

Patientsäkerhetsberättelse för Region Jämtland Härjedalen År 2022



Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse. Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	7
Engagerad ledning och tydlig styrning	7
Övergripande mål och strategier	7
Organisation och ansvar.....	8
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	9
Informationssäkerhet.....	10
Strålskydd	11
En god säkerhetskultur.....	11
Adekvat kunskap och kompetens	13
Patienten som medskapare	15
Journal på nätet.....	15
E-tjänster	16
Patientmedverkan	16
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	17
Öka kunskap om inträffade vårdskador	17
Avvikelseärenden	17
Hantering av negativa händelser och tillbud	18
Nationella och regionala mätningar.....	19
Vårdrelaterade infektioner (VRI).....	19
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	20
Trycksår	21
Markörbaserad journalgranskning (MJG)	22
Anmälan till Ivo (lex Maria)	22
Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF)	23
Tillförlitliga och säkra system och processer	23
Läkemedel	23
Vårdgivarwebb	24
Säker vård här och nu.....	24
Riskhantering.....	25
Stärka analys, lärande och utveckling	25
Avvikelser	25
Klagomål och synpunkter	25
Patientnämnden.....	27
Öka riskmedvetenhet och beredskap	27

Avbrottsplanering.....	27
Läkemedelsförsörjning	27
Materialförsörjning	28
Vårdhygieniskt arbete	28
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	28
Ytterligare mål och utmaningar 2023	29

SAMMANFATTNING

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) definierar vårdskada som lidande, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits vid patientens kontakt med hälso och sjukvården. Patientsäkerhet innebär skydd mot vårdskada och sker genom förebyggande arbete och lärande aktiviteter. Vårdskador medför förutom lidande för patienter även resursåtgång för vården.

Det strategiska arbetet med patientsäkerhet i Region Jämtland Härjedalen utgår från Socialstyrelsens nationella handlingsplan ”Agera för säker vård samt den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet 2022–2024. Syftet med den regionala handlingsplanen är att stärka och stödja det regionala och lokala patientsäkerhetsarbetet samt vara vägledande i det systematiska patientsäkerhetsarbetet för att förebygga undvikbara vårdskador.

Handlingsplanens Grundläggande förutsättningar:

Engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer. Ett nära ledarskap, där dialog med medarbetare har hög prioritet och att ge medarbetare möjligheter att arbeta med förbättringar för säker vård, är några konkreta exempel. Att låta säker vård vara prioriterad på mötesagendor i verksamheter, att sätta upp mål, målvärden och beskrivning av aktiviteter för säker vård och att prioritera kompetens hos medarbetare är andra exempel på ledning och styrning som kan göra vården mera säker.

En god säkerhetskultur. Två gånger årligen mäts hållbart säkerhetsengagemang (HSE) i medarbetarenkäten. Resultatet 2022 visar på en hög nivå men där patientmedverkan är ett förbättringsområde.

Tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Det ges möjligheter till fortbildning och kompetensutveckling i viss mån. Under 2022 har medarbetare beviljats studiemedel till specialistutbildningar, fortbildning inom patientsäkerhet har erbjudits medarbetare och chefer, de första karriärmodellerna för sjuksköterskor har godkänts.

Patientens och närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. I det vardagliga mötet med patienten kan vårdpersonal engagera patienten att ta ansvar för sin egen vård och behandling. E-tjänster gör att medborgare kan sköta ärenden som exempelvis boka tid som passar eller ansöka om recept. Under hösten 2022 erhöll dialysenheten ett delat första pris från Vårdförbundet för ett utvecklingsarbete de genomfört tillsammans med patienter med påsdialys i hemmet.

Handlingsplanens fokusområden:

Öka kunskap om inträffade vårdskador. Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador kan kunskapen öka om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsett. Regionens avvikelssystem har brister i möjligheten att ta ut relevanta data för analys av inträffade vårdskador. Antal klagomålsärenden har ökat markant i o m att 1177 öppnade e-tjänsten att rapportera synpunkter och klagomål.

Tillförlitliga och säkra system och processer. Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Samordnad individuell plan [SIP] är ett viktigt verktyg för samverkan vid utskrivning av patienter från slutenvård. Det finns flera utmaningar i vårdens övergångar, patientmedverkan, informationsöverföring och läkemedelsinformation är några områden som kan brista

vid utskrivningar och/eller överflyttningar till annan enhet eller klink. Samverkan både internt och externt underlättas med stöd av LINK, kommunikationsverktyg för samordnad vård- och omsorgsplanering mellan regionen och kommunerna, ökar förutsättningar för en säker informationsöverföring och därmed säkrare vård. Det har genomförts flertalet utbildningar om läkemedelshantering för läkare och sjuksköterskor. Arbete med en vårdgivarwebb har startat med kommunikationsenheten som ansvarig.

Säker vård här och nu. Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Såväl överbeläggningar, som utlokaliseringar innebär patientsäkerhetsrisker, varför det är viktigt att följa trenderna. Antal tillgängliga vårdplatser har varit färre jmf med föregående år. Antalet utlokaliserade patienter är lägre 2022, däremot har antalet överbeläggningar ökat.

Stärka analys, lärande och utveckling. Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. Från medarbetare rapporteras avvikelser, från patienter inkommer klagomål via 1177, patientnämnden, direkt till verksamheten och via LÖF. Samtliga kan användas som stöd i arbetet med att göra vården mer säker.

Öka riskmedvetenhet och beredskap. Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens. Ur säkerhetsynpunkt är kompetensförsörjningen kritisk och ett ständigt arbete pågår för att upprätthålla kompetens. KTC används ännu i liten omfattning för att stärka beredskap genom träning, simulering. Läkemedelsenheten har utifrån regeringsdirektiv arbetat med beredskapsförråd för ökad robusthet.

Utmaningar 2023

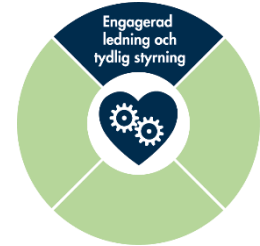
Patientsäkerhetsarbetet är långsiktigt och kräver uthållighet. Verksamheternas patientsäkerhetsberättelser visar att det pågår många aktiviteter för ökad säkerhet vid vård, behandlingar och införande av nya processer. Det arbetet behöver fortsätta under 2023 för att minska antal vårdskador och risken för vårdskador mot visionen att ingen patient i Region Jämtland Härjedalen ska behöva drabbas av vårdskada. Arbetet behöver bedrivas på makro-, meso-, micro- och individnivå i samtliga delar av regionala handlingsplanen för säker vård.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål, strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

Den första grundläggande förutsättningen 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 §

Region Jämtland Härjedalens har sedan 2014 en strategi för patientsäkerhet som grund för patientsäkerhetsarbetet.

De strategiska målen för 2021–2023 är:

- 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 vård och behandling och i patientsäkerhetsarbetet.

Strategin revideras kontinuerligt för att följa utvecklingen inom hälso- och sjukvård. Kopplat till strategin finns regionövergripande handlingsplan för patientsäkerhet.

2018 fick Socialstyrelsen ett regeringsuppdrag att ta fram en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Handlingsplanen Agera för säker vård publicerades i februari 2020 och kom då samtidigt som världen drabbades av en pandemi, vilket har gjort att lanseringen av planen dröjt. Syftet med planen är att stärka huvudmännens arbete i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och bidra till att förebygga vårdskador. Visionen är God och säker vård – överallt och alltid, med målsättning att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada. Planen innehåller fyra grundläggande förutsättningar och fem fokusområden.

Region Jämtland Härjedalen har under 2022 reviderat den regionövergripande handlingsplanen för patientsäkerhet enligt modellen för Agera för säker vård. Kopplat till de fyra grundläggande förutsättningarna och fem fokusområden beskrivs aktiviteter, förslag på indikatorer, mål och datakälla.

