

# Patientsäkerhetsberättelse 2019 Region Jämtland Härjedalen

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>Sammanfattning</b> .....	3
<b>Inledning</b> .....	5
<b>STRUKTUR</b> .....	5
<b>Övergripande mål och strategier</b> .....	5
<b>Organisation och ansvar</b> .....	6
<b>Samverkan för att förebygga vårdskador</b> .....	7
<b>Patienters och närståendes delaktighet</b> .....	8
<b>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet</b> .....	9
<b>Klagomål och synpunkter</b> .....	9
<b>Egenkontroll</b> .....	10
<b>PROCESS - åtgärder för att öka patientsäkerheten</b> .....	11
<b>Risikanalys</b> .....	12
<b>Utredning av händelser - vårdskador</b> .....	13
<b>Informationssäkerhet</b> .....	13
<b>RESULTAT OCH ANALYS</b> .....	14
<b>Egenkontroll</b> .....	14
<b>Avvikelser</b> .....	17
<b>Klagomål och synpunkter</b> .....	17
<b>Händelser och vårdskador</b> .....	18
<b>Risikanalys</b> .....	19
<b>Mål och strategier för kommande år</b> .....	20

# Patientsäkerhetsberättelse 2019 Region Jämtland Härjedalen

## Sammanfattning

Patientsäkerhet är ett viktigt utvecklingsområde för Region Jämtland Härjedalen. Regionens vision är att ingen patient ska drabbas av en undvikbar skada (vårdskada). Regionens övergripande handlingsplanen för patientsäkerhet 2018–2020 har fortsatt att gälla under 2019. Regionen har varit remissinstans till Socialstyrelsen vid framtagande av en nationell handlingsplan för patientsäkerhet som kommer att börja gälla från 2020-02-01.

Viktiga åtgärder som vidtagits är:

- Gröna korset - inriktningsbeslut har tagits att alla vårdenheter ska tillämpa metoden
- Patientsäkerhetskulturmätning genomförs i ny form två gånger per år
- Samverkansråd vårdprevention ombildas till samverkansråd omvårdnadsråd med ett utökat uppdrag
- Nätverk för ledningssjuksköterskor ger stöd för fortsatt utbildning och utveckling av funktionen
- Ökad tillgänglighet – positiv effekt av pågående kapacitets- och produktionsplanering
- Digitalisering av kontaktytan mot patienten fortsätter att utökas (Vårdguidens e-tjänster)
- Säkrare läkemedelshantering genom införande av utdelningsvy för läkemedel i patientjournal (Cosmic)
- Säkrare hantering av svar vid vävnadsprov (PAD-svar) genom systemintegrering mellan laboratorium ansvarig för analys (Region Västerbotten) och patientjournalssystemet (Cosmic)
- Kunskapsstyrningsorganisationen implementeras inom regionen tillsammans med nya samverkansformer genom LPO/Zamsynsgrupper

Målen i den övergripande handlingsplanen för patientsäkerhet för 2019 har uppnåtts. Andelen vårdskador har minskat och att patientsäkerhetskulturen har stärkts.

Andelen vårdskador har minskat enligt mätmetoden markörbaserad journalgranskning och är nu under målet 5%. Andelen vårdrelaterade infektioner som är den vanligast förekommande vårdskadan är 7 % (punktprevalensmätning). Resultatet ligger på samma nivå som 2018 och når inte regionens målvärde <5%. Andelen trycksår har minskat. Förekomsten av allvariga vårdskador bedöms följa utvecklingen i riket. Antalet anmälningar från regionen av allvariga vårdskador till IVO (lex Maria) har

minskat marginellt. Oplanerade återinskrivningar ligger på oförändrad nivå och något högre än riket.

Riskområden som identifierats under året:

- Brister i rutiner och i följsamhet till lagar och föreskrifter vad gäller läkemedelsordination i Cosmic och vid dosdispensering.
- Utbildningsbehov avseende SVF (standardiserade vårdförlopp vid cancer)
- Behov av förbättrad systematik vid uppföljning av beslutsstöd inom regionen och i samverkan med andra vårdgivare
- Behov av förbättrad omvårdnad och vårdprevention
- Rutiner är svåra att hitta i Centuri
- Bristande följsamhet till journaldokumentationsrutiner
- Bristande användarvänlighet i befintliga IT-system
- Tillåtande kultur att göra avsteg från regionövergripande rutiner och fattade beslut
- Diagnostiska fel

Det systematiska patientsäkerhetsarbetet inom regionen kommer att stärkas med stöd av den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet som ska omsättas i en lokal handlingsplan. Detta tillsammans med en ny struktur för arbetet med patientsäkerhet inom ramen för Kunskapsstyrning med en nationell, sjukvårdsregionala och lokala samverkansgrupper kommer att vara ett viktigt stöd för patientsäkerhetsarbetet framåt inom regionen.

Under kommande år är inriktningen att regionen får ett välfungerande avvikelserapporteringssystem och ett effektivt och ändamålsenligt sätt att hantera synpunkter och klagomål från patienter och närstående.

Implementering av handlingsplan för personcentrerad vård kommer att bidra till ökad patientsäkerhet.

Riskminimerande åtgärder ska vidtas inom identifierade områden. Arbetet kommer att fortsätta med att minska och förebygga de vanligast förekommande vårdskadorna och vårdverksamheterna tillsammans med vårdhygien kommer att fortsatt arbeta aktivt för en förbättrad följsamhet till vårdhygieniska rutiner.

# Inledning

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

Regionen har hösten 2018 antagit en ny patientsäkerhetsstrategi gällande för perioden 2019–2021.

