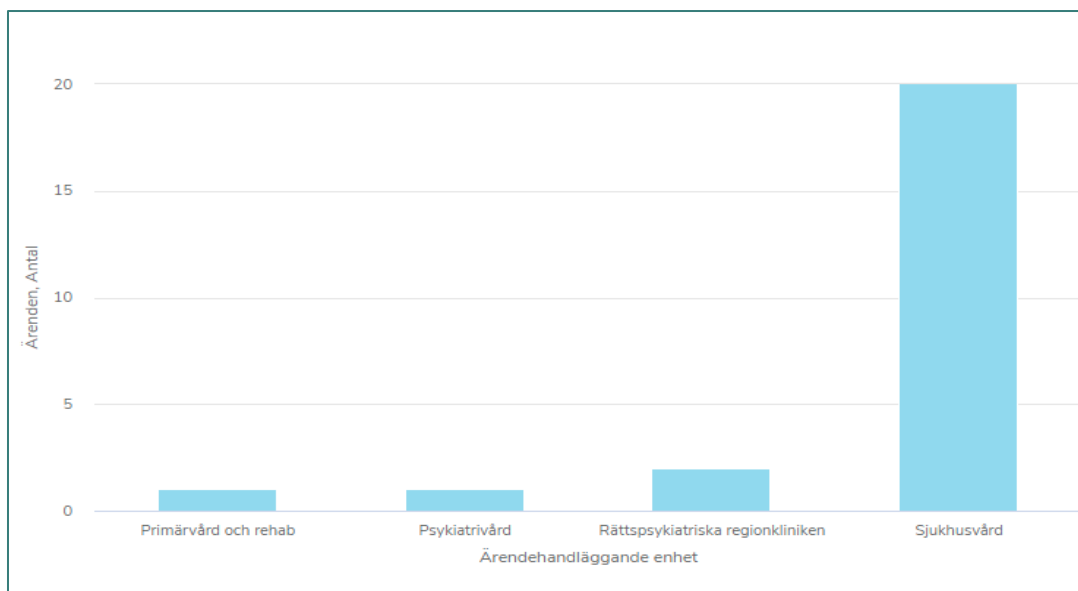


Fig. Lex Maria fördelade på verksamhetsområde

Antal klagomål som IVO väljer att utreda fortsatte minska även under 2021. Det är svårt att dra någon slutsats avseende orsak till detta med tanke på det allmänna läget under 2021 med pandemins påverkan och färre vårdbesök generellt.

I majoriteten av klagomålen har verksamheten gjort en bedömning angående om vårdskada föreligger eller inte. I de fall där vårdskada bedömts finns bakomliggande orsaker angivna men dokumentation av vilka åtgärder som planeras och hur de ska följas upp är mer sällsynt förekommande.

IVO har startat upp utredning av 25 inkomna klagomål, i 50% av fallen har kritik framfört till vårdgivaren.

Av samtliga ärenden som kommit in via LÖF under 2021, har det i ca 19 % av fallen funnits en avvikelserapport upprättad av verksamheten, i övriga fall har centrala ärendehanteringens fått upprätta en avvikelse. Motsvarande siffra för IVO ärende är 17%

Under året har 25 lex Maria anmälningar skickats in, vilket är i nivå med 2020 men betydligt färre än 2019. Internutredningar är fortsatt den vanligaste metoden att utreda händelser, 22 stycken finns registrerade som avslutade i avvikelssystemet Synergi, motsvarande siffra för händelseanalyser är 12 stycken. Av inskickade lex Maria 2021 berör 21 stycken försenad diagnos eller behandling

Av de ärenden som registrerats hos LÖF (som berör Region Kronoberg) där beslut kommit under 2021, har beslut om rätt till ersättning getts till 102 personer (motsvarar nästan hälften av besluten). 46 personer har fått ersättning för en händelse som avser försenad diagnos.

IVO har under året gjort 8 inspektioner, 5 på Rätt psykiatriska kliniken, 2 på Specialistpsykiatri (avseende avskiljning) och 1 inom Sjukhusvården

Under 2021 finns 1 riskanalys registrerad i synergi.

**Analys av resultat:** Vi ser att det fortsatt finns en osäkerhet kring vad som bör klassas som undvikbar skada, dvs vårdskada kontra skada som uppstått inom vården. Begreppen förväxlas och ett utbildningsbehov föreligger. I flera av IVO och LÖF ärenden finns ingen avvikelse skriven av vårdens medarbetare vilket belyser svårigheten att upptäcka och rapportera en händelse.

Det finns en stor diskrepans mellan vad våra patienter upplever som brist i vården och vad vi som vårdgivare bedömer som brist. Här behöver vi ta upp frågor som man hanterar klagomål som kommer direkt till respektive enhet och hur man hanterar brister i vården som uppmärksammas av personal. Det finns även en tydlig diskrepans mellan händelser som av LÖF bedöms som vårdskada dvs undvikbar skada, och den bedömning som verksamheten gjort. Verksamheten har endast bedömt vårdskada i ett fåtal fall.

När avvikelserna väl är skrivna räcker inte en aktiv bearbetning av avvikelserna i sig för att nå färre vårdskador. Det ger endast en bild av vad som måste göras för att skadan ska undvikas i framtiden och vilka åtgärder som kan vidtas utifrån fynden som framkommit. Vikten av uppföljning av de åtgärder som föreslås för att se hur implementeringen har fungerat och vilket lärande man nått kan inte understrykas nog. Det är alltför ofta som ett klagomål avslutats med åtgärden: "Ta upp på APT". Utbildningsinsats behövs således även för att stärka arbetet med orsaksanalys, åtgärder och uppföljning i syfte att få ett organisatoriskt lärande.



Majoriteten av våra lex Marior 2021 har gällt försenad diagnos och behandling. Vi ser att brister i teamarbete (t.ex. att patienten inkluderas som en del av teamet), bristande kommunikation/informationsöverföring samt bristande samverkan och otydlig ansvarsfördelning är återkommande bakomliggande orsaker till att det blir fel vid diagnossättning. Stress, arbetsbelastning, bristande återhämtning, bristande kompetens och otillräcklig handledning är andra påverkande faktorer som vi ser återkommer. Kognitiv bias är också en vanligt förekommande orsak.

De senaste åren har majoriteten av Lex Maria ärenden avslutas av IVO primärt med bedömning att verksamheten har utrett händelsen i nödvändig omfattning och vidtagit de åtgärder som krävs. Under 2021 har en förändring skett och IVO har i allt större grad begärt komplettering till utredningar som gjorts. Detta då man bedömt att utredningen inte varit tillräckligt omfattande eller att den röda tråden har varit svår att följa. Några ärenden har även medfört att IVO genomfört inspektion i verksamheten. IVO har även framfört synpunkter på utredningsmodellen för Händelseanalys och rapportutformning i Nitha. Detta har lett till nationella diskussioner med bl a Inera, NSG Patientsäkerhet och chefläkarnätverket. Fortsatta diskussioner kommer pågå även under 2022 för att försöka nå en större samförståelse mellan IVO och vårdgivare som utreder händelser.

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:** Regional utbildningsinsats riktad till "nya" chefer i processen med IVO och LÖF ärenden. Socialstyrelsens e-utbildning för alla chefer inom hälso och sjukvård.

Utbildningsinsats vad gäller begreppet vårdrelaterad infektion, där postoperativa infektioner ingår är högaktuell inför införande av infektionsverktyget. Vårdhygien kommer sannolikt ansvariga för framtagande av utbildningsinnehåll och utbildningsinsatser

Fortsatt arbete med prioriterade patientsäkerhetsområden och systematisk uppföljning av mätresultat.

Patientsäkerhetsronder inom sjukhusvård, primärvård, psykiatri och rättspsykiatri och tandvård.

Förbättrad tillgång till riktlinjer och rutiner. Överblick av vad vi har och vad vi saknar.

**Uppföljning av åtgärd:** Händelser som anmälts till IVO och LÖF följs upp och diskuteras på patientsäkerhetsronder.

Lex Maria händelser redovisas på Patientsäkerhetsråd för att sprida lärande i flera strukturer