Personer i ledande ställning bidrar till en säker vård genom att ha insikt om utmaningar, ha kunskaper om handlingsalternativ, tar ansvar för patientsäkerheten och genom beslut och handlingar säkerställer patientsäkerhet. Ledningen blir på så sätt bärare av organisationskulturen och förebilder som har avgörande roll i arbetet att stärka och upprätthålla en god säkerhetskultur. Ett nära ledarskap, där dialog med medarbetare har hög prioritet och att ge medarbetare möjligheter att arbeta med förbättringar för säker vård, är några konkreta exempel. Att låta säker vård vara prioriterad på mötesagendor i verksamheter, att sätta upp mål, målvärden och beskrivning av aktiviteter för säker vård och att prioritera kompetens hos medarbete är andra exempel på ledning och styrning som kan göra vården mera säker. Patientsäkerhet handlar ytterst om att införliva ett förhållningssätt i hela hälso- och sjukvårdssystemet; en säkerhetskultur.

Organisation och ansvar

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

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. Hälso- och sjukvårdsdirektör (förvaltningsområdeschef) och divisionschef har ett övergripande ansvar för att patientsäkerhetsarbetet organiseras, genomförs, följs upp och dokumenteras enligt regionens ledningssystem.

Områdeschef tillika verksamhetschef har det samlade administrativa och medicinska/odontologiska ledningsansvaret. Det kan inte överlätas till en annan befattningshavare undantaget enskilda medicinska/odontologiska ledningsuppgifter. Verksamhetschefen ansvarar för att vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Vidare ansvarar verksamhetschef för att hög patientsäkerhet tillgodoses inom området genom att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete som innefattar riskanalys, egenkontroll, utredning av händelser, klagomål och synpunkter, förbättrande åtgärder och utveckling av processer och rutiner.

Medicinskt ledningsansvarig läkare (MLA), odontologiskt ledningsansvarig (OLA) tandläkare ansvarar för att vara stöd till verksamhetschef med att vidta åtgärder för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Tillsammans med läkare med medicinskt ledningsuppdrag (MLU) och tandläkare med odontologiskt ledningsuppdrag (OLU) säkra att det goda övergripande rutiner för det medicinska/odontologiska omhändertagandet av patienter.

Enhetschef ansvarar för att inom enheten organisera arbetet så att hög patientsäkerhet efterlevs, säkerställa att det finns rutiner för att ta emot, bedöma, utreda och rapportera händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada, samt klagomål och synpunkter. Fortlöpande upprätthålla och utveckla personalens kompetens. Uppdra åt annan att vara stöd i de arbetsuppgifter vars dominerande innehåll utgör vård och behandling, när enhetschef saknar den kompetensen.

Medarbetare är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och ska till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Regionövergripande finns inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen Patientsäkerhetsenheten. Enheten har i uppdrag att utgöra ett stöd för ledning och verksamheter i patientsäkerhetsfrågor, verka för en hög säkerhetskultur med en nollvision för vårdskador. Enheten ska även på övergripande nivå följa upp vårdgivarens ansvar för patientsäkerhet samt att inom patientsäkerhetsområdet upprätta övergripande regler, riktlinjer och rutiner. Patientsäkerhetsenheten arbetar även förebyggande för att minska vårdskador. Kompetensmässigt finns inom enheten chefläkare, chefsjuksköterska, patientsäkerhetssamordnare, smittskyddsläkare och smittskyddssjuksköterska, vårdhygienisk specialistkompetens med hygienläkare och hygiensjuksköterskor samt enhetschef för kliniskt träningscentrum (KTC).

Inom varje verksamhetsområde finns olika grupperingar som stöd till det lokala patientsäkerhetsarbetet. Förbättrings- och patientsäkerhetsteam finns inom de flesta verksamhetsområden.

Patientnämnden är en politiskt sammansatt och fristående nämnd inom regionen. De ska på 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

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

I regionen finns många övergripande samverkansforum, samverkansdokument och processer med avsikt att förebygga vårdskador.

Region Jämtland Härjedalen ingår i det nationella systemet för Kunskapsstyrning bland annat med deltagande i Regional samverkansgrupp patientsäkerhet Norra sjukvårdsregionen (RSG) vars uppdrag är att stödja utveckling och samordning av patientsäkerhetsarbetet i sjukvårdsregionen. Inom regionen finns även Lokal samverkansgrupp för patientsäkerhet (LSG), där region och kommuner är representerade med relevanta funktioner.

Under 2022 startades LAG Omvårdnad under LSG Patientsäkerhet vars syfte är att initiera och systematiskt samordna och utveckla omvårdnad inom Region Jämtland Härjedalen. Gruppen består av många olika kompetenser, ordförande och sammankallande är chefsjuksköterska. Målet är att patienterna i regionen ska få en god, säker och jämlik vård baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Arbetet ska också genomsyras av hög patientsäkerhet där arbetet både sker preventivt för att eliminera undvikbara skador och reaktivt dra lärdom och inhämta kunskap av händelser leder till utveckling och förändrade arbetssätt i verksamheten. LAG Omvårdnad arbetar på uppdrag av verksamheterna, ärenden via LSG och Hälso- och sjukvårdsledningen (HSL) samt utifrån regional- och nationella satsningar, nyheter och implementeringar.

Vårdhygien har under 2022 samverkat regionalt, lokalt samt på nationell nivå, där ett intensivt samarbete skett med bland annat Folkhälsomyndigheten. Smittskydd har som uppgift att förebygga och minska spridningen av smittsamma sjukdomar till och mellan människor i samhället och inom sjukvården. Smittskydd har på daglig basis informerat och stöttat näringsliv, kommunala verksamheter, medborgare och besökare. Smittspårningsfunktionen rörande alla smittspårningspliktiga sjukdomar fortsätter som tidigare. Smittskydd har ett nära samarbete med 1177 där de har utvecklat ett smittspårningsformulär för smittspårning av Covid, vidare de även påbörjats ett arbete med att skicka ut anmodan för provtagning via 1177. Dessa områden kommer att utvecklas vidare under 2023.

Inom regionen har ledningssjuksköterskorna ett nätverk för erfarenhetsutbyte och samverkan, nätverket hålls samman av chefsjuksköterska. Sedan 1 juni 2022 finns ett tillfälligt avtal gällande Storsjögläntan och alla kommuner, där fokus är samverkan. Under året tillsattes en cancersamordnare, vars arbetsuppgifterna är att stödja verksamheterna i den fortsatta utvecklingen av sammanhållna vårdförlopp (SVF).

Regionens medarbetare bidrar till ökad patientsäkerhet och kvalitet i hälso- och sjukvården genom att medverka i vårdprocessgrupper, arbetsgrupper, nätverk, nationella programråd och regionala medicinska programråd.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Uppföljningar och revisioner av informationssäkerheten

Under året har nulägeskartläggningar genomförts av processen för behörighetstilldelning för några centrala verksamhetssystem. Detta arbete visar på behovet av att vidareutveckla behörighetshandlingen. Förbättringar syftar dels till att effektivisera och spara tid genom bättre flöden som gör att medarbetarna snabbare kan få tillgång till rätt behörigheter och därmed rätt information i rätt tid. Dessutom pekar resultatet på ett stort behov av att genomföra löpande kontroller och återgodkännanden av aktuella tilldelade behörigheter så att dessa överensstämmer med gällande behov hos medarbetarna. Detta bedöms kunna höja den totala säkerheten i hög grad.

När det gäller genomförandegrad av regionens grundläggande e-utbildning i informationssäkerhet, obligatorisk för samtliga medarbetare, visar resultatet för 2022 glädjande nog en relativt stor ökning från ca 28% av medarbetarna som slutfört utbildningen med godkänt resultat per 2021 till ca 41% för motsvarande andel per 2022. Resultatet gäller medarbetarna inom hälso- och sjukvårdens förvaltningsområde. Motsvarande siffra för hela regionen är 48%. Resultatet är dock långt från verksamhetsplanens målvärde som är satt till 80% genomförandegrad per 2022-12-31. Denna totalt sett låga genomförandegrad får negativa konsekvenser i slutänden då det gäller medarbetarnas säkerhetsmedvetande och förutsättningar för att uppnå goda arbetssätt i informationshandlingen. På totalen påverkar denna låga genomförandegrad såväl patientsäkerhet som effektivitet och arbetsmiljö.