Regionens vision har omformulerats till att ingen patient ska drabbas av en undvikbar skada (vårdskada). De strategiska målen är att:

- hälso- och sjukvården ska genomsyras av en stark säkerhetskultur
- frekventa och allvarliga vårdskador ska identifieras och förebyggas
- patientsäkerhetsarbetet ska utgå från evidensbaserade metoder
- patienten ska vara delaktig i sin egen vård och behandling och i patientsäkerhetsarbetet

Det strategiska patientsäkerhetsarbetet ska inriktas på att:

- hitta, identifiera, analysera och åtgärda systemfel samt identifiera omfattningen och typ av förekommande vårdskador; även genusperspektiv ska beaktas,
- identifiera risker för vårdskador, sätta in åtgärder, ta lärdom av händelser och arbeta förebyggande för att förhindra att skador inträffar,
- aktivt medverka för att involvera patienter och närstående i det systematiska patientsäkerhetsarbetet,
- medverka i nationellt arbete för att minska antalet vårdskador.

Den övergripande handlingsplanen för patientsäkerhet 2018–2020 har fortsatt att gälla under 2019 i avvaktan på Socialstyrelsens framtagande av en nationell handlingsplan för patientsäkerhet. Åtgärder som ska genomföras 2019 inom ramen för handlingsplanen är att minska förekomst av vårdrelaterade infektioner och trycksår. Patienter/närstående ska göras delaktiga i vård och behandling i större utsträckning. Åtgärder ska genomföras för en ökad uppmärksamhet kring försämring hos inneliggande patienter och för att förbättra strukturerad kommunikation och teamarbete. För att stärka patientsäkerhetskulturen ska patientsäkerhetsronder genomföras och ett systematiskt arbete kring att tillvarata och hantera synpunkter och klagomål ska införas.

Regionplanen 2019 har som strategi för god vård fyra områden:

- God och Nära vård i hela Jämtland Härjedalen
- Hög tillgänglighet
- Modern sjukvård
- Trygg vård för våra äldre

I planen beskrivs att en nära sjukvård innebär att vården ska utgå från den enskilda individen och att människor ska ha inflytande över sin vård. God vård ska innebära att leva upp till Socialstyrelsens krav på säker, kunskapsbaserad, effektiv och jämlik vård i rimlig tid. Patientsäkerhet anges som ett område som är viktigt ur kvalitets- och medborgarperspektiv.

I planen förtydligas att det handlar till exempel om att vården ska ske hygieniskt, inte orsaka skador, läkemedelshantering, ge patienter begriplig information.

Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan för 2019 har som resultatmål att ingen patient ska drabbas av en vårdskada med målvärde att bibehålla nivån 5%. Regiondirektörens direktiv för verksamhetsplaner 2019 anger att Region Jämtland Härjedalen har två fokusområden; att utföra hälso- och sjukvård av hög kvalitet och leda det regionala utvecklingsarbetet samt att alltid förbättra vårt arbete med prioriterade inriktningar 2019:

- Tillgänglighet
- Effektivitet = kvalitet och produktivitet
- Attraktiv arbetsgivare
- Mer inflyttning

Hälso- och sjukvårdens verksamhetsplan 2019 anger att andel vårdskador ska minska och ska inte överstiga 5 % och att andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar ska minska.

## Organisation och ansvar

Hos vårdgivaren Region Jämtland Härjedalen är det under regionstyrelsen på tjänstemannanivå **Regiondirektören** som har det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet. Det innebär att vara ansvarig för utformningen av organisationen så att en hög patientsäkerhet upprätthålls och att det finns ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

**Förvaltningschefen** för hälso-och sjukvård ansvarar för övergripande patientsäkerhetsarbete inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen avseende hur arbetet organiseras, genomförs, följs upp och dokumenteras.

**Områdeschef** tillika **verksamhetschef** har det samlade administrativa och medicinska/odontologiska ledningsansvaret. Det kan inte överlåtas till en annan befattningshavare undantaget enskilda medicinska/odontologiska ledningsuppgifter. Verksamhetschefen ansvarar för att hög patientsäkerhet tillgodoses inom området genom att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete som innefattar riskanalys, egenkontroll, utredning av rapporter, klagomål och synpunkter, förbättrande åtgärder och förbättring av processer och rutiner.

Regionövergripande finns inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen **Område Patientsäkerhet** som har i uppdrag att utgöra ett stöd för ledning och verksamheterna i patientsäkerhetsfrågor, verka för en hög säkerhetskultur med en nollvision för vårdskador, på övergripande nivå följa upp vårdgivarens ansvar för patientsäkerhet samt att inom patientsäkerhetsområdet upprätta övergripande regler, riktlinjer och rutiner. Kompetensmässigt finns inom enheten chefläkare, patientsäkerhetssamordnare, patientsäkerhetsstrateg, smittskyddsläkare och sjuksköterska, vårdhygienisk specialistkompetens med läkare och sjuksköterskor.

Inom ramen för Kunskapsstyrning har en sjukvårdsregional samverkansgrupp för patientsäkerhet startat sitt arbete under året och utformning av lokal samverkansgrupp är under pågående diskussion.

Inom respektive verksamhetsområde finns olika grupperingar som stöd till det lokala patientsäkerhetsarbetet. En vanlig gruppering är **patientsäkerhetsforum** där vanligtvis verksamhetschef, enhetschef, läkare med medicinskt ledningsuppdrag, sjuksköterska och verksamhetsutvecklare ingår, en annan är **patientsäkerhetsråd**. På områdesnivå har det införts temaveckor med olika innehåll utifrån aktuella patientsäkerhetsbrister huvudsakligen kopplat till frekventa vårdskador.