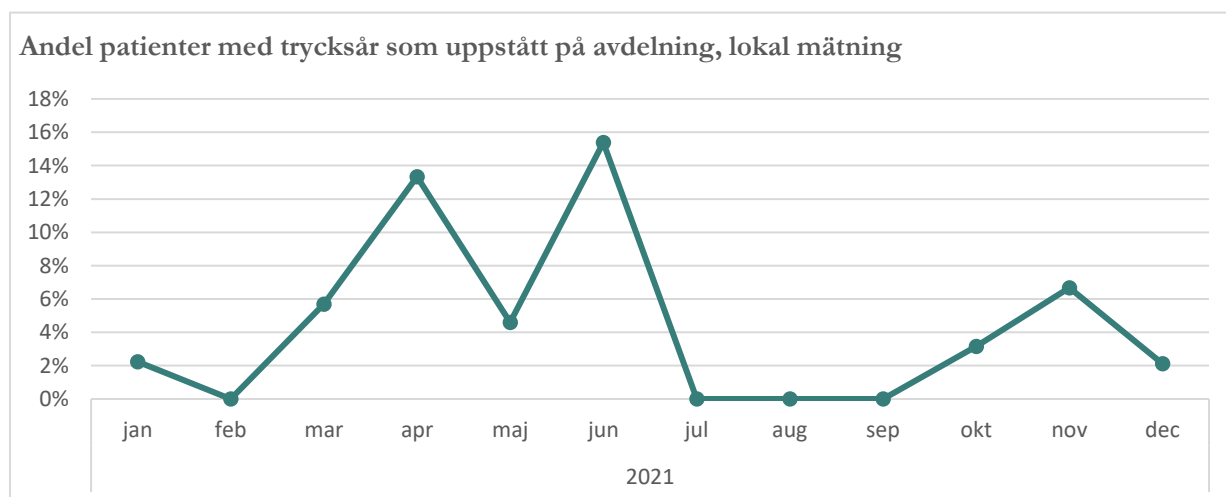
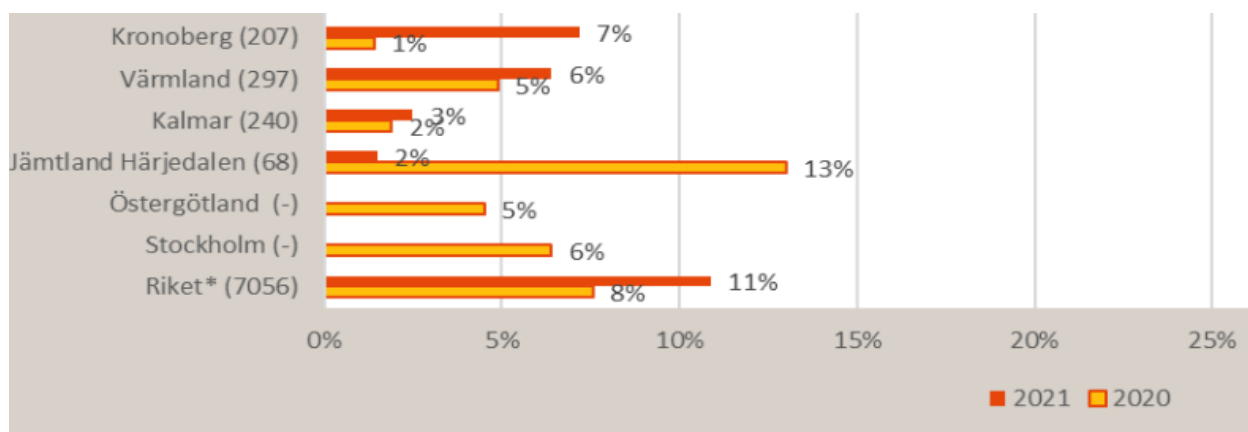
Centrala ärendehantering fortsätter sammanställa händelser som anmäls i syfte att identifiera övergripande förbättringsområden. Resultat på aggregerad nivå kommer kvartalsvis följas upp av en central analysgrupp som sedan återkopplar till hälso och sjukvårdens ledningsgrupp

## Trycksår

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

**Resultat:** Trycksår mäts lokalt i regionen, enligt punktprevalensmätning, 5 gånger per samt nationellt en gång per år. Det genomsnittliga resultatet för de lokala mätningarna var under 2021 3,6%, med variation med som lägst 2,1% och som högst 5,7%. I den nationella mätningen som genomfördes i september hade 7 procent av de inlagda patienterna sjukhusförvärvade trycksår i Kronoberg och i riket låg motsvarande siffra på 11,3 procent.

**Andel patienter med trycksår som uppstått på avdelning, nationell mätning september 2021**



**Analys av resultat:** Region Kronobergs målsättning med förvärvade trycksår under 3% har inte nåtts.

Tänkbara orsaker till ökningen av sjukhusförvärvade trycksår kan vara både direkta och indirekta. En ökad andel riskpatienter samt att fler riskpatienter utvecklat trycksår kan tyda på en skörare patientgrupp. Indirekta orsaker kan vara bundna till personalens situation under pandemin. Sämre arbetsmiljö och utarbetad personal. Utbildningsaktiviteter har blivit inställda och det i sin tur kan ha påverkat personalen kunskap om trycksårsprevention. Flera av trycksårsombuden har bytts ut och de nya trycksårsombuden har inte fått möjlighet att träffa andra ombud eller delta på utbildning i samma utsträckning som tidigare.

I genomsnitt har 70% av avdelningarna genomfört de lokala mätningarna, med lägst deltagande 45% vid ett tillfälle och högst deltagande med 85% vid 2 tillfällen.

Vi har även under 2021 haft en ökad andel utlokaliserade patienter, vilket ökat risken för att rutiner för vissa patientgrupper inte följs som i normalfallet, vilket bedöms medföra risk för försämrade resultat gällande trycksår.

Otydlig ansvarsfördelning, dvs vem som ansvarar för och följer upp resultat, är ytterligare en faktor som kan ha påverkat resultatutvecklingen

**Åtgärd:** Tydliggöra avdelningarnas ansvar att genomföra lokala mätningar samt att följa upp resultaten. Avdelningarna ska återskoppla vilka åtgärder de utför för att förbättra sina resultat samt vad de behöver få stöd i.

Under sårvecka 12 och 46 uppmärksammas trycksår. Utbildningsinsats från Care of Sweden planeras med fokus på madrasser.

Information om datum för kommande lokala mätningar skickas både till avdelningschefer samt till trycksårsombud.

Intensifiera arbetet kring utbildning i trycksårsprevention:

Samtliga nyanställda undersköterskor, sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter ska genomgå obligatoriskt kompetenskort i trycksårsprevention. Samtliga anställda, i samma yrkeskategorier, ska genomgå kompetenskort i trycksårsprevention 1 gång/år.

Digital utbildning finns tillgänglig för all anställd hälso och sjukvårdspersonal i regionen

**Uppföljning av åtgärd:** Fortsatta lokala mätningar 5 ggr per år.

Dialog mellan linjeorganisation samt kunskapsorganisation för att tydliggöra uppdrag, ansvar och mandat. Kunskapsorganisationen stödjer linjeorganisationen med utbildning och förslag på åtgärder

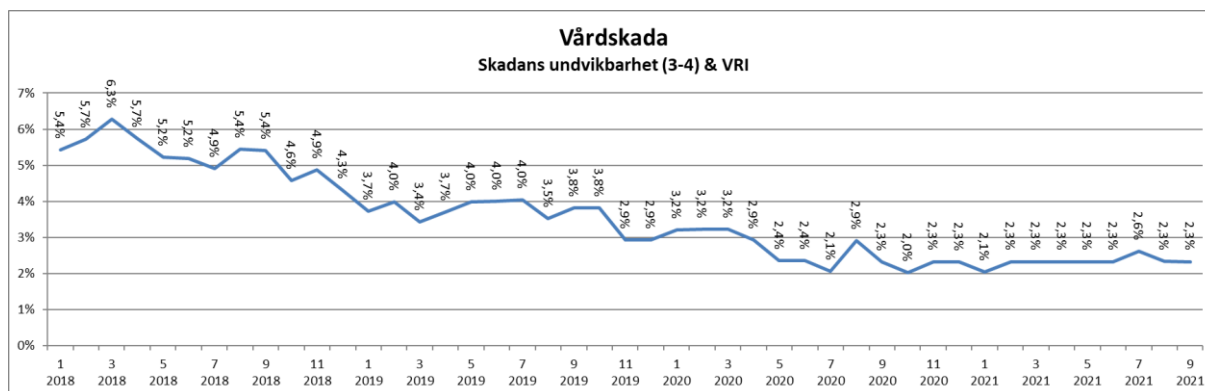
Kvartalsvis uppföljning av hur många medarbetare som genomfört kompetenskort och obligatorisk utbildning.

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:** Förekomst av VRI ska ligga under 9 % enligt PPM mätning

**Resultat:** Under 2021 gjordes inga PPM mätningar avseende vårdrelaterade infektioner (VRI) på grund av pandemin. Andel VRI har istället följs via Markörbaserad journalgranskning MJG. Patienter med undvikbara vårdskador orsakade av vårdrelaterade UVI/pneumoni har ökat något under senare delen av året till 1,2% från 0,9% i början på året



**Analys av resultat:** En ingående analys av resultatet från Markörbaserad Journalgranskning, som visar en viss uppåtgående trend, är för tidig att göra. Antal journaler som granskas är relativt få och en enskild VUVI/pneumoni kan få stort genomslag på resultatet. Resultat kan vara en tillfällighet men det är av stort vikt att vi fortsätter följa mätresultatet framöver och snabbt vidtar åtgärder om trenden skulle fortsätta

Postoperativ infektionsregistrering av utvalda ortopediska, kirurgiska och gynekologiska operationer har blivit försenad under hösten 2021 på grund av personalbrist (en hygiensjukskötersketjänst har varit vakant men kommer att tillsättas under 2022). Beräknas komma i kapp under våren 2022. Planen är att infektionsverktyget kommer ersätta den postoperativa infektionsregistreringen som vårdhygien gör i dagsläget.

#### 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
- Aktualisera VRI handlingsplan
- 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 även möjligt att ta fram resultat för varje enskild enhet.