Under våren 2022 genomfördes en extern revision av regionens SITHS-korthantering (e-tjänstekort) vilket omfattar grunden för en tillförlitlig identifiering av våra medarbetare. Revisionen utfördes av Inera AB:s revisionsteam för SITHS och visade på ett antal förbättringsområden, däribland behov av en förbättrad interkontrollprocess för SITHS-kortens utgivning. Denna process ska säkerställa att regionens medarbetare får tillgång till en nationellt beslutad metod att verifiera sin identitet vilket bidrar till en trygg och robust tillgång till (inte minst) känsliga uppgifter. Detta tillför värden/tillit för såväl patienter som övriga medborgare då det gäller att deras uppgifter hanteras på rätt sätt och inte läcker till obehöriga.

Riskanalyser – förebyggande arbete

Under 2022 har den övergripande riskanalysen för regionens informationssäkerhetsrisker uppdaterats.

Den största enskilda risken som identifierats på den övergripande nivån är fortsatt (kvarstår sedan år 2020) bristande medvetenhet hos medarbetarna om hur informationen ska hanteras enligt gällande regelverk (s.k. ”oavsiktligt insiderhot”). Risker i topp är för 2022 samma som för 2021 med den skillnaden att risken för allvarliga cyberangrepp har ökat ytterligare jämfört med föregående år, främst orsakat av det försämrade säkerhetsläget i omvärlden.

När det gäller riktade riskanalyser inom informationssäkerhet kopplade till vårdverksamheten så har år 2022 liksom 2021 varit präglad av den vårdskuld som byggts upp under coronapandemin. Konsekvenser av detta har för informationssäkerhetsområdet inneburit att antalet riktade riskanalyser som kunna genomföras inom vårdverksamheten har sjunkit jämfört med perioden innan pandemin. Orsaken är att vårdens medarbetare inte kunnat sätta av tid i den omfattning som hade behövts för att bedriva ett förebyggande arbete för informationssäkerhetsrisker. Fokus för informationssäkerhetsfunktionen har, utifrån dessa förutsättningar, istället varit att bistå vid informationsklassningar för informationen i nya IT-stöd som ska införas. Detta lägger en grund för att senare kunna arbeta mer aktivt med riskbedömningar kopplat till denna information och dess värde (klassning). Dessutom har krav på skyddsåtgärder kopplat till klassningsnivåer vidareutvecklats under året för att stödja ett systematiskt säkerhetsarbete.

Större förbättringsåtgärder kopplade till informationssäkerheten

Den största enskilda förbättringen kopplat till regionens informationssäkerhet för år 2022 är tillkomsten av en ny enhet för informationsförvaltning, placerad under Samordningskansliet (Regionstaben). Denna nya enhet har som uppdrag att ta fram styrning och stöd för hur regionens informationstillgångar ska hanteras på bästa sätt. Det övergripande syftet med enhetens arbete är att bistå med att säkra en robust, effektiv och lagenlig informationsförsörjning för regionens samtliga verksamheter. Detta är helt i linje med de syften som finns för regionens informationssäkerhetsarbete som utgör en del i säkringen av informationsförsörjningen i stort.

Utvärderingar av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem

Så som redovisats ovan under rubriken ”Uppföljningar och revisioner av informationssäkerheten” har under året nulägeskartläggningar genomförts av processen för behörighetstilldelning för några centrala verksamhetssystem. Detta syftar till att förbättra skyddet mot obehörig åtkomst till dessa system. Ett antal förbättringsåtgärder har tagits fram baserat på dessa kartläggningar.

I övrigt arbetar regionen löpande med att förbättra åtkomststyrningen till system och nätverk. Vilka utvärderingar som gjorts inom detta område faller utanför denna årliga redovisning av säkerhetsarbetet.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

För strålskyddsbokslut se <https://centuri/regno/73170>

En god säkerhetskultur

Den andra grundläggande förutsättningen för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Generellt finns ett stort engagemang bland regionens medarbetare för den dagliga säkerheten kring patienterna och arbetsmiljön. Dagliga möten och avstämningar där medarbetare möts och reflekterar över hur arbete gått och vad som kan göras bättre dagen därpå är metoder för att följa upp arbetet på daglig basis inom en verksamhet. Metoden Gröna korset används inom flera verksamheter för att identifiera risker inom både vård och arbetsmiljö. På Gröna korset diskuteras risker och händelser i det dagliga arbetet i ett öppet klimat som kan skapa lärande för alla. Akuta ärenden tas om hand skyndsamt, resterande iakttagelser sammanställs och ligger till grund för löpande förbättringsarbeten. Inom flera av regionens verksamheter finns nu så kallade förbättring- och patientsäkerhetsteam. De kan vara stöd i hantering av avvikelser och klagomål och synpunkter från patienter. Verksamheter beskriver att teamen kan ha specifika uppdrag kopplat till förbättringar som bedömts prioriterade. Arbete med den sköra- /äldre patienten, blåsöverfyllnad, trycksårarbete är några exempel.



Arbetsmiljöfaktorer kan påverka patientsäkerheten. Såväl övergripande arbetsmiljöfaktorer (till exempel bemötande och beteenden eller stöd från chefer och i arbetsgruppen) som mer arbetsnära arbetsmiljöfaktorer (till exempel hög arbetsbelastning, otydliga roller eller bristande tid för återhämtning) påverkar möjligheterna att utföra ett säkert arbete. Om en patient drabbas av en vårdskada är det viktigt

att patienten blir väl omhändertagen. Det är också centralt att den hälso- och sjukvårdspersonal som var inblandad i händelsen får stöd. Även organisationen kan behöva stöd efter en allvarlig händelse. Dessa faktorer bidrar till trygghet och en god säkerhetskultur. Vid inskolning/introduktion av nya medarbetare presenteras avvikelssystem och hur enheten arbetar med att rapportera fel och brister för att bidra till förbättringar, en del av säkerhetskulturen. Olika former av utveckling kring arbetsmiljö för att medarbetare ska må bra och trivas på arbetsplatsen ökar möjligheter att ge en säker vård. Vid arbetsförändringar görs risk-och konsekvensanalys med fokus på både arbetsmiljö och patientsäkerhet.

Region Jämtland Härjedalen genomför sedan fyra år tillbaka två gånger årligen en gemensam medarbetarenkät där både arbetsmiljö och patientsäkerhet ingår. Det verktyg som används är det som Sveriges Kommuner och Regioner tagit fram i form av elva frågeställningar kring hållbart säkerhetsengagemang (HSE). Resultat under 50 i index signalerar behov av förbättringsarbete, resultat över 70 i index visar på framgångsrikt arbete. Svarsfrekvens för hela medarbetarenkäten var hösten 2022 högre än vid tidigare mätningar, drygt 71 procents svarsfrekvens. Antalet medarbetare som besvarat HSE var något lägre (våren 2022 svarade 1924 och hösten 2022 svarade 1900). Mätningar från våren 2022, se tabell 1, visar att resultaten över lag ligger bra, index över 50 på samtliga frågeställningar, resultatet visar att det finns behov av förbättringsarbete i frågeställning (10) *att erbjuda patienter att vara delaktiga i patientsäkerhetsarbete*.

Tabell 1. Hälso- och sjukvårdsförvaltningens resultat från patientsäkerhetskulturmätning våren 2022 (n= 1924) och hösten 2022 (n= 1900).