Under året har **kliniskt träningscenter** utökat sin verksamhet och sitt utbildningsutbud, särskilt riktat mot hjärtlungräddning.

**Patientnämnden** är en politiskt sammansatt och fristående nämnd inom regionen. Från 2018 förtydligades patientnämndens uppgift, till följd av ny lagstiftning, till att på ett lämpligt sätt hjälpa patienter och närstående att föra fram klagomål och synpunkter till vårdgivare, samt att få klagomål och frågor besvarade. Patientnämnden ska även tillhandahålla eller hjälpa patienter att få den information de eller deras närstående behöver för att kunna tillvarata sina intressen i hälso- och sjukvården samt att hjälpa dem att vända sig till rätt myndighet, främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal, rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter samt informera allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonal och andra om sin verksamhet.

### **Samverkan för att förebygga vårdskador**

Samverkan och samarbete är av central betydelse i patientsäkerhetsarbetet. Det är viktigt att alla områden/enheter och övriga vårdgivare har rutiner som klargör ansvarsfördelning och samarbete vid planering av vården för enskilda patienter liksom för samverkan i vårdprocesserna inom och mellan olika enheter, nivåer och vårdgivare. Samverkan sker också mellan regionen och länets kommuner när det gäller bl.a. skola, socialtjänst, omsorg och elevhälsa.

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård (2017:612) började gälla från 2018-01-01. Syftet med lagen är att patienter som inte längre har behov av den slutna vårdens resurser så snart som möjligt ska kunna lämna vården på ett tryggt sätt. Slutenvården, primärvården och länets kommuner kommunicerar med varandra kring dessa patienter via IT-systemet "Cosmic Link".

COSMIC Link stöder processer och rutiner vad gäller samordning mellan aktörer som tillhandahåller hälso- och sjukvård och socialtjänst för att säkerställa en obruten vårdkedja. Information och kommunikation sker runt patientens planering och samordning. Inblandade aktörer samarbetar och utbyter meddelanden samt upprättar olika planer baserat på patientens behov. En plan kan bestå av flera anteckningar skrivna av flera olika användare.

COSMIC Link har stöd för tre olika typer av planer: samordnad individuell plan (SIP), utskrivningsplan samt plan enligt LPT/LRV dokumenteras när samordning behövs inför utskrivning av patient till öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård.

Arbetet med standardiserade vårdförlopp inom cancervården har inneburit en fortsatt ökad samverkan mellan olika vårdenheter och vårdgivare. Kunskapsstyrning med arbete inom LPO/Zamsynsgrupper har påbörjats.

Regionen samverkar också med regioner som gränsar till Region Jämtland Härjedalen. Samarbete finns även över landsgränsen mot Norge inom vissa delar av vården.

Inom regionen finns ett pensionärsråd och ett tillgänglighetsråd som i vissa frågor medverkar i patientsäkerhetsarbete. Inom primärvården finns ett samiskt brukarråd.

Region Jämtland Härjedalen har under 2019 fortsatt arbetet kring utökad personcentrerad vård och en handlingsplan har tagits fram. I detta arbete ingår även utveckling av patientkontrakt.

## **Patienters och närståendes delaktighet**

Den traditionella synen på patienten som passiv mottagare av hälso- och sjukvård har börjat ersättas med en syn där patienten är en resurs i sin egen vård och vården i stort. Som en konsekvens av detta ska patienten också involveras i arbetet för att minska risken för vårdskador. I patientsäkerhetslagen (2010:659) ställs krav på att vårdgivare ska ge patienterna och deras anhöriga möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. I alla utredningar inför ställningstagande till om allvarlig vårdskada inträffat inbjuds alltid patient/närstående att delta.



## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

Hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada i regionens avvikelssystem, Centuri. Närmaste chef är ansvarig för handläggning, sammanställning och analys på enhetsnivå. Då avvikelssystemet alltjämt inte har haft någon fungerande statistikfunktion under 2019 har inte aggregerade sammanställningar och analyser på regionnivå kunnat genomföras.

Ett kompletterande, mer praktiskt sätt att ta upp händelser är att jobba med Gröna korset, vilket införts inom allt fler enheter. Gröna korset är en visuell metod för att minimera vårdskador och förbättra patientsäkerhetskulturen. Regiondirektören har hösten 2019 tagit inriktningsbeslut att alla enheter ska använda metoden. Målet med Gröna Korset är att göra vården säkrare för patienterna, skapa ökat patientsäkerhetsmedvetande hos medarbetarna, systematiskt dagligen bedriva patientsäkerhetsarbete, dagligen göra förbättringsarbete och att göra patient/närstående/vårdnadshavare delaktiga i kvalitetsarbetet.

## **Klagomål och synpunkter**

Patienter med klagomål och synpunkter hänvisas i första hand direkt till verksamheten. Ett fåtal klagomål kommer till regionen via regionens officiella brevlåda/mejl. Under 2019 har inriktningen varit att ge patienter och närstående en möjlighet att lämna klagomål via vårdguidens e-tjänster men detta arbete har försenats och beräknas starta under 2020. Klagomål och synpunkter som kommer direkt till verksamheten eller via Patientnämnden sammanställs och analyseras på enhets- och områdesnivå. Det sker för närvarande på olika sätt inom regionen. Avvikelsesystemets bristande funktionalitet möjliggör för närvarande inte en aggregerad sammanställning, kategorisering och analys på regionnivå.