PPM VRI kommer inte fortsättas i regionen. Detta delvis beroende på en förändring av inloggning i SKR databasen vilket medfört att ett flertal regioner valt att gå ur nationella mätningar. Det stora bortfallet gör att värdet av den nationella jämförelsen blir tveksamt varför Hälso och sjukvårdsledningen tagit beslut att nationell PPM VRI inte ska göras under 2022.

Under hösten 2021 påbörjades planering för att skapa webbutbildning med kunskapsfrågor som ett komplement för fysiska föreläsningar. Utbildningsmaterial kring förebyggande åtgärder mot vårdrelaterad pneumoni och urinvägsinfektioner har utarbetats och kommer att finnas i kompetensportalen januari 2022.

## Fall

**Mål:** Minska andelen fall

**Resultat:** Ingen gemensam mätning SHV gällande fall. Flera enheter redovisar ökad andel fall.

**Analys av resultat:** Kan bero på högre arbetsbelastning,

**Åtgärd:** Inom de enheter som identifierat ökat antal fall genom riskbedömningsmall och gröna korset pågår arbete att analysera och sätta in åtgärder.

**Uppföljning av åtgärd** Följa upp inom respektive verksamhet och på controllermöten

## Tillförlitliga och säkra system och processer

### Andel avslutade besök inom 4 timmar på akutmottagningarna

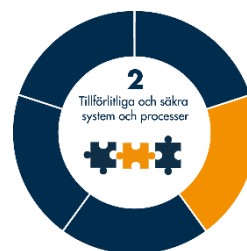
**Mål:** 70%

**Resultat:** 58%

**Analys av resultat:** Andelen avslutade besök inom 4 timmar har minskat från 64 % 2020 till 58% år 2021. Pandemin är en bidragande orsak men även interna processer bidrar till att patienter blir kvar under längre tid på akutmottagningen

**Åtgärd:** Under året har berörda kliniker arbetat med inläggningsprocessen, från klar på akuten till ankomstavdelning. Målet är 30 min. de omarbetade rutinerna trädde ikraft i oktober 2021. Arbetet beräknas fortgå under 2022.

**Uppföljning av åtgärd:** Arbetet att se över flödet på akutmottagningarna fortsätter under 2022 med kontinuerliga uppföljningar av flödet under året.



### Andel diktat utskrivna inom två dygn

**Mål:** 75%

**Resultat:** 56,5%

**Analys av resultat:** Utskriftstiderna har fortsatt att försämrats med ett utfall i månadsskiftet november/december på 56,5 %. (reservation för ett eventuellt fel på rapporten)

Taligenkänning har ännu inte kommit igång i så pass hög utsträckning att någon effekt på utskriftstiderna kan ses.

**Åtgärd:** Taligenkänning är en åtgärd för att minska utskriftstiden men behöver följas över tid för att se effekt. Risker med felkodning behöver följas för att säkerställa korrekta diktat och diagnoser.

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

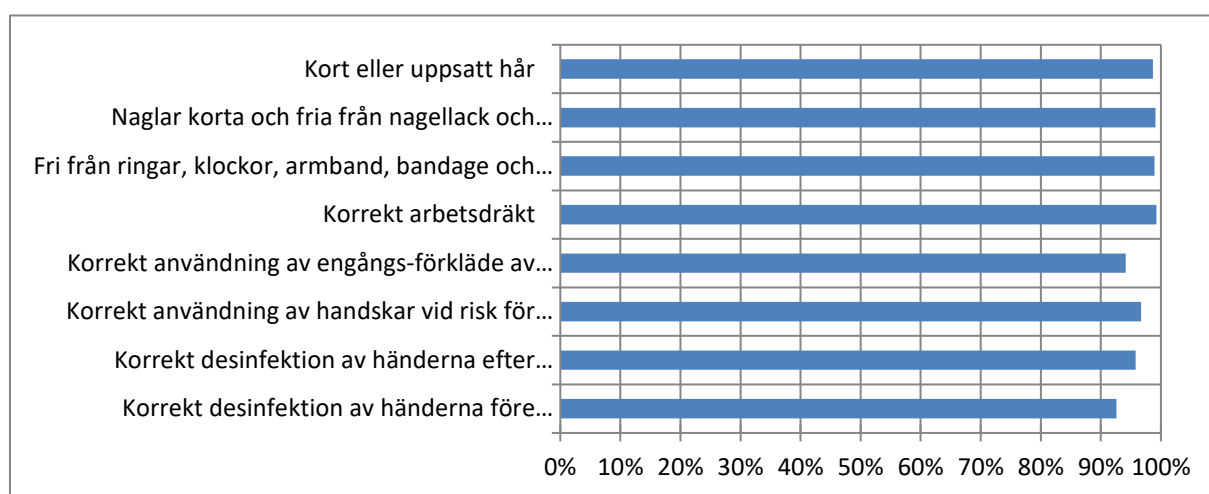
## Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

**Mål:** 100 % följsamhet till BHK.

**Resultat:** Det totala resultatet, inkluderande alla områden/kliniker samt självskattningar/observationer, har ökat jämfört med föregående år från 75% (spridning över året 66–81%) till 84 % (75-86%). Resultatet från enbart observationer visar en ökning från 73 till 81 %. Exkluderas RPK har resultatet ökat från 78 till 85%. Det finns en stor spridning mellan kliniker (65–100%) och mellan enheter (30–100%).

I SKR-mätningen i mars var resultatet för Regionen Kronoberg 86% vilket innebär en femteplats i landet. Vad gäller enbart klädreglerna hade vi det bästa resultatet.

Tabell: Resultat för regionen, inkluderande alla områden/kliniker och självskattningar/observationer, per område under 2021,



**Analys av resultat:** Resultatet har de senaste åren förbättrats årligen. Målet på 100 % är ett högt satt mål. Instruktionen till BHK-resurserna är att om enhetens resultat ligger under 90 % ska åtgärder sättas in och månatliga granskningar göras. I samband med coronapandemin har vikten av följsamhet till BHK blivit uppenbar, vilket troligen är en orsak till det förbättrade resultat.

**Åtgärd:** Möten med enheternas BHK-resurser har genomförts två gånger under året. Dessa har bland annat innehållit information från vårdhygien angående vårdhygieniska riktlinjer, säsongsinfektioner, specifik information med anledning av coronapandemin, nyheter samt resultat från BHK-granskningar. Så kallad BHK-värd används på en del enheter för att på så sätt föra samtal kring BHK-frågor med kollegor.

Handhygienens dag infaller varje år den 5/5 och information har givits om att uppmärksamma det genom att använda diskussionsfrågor på de olika enheterna etc. Information lades ut på webben "Att hålla händerna rena är ett av det effektivaste sättet att förhindra smittspridning i vård och omsorg – oavsett om det pågår en pandemi eller inte. Handhygienens dag - Alla dagar. Rena händer räddar liv!"

Resultat samt allmän information om BHK-rutiner har redovisats på så väl chefsmöten som övriga arbetsplatsträffar

Tandvården fortsätter arbete med triangelsrevision där kliniker granskar varandra.

**Uppföljning av åtgärd:** Resultat på aggregerad nivå kommer kvartalsvis följas upp av en central analysgrupp som sedan återkopplar till hälso och sjukvårdens ledningsgrupp. Följsamheten till BHK-resultat och åtgärder följs upp och diskuteras på patientsäkerhetsronder. Klinker/enheter erbjuds besök av vårdhygien och förändringsledare för diskussion kring vilka åtgärder som kan vara lämpliga. Även de privata aktörerna inom vårdvalet ska erbjudas åtgärderna.

Tandvården gör internkontroll av de kliniker som genomför triangelrevision

## **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:** 178 personer har sett föreläsningen av Pär L som finns i kompetenportalen, 30 personer har sett föreläsningen av Rita Fernholm som även den ligger i kompetensportalen. Inga verksamhetsbesök är gjorda. Kostnader för undvikbar vård relaterad till försenad diagnos och behandling utifrån några utvalda fall uppgick till 2 517 227 kronor. Här finns ett stort mörkertal.

**Analys av resultat:** Arbetsgruppen för diagnostisk säkerhet har under 2021 arbetat med det kortsiktiga målet att nå ut med ökad kunskap och medvetenhet inom området utifrån godkänd handlingsplan. Under året har pandemin förhindrat mycket av det tänkta arbetet, ffa vad gäller verksamhetsbesök.

Kostnaderna för undvikbar vård var lägre 2021 än tidigare år vilket delvis kan bero på pandemin med minskat vårdsökande och hög belastning som lämnat mindre tid åt systematiskt patientsäkerhetsarbete.

**Åtgärd:** Ovidimerade provsvar har i flera händelseanalyser identifierats som en stor riskfaktor för försenad diagnos och behandling och kommer från 2022 ska vara ett måttvärde som ska följas inom hela hälso och sjukvården.

Verksamhetsbesök av chefläkare/förändringsledare för utbildning inom området Diagnostisk säkerhet.

**Uppföljning av åtgärd:** Enkät till legitimerad personal för kartläggning av kunskap och medvetenhet inom området diagnostisk säkerhet. Resultatet kommer jämföras med baslinjemätningen gjordes 2020.