Frågeställning	Våren 2022		Hösten 2022	
	Genomsnitt	Index	Genomsnitt	Index
1. Min chefs chef ger förutsättningar för att bedriva en säker vård. (säker vård innebär låg förekomst av skador som kan undvikas)	3,7	67	3,83	71
2. På min arbetsplats lär vi oss av det som fungerar bra	4,0	75	4,08	77
3. På min arbetsplats agerar vi alltid utifrån de risker vi ser	4,0	74	3,98	74
4. På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser. (negativ händelse= händelse som medfört något oönskat)	3,8	70	3,83	71
5. Jag påtalar när jag tror något är på väg att gå fel	4,5	87	4,52	88
6. Jag vågar prata om mina misstag	4,5	88	4,53	88
7. Jag blir alltid bra bemött på min arbetsplats när jag behöver hjälp	4,2	80	4,26	82
8. På min arbetsplats har vi ett väl fungerande samarbete med andra verksamheter	3,7	67	3,72	68
9. På min arbetsplats anpassar vi arbetet så att säkerheten bevaras när förutsättningarna förändras	3,8	71	3,87	72
10. På min arbetsplats erbjuder vi patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete	3,3	57	3,26	57
11. Jag skulle känna mig trygg om en närstående vårdades på min arbetsplats	4,0	76	4,10	77
Totalt	4,0	74	4,0	75

Resultat från hösten 2022, se tabell 1, visar att vissa frågeställningar har bättre värden jämfört med vårens mätningar (genomsnitt och index). Störst ökning finns inom tre frågeställningar (1) *Att min chefs chef ger förutsättningar för att bedriva en säker vård*, (2) *På min arbetsplats lär vi oss av det som fungerar bra* och (7) *Jag blir bra bemött på min arbetsplats när jag behöver hjälp*. Några frågeställningar, fem, sex och sju har fortsatt höga index, över 80. Dessa frågeställningar kan sägas utgöra grundförutsättningar för att hälso- och sjukvårdsförvaltningens arbetsplatser har en tillåtande och trygg inställning. Fortsatta utmaningar finns framförallt kring att erbjuda patienter möjligheter att medverka i patientsäkerhetsarbetet. Hur patienter görs delaktiga i den egna vården, hur patient och närståendes synpunkter och klagomål tas tillvara och hur patientmedverkan sker i utvecklingsarbeten för att stärka patientsäkerhet är några konkreta exempel.

Resultaten ska betraktas som en temperaturmätning på upplevelser kring säkerheten på arbetsplatsen. HSE- verktyget ger ett underlag att i närtid efter mätningen ha en dialog kring resultaten i verksamheterna. SKR:s verktyg *Säkerhetskulturrappan från A till E* kan användas för att skapa dialog kring patientsäkerhetskulturen i den egna verksamheten.

Resultatet visar överlag på en stark säkerhetskultur där medarbetarna är trygga med att prata om misstag och att påtala om de upplever att något är fel. I resultatet ses dock variationer mellan olika verksamheter. För att skapa förändring gällande säkerhetskultur behöver det stora arbetet ske på enhetsnivå. Ett område som förbättrats något är att medarbetarna i högre utsträckning känner sig trygga med att närstående vårdas på enheten. Förbättring behövs också vad gäller att involvera patienter och närstående i patientsäkerhetsarbetet.

Adekvat kunskap och kompetens

Den tredje grundläggande förutsättningen för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Det är därför av vikt att det finns möjligheter till kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling. Kompetenta och engagerade medarbetare som har möjlighet att arbeta på toppen av sin kompetens är en förutsättning för en trygg och säker vård av god kvalitet.



Medarbetare i regionen kan beviljas studiemedel för utbildning på olika nivåer. Under 2022 har 24 medarbetare beviljats studiemedel för specialistutbildningar och 12 medarbetare har beviljats studiemedel för grundutbildning. KTC är viktigt för färdighetsträning i utbildningar eller uppgiftsväxling. Interna kompetenshöjande utbildningar förekommer i flera av regionens verksamheter och sker via Komptensportalen. Vissa verksamheter har årsplanering med temaveckor/ månader med både teoretiska och praktiska utbildningar.

Schemaläggare säkerställer att kompetens upprätthålls i det löpande schemat. Vid dagliga möten säkerställs att schema fungerar. Det är av stor vikt för både patientsäkerheter och arbetsmiljö att kompetens beaktas vid schemaläggning och bemanning. Pauser och raster läggs in på sådant sätt att både arbetsmiljö och därmed patientsäkerhet blir bättre. Område akutvård har under året permanentat arbetssätt med tolvtimmarspass, majoriteten av sjuksköterskorna och ca hälften av undersköterskorna har anammat arbetssättet. Förändringen innebär att medarbetarna får mer återhämtning mellan passen och känner sig mera utvilade. Inga negativa aspekter har setts för patientsäkerheten. Inskolning planeras så att

medarbetare ska känna sig trygga i arbetet och ha tillgång till en senior eller mer erfaren kollega att fråga vid behov. Vissa arbetsuppgifter eller funktioner kräver mer utbildning och erfarenhet innan de kan utföras, den kompetensen säkerställs via enhetschef.

Kompetensförsörjning är en av flera samverkande faktorer som påverkar riskerna för vårdskador. En god kompetensförsörjning innebär att på både kort och lång sikt se till att verksamheten har tillgång till personal med adekvat kompetens.

Regionen har under flera år arbetat med kompetenskartläggning och kompetensförsörjning. Under 2022 har regiondirektören tillsatt en särskild ledning med uppdrag att skapa förutsättningar för en fungerande kompetensförsörjning både vad gäller tillfälliga behov såväl som på längre sikt. För att få kraft i arbetet framåt har den särskilda ledningen organiserats i ett antal prioriterade områden, rätt använd kompetens, löner och förmåner, chef och ledarskap, teknisk utveckling, arbetsmiljö, tillfälliga resursförstärkningar och slutligen övrigt samt kartläggning andra pågående insatser/tagna beslut. Grupperingarna bemannas med såväl specialistkompetens inom respektive område som medarbetarrepresentation. Det finns ett samband mellan kompetens och risker för vårdskador. Några av ovan nämnda prioriterade områdena kan direkt komma att påverka patientsäkerheten på ett positivt sätt.

Med patientsäkerhet i både grundutbildning och fortbildning kan hälso- och sjukvårdspersonalen ställa medvetna krav på och bidra till en säker arbetsplats för både sig själva och patienterna. En ökad medvetenhet och mer kunskap om riskerna samt förmåga att hantera dessa förutsätter även kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.

Yrkeskompetens och kunskap säkerställs i patientsäkerhetsarbetet genom kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer. All personal får introduktionsutbildning där patientsäkerhetsarbete ingår. Kunskap och erfarenhetsutbyte sker via arbetsplatsträffar, nätverksträffar i olika professioner samt andra utbildnings forum. Genom årligt medarbetarsamtal inventeras fortsatt utbildningsbehov.

För att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete används regionens utbildningsportal Kompetensportalen. Genom dessa utbildningar kan medarbetarna få en grundläggande kunskap om ledningssystem och förbättringsarbete. För läkargrupperna AT/ST finns särskilda studieplaner där utbildning i juridik, patientsäkerhet med mera samt handledning ingår. Genomgång av avvikelser, vårdskadeutredningar och händelseanalyser är andra exempel som verksamheterna använder för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.

Patientsäkerhetsenheten erbjuder återkommande olika utbildningsaktiviteter med koppling till säker vård. Vi två tillfällen under året har patientsäkerhetsutbildning för chefer och ledare genomförts. I oktober genomförde ca 50 chefer i regionen Socialstyrelsens hela koncept med nationell e-utbildning i patientsäkerhet- ”*Agera för säker vård*” med efterföljande gruppdiskussioner. Tanken är att de nu är rustade för att använda hela eller delar av konceptet i sina egna verksamheter. Sedan december 2022 finns e-utbildningen nu tillgänglig i regionens Kompetensportal. Till och med första december har 107 medarbetare i regionen påbörjat och/eller avslutat e-utbildningen hos Socialstyrelsen.

Vårdhygien har under 2022 infört obligatorisk utbildning för all hälso- och sjukvårdspersonal via Kompetensportalen. Detta genom flera korta avsnitt gällande förebyggande av vårdrelaterade infektioner från Sveriges kommuner och Regioner [SKR]. Utbildningsfilmer finns tillgängliga på Vårdhygiens

hemsida. Utbildning från Socialstyrelsen gällande "Förebygga och förbindra smitta – för chefer i vård och omsorg" har vidarebefordrats till berörda.