Klagomål via Inspektionen för vård och omsorg i form av händelser som vårdgivaren inte fått möjlighet att besvara hanteras som övriga klagomål och synpunkter.

Enskildas klagomål enligt patientsäkerhetslagen från IVO handläggs av berörd verksamhetschef samt sammanställs och analyseras på regionnivå.

## Egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Patientsäkerhetskulturmätning	Två gånger per år	Görs i samband med medarbetar-enkäten (defgo)
Markörbaserad journalgranskning	12 gånger per år	Journaldokumentation Cosmic, resultat läggs in i Signe databas
Patientsäkerhetsdialoger	En gång per år	Sammanfattning patientsäkerhetsberättelse
Utredning av händelser inför bedömning av risk för eller inträffad allvarlig vårdskada	En gång per år	Sammanfattning i särskild rapport och patientsäkerhetsberättelse
Trycksår	1 gång per år	PPM-databasen
Vårdrelaterade infektioner	11 gånger per år 12 gånger per år	PPM-databasen Markörbaserad journalgranskning
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	PPM-databasen
Hygienronder	Enligt rullande schema, var 3:e år per vårdenhhet	Protokoll
Specifika journalgranskningar	Varje månad	Cosmic journalsystem, T4
Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar	12 gånger per år	Diveport
Patientens klagomål och synpunkter	1 gång per år	Diarium, patientnämnden, IVO
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	1 gång per år	Protokoll

## PROCESS - åtgärder för att öka patientsäkerheten

En ny **patientsäkerhetsstrategi** för 2019–2021 har tagits fram.

**Gröna korset** som en metod för att minimera vårdskador och stärka patientsäkerhetskulturen har spritts inom hela regionen.

**Säkerhetskulturtrappan** har introducerats som arbetsmetod i samband med patientsäkerhetsdialogerna.

Arbetet med att utveckla **avvikelserapportering** och hantering samt dokumenthantering i Centuri har med kraftig fördröjning fortsatt under året. Arbetet med att få till stånd ett mer ändamålsenligt **system för att ta emot synpunkter och klagomål** har fortsatt under året och planen att erbjuda patienter och närstående möjligheter att lämna klagomål via Vårdguidens e-tjänster under 2019 har försenats och kommer ske under 2020.

Arbetet i **samverkansråd för omvårdnad** har under året fortsatt att förbättra och stärka det vårdpreventiva arbetet. Omvårdnadsrådet har också under året kommit ut med tre nyhetsbrev med nyheter och påminnelser gällande omvårdnadsarbetet.

Funktionen med ledningssjuksköterska på vårdavdelning har under året utvidgats och återfinns nu på nästan samtliga avdelningar. Några mottagningar har även infört funktionen. Detta har troligtvis lett till en minskning av skador/vårdskador och ett mer attraktivt arbetsklimat, kanske speciellt för nya medarbetare.

Under 2019 har en systematisk uppföljning av alla handlingsplaner vid utredning av allvarlig vårdskada gjorts efter 6–12 månader och där det visar sig att ca 85% av åtgärderna är genomförda. Det är ett bättre resultat än vad IVO redovisat vid uppföljning på nationell nivå.

För att förbättra spridning av kunskap och möjliggöra lärande har **”Lär av lex Maria”** fortsatt. Vissa utvalda fallbeskrivningar beskrivs på Insidan; vad utredningen kommit fram till samt frågor som underlag för vidare reflektion/diskussion. Därtill samlas som tidigare information om alla anmälda händelser på Regionens hemsida. För att få en spridning och lärande inom organisationen tas utredningsresultat och förbättringsåtgärder upp på ledningsmöten och arbetsplatsträffar. Regionen publicerar de flesta händelseanalyser som görs i NITHA kunskapsbank som är tillgänglig för alla via webben.

Arbete för att minska återinskrivningar fortsätter bland annat med arbete för ökad vård i hemmet (**Nära vård**) där mobila närvårdsteam (MINT), specialist psykiatriskt omvårdnadsteam (SPOT) och självmonitorering vid kroniska

sjukdomar ingår. Stort fokus har under året legat på samverkan med kommunerna utifrån lagen om samverkan vid utskrivning. Fortsatt uppmärksamhet på försämring hos ineliggande patienter följs genom NEWS, PEWS och MEOWS. Nutritionsproblematik för ineliggande patienter har under året varit ett fokusområde där bland annat ett nutritionskort samt ett utbildningspaket tagits fram.

Införandet av patientsäkerhetsråd inom flera verksamhetsområden ses som en framgångsfaktor för att stärka patientsäkerhetsarbetet.

Fortsatt digitalisering tillsammans med ändrade arbetssätt förbättrar patientsäkerheten. Tillgång till vårdguidens E-tjänster, ökad tillgänglighet genom videokonsultation för patienter förbättrar såväl tillgänglighet som delaktighet.

Det viktigaste digitala verktyget inom Regionen är journalsystemet **Cosmic**. Förvaltningen arbetar med ständiga förbättringar både lokalt och i nationell samverkan för att utveckla Cosmic till att bli mer lättjobbat, mer intuitivt och anpassat till användaren med målet att skapa mer effektiva arbetssätt, bättre arbetsmiljö och mer patientsäkert.

Regionen arbetar tillsammans med länets kommuner gällande "Trygg och säker hemma". Syftet med arbetet är att i ett tidigt skede identifiera äldre med behov av insatser, bedöma behoven enligt standard, planera, sätta in åtgärder samt att kontinuerligt följa upp; den enskilda individen och gruppen äldre i området. Målet är att de äldre i det gemensamma geografiska området ska känna sig trygga med den vård och omsorg som ges.