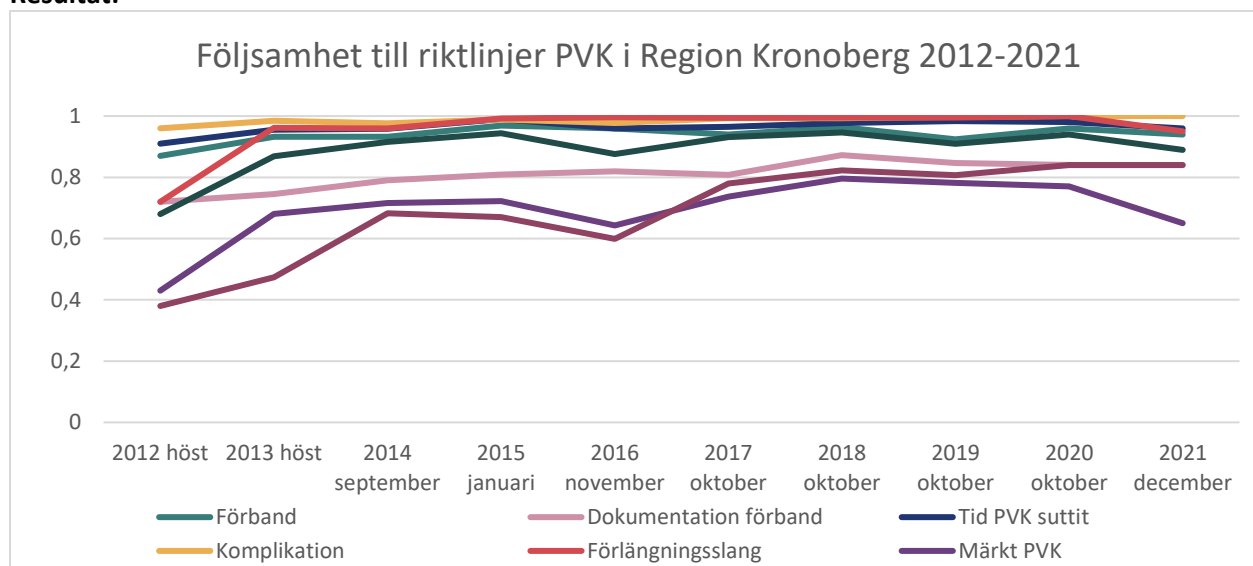
Kontinuerliga mätningar av ovidimerade provsvar. Resultat på aggregerad nivå kommer kvartalsvis följas upp av en central analysgrupp som sedan återkopplar till hälso och sjukvårdens ledningsgrupp. Det kommer även vara möjligt att ta fram resultat för varje enskild enhet. För de kliniker som har hög andel av ovidimerade svar kommer det lyftas på den årliga patientsäkerhetsronden.

Kostnader för undvikbar vård relaterad till diagnostisk säkerhet kommer fortsatt beräknas under 2022

## Infarter

**Mål:** 100 % minskning av PVK-relaterade infektioner samt tidigt upptäcka tecken på andra komplikationer.

### Resultat:



**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 hudinfektion och att bättre fixera i syfte att minska friktion och därmed minska risk för tromboflebit. Regionens arbete har fått förfrågningar om spridning av förbättringsarbetet till andra regioner

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

Ambitionen finns att granska PVK sätta på ambulansen och operation. Redan i år har arbetet påbörjats med granskning av var de PVK är satta som saknar optimal hantering i syfte att ytterligare förbättra följsamheten till riktlinjer och därmed minska vårdrelaterade infektioner.

Arbete med att skapa digital utbildning i handhavande kring infarter har påbörjats under året. Utbildning med filmer, text och bilder. Utbildning vad gäller infarter är en obligatorisk utbildning/kompetenskort för nyanställda undersköterskor och sjuksköterskor.

**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.

### **Dokumentation bildbehandling, Tandvården**

**Mål:** Införa Romexi på samtliga kliniker

**Resultat:** Är infört och integrerat i journalsystemet på samtliga kliniker

**Analys av resultat:** Målet uppnått. Fungerar bra.

**Åtgärd:** Utbildning resurspersoner.

**Uppföljning av åtgärd:** Interna kontroller

### **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.

**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:** Frågorna till enkäten är framtagna.

**Åtgärd:** Skapa enkäten elektroniskt samt utarbeta en vägledning till respektive enhet när enkäten är besvarad som indikerar vad man behöver arbeta vidare med på respektive enhet.

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

### **Ledtider SVF cancer**

**Mål;** 80% av patientfallen uppfyller ledtidsmålen

**Resultat:** 46%

**Analys av resultat:** Den huvudsakliga orsaken till att ledtidsmålet inte nås är bristen på kompetenser inom flera områden och i olika delar av vårdprocesserna. Andra identifierade orsaker är behovet av en bättre samordning mellan enheter och smidigare lösningar för möjligheten att planera i efterföljande steg i processerna. Kartläggning av respektive process framgångar och utmaningar pågår för beslut om vidare åtgärder.

**Åtgärd:** Fortsatt kartläggning och uppföljning i syfte att identifiera ytterligare brister och variationer i processerna.

**Uppföljning av åtgärd:** I samband med controllermöte

### **Läkemedelsgenomgångar**

Läkemedelsgenomgång är ett strukturerat och systematiskt arbetssätt för uppföljning och omprövning av en patients läkemedelsbehandling. Syftet är att upptäcka, åtgärda eller

förebygga läkemedelsrelaterade problem som t ex biverkningar, interaktioner, utebliven eller otillräcklig effekt, avsaknad av eller oklar indikation samt underbehandling.

**Mål:** Förekomsten av dokumenterade läkemedelsgenomgångar ska årligen öka

**Resultat:** Andelen patienter  $\geq 75$  år som är ordinerad  $\geq 5$  läkemedel och där en LMG dokumenterats senaste 12 månaderna presenteras i Qlik View. I december 2020 var denna andel ca 20%. Motsvarande siffra i december 2021 var 24,1%. Måttet följs kvartalsvis i hälso- och sjukvårdens verksamhetsplan.

| Andel patienter 75 år och äldre som är ordinerade minst 5 läkemedel och där läkemedelsgenomgång dokumenterats (senaste 12 månaderna jan 2022) |           |                                |                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------|------------------------------------------------|
| Totalt                                                                                                                                        | Fördjupad | Enkel - En läkemedelsgenomgång | Enkel - Godkännande av administrerinstillfälle |
| 25,1%                                                                                                                                         | 1,5%      | 3,3%                           | 21,9%                                          |

**Analys av resultat:** Andelen dokumenterade läkemedelsgenomgångar har ökat senaste året från 20 till 24,1%, men det finns helt klart förbättringspotential. Spridning mellan enheter finns (19,8 – 53,4%).

**Åtgärd:** Implementering av "Säker läkemedelsordination i slutenvården" samt dialog med berörda parter för att upprätta en plan för hur resultaten ska återkopplas till verksamheten. För 2022 planeras för ca 700 §

**Uppföljning av åtgärd:** Uppföljning av andelen dokumenterade läkemedelsgenomgångar inom patientsäkerhetsarbetet samt dialog med berörda parter.

### Trycksårsprevention

**Mål:** Minska antalet ineliggande patienter med redan uppkomna trycksår i kommunal hälso- och sjukvård.

**Resultat:** Under 2021 har 1022 patienter deltagit i trycksårsmätningar och 60 av dessa hade trycksår före ankomst till sjukhus. Antalet sår uppkomna före sjukhusvistelse beräknas mellan 5,9–9,6%, det är svårt att beräkna en enhetlig siffra på grund av osäkerhet i rapporteringen.

Ett digitalt möte erbjöds samtliga kommuner samt personal på vårdavdelningar i slutenvården. Under det digitala mötet hölls en föreläsning om trycksår och dess uppkomst samt trycksårsprevention. Deltagarna deltog sedan i workshops med syfte att föra en dialog mellan kommuner och region. Under mötet deltog 45 personer där regionen var representerad samt 63% av kommunerna.

**Åtgärd:** Ytterligare 2 möten planeras under 2022. Information om mötestid sprids via MAS nätverk samt via sårnätverk i kommunerna. I regionen sprids information om mötestid via avdelningscheferna. Erfarenhet och förbättringsförslag från möten lyfts av sammankallande till mötena. Förtydligar vilken information som efterfrågas i den lokala mätningen för att få en mer enhetlig siffra på antal patienter med sår uppkomna före sjukhusvistelse.

**Uppföljning av åtgärd:** Mötesdeltagare på nästkommande möten räknas samt vilka kommuner som är representerade. Fortsatt mäta antalet sår uppkomna före sjukhusvistelse.

## Prevention vårdrelaterad Pneumoni

**Mål:** Minska antalet vårdrelaterade pneumonier.

**Resultat:** Andel patienter med undvikbara vårdskador orsakade av vårdrelaterade UVI/pneumoni har ökat under senare delen av året till 1,2% från 0,9% i början på året. Utav 4460 patienter riskbedömda så identifierades 2160 patienter med risk för vårdrelaterad pneumoni, i riskbedömningsmallen. 1 719 patienter var immobiliserade, 1 110 patienter med nedsatt andningsfunktion, 1 012 patienter med smärta NRS > 3, 469 patienter med nedsatt munhälsa, 354 patienter med sväljsvårigheter, 404 patienter med illamående.