KTC har under året fokuserat på HLR-utbildningar och färdighetsträning via så kallade kompetenskort. Utbildningsbehovet hos vårdens medarbetare är mycket stort då många utbildningar inte kunde genomföras under åren med covid-19 pandemin. KTC har även hjälpt många verksamheter med digital utbildningsproduktion som sedan finns tillgänglig dygnet runt i regionens lärplattform Kompetensportalen.

KTC har inlett ett samarbete med primärvården som resulterat i ett beslut att bilda fyra så kallade KTC-hubbar. KTC-hubbarna kommer att placeras ut med en geografisk spridning inom regionens upptagningsområde, skötas av utbildningskoordinatorer på plats samt utrustas med en egen övningsutrustning så att utbildning och simuleringsövningar blir en naturlig del i vardagen även för vårdverksamheter i glesbygdsområden. Arbetet kommer att slutföras under 2023.

Regionens resusciteringsgrupp som leds av KTC och består av kliniskt aktiva läkare och sjuksköterskor har på uppdrag tagit fram ett förslag på en standardiserad akutvagn och genomfört åtta resusciteringsövningar på olika enheter samt tagit fram arbetskort för olika funktioner vid hjärtstopp.

De första karriärmodellerna har under året tagits fram och godkänts för implementering inom några verksamheter som pilot, samtidigt som nya karriärmodeller är på väg att utformas. Patientsäkerhet har bidragit i arbetet med att fram modellerna. Pilotmodellerna är avsedda för sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och barnmorskor som arbetar kliniskt, det vill säga patientnära, inom följande verksamheter, kirurgavdelning KAVA, BB, förlossningen, gynekologi samt hälsocentralerna Brunflo och Lugnvik. I piloternas första steg ska en karriärmodell användas vid medarbetarsamtalet, vilken finns inlagd i regionens Kompetensportal. Medarbetare ska tillsammans med chef föra dialog kring nuvarande kompetens och kompetensutvecklingsmöjligheter, det vill säga utvecklingsmål. Målen ska vara satta utifrån individen och verksamhetens behov. När medarbetarsamtalen är gjorda ska en utvärdering ske. Arbetet med framtagandet av en karriärmodell för legitimerad röntgensjuksköterska har påbörjats och arbetsgruppen består av personer som är verksamma inom röntgen.

Patienten som medskapare

Den fjärde grundläggande förutsättningen för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En individuellt anpassad information om planerad vård och behandling, samt dess eventuella risker, bidrar även till att patienten själv kan uppmärksamma eventuella avsteg från det som överenskommit samt återkoppla detta till vårdgivaren för snabb åtgärd.

Journal på nätet

I det vardagliga mötet med patienten kan vårdpersonal engagera patienten att ta ansvar för sin egen vård och behandling. Det kan ske genom att uppmana patienten att läsa sin egen journal – via 1177.se. Ett nytt

sökord, ”Förväntat förlopp”, är infört i alla yrkesmallar (legitimerad personal) i Cosmic, både i primär- och slutenvårdsmallar. Genom att dokumentera vad som förväntas och vad man ska vara uppmärksam på stärks patientens möjlighet att vara delaktig och upptäcka när något avviker. Informationen bör innehålla till exempel när, var och hur patienten ska söka vård om förloppet avviker från det förväntade och vilka symtom man som patient ska vara uppmärksam på (så kallade röda flaggor) och som kan signalera att man behöver en ny bedömning av vården. Informationen under sökordet ger även bra översikt till kollegor som kan komma att möta patienten framöver. Information om att sökordet införts har givits via primärvårdens enhetschefer. Motsvarande informationsinsats planeras även till slutenvården

E-tjänster

Idag är 119 470 invånare användare av 1177 e-tjänster, vilket motsvarar ungefär 90 procent av befolkningen. Det är nästan ingen skillnad mot förra året, då siffran var 118 370. Verksamheterna beskriver att e-tjänster avlastar trycket på telefon och besök då invånarna själva kan sköta vissa ärenden som exempelvis boka en tid eller ansöka om förnyat recept. Dessa e-tjänster kan användas dygnet runt, vilket förenklar för dem som inte har möjlighet att ringa under telefontid. Inom primärvården finns ett basutbud av e-tjänster som alltid måste erbjudas - Av- eller omboka tid, Beställ tid/Önskemål om tid, Förnya hjälpmedel, Förnya recept, Förnya recept på preventivmedel, Kontakta mig, Boka tid och Mina bokade tider (webbtidbok). Region Jämtland Härjedalen är anslutna till den nationella tjänsten Synpunkter och klagomål, och tjänsten finns tillgänglig på alla cirka 100 mottagningar (både primärvård och specialistvård) som har ett konto i 1177 e-tjänster.

Patientmedverkan

Under hösten 2022 erhöll dialyssenheten ett delat första pris från Vårdförbundet för ett utvecklingsarbete de genomfört tillsammans med patienter med påsdialys i hemmet. Inom kunskapsstyrningen genomförs så kallade GAP-analyser i samband med införande av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp (PSV), och i det arbetet finns patienter med som deltagare. I samband med allvarliga vårdskadeutredningar intervjuas patienter/närstående, där deras synpunkter och erfarenheter tas tillvara.

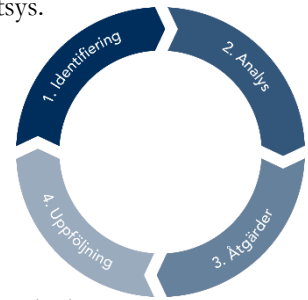
AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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. Egenkontroll kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Verksamheternas mål, aktiviteter och resultatmätt utgår från politiska strategier och strategiska inriktningar samt de politiska målen. Dessa dokumenteras i verksamhetsplaneringssystemet Stratsys.

För 2022 saknades en strategisk inriktning för Säker vård i Stratsys, varför aggregerade data från verksamhetsområdena inte är möjlig. Samtliga verksamheter arbetar dock med patientsäkerhetsmål kopplade till den nationella och regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet – Agera för säker vård. Under året har många aktiviteter genomförts. Förutom de politiska målen mål finns ett antal styrande lagar och författningar för verksamheterna att förhålla sig till. Det finns även planeringsförutsättningar som påverkat hur verksamhet har kunnat bedrivas. Några utmaningar under året har varit kompetensförsörjning och tillgång till slutenvårdsplatser.



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 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador öka kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsett. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioriteringar av insatser.



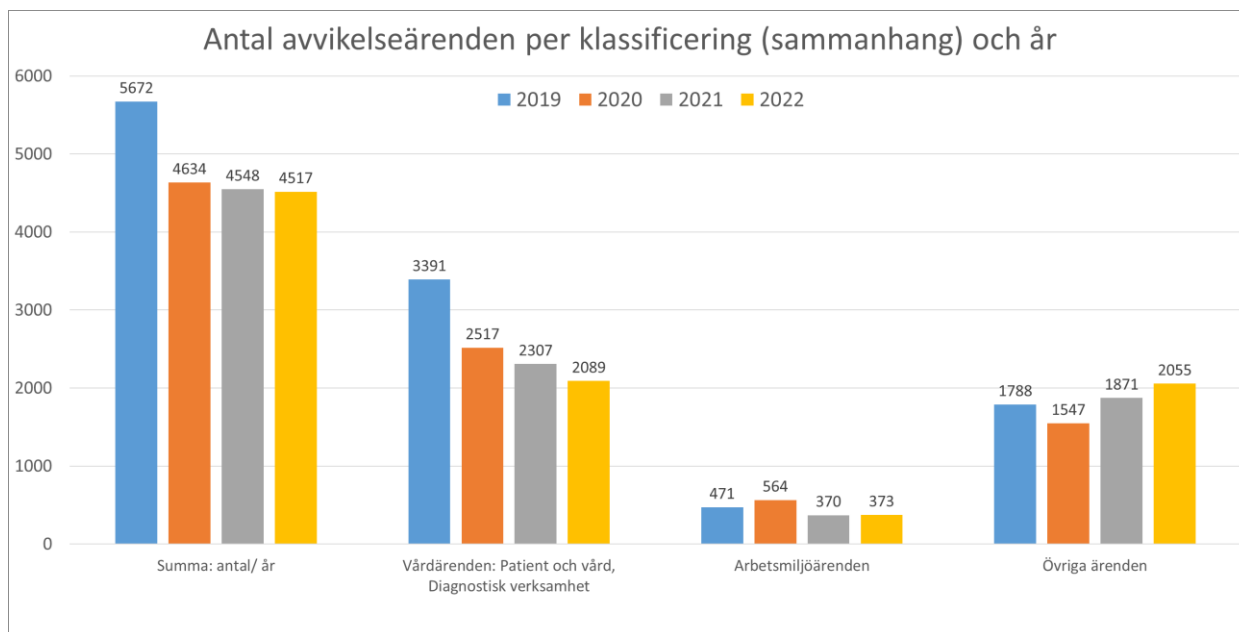
Har vården varit säker?