Vårdhygien har fått ett utökat uppdrag gentemot länets kommuner under året.

## Risکاناليس

När det gäller större riskanalyser används SKL-metoden men för andra riskområden används även andra verktyg. Med användandet av "Gröna korset" och daglig styrning hittas riskområden som sedan utreds vidare.

Regionen har under året genomfört en rad riskanalyser både på övergripande nivå men också på områdes/enhetsnivå. De regionövergripande riskanalyser som gjorts har bland annat gällt ny organisation för hjärt-lungräddning (HLR), informationssäkerhet (gemensamma generella risker för regionen), behörighetshantering samt skydd av uppgifter i avvikelserärenden.

Förutom de övergripande riskanalyserna har även riskanalyser genomförts inom olika verksamhetsområden, ex. inför ombyggnationer, personalneddragningar, röntgenverksamhet i primärvården, förändring av struktur gällande röntgenrond, införande av NOVA board och tablet.

## Utredning av händelser - vårdskador

En modell för utredning av händelser med skada på patient, enkel vårdskadeutredning, ska enligt rutin tillämpas vid alla vårdskador. Utredningar med händelseanalyser har genomförts enligt etablerat förfarande, den samlade analysen redovisas under rubriken Resultat och analys nedan. Patientsäkerhet har utbildats i FRAM-metodik för att implementera metoden vid utredning av händelser.

## Informationssäkerhet

I Region Jämtland Härjedalen sammanställs och redovisas också informationssäkerhetsarbetet i en separat informationssäkerhetsberättelse som fastställs av Regionstyrelsen.

### Uppföljningar av informationssäkerheten av större betydelse:

- Genomförda internrevisioner med revisionspunkter för informationssäkerhet vid två årliga revisionsomgångar hos utvalda verksamheter enligt löpande treårig revisionsplan. Följande revisionsfrågor ingick i revisionen:
  - Kontroll av att e-utbildning i informationssäkerhet (där dataskydd ingår som en del) genomförts i reviderade verksamheter
  - Kontroll av chefers kännedom om sitt ansvar för behörighetshandling (i IT-systemen) för sina medarbetare
  - Kontroll av kännedom om regiongemensam regel för behörighetshandling

### Genomförda riskanalyser:

- Riskanalys avvikelshantering – skydd av uppgifter i avvikelseärenden
- Övergripande riskanalys informationssäkerhet (gemensamma generella risker för regionen)
- Riskanalys ögonremisser
- Riskanalys övergripande behörighetshandling
- Riskanalys konfigurationsdatabas IT-infrastruktur

### Åtgärder för förbättring av informationssäkerheten:

- Införande av verktygsstöd för informationsklassning, riskanalyser samt förvaltningsstyrning.
- Förstudie framtagen för förbättrad behörighetshandling.
- Kartläggning av beroenden till kritisk information i vårdverksamheterna och etablering av avbrottsrutiner för denna information.
- Införande av nytt verktyg för granskning av loggar från vårdinformationssystem.

- Tydliggörande av anskaffningsprocess för nya IT-tjänster.
- Etablering av ny modell för förvaltningsstyrning av förvaltningsobjekt/IT-tjänster.
- Utvärdering av riskverktyg som stöd vid riskhantering.
- Revidering av e-utbildning i informationssäkerhet för samtliga medarbetare.
- Etablering av hanteringsregler kopplade till nivåer inom informationsklassning.
- Etablering av skyddsfunktioner för skydd/ kryptering av dokument och e-post.

### **Utvärdering av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem:**

Skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk:

- Löpande loggkontroller genomförs via regionens nya loggverktyg i syfte att förebygga och upptäcka olovlig åtkomst till patientuppgifter.
- Anmälan om obehörig åtkomst till patientuppgifter (dataintrång) har gjorts i tre fall under året.

Skydd mot åtkomst till informationssystem:

- Riktat mot att hindra att personliga lösenord och hjälpmedel för autentisering inte kan bli tillgängliga för annan. Medarbetarutbildning (e-utbildning) i informationssäkerhet har reviderats och tydliggjorts under 2019. I utbildningen tas upp säker hantering av SITHS-kort och inloggningsuppgifter för att undvika obehörig åtkomst.
- Riktat mot att vårdgivaren ska kunna säkerställa att uppdragstagare eller andra som arbetar för eller har slutit avtal med vårdgivaren förbinder sig att skydda uppgifter om patienter mot obehörig åtkomst enligt vad som anges i 1 §. Krav på sekretessavtal finns sedan tidigare infört för externa uppdragstagare

## **RESULTAT OCH ANALYS**

### **Egenkontroll**

Den övergripande handlingsplanens mål att andelen vårdskador ska minska och målet att stärka patientsäkerhetskulturen har uppfyllts.

### **Markörbaserad journalgranskning**

Regionen har under året legat under målet för "andel vårdskador inte ska överstiga 5%". Av de 420 granskade vårdtillfällen återfanns 381st. (91 %) patienter utan några skador. Hos 39 patienter (9 %) med skador återfanns 46

st. skador vilket beror på att några patienter hade > 1 skada vardera. 22 st. av skadorna klassades som undvikbara dvs en vårdskada.

Andelen blåsöverfyllnad och vårdrelaterade infektioner utgör nästan hälften av de skador som påträffades och nästan samtliga klassades som undvikbara. Läkemedelsrelaterade skador samt trycksår ligger också på en relativt hög nivå, 13 % respektive 11 %.