**Analys av resultat:** Svårighet att i dagsläget mäta förekomst av vårdrelaterad pneumoni medför att en analys av hur det preventiva arbetet påverkar förekomst av vårdrelaterad pneumoni inte är möjlig. Förhoppningen är att införande av infektionsverktyget kommer möjliggöra korsjämförelser där man dels kan se hur många av de patienter som riskbedömts som faktiskt får en VRI men framförallt kunna se effekter av det preventiva arbetet

**Åtgärd:** under året har ett arbetssätt (Tänk rehab) tagits fram för att förstärka rehabiliteringen som en naturlig del i omvårdnaden på vårdavdelningen. Arbetssättet som är ett samarbete mellan lasaretsrehab och medicinkliniken Växjö syftar till att bibehålla patienternas alla förmågor i högsta möjliga mån, och kanske till och med förbättrar dem.

Spridning av arbetssättet till andra klinker.

**Uppföljning av åtgärd:** Fortsatt kontinuerliga mätningar och analys av mätresultat på aggregerad nivå och på verksamhetsområdesnivå, (via Infektionsverktyget och via Qlickview). Resultat på aggregerad nivå kommer kvartalsvis följas upp av en central analysgrupp som sedan återkopplar till hälso och sjukvårdens ledningsgrupp. Resultat kan även tas fram för varje enskild enhet vilket möjliggör regelbunden uppföljning på verksamhetsområdenas kontrollmöte.

## Urinvägar

**Mål:** Att minska antalet vårdrelaterade urinvägsinfektioner (VUVI).

**Resultat:** Granskningen av följsamheten till riktlinjer för KAD visar på förbättringsområden på de olika enheterna. Granskningen hösten 2021 får ses som en baslinjemätning. Resultat från markörbaserad journalgranskning visar en stabil nivå på årsbasis men fluktuation över året, och där en liten ökning kan ses hösten 2021. (från 0,9% i början på året till 1,2 i slutet på året)

4470 patienter inom sjukhusvården bedömdes med riskbedömdes, i riskbedömningsmallen, utav dessa identifierades 1254 patienter med risk för vårdrelaterad UVI, 390 patienter med resturin > 200 ml samt 1 065 patienter med urinvägskateter

**Analys av resultat:** Riktlinjer inom området har uppdaterats En första granskning av följsamheten till riktlinjer för KAD gjordes på alla berörda enheter under november/december. Ett flertal förbättringsområden är identifierade men en sammanställning är inte klar.

**Åtgärd:** Två träffar för urinvägsresurser har skett under 2021. En digital på våren och en fysisk/digital på hösten. På dessa har information/utbildning givits inom området. Nya urinvägsresursträffar är planerade framöver då förslag på förbättringar kommer att tas upp och nya granskningar göras.

Arbetet med daglig reflektion och identifiering av risker för VUVI sker på de flesta enheterna med hjälp av Gröna korset och riskbedömningsmallen i Cambio Cosmic.

En lathund i fickformat är utarbetat för UVI/KAD/överfylld blåsa. Breddinförande planeras

Arbeta med de identifierade förbättringsområdena vad gäller följsamhet till KAD-rutiner.

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.

**Uppföljning av åtgärd:** Förnyade granskningar av följsamheten till KAD-rutinerna

Följa statistik vad gäller användningen av riskbedömningsmallen och de sökord som ingår i den.

Fortsatt kontinuerliga mätningar och analys av mätresultat på aggregerad nivå och på verksamhetsområdesnivå (via Infektionsverket). Resultat på aggregerad nivå kommer kvartalsvis följas upp av en central analysgrupp som sedan återkopplar till hälso och sjukvårdens ledningsgrupp. Resultat kan även tas fram för varje enskild enhet vilket möjliggör regelbunden uppföljning på verksamhetsområdenas kontrollermöte.

## Utskrivningsmeddelande

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

**Resultat:** 59 %

**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. Variationen ligger mellan 14–96%

**Åtgärd:** Vi behöver ffa arbeta med att minska variationen. Sprida de goda exemplen.

**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



## Utlokaliseringar

**Mål:** 1,8 % utlokaliserade patienter inom sjukhusvården

**Resultat:** 2,3%

**Analys av resultat:** Öppnade av covid-avdelningar har medfört att patientgrupper som medicinskt tillhört de avdelningar som ställt om till covid enheter behövt läggas in på andra avdelningar.,

Antalet vårdplatser drogs ner under jul- och nyårshelgen samtidigt som att belastningen var hög inom vissa verksamheter. Nerdragningen av antalet vårdplatser under sommaren påverkar också nivån då beräkningen avser hela 2021.

**Åtgärd:** Under året utökad uppdrag till sjukhusvårdens vårdplatskoordinatorer att även koordinera i Ljungby. Syftet är att nyttja och samordna vårdplatserna på de båda sjukhusen utifrån en helhet. Daglig genomgång av vårdplatsläget görs vid Daglig styrning, där SHV ledning, verksamhetschefer samt vårdplatskoordinatorer tar beslut om fortsatt hantering av vårdplatser

Fortsatt dialog med kommunerna för att minska antalet utskrivningsklara på sjukhusen

**Uppföljning av åtgärder:** 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. Sjukhusvården följer upp vid delårsrapporter/controllersmöten

## Överbeläggningar/100 disponibla vårdplatser

**Mål:** 1 överbeläggning/100 disponibla vårdplatser inom sjukhusvården

**Resultat:** 2,25 överbeläggningar/100 disponibla vårdplatser. Andel överbeläggningar har ökat i jämförelse med 2020 (1.49)

**Analys av resultat:** Hög vårdtyngd under slutet av året påverkar liksom ökningen av antal inläggning pga covid. Ett stort antal ineliggande covid positiva patienter får en direkt konsekvens med ett ökat behov av enkelplats i väntan på provsvar eller vid konstaterad covid som leder till vårdplatser behöver spärras.

**Åtgärd:** Översyn vilka patienter som kan vårdas i hemmet och på vilket sätt, men även hur vi använder befintliga vårdplatser och hur utskrivningsprocessen till kommunal vård kan förbättras, dvs fortsatt dialog med kommunerna för att minska antalet utskrivningsklara på sjukhusen. (Omställning till Nära vård)

**Uppföljning av åtgärder:** 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. Det kommer även vara även möjligt att ta fram resultat för varje enskild enhet

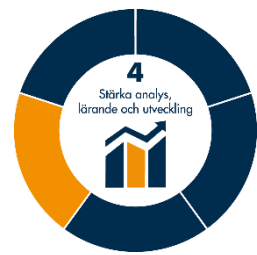
## Stärka analys, lärande och utveckling

### Avvikelser

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

I samband med chefsintroduktioner och handledning av ledningsgrupper samt bearbetare i verksamheten påtalas alltid vikten av att regelbundet analysera de bearbetade risker, tillbud, negativa händelser, klagomål och förbättringsförslag som inkommit till enheten.

Introduktion och handledning i avvikelshanteringssystemets del för rapportverktyget är alltid en del i den chefs- och bearbetarintroduktion som genomförs.



### *Uppgradering systemstöd Synergi*

**Mål:** Uppgradering av systemstödet Synergi till ny version.

**Resultat:** Uppgradering av systemstödet Synergi genomfördes i november 2021.

**Analys av resultat:** Publiceringen av nya versionen av systemstödet Synergi genomfördes enligt plan. Planerade informationstillfällen för bearbetare genomfördes utifrån gällande restriktioner under pågående pandemi på Centrallasarettet i Växjö, Lasarettet i Ljungby samt Sigfrids området, Växjö. Handledning och support för bearbetare har under efterföljande veckor efter publiceringen varit efterfrågats bland annat med anledning av att gränssnittet och viss funktionalitet har förändrats i nuvarande version.

**Åtgärd:** Information om uppgraderingen har kontinuerligt genomförts via e-post, intranätet samt vid digitala och fysiska möten enligt kommunikationsplan. Manualer och informationsbildspel har reviderats och skickats direkt till bearbetare som inte har tillgång till regionens intranät, på vilket manualer och bildspel publicerades i samband med att nya versionen publicerades.

**Uppföljning av åtgärd:** Under 2022 planeras fortsatt information, handledning samt support för att säkerställa bearbetarnas arbetssätt i nya versionen av systemstödet.

### *Implementering av modul för anonym rapportering (visselblåsning)*

**Mål:** Implementering av modul för anonym rapportering, visselblåsning, för medarbetare inom Region Kronoberg.

**Resultat:** Implementering av modul för anonym rapportering, visselblåsning, för medarbetare planeras genomförd under Q1 2022.

**Analys av resultat:** Implementerad modul för anonym rapportering från medarbetare inom Region Kronoberg motsvarar de krav och direktiv gällande medarbetares möjlighet till så kallad visselblåsning. Handläggning och återkoppling hanteras utifrån dokumenterad process av externt upphandlad leverantör. Ansvariga tjänstemän inom Region Kronoberg för säkerställande av processens efterlevnad är kanslidirektör, HR-direktör, säkerhetschef samt utsedd regionjurist.

**Åtgärd:** Information om process och handläggningsrutin har genomförts vid chefsmöte Q4 2021 samt i samband med informationstillfällen för nya versionen av systemstödet Synergi. I

samband med publicering av modul för anonym rapportering planeras ytterligare information enligt kommunikationsplan.