Regionen har upphandlat nytt avvikelshanteringssystem, men införandet har försenats då parterna inte varit överens om alla delar i avtalet. En ny tidsplan för införande är under framtagande.

Händelser som medfört eller hade kunnat medföra att en person (patient, anställd) skadats, har rapporterats in till och handlagts i befintligt avvikelshanteringssystem. En framgångsfaktor för att identifiera det som avviker är arbetssättet med Gröna korset som merparten av verksamheterna infört. Där sker bedömning av vilken typ av händelse som uppmärksammas och hur den ska hanteras. Förutom de händelser som registreras i avvikelshanteringssystemet, finns underlag till ökad kunskap via inkomna synpunkter och klagomål, via markörbaserad journalgranskning (MJG) och punktprevalensmätningar (PPM). Flertalet verksamheter är även anslutna till ett eller flera Nationella kvalitetsregister. Några verksamhetsområden har under 2022 startat upp egna förbättrings- och patientsäkerhetsteam där resultat från dessa mätningar hanteras.

Avvikelseärenden

Resultat: Det finns i nuvarande system mycket begränsade möjligheter till uttag av data. Till exempel kan uppgifter om identifierade orsaker och beslutade åtgärder inte hämtas, utan en stor manuell arbetsinsats. Det gör att en analys och ett lärande därav, är mycket begränsad i dagsläget.



Figur 1: Avvikelseärenden, antal per klassificering och år

Analys av resultat: Det totala antalet inrapporterade avvikelseärenden ligger stabilt jämfört med tidigare år, men antal vårdärenden minskar något, se figur 1. Antal arbetsmiljöärenden har legat oförändrat de senaste två åren efter toppnoteringen år 2020. Under kategori "Övrigt" ingår de ärenden där handläggaren inte registrerat något sammanhang (n=1 665) och det är även här störst ökning ses med en ökning av 125 ärenden jämfört med året innan. Att handläggaren inte registrerat något sammanhang innebär att ärendet är o-hanterat, inte har handlagts inom rekommenderat tidsintervall. Det kan till exempel orsakas av att handläggaren slutat utan att överföra sina o-avslutade ärenden till sin efterträdare. Sammanhang Service/ tjänst har också ökat från 53 ärenden 2021 till 129 ärenden 2022. Här ingår till exempel händelser relaterade till transporter och sjukresor. Under Övrigt finns även ärenden kategoriserade som Annat, Informations säkerhet/ IT/ Telefoni, Utrustning/ Produkt, Anläggning/ Fastighet, Fordon, Miljö, Kris- och katastrofmedicin samt Grundläggande säkerhet.

Åtgärd: Under året har de o-hanterade avvikelseärenden äldre än 31 dec 2019, granskats av Patientsäkerhetssamordnare. Ärenden med låg allvarlighetsgrad har avslutats med meddelande till rapportör att ärendet inte längre är möjligt att utreda då det passerat för lång tid. Ärenden med högre allvarlighetsgrad har överförts till aktuell verksamhets avvikelsekoordinator (AVK) för fortsatt hantering, till exempel byte till ny handläggare.

Hantering av negativa händelser och tillbud

Resultat: I samlingsbegreppet negativa händelser ingår avvikelsetyperna

- medfört skada/ vårdskada
- risk för allvarlig vårdskada och
- vårdskada.

I begreppet tillbud ingår Hade kunnat medföra skada/ vårdskada. "Hade kunnat ..." förklaras som att felhändelse är inledd, men avbruten och att det är denna startade men avbrutna felhändelsen som utreds. Sannolikhet för upprepning bedöms i en 4-gradig skala: 1=årligen, 2=månatligen, 3= veckovis och 4= dagligen. Allvarlighetsbedömnigen är mer komplex och består av flera parametrar, bland annat grad av effekt på drabbad person. Till exempel: 1= obetydlig skada, 2= övergående funktionsnedsättning, 3= bestående måttlig funktionsnedsättning och 4= kvarstående stor funktionsnedsättning. Se figur 2.

Negativ händelse		Sannolikhet				
		0	1	2	3	4
Allvarlighetsgrad	0	44	0	1	0	0
	1	7	198	101	56	8
	2	5	87	109	32	5
	3	0	14	42	27	0
	4	0	9	31	9	0

≥6: 146
Sa: 785

Tillbud		Sannolikhet				
		0	1	2	3	4
Allvarlighetsgrad	0	19	0	0	0	0
	1	2	227	150	72	2
	2	0	147	153	31	0
	3	0	49	29	16	0
	4	0	7	5	7	0

≥6: 88
Sa: 916

Figur 2: Sannolikhet x Allvarlighetsgrad fördelat på avvikelsetyperna negativ händelse och tillbud

Analys av resultat: Bedömning av ”allvarlighetsgrad” och ”sannolikhet för upprepning” görs av den handläggare som är tilldelad ärendet och registreras i en matris. Ett resultat ≥ 6 (markerat med gul färg i figur 2) innebär att en utökad utredning ska göras, till exempel med journalgranskning. När den utredningen är klar, kan chefläkare kontaktas för bedömning om ärendet ska utredas ytterligare och eventuella anmälas till Ivo. Gjorda bedömningar har tidigare kvalitetsgranskats innan avvikelsetypen avslutats, men den funktionaliteten togs bort 2018 i syfte att korta handläggningstiderna. I stickprovskontroller som utförts under året, ses att framför allt allvarlighetsgrad bedöms för högt. Det gör att siffrorna får ses som preliminära. I utredning av tillbud fås möjlighet att identifiera orsaker till att något gick bra, att felhändelse avbröts.

Åtgärd: Identifierade förbättringsområden vad gäller handläggning/ bedömningar tas med i utveckling av nästa system och i kommande utbildningsinsatser.