Man ska dock komma ihåg att antalet skador/vårdskador är lågt vilket kan ge stora utslag på andelen skador/vårdskador.

Vårdskadeområdena trycksår och vårdrelaterade infektioner följs också med punktprevalensmätningar men de olika mätningarna går inte att jämföra. Detta bland annat på grund av att andelen trycksår och vårdrelaterade infektioner i markörbaserad journalgranskning ställs i förhållande till alla andra påträffade skador.

Att arbeta för att eliminera eller minimera risken för skador görs inom alla verksamheter och områden. Att använda Gröna Korset metodiken har bidragit till att vårdskador och risk för vårdskador snabbt kan identifieras och åtgärdas. Rollen som ledningssjuksköterska har införts på de flesta avdelningarna inom somatisk vård och har också bidragit till att andelen vårdskador ligger på en låg nivå. Inom några områden har man också haft olika temaveckor där fokus varit på tex. risk för blåsöverfyllnad.

Nationellt har en arbetsgrupp bildats (NAG) som bland annat tittar på hur journalgranskningen kan vidareutvecklas.

### **Patientsäkerhetskulturmätning**

Under 2019 införde Region Jämtland Härjedalen en gemensam medarbetarenkät där både arbetsmiljö och patientsäkerhet ingår som genomförs två gånger per år. Här används det material som Sveriges Kommuner och Landstings tagit fram i form av 11 frågor kring hållbart säkerhetsengagemang (HSE). Svarsfrekvensen ökade jämfört med den tidigare enkäten. Resultatet visar också ett bättre resultat än tidigare mätningar. De områden som behöver förbättras är att involvera patienter och närstående i patientsäkerhetsarbetet samt samverka med andra enheter. I enkäten finns en utfallsfråga gällande om man skulle känna sig trygg om en närstående vårdades på sin arbetsplats, vilket 77 % av medarbetarna gör.

### **Patientsäkerhetsdialoger**

Patientsäkerhetsdialoger har fullföljts under 2019 på områdesnivå efter utförd patientsäkerhetskulturmätning hösten 2018 med fokus på resultat från mätningen och introduktion av "Säkerhetstrappan" som arbetsmetod för att arbeta med kulturfrågor. Att införa patientsäkerhetsronder på områdesnivå enligt den övergripande handlingsplanen har inte verkställts under 2019.

### **Vårdrelaterade infektioner**

I den markörbaserade journalgranskningen påträffades 11 fall av vårdrelaterade infektioner (24 % av alla skador) vilket är på samma nivå som 2018 men högre än 2017.

Punktprevalensmätning vid 11 tillfällen under året visar att andelen patienter inom sluten somatisk vård med VRI var i snitt 7,6%, en marginell ökning jämfört med föregående år och når inte regionens målvärde <5%.

Jämfört med 2018 har i mätningen VRI-förekomsten minskat vad gäller cystit, hud- och mjukdelsinfektioner och led- och skelettinfektioner men förekomsten av sepsis (blodförgiftning) ökat från 7 till 12 drabbade patienter. Orsaken till detta är inte fullständigt klarlagd. Sepsis kommer att vara ett fokusområde under 2020.

Bidragande orsak till VRI-förekomst kan vara att patienter byter rum ofta inom egen enheten eller till ny avdelning under vårdtiden.

Följsamhet till basala hygienrutiner, personalklädsel och ventilation har varit i fokus vid utbildningstillfällen för personal och diskussioner med lokal ledning.

Ortopedavdelningen har under 2019 påbörjat en systematisk registrering och journalgranskning av samtliga fall med misstänkt postoperativ infektion. 2018 upptäcktes 12 postoperativa infektioner efter elektiva primära protesoperationer, 2019 ses i registreringen 5 fall.

Inga direkta klinikövergripande åtgärder har genomförts, dock har enskilda operatörer sett över sin metodik framför allt preoperativt.

### **Basala hygienrutiner och klädregler**

Den nationella mätningen av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (PPM BHK) genomfördes i mars 2019 med endast marginell ökning av den låga svarsfrekvens 2018. Ett flertal informationsgenomgångar av hur mätningarna ska utföras samt hur resultaten kan tolkas har skett och en ökning av deltagande inom primärvården där endast två hälsocentraler ingick 2018 mot sju 2019.

Korrekt följsamhet till samtliga klädregler inom sjukhuset har minskat från 94% till 90% (riket 93%). För deltagande hälsocentraler var följsamheten 87% (riket 93%). Korrekt följsamhet till samtliga hygienregler var för sjukhuset endast 68%, en minskning från 71% (riket 78%). Det låga deltagandet från Region Jämtland Härjedalen ökar osäkerheten i resultatet. På nationell nivå ökar deltagandet vid mätningar och följsamheten ökar. I riket är det steget som visar lägst följsamhet desinfektion av händer före patientnära arbete vilket ligger på 85,3 procent och det gäller även inom regionen med 80% vilket dock är en viss förbättring jämfört med 2018. För att förbättra följsamheten till BHK behöver frågan lyftas högre upp i organisationen för att belysas och resultat efterfrågas. Dessutom bör BHK-mätningar utföras oftare för att få ett pålitligare resultat.



### **Hygienronder**

Vårdhygieniska konsultronder har utförts vid nitton enheter inom Regionen samt tretton enheter inom kommunalvård. En genomgående observation är bristande kunskap inom förrådshantering, handhavande av diskdesinfektorer samt hantering av tvätt i gemensamma tvättstugor inom kommunen.