**Uppföljning av åtgärd:** På uppdrag av processägare planeras för uppföljning av antal rapporterade anonyma händelser fortlöpande under 2022.

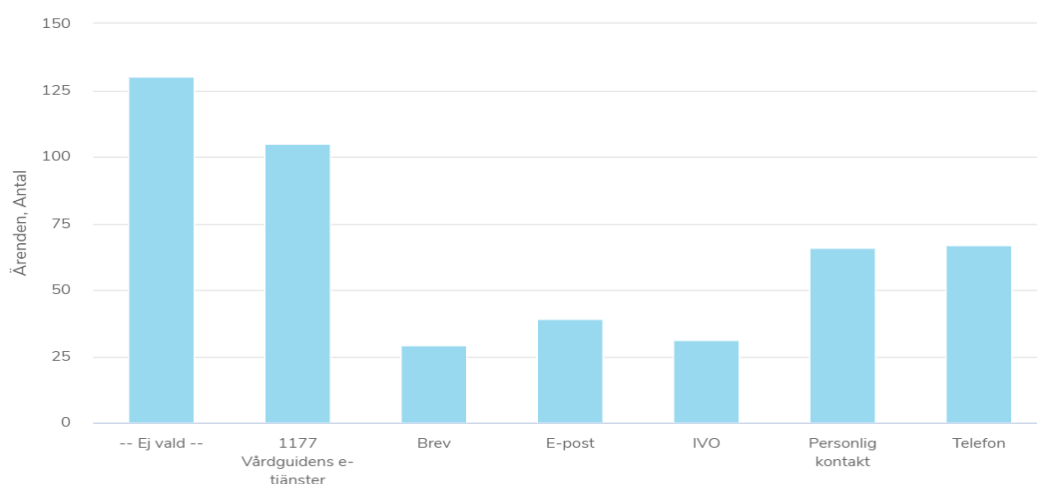
## Klagomål och synpunkter

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

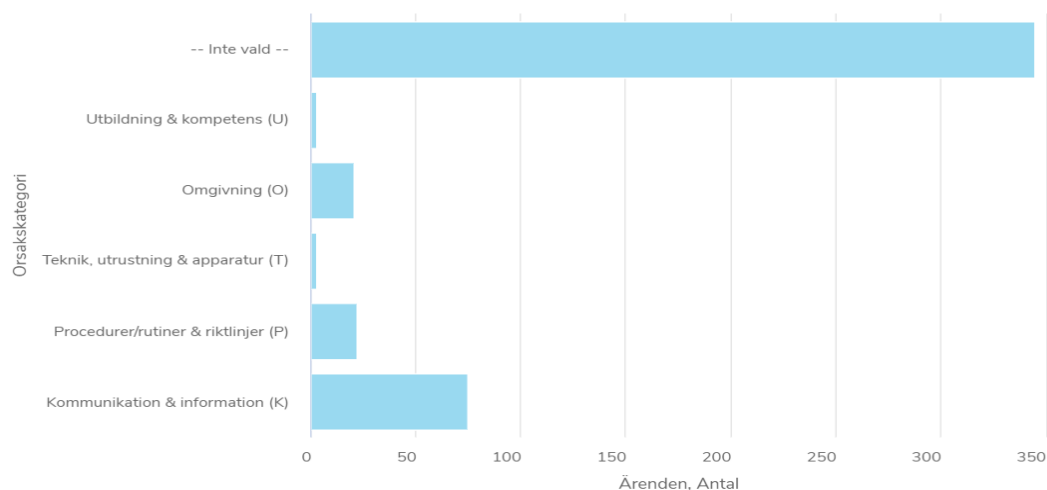
I nuläget kan patient och närstående framföra klagomål och synpunkter via 1177, Patientnämnden och verksamheten. Under år 2022 planeras för ytterligare möjlighet att framföra klagomål och synpunkter via medborgarmodul i avvikelshanteringssystemet Synergi. Medborgarmodulen möjliggör för den som önskar rapportera anonymt att få återkoppling samt möjlighet att kommunicera med handläggaren via en "chattfunktion".

**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.

### *Klagomål som kommer direkt till verksamheten*



### *Fördelning över hur klagomålet mottagits*



### *Bakomliggande orsaker*

**Analys av resultat:** Det är fortsatt en stor andel klagomål och synpunkter som inkommer direkt till verksamheterna där ingen bakomliggande orsak till klagomålet är angivet efter bearbetning. Möjlighet till djupare analys försvåras därmed och här finns en stor förbättringspotential. Tittar man på de klagomål där bakomliggande orsaker är angivna är det kommunikation och information som är den mest frekventa bakomliggande orsaken, vilket ytterligare visar vikten av att fortsätta med kommunikation/dokumentation som ett prioriterat patientsäkerhetsområde.

**Åtgärder:** Tillsammans med patientnämnden ta fram en gemensam modell för sammanställning och analys av klagomål i syfte att använda till förbättringsarbete.

Införa operativ stödfunktion på verksamhetsnivå som tillsammans med, och på verksamhetschefs uppdrag, samordnar risk- och avvikelshanteringsprocessen samt tydliggör sambandet mellan denna process och utvecklings- och förändringsarbetet på verksamhetsnivå.

**Uppföljning av åtgärder:** Fortsatt kontinuerliga mätningar och analys av resultat 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. Det kommer även vara möjligt att ta fram resultat för varje enskild enhet

#### *Klagomål via patientnämnden*

Patientnämndens ledamöter tar på en övergripande nivå del av registrerade ärenden Vid varje sammanträde uppmärksammas särskilt ärenden som gäller barn- och ungdomar mellan 0 - 19 år. Under året har patientnämnden haft fem sammanträden och företrädare för vården har bjudits in regelbundet för dialog.

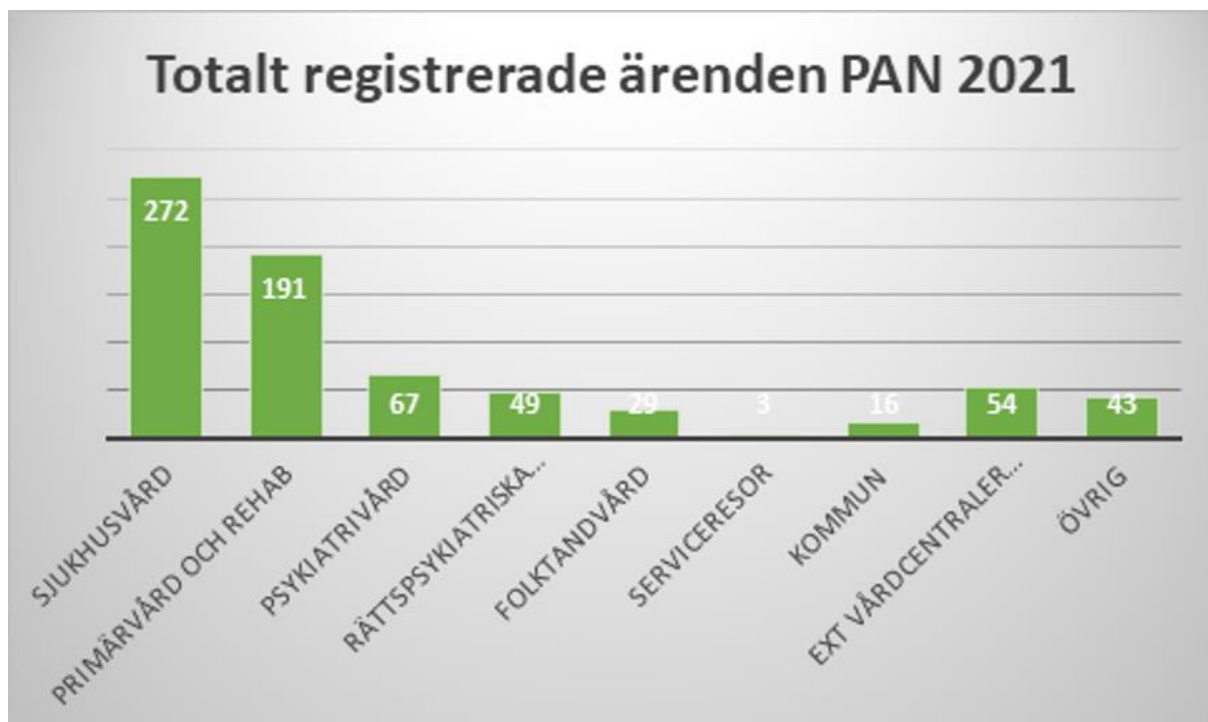
Förutom att uppmärksamma vårdgivaren i det enskilda ärendet, görs också analyser av patienter och närståendes synpunkter och klagomål i de ärenden som når patientnämnden.

Under året har patientnämnden sammanställt fyra rapporter.

- Klagomål relaterade till Covid – 19
- Klagomål på vården som avser barn 0-19
- Hänvisning i vården
- Läkemedel

**Mål:** Varje person som hör av sig till patientnämnden ska få ett svar inom fyra veckor. Varje patient som tvångsvårdas ska få en stödperson utsedd inom 10 dagar





**Resultat:** Antal ärenden har ökat från 685 till 724 stycken, fördelning enligt diagram ovan. Andel som fick svar inom fyra veckor var 67%. Målet med stödperson inom 10 dagar har uppnåtts.