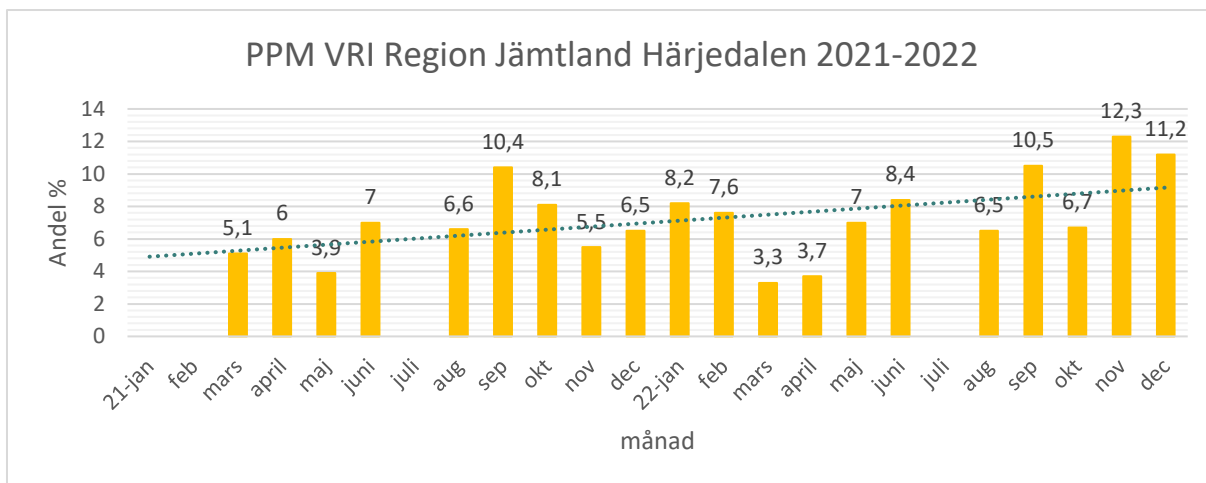
Nationella och regionala mätningar

Regionen deltar i de nationella PPM mätningarna och registrerar resultat i SKR:s databas ”Väntetider”. Patientsäkerhetsenheten/ Vårdhygien har under 2022 deltagit i arbetet med framtagande av egenkontroll i regionens verksamhetsplaneringssystem Stratsys, specifikt modulen för intern styrning och kontroll (ISK). Där kommer kontrollmomenten för vårdrelaterade infektioner (VRI), basala kläd- och hygienrutiner (BHK) och trycksår, att under februari 2023 besvaras av alla enhetschefer som bedriver hälso- sjukvård och tandvård. Utifrån resultatet på respektive kontrollmoment, gör verksamheterna en prioritering och tar fram förbättrande aktiviteter. Den vanligaste typen av vårdskada i Sverige är VRI som medför en ökad antibiotikaanvändning vilket ökar risken för utveckling av antibiotikaresistens. Genom att bland annat öka följsamheten till basala hygienrutiner kan VRI förebyggas och därigenom minskas utvecklingen av antibiotikaresistens, kostnaderna för vården samt lidande för patienter.

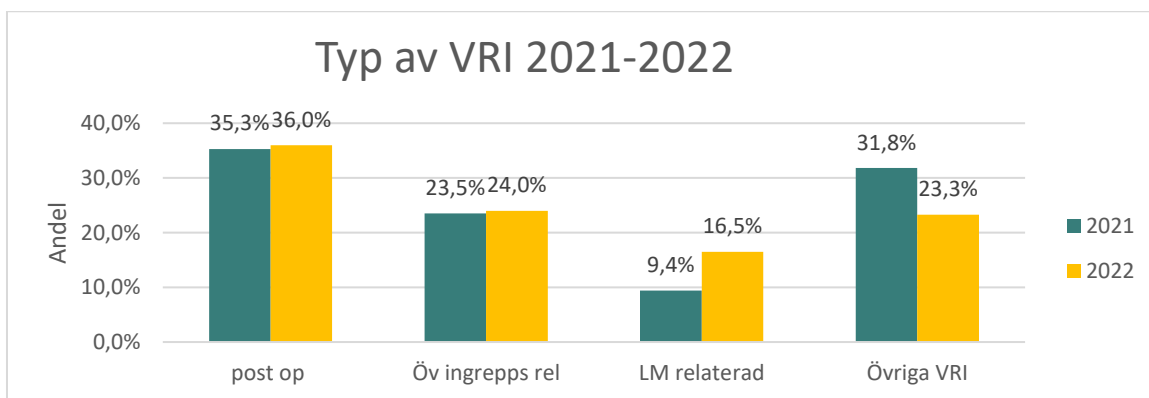
Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Mål: <5 procent VRI 2023

Resultat: Under 2022 har elva PPM mätningar utförts. Totalt observerades 1 757 patienter, av dessa drabbades 133 (7,6 procent) patienter av VRI. Under 2021 observerades 1 302 patienter, av dessa hade 85 (6,5 procent) VRI, se figur 3.



Figur 3: Förekomst, i procent, av VRI med trendlinje.



Figur 4: Fördelning av olika typer av VRI

Analys av resultat: Trendlinjen för förekomst av VRI ökar succesivt vilket kan bero på utlokaliserade patienter, färre vårdplatser och låg bemanning. För typ av infektion har andelen postoperativa infektioner ökat marginellt sedan 2021 liksom de infektioner som definieras som övriga ingreppsrelaterade. Nästan en dubbling har skett av läkemedelsrelaterade infektioner sedan 2021. Endast övriga vårdrelaterade infektionerna har minskat, se figur 4.

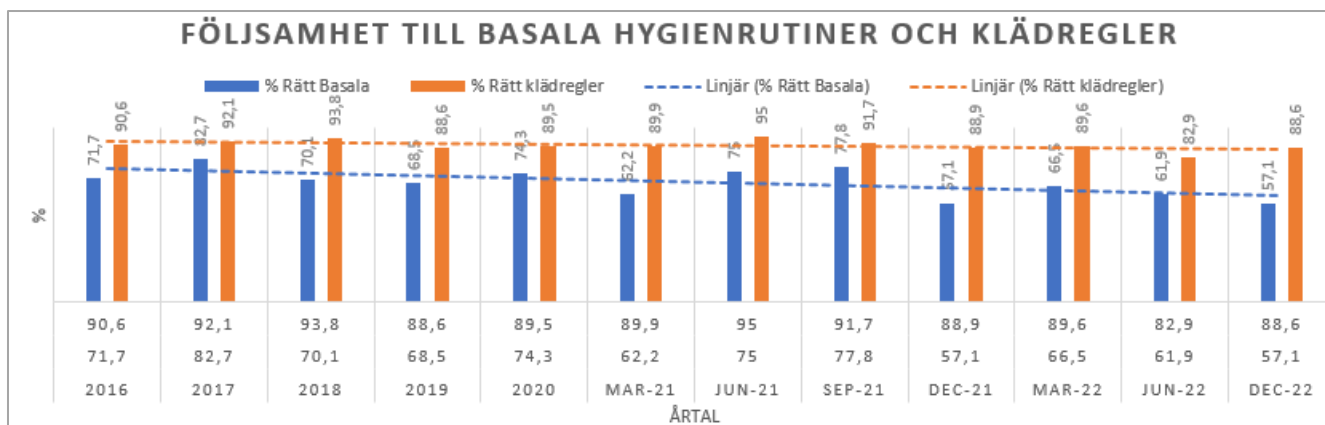
Åtgärd: Efter varje månadsmätning sammanställer Vårdhygien regionens totala resultat och sänder till alla verksamhetschefer. Vårdhygien har haft utbildning för ledningssjuksköterskor om vårdrelaterade infektioner och hur dessa kan förhindras. Framför allt poängteras följsamhet till basala hygienrutiner vid alla utbildningstillfällen för vårdpersonal.

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

PPM BHK genomförs fyra gånger/år sedan 2021. BHK mäts i åtta steg, fyra hygienrutiner och fyra klädregler.

Mål: 100 procent följsamhet till BHK

Resultat: Resultaten visar, se figur 5, generellt relativt låg följsamhet till basala hygienrutiner, som under 2021–2022 legat på 65,4 procent, målet är 100 procent. Följsamheten till klädregler under samma tidsperiod låg högre, 89,5 procent, båda trendlinjerna är i sjunkande.



Figur 5: Följsamhet till basal kläd-och hygienrutiner (BHK).