I kommunerna finns även ett ökat antal personal som saknar vårdutbildning.

### **Trycksår**

Punktprevalensmätning som genomförs en gång per år visar under året på en svag nedgång i förekomsten av alla trycksår (kategori 1–4) från 15,7% till 15%. De allvarligaste trycksåren (kategori 2–4) har minskat från 10,2% till 7% och är i nivå med genomsnittet i riket.

I den markörbaserade journalgranskningen som genomförs varje månad ses dock under året en svag ökning av andelen trycksår.

Punktprevalensmätningen (PPM) som metod är känslig för variation över tid och patienter med långa vårdtider är överrepresenterade i materialet. I PPM 2019 är det en lägre andel som fått trycksår under sjukhusvistelsen, flertalet hade trycksår redan vid ankomst till sjukhus. Riskbedömningarna och insatta åtgärder har ökat. Utbytet av madrasser fortsätter och som stöd för detta är en regionövergripande rutin framtagen. I årets mätning ställdes en ny fråga om trycksåret orsakats av medicinskteknisk utrustning. Resultatet för regionen var 18% i jämförelse med riket, 8%. I det fortsatta arbetet med att förebygga trycksår, är fokus att standardisera vilka åtgärder som ska sättas in, när och på vilka patienter och kommer att inkludera det identifierade riskområdet trycksår av medicinskteknisk utrustning.

### **Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar**

I "Vården i siffror" ligger utfallet 2019 på 19 % vilket ska jämföras med 20 % 2018. Arbetet för att minska återinskrivningar har intensifierats under 2019 inom klustret "Nära vård" med ex Mobila närvårdsteamet (MINT), Specialist psykiatriskt Omvårdnads Team (SPOT), självmonitorering vid kroniska sjukdomar och bättre tillgänglighet.

### **Avvikelser**

En regionövergripande analys av rapporterade avvikelser har inte kunnat genomföras på grund av brister i IT-systemet. I samarbete med systemleverantören pågår åtgärder i ett versionsuppdateringsprojekt. I den uppdateringen ingår möjliggörande av statistikuttag. Parallellt görs ett förändringsarbete gällande avvikelshanteringsprocessen, i syfte att underlätta för avvikelshanläggarna. Definitioner på vad avvikelse respektive felanmälan är tydliggörs samt vilka händelser som bör hanteras via Gröna korset.

### **Klagomål och synpunkter**

En regionövergripande analys av klagomål och synpunkter har inte kunnat genomföras pga. systembrister.

Klagomål till patientnämnden har ökat något. Under 2019 registrerades 474 ärenden. Kontakt med verksamheten, muntligt eller skriftligt har tagits i 43 % av ärendena. I 18% av ärendena begär patientnämnden skriftligt yttrande från vården.

Ungefär en tredjedel av ärendena berör synpunkter på vård och behandling, och ungefär en lika stor andel av synpunkterna handlar om kommunikation, följt av synpunkter gällande tillgänglighet.

Antalet enskilda klagomål enligt Patientsäkerhetslagen fortsätter att minska och var 17 jämfört med föregående år då de var 24.

Under 2019 ser vi en jämn fördelning av ärenden mellan olika medicinska specialiteter och att ärendena handlar om felaktig vård och behandling. I de ärendena från perioden 2017–2019 som regionen 2019 fått beslut riktas kritik mot vårdgivaren och enskild hälso-och sjukvårdspersonal i hälften av fallen. Kritiken avser i huvudsak bristande undersökning, diagnos, behandling och uppföljning samt samverkan.

### **Händelser och vårdskador**

En samlad, aggregerad analys av händelser och vårdskador som utretts med enkel vårdskadeutredning går inte att göra pga. avsaknad av möjligheter till statistikuttag ur avvikelssystemet.

Under 2019 inkom från hela regionen (sjukhus, primärvård, psykiatri och FTV) 261 skadeanmälningar till LÖF, vilket är i nivå med föregående år. Skadeår för anmälningarna är från 1987 tom 2019. För 2019 utgörs de av 63 ersatta, 67 ej ersatta och för 131 anmälningar finns inget slutligt beslut. Antalet anmälningar ökade i landet år 2018 med 4 %. Regionen följer den utvecklingen.

LÖF:s egen analys är att det bedrivs mer vård i Sverige med en växande befolkning och en allt högre levnadsålder, att operationer och medicinska ingrepp blir mer komplexa kan bidra samt att regionerna arbetar mer aktivt med patientsäkerhet vilket ökar kunskapen om försäkringen, både inom sjuk- och tandvård men också i samhället i stort.

Under 2019 anmäldes från Region Jämtland Härjedalen sammanlagt 15 händelser med inträffad eller risk för allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Antalet ärenden är i nivå med föregående år. Trendkurva visar en minskning av antalet anmälda ärenden över tid. Den enskilt viktigaste faktorn bakom minskningen är att det inte längre är tvingande att anmäla självmord.

Antalet ärenden med allvarlig vårdskada var 13 (varav tre med dödlig utgång) och antalet ärenden med risk för allvarlig vårdskada var två.

Chefläkare tog beslut om utredning inför eventuell anmälan i 27 ärenden under 2019 varav 12 anmäldes till IVO under året och 8 ärenden var under pågående

utredning vid årsskiftet 2019/2020. 7 utredningar, flertalet med händelseanalys, har inte bedömts som allvarlig vårdskada.

Regionen har en betydligt lägre kompletteringsfrekvens, 15%, för den senaste 5-årsperioden, än riket där IVO uppger att det begärs kompletteringar i 45 % av anmälningsfallen.