**Analys av resultat:** Antal klagomål om hyrpersonal ökar i antal liksom klagomål om rör privata aktörer med avtal att utföra pandemivaccination. Klagomålen rör samordning, hygien, lokaler, injektion givning som dubbla doser och fel stickställe

Fler patienter hänvisas av vårdgivaren att vända sig till patientnämnden, dvs man hanterar inte klagomålet direkt på verksamheten.

Antal anmälningar om stödperson ökar successivt

**Åtgärd:** En förtydligande rutin beslutades i november om när och hur handläggare påminner i de fall som svar dröjer. Syftet är att säkerställa patientens rätt till svar på sitt klagomål.

Tillsammans med procesledare för avvikelshantering och patientsäkerhet ta fram en gemensam modell för sammanställning och analys av klagomål i syfte att använda till förbättringsarbete

Utveckla rapporter i syfte att nå ut till flera målgrupper (lätt att läsa och lätt att förstå).

**Uppföljning av åtgärd:** Fortsatt kontinuerliga mätningar och analys av resultat

### Patientsäkerhetsronder

Inom sjukhusvård och psykiatrisk vård görs patientsäkerhetsronder varje år. Vid ronderna diskuteras händelser, utredningar och anmälningar som inträffat inom enheten det senaste året med tonvikt på genomförda förbättringar och lärande. Även diskussion kring kultur och systematik kring återkoppling av inträffade händelser och inkomna klagomål och synpunkter.

Vid rondens kommer även frågor om hur man arbetar med att säkerställa kompetens hos olika yrkesgrupper.

**Mål:** Alla verksamheter skall årligen göra en patientsäkerhetsrond

**Resultat:** Näst intill samtliga enheter inom sjukhusvården har genomfört en patientsäkerhetsrond under 2021. Inga ronder har gjorts inom Primärvård/rehab, Psykiatri och Rättspsykiatri under 2021.

**Analys av resultat:** Några verksamheter har fått flytta fram datum för rond beroende på en hög arbetsbelastning i samband med upprepade covidperioder.

**Åtgärd:** Fortsatt arbete med att säkerställa att årliga patientsäkerhetsronder görs inom de olika verksamhetsområdena.

Utveckling av patientsäkerhetsronder inom ffa primärvård och tandvård

**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 är urinvägar och risk för pneumoni.

**Mål:** Införa modell för riskdömning, reflektion och lärande (gröna korset) på samtliga slutenvårdsavdelningar somatisk vård

**Resultat:** Arbetssättet är infört men det används i varierande grad inom verksamheterna

**Analys av resultat:** Verksamheterna använder sig av olika upplägg vilket gör att det är svårt att följa om alla arbetar efter systematik.

**Åtgärd:** Se över kriterierna av begreppet gröna korset. När det är möjligt att samlas igen bjuda in till inspiration och lärande forum för att dela erfarenheter.

**Uppföljning av åtgärd:** Arbetsgrupp Gröna korset kommer att vidareutveckla hur Gröna korset kan användas inom olika typer av verksamhet och följa upp införandet.



### Kliniskt träningscentrum

**Mål:** Att öka kvaliteten och säkerheten i patientarbetet genom att samla utvecklings- och utbildningsaktiviteter inom medicinsk och kirurgisk simulation samt icke tekniska färdigheter.

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

**Resultat:** SMS-livräddning hade under 2021 en ökning av anmälda livräddare med 743 stycken, det finns nu 2895 stycken anmälda SMS-livräddare i Kronoberg. Antal larm 2021 Kronoberg var 181 av dessa var en frivillig var framme före ambulansen vid 80 tillfällen. Av

dess tillfällen har livräddaren bistått med HLR vid 45 tillfällen, kopplat upp hjärtstartare 23 gånger och givit en strömstöt vid två tillfällen.

Under 2021 har 29 medarbetare utbildats vid fem tillfällen i Säker läkemedelshantering. Syftet med utbildningen att förbättra säkerheten och minska antalet fel i samband med läkemedelshantering,

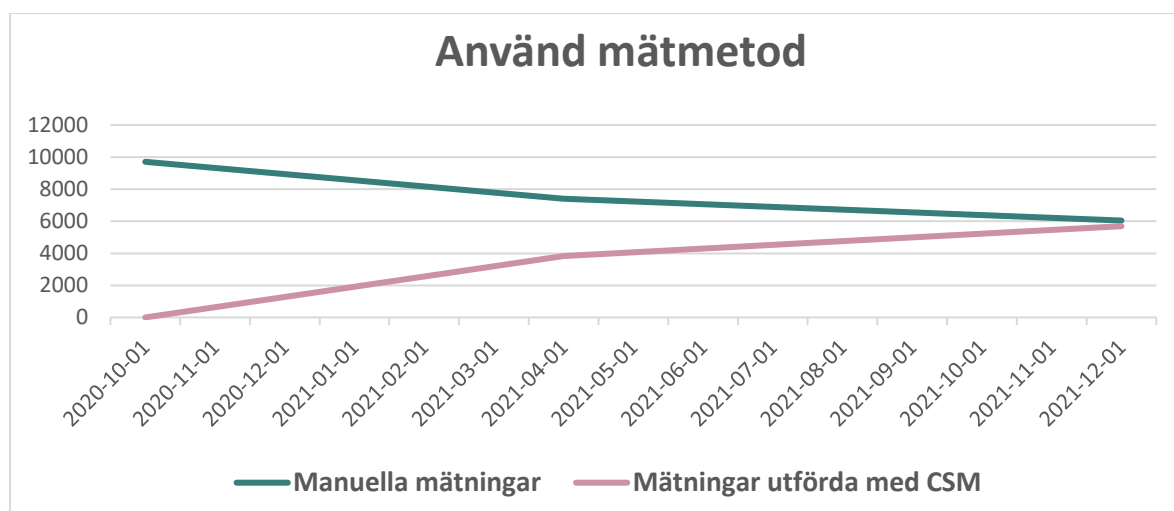
195 medarbetare har under föregående år utbildats vid 13 tillfällen i RK utbildats i Säker kommunikation. Det gjordes insatser på två kliniker där ytterligare 71 och 42 deltagare utbildades men i övrigt har det varit öppna utbildningar med deltagare från olika avdelningar och yrkesprofessioner både i Ljungby och Växjö. Utbildningen syfte är syfte att utveckla vårdpersonalens kommunikationskunskap.

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

Trots en pågående pandemi har vi lyckats att genomföra många utbildningar med mindre grupper och digital teknik när det har gått.

- 17 st utbildningstillfälle för slutenvården med totalt 182 deltagare
- 5 st utbildningstillfälle för primärvården med totalt 46 deltagare
- 5 st utbildningstillfällen för psykiatri med totalt 55 deltagare

För att öka följsamheten till NEWS 2 kontroller införskaffades 8 st CSM (mobila övervakningsenheter) som medför automatisk överföring av övervakningsparametrar till Cosmic. Dessa har varit utplacerade på COVID avdelningar under pandemin, när läget förbättrades under hösten har denna utrustning delats ut till de avdelningar som gör flest mätningar i slutenvården. Vi ser att antalet inmatade NEWS värden via CSM har ökat., se tabell



#### Analys av resultat:

Året med svårt sjuka Covid 19 patienter på många vanliga vårdavdelningar har ställt stora krav på personalen att snabbt kunna ställa om och vårda patienter de normalt inte ansvarar för.

Då har övervakningsutrustningen vi köpte in under 2020 varit till stor nytta för patienterna och personalen, då de ha kunnat kontinuerligt övervaka syrgassaturationen som har larmat

ut i korridoren om värdet understiger inställt lägsta värde, detta har gjort att många patienter inte har behövt förflyttas till intensivvårdsavdelningen.

Mätningar som görs på barn eller gravida kommer inte med i statistiken då dessa dokumenteras i en journaltabell, men CSM kan användas för att utföra mätningen samt gör beräkningen till rätt ONEWS eller PEWS summa.

Många utbildningar har ställts in pga. pandemin, dels för att förhålla sig till restriktioner men även för att personalsituationen varit ansträngd framförallt inom sjukhusvården.

Vad gäller utbildning i Säker läkemedelshantering, planerades utbildning för verksamhet hos enheten men denna fick skjutas fram på grund av Pandemin. Utbildningen i Säker kommunikation fick under våren ställas om till digitala.

**Åtgärd:** Fortsatt utveckling av teambaserade utbildningar typ Säker kommunikation.

I samarbete med Linnéuniversitet testa virtuell utbildning som alternativ till praktisk utbildning på plats i syfte att öka tillgänglighet och flexibilitet

**Uppföljning av åtgärder:** Kvartalsvis uppföljning av deltagartal i utbildningarna Säker Kommunikation, Säker läkemedelshantering och ProAct. Analys av mätresultat på aggregerad nivå och på verksamhetsområdesnivå. Resultat på aggregerad nivå återkopplas till hälso och sjukvårdens ledningsgrupp.