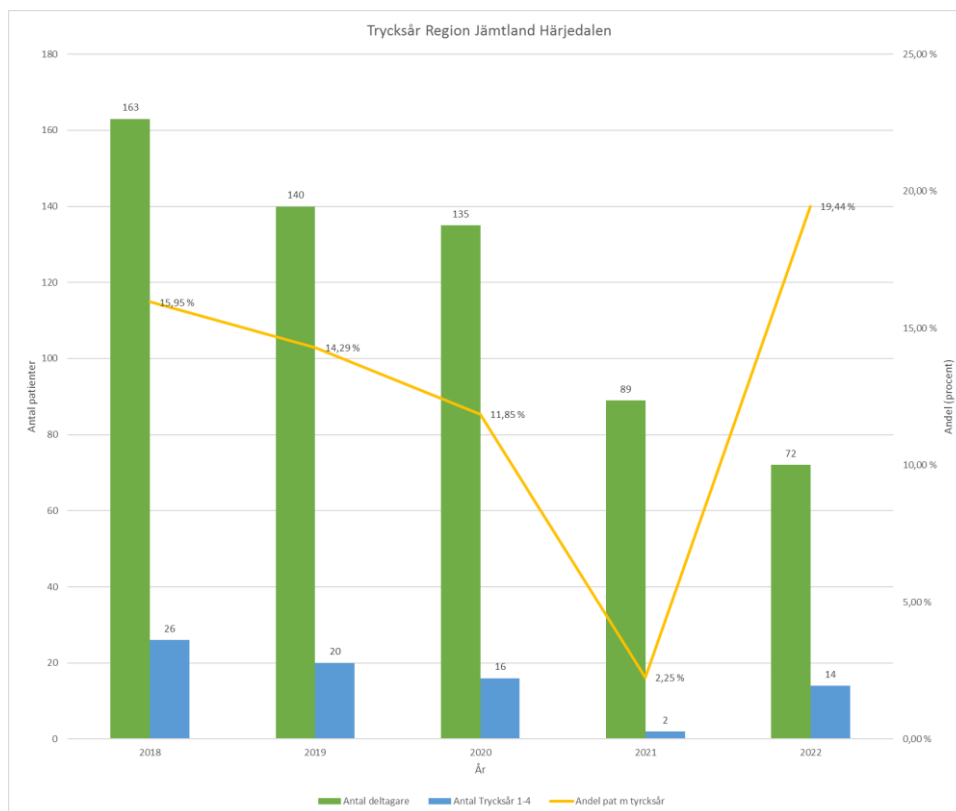
Analys av resultat: Deltagandet i mätningarna har varit ojämnt, trots beslut av HS ledning att samtliga enheter med patientkontakt ska utföra mätning fyra gånger/år.

Åtgärd: Att all vårdpersonal identifierar risksituationer och tar initiativ för att minska infektionsriskerna samt tillämpar basala hygienrutiner. Att verksamhetschef/ enhetschef ansvarar för att analys av enhetens resultat görs efter mätningarna och att dessas resultat används i förbättringsarbete i syfte att både öka följsamheten till BHK samt minska VRI. Att de kunskapsstöd som finns tillämpas, till exempel från Vårdhandboken. Att hela organisationen ser vårdrelaterade infektioner som oacceptabla.

Trycksår

Mål: Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada

Resultat: Under oktober genomfördes punktprevalensmätning (PPM) för trycksår. Verksamheternas deltagande minskar år för år och under 2022 inkluderades 72 patienter i mätningen. Nationellt ligger trycksår på 13,9 procent och i Region Jämtland Härjedalen 19,4 procent. Andelen riskpatienter bedömdes till 25 procent men endast 10 procent av patienterna hade en riskbedömning inom 24 timmar efter inskrivning. Sjukhusförvärvade trycksår beräknas till 11,3 procent i Region Jämtland Härjedalen. Trycksåren är av kategori 1–2 och inga i kategori 3–4 fångades i mätningen. I figur 6 finns data från 2018 till 2022.



Figur 6: Antal deltagare (patienter), antal med trycksår kategori 1–4 och andel patienter med trycksår.

Åtgärd: Regionalt tryckssårsprojekt.

Markörbaserad journalgranskning (MJG)

Resultat: Under 2022 har inga journalgranskningar utförts av patientsäkerhetsenheten.

Åtgärd: Utbildning av nya granskningsteam sker under vår/ försommar 2023 med uppstart av arbetet under hösten.

Anmälan till Ivo (lex Maria)

Resultat: Under 2022 har regionen anmält åtta ärenden till Inspektionen för vård och omsorg (Ivo). Flera utredningar startades sent på året och kommer anmälas i början på 2023. Som jämförelse anmälde regionen 17 ärenden under 2021.

Analys av resultat: En analys av de genomförda utredningarna visar att brister i dokumentation, kommunikation, organisation samt bristande/avsteg/tillgång gällande rutiner fortsatt är de främsta bakomliggande orsakerna. Förutom de vårdskadeutredningar som gjordes i samband med allvarliga händelser och som ledde till en anmälan gjordes ett flertal händelseanalyser där man efter utredningen inte kunde påvisa allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada. Dessa utredningar ledde ändå fram till många förbättringsåtgärder som implementerats i regionen. En generell brist är att händelseanalyser startas sent. Detta beror på en fördröjd rapportering. Många av förbättringsförslagen är inte tillräckligt effektiva och/ eller sprids inte i verksamheten vilket leder till att liknande händelser fortsätter inträffa. En annan brist är att åtgärder inte implementeras. Detta beror bland annat på resursbrist vilket leder till att förbättringsförslag inte kan genomföras.

Åtgärd: Utifrån inträffade händelser ger regionen ut fyra nyhetsbrev per år ”lär av lex Maria”. Syftet med dessa är att lära av det inträffade för att förhindra en återupprepning. Men också sprida de åtgärder som

vidtagits för att förhindra att samma sak inträffar igen. Dessa nyhetsbrev är de mest ”klickade” inläggen på interna webben.

Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF)

Till LÖF inkom under år 2022 totalt 299 anmälningar från Jämtland Härjedalen. Anmälningarna gäller all verksamhet (sjukhusvård, primärvård, psykiatri, FTV). Det är en ökning jämfört med föregående år, då antalet anmälningar var 260. I dagsläget är 65 anmälningar ersatta, 89 ej ersatta och resterande 145 under handläggning.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Samordnad individuell plan [SIP] nämns av flera verksamheter som ett viktigt verktyg för samverkan vid utskrivning av patienter från slutenvård. En lokal arbetsgrupp LAG utskrivning från sjukhus har i sitt uppdrag bidragit till att utskrivningsprocessen förbättrats vilket kan ha påverkat att andel vårdplatser belagda med utskrivningsklara patienter minskat under året. Det finns flera utmaningar i vårdens övergångar, patientmedverkan, informationsöverföring och läkemedelsinformation är några områden som kan brista vid utskrivningar och/eller överflyttningar till annan enhet eller klink. Samverkan både internt och externt underlättas med stöd av LINK, kommunikationsverktyg för samordnad vård- och omsorgsplanering mellan regionen och kommunerna, ökar förutsättningar för en säker informationsöverföring och därmed säkrare vård. Samverkan i arbete med *Trygg och säker hemma* stärker säker vård. Vid överrapporteringar där muntlig information om patient snabbt och effektivt behöver presenteras används kommunikationsstrukturen SBAR. Flera verksamheter ser att det behövs ett fortsatt arbete i samordning och informationsdelning vid vårdens övergångar. Här kan den nya lagen om sammanhållna vård- och omsorgsdokumentation (SFS 2022:913) vara till stöd mellan vårdgivare och omsorgsgivare som gagnar patienten, gör vården mera säker.

Läkemedel

Inom områden som rör läkemedelshanteringar har det under året varit fokus på narkotikahanteringen med informationsinsatser och ökad inrapportering av narkotikakontroller. Det har inneburit att centralt sakkunnigt stöd har kunnat rikta sina insatser och stöd till åtgärder till enheter med störst behov. Därutöver har ansvar och roller vid läkemedelshantering varit i prioriterat vid besök av läkemedelsenheten på områdesledning. Vidare har det skett en utökning av farmaceutiskt stöd, det vill säga att farmaceut är delaktig vid iordningsställande av läkemedel vid hemgång läkemedelsgenomgångar samt ser till att även sällanläkemedel finns på avdelningen. Ett arbete med att förbättra ordinationer och administrering av insulin har inletts. En pilotavdelning är igång sedan slutet av året. Under 2022 har extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen återupptagits efter att ha varit begränsat under pandemiåren. På grund av resursbrist och omprioriteringar kunde inte alla enheter besökas, men alla vårdavdelningar och läkemedelstunga mottagningar har prioriterats. För att resurserna bättre ska kunna täcka kommande år, har ett arbete med att införa uppföljning