Primärvårdens andel av händelser med allvarlig vårdskada har ökat påtagligt 2019.

År 2019 anmäldes ett ärende avseende suicid med vårdkontakt inom fyra veckor som utreddes inom psykiatri. En liknande utveckling med kraftig nedgång av anmälda suicid ses i hela landet.

Av resterande ärenden som anmäls 2019 avser fyra ärenden fördröjd diagnos av elakartad tumörsjukdom. I gruppen fördröjd diagnostik och behandling finns bland annat ärenden som gäller akut förvirringstillstånd, höftfraktur, hjärtinfarkt, stroke, och hjärtsvikt. Händelser har anmäls avseende felaktig läkemedelsdosering och felaktig administration av läkemedel och aspiration i samband med sövning.

Exempel på förbättringsåtgärder som resultat av vårdskadeutredningarna under 2018/2019 är:

- Implementering av personcentrerad vård
- Säkerställa stärkt patientmedverkan
- Utbildning i Retts och ESS
- Teamträning på lättakut
- Egenkontroll av dokumentationsrutiner genom journalgranskning
- Utbildning för att stärka ett differentialdiagnostiskt tänkande
- Standardiserad introduktion SVF
- Uppföljning av SVF-remisser från primärvården i förhållande vanlig vårdbegäran
- Implementering av att gällande författning kring hantering av läkemedel ska följas
- Förbättrade rutiner för tolkning av EKG
- Klargöra riktlinjer för övervakning på akutmottagning
- Förbättrad kommunikation mellan specialiteter
- Klargöra begränsningar avseende olika diagnostiska undersökningar
- Rutiner för hantering av väntelistor
- Produktions- och kapacitetsplanering för ökad tillgänglighet

### **Riskanalys**

Regionen har under året ökat digitaliseringen vilket bland annat har inneburit att omvårdnadspersonal arbetar med tablets. Innan detta infördes gjordes en regionövergripande riskanalys. Detta arbetssätt har inneburit en klar förbättring för omvårdnadspersonalen. Införandet av Gröna korset har inneburit att riskhanteringen inom hälso- och sjukvården har avsevärt förbättrats.

Risکانالyser som genomförts inför organisationsförändringar har medfört att patientsäkerhetsrisker har eliminerats eller minimerats.

Regionen genomförde en inventering av hjärt- och lungräddningsutbildningar bland personalen och fann att inom många enheter hade ingen utbildning skett de senaste åren.

I samband med den inventeringen gjordes en riskanalys gällande en ny organisation för dessa utbildningar vilket resulterade i att den nya organisationen infördes. Den ligger nu inom kliniskt träningscentrums ansvar.

## **Mål och strategier för kommande år**

Regionplanen 2020 har en oförändrad strategi för god vård. Inom området god och nära vård i hela regionen poängteras särskilt att regionen ska arbeta för en adekvat och restriktiv antibiotikaförskrivning och en god vårdhygien för att motverka antibiotikaresistens.

Hälso- och sjukvårdsnämnden verksamhetsplan 2020 har satt som mål att andel vårdskador ska minska med målvärde mindre eller lika med 4% vilket då också gäller för hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Andel vårdtillfällen med oplanerade återinskrivningar ska minska och alla samordningsärenden med kommunerna vid utskrivning från slutenvård ska ha en samordnad individuell plan, SIP.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har i slutet av 2019 antagit en plan för god och nära vård där personcentrering, samverkan och en nollvision för vårdskador lyfts som viktiga områden.

Socialstyrelsens nationella handlingsplan för patientsäkerhet (gällande från 2020-02-01) ska vara vägledande för framtagande av reviderad handlingsplan inom regionen. Den innehåller fem prioriterade fokusområden för arbetet mot en säkrare vård. Fokusområdena utgår från de huvudsakliga utmaningarna inom patientsäkerhetsarbetet och utgör en struktur för handlingsplanens nationella åtgärder.

Fokusområdena är:

- ✓ Öka kunskap om inträffade vårdskador
- ✓ Tillförlitliga och säkra system och processer
- ✓ Säker vård här och nu
- ✓ Stärka analys, lärande och utveckling
- ✓ Öka riskmedvetenhet och beredskap

Det systematiska patientsäkerhetsarbetet inom regionen kommer att stärkas med stöd av den nationella handlingsplanen när den ska omsättas i en lokal handlingsplan. Detta tillsammans med en ny struktur för arbetet med patientsäkerhet inom ramen för Kunskapsstyrning kommer att vara ett viktigt

stöd för patientsäkerhetsarbetet framåt. Det har bildats en nationell, sjukvårdsregionala och lokala samverkansgrupper för patientsäkerhet. Under den nationella samverkansgruppen för patientsäkerhet finns flera nationella arbetsgrupper (NAG), bland annat en för vårdhygien där en handlingsplan är under framtagande som kommer att vara vägledande för regionens arbete. Verksamheterna tillsammans med vårdhygien kommer att fortsatt arbeta aktivt för en god följsamhet till vårdhygieniska rutiner och för att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner. En rationell antibiotikaanvändning tillsammans med god följsamhet till vårdhygieniska rutiner minskar den totala risken för resistensutveckling.

Under kommande år är inriktningen att regionen får ett välfungerande avvikelserapporteringsystem och ett effektivt och ändamålsenligt sätt att hantera synpunkter och klagomål från patienter och närstående. Implementering av handlingsplan för personcentrerad vård kommer att bidra till ökad patientsäkerhet. Riskminimerande åtgärder ska vidtas inom identifierade områden för att öka säkerheten.