### **Riskbedömning av ineliggande patienter**

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

**Resultat:** Totalt 5 536 patienter inom sjukhusvården är riskbedömda enligt riskbedömningsmallen i Cosmic

**Analys av resultat:** Identifierade risker: Risk för undernäring 44 %, Risk för tryckskada 23 %, Risk för fall 43%, Risk för UVI 28%, Risk för pneumoni 48%

**Åtgärd:** Fortsatt utveckling av riskbedömning och gröna korset. Anpassning till andra område än nuvarande, tex barnsjukvård och öppenvård.

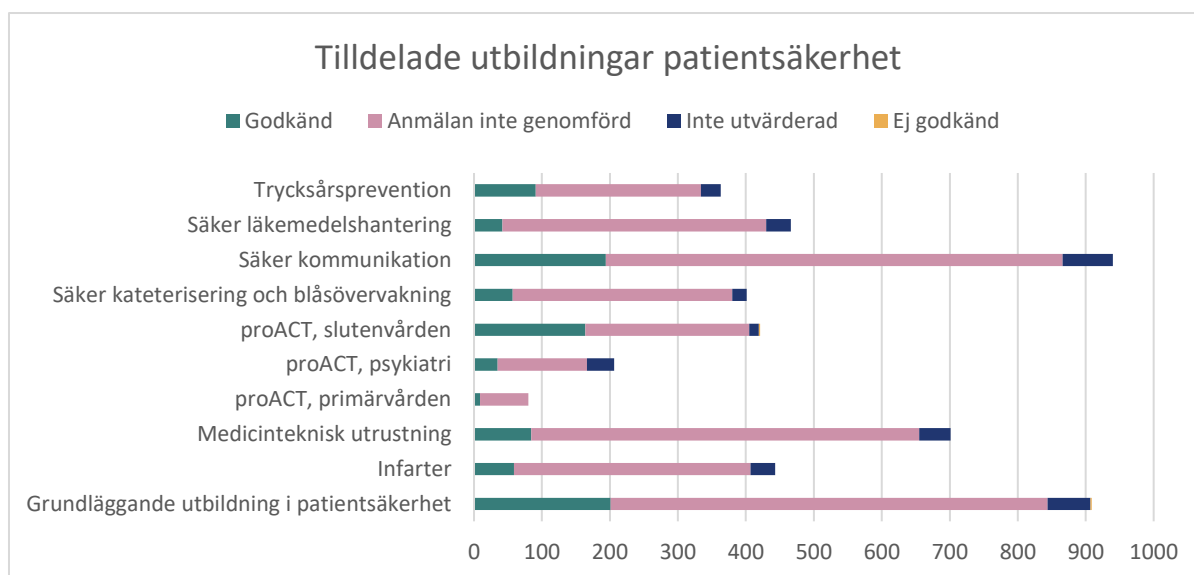
Framtida utveckling av digitalt stöd eventuellt via Synergi.

**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. Det kommer även vara möjligt att ta fram resultat för varje enskild enhet

### **Utbildning i patientsäkerhet**

**Mål:** Samtliga nyanställda inom vården ska ta del av tilldelade utbildningar inom patientsäkerhet

**Resultat:**



**Analys av resultat:** Många fysiska utbildningar har ställts in pga. pandemin, men ett flertal har ersatts av digitala alternativ i kompetensportalen och den utvecklingen fortsätter. Digitala alternativ förbättrar tillgängligheten och medarbetare kan själva anpassa och planera sin utbildning

Vi ser dock att patientsäkerhetsutbildningarna trots den ökade tillgängligheten överlag har en för låg täckningsgrad, där den mest oroväckande delen är att endast ca 30% av tilldelade nyanställda personal har genomfört den grundläggande utbildningen i patientsäkerhet. Den grundläggande utbildningen är helt digital och bör göras i samband med anställningen.

Till viss del kan det vara en pandemieffekt där personalsituationen varit ansträngd, framförallt inom sjukhusvården och primärvård, men fortsatt analys av orsaker behöver göras. Det är viktigt att identifiera åtgärder för att höja deltagandantalet i beslutade utbildningar i patientsäkerhet.

**Åtgärd:** Fortsatt analys av orsaker till det låga deltagarantalet. Fortsatt arbete med utveckling och modifiering av digital utbildning.

Ta fram utbildningsplan för samtliga anställda inom hälso och sjukvården

**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. Det kommer även vara möjligt att ta fram resultat för varje enskild enhet

Status avseende utbildningar i patientsäkerhet ska vara en naturlig del av medarbetarsamtal, plan för genomförande ska finnas.

## Säkerhetskritiska processer - läkemedel

### *Utveckling av arbetssätt och systemstöd för ökad säkerhet läkemedelshantering*

**Mål:** Identifiera och implementera nya arbetssätt i avvikelshanteringssystemet Synergi för ökad säkerhet vid läkemedelshantering

**Resultat:** Projekt ökad säkerhet vid läkemedelshantering med uppstart 2021 fortsätter även under 2022.

**Analys av resultat:** Projekt för säkerställande av ökad säkerhet vid läkemedelshantering omfattande ett antal delprojektgrupper där även arbetssätt med och utvecklingsbehov av systemstödet Synergi ingår.

**Åtgärd:** Dialog utifrån upprättade handlingsplaner per delprojektgrupp fortlöper även under 2022. Förslag att implementera modul för inspektion av läkemedelshantering i nuvarande systemstöd möjliggör och säkerställer genomförande och uppföljning av egenkontroll samt internkontroll på en förenklad nivå.

**Uppföljning av åtgärd:** Under 2022 planeras fortsättning av påbörjat projekt samt dialog om åtgärder och utvecklingsbehov utifrån delprojektgruppernas handlingsplaner

### *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:** Utvärdering av utbildningsinsats ej klar.

**Åtgärd:** Under hösten har det varit svårare att behålla den tvärprofessionella dialogen då inga läkare deltagit. Målet är att utbildningen blir obligatorisk – inte bara för nyanställda.

"Effektivisera" för att nå ut till fler (förberedande del via e-learning, fler instruktörer)

Anpassa konceptet till andra verksamheter än slutenvård. I nuläget är det endast neonatalavdelningen som har ett liknande upplägg. Framöver kommer gruppen titta vidare på hur man skulle kunna möta primärvården och andra verksamheter.

Ta fram verktyg för att utvärdera utbildningsinsats

**Uppföljning av åtgärd:** Resultat på aggregerad nivå kommer kvartalsvis följas upp av en central analysgrupp som sedan återkopplar till hälso och sjukvårdens ledningsgrupp. Det kommer även vara även möjligt att ta fram resultat för varje enskild enhet

Status avseende utbildningar i patientsäkerhet ska vara en naturlig del av medarbetarsamtal, plan för genomförande ska finnas.

### *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. Inom patientsäkerhetsarbetet har arbetsgruppen mall för lokal rutin är framtagen, dokument kring olika aktörers roll har påbörjats, medicinsk riktlinje angående

förskrivning av beroendeframkallande läkemedel påbörjad tillsammans med medicinsk grupp psykiatri. Informationsmöten på vårdcentraler har påbörjats.

**Mål:** Minska förskrivningen av beroendeframkallande preparat

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

**Analys av resultat:** Utvärdering av arbete ej klart.

**Åtgärd:** Översyn av läkemedelsmallar i Cambio Cosmic, utdelning av "smärtpåsar" efter operation, färdigställande och spridning av medicinsk riktlinje angående beroendeframkallande läkemedel, fortsatta informationsmöten på vårdcentraler, uppstart av nätverk för resurspersoner för att stödja patienter under uttrappning av beroendeframkallande läkemedel, inventera utbildningsbehov samt hitta lämpliga sätt för enheter att följa upp sin förskrivning.

**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.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Under 2022 är inledande implementering av vår [regionala handlingsplan](#) högt prioriterad.

Grunden i detta arbete är att utveckla det systematiska patientsäkerhetsarbetet utifrån ett tydligare helhetsperspektiv som involverar alla typer av vårdskador utifrån patientsäkerhetslagen. Det regionövergripande arbetet behöver samverka med det arbete som utförs på verksamhetsområdes och klinisknivå varför den övergripande handlingsplanen behöver brytas ner i aktiviteter på lokal nivå.

Några av de aktiviteter som lyfts fram för 2022 är:

- Genomföra patientsäkerhetsronder i alla verksamheter som ett sätt att lyfta fram och följa upp verksamhetens lokala patientsäkerhetsarbete
- Sprida en gemensam modell för riskbedömning till alla verksamheter där det är relevant, den så kallade Gröna korset-modellen
- Öka patientens medverkan i patientsäkerhetsarbetet
- Säkerställa obligatoriska utbildningsinsatser för all nyanställd personal inom det första anställningsåret och uppföljande utbildningar för befintlig personal

Vi kommer i grunden att behålla våra prioriterade områden och fortsätta med flertalet av de aktiviteter som beskrivits ovan i dokumentet.

- Förbättrad diagnostisk säkerhet
- Kommunikation/Dokumentation
- Läkemedel
- Patientsäkerhetskultur
- Vårdrelaterade infektioner
- Vårdskadeprevention typ trycksår
- Struktur och kultur för att sprida lärdomar inom organisationen

En aktivitet som får ytterligare fokus under 2022 och framåt är redovisning och analys av olika indikatorer som används som mått på ökad säkerhet. Flertalet av dessa indikatorer är beskrivna i detta dokument i form av kvartalsvis presenterade mätvärden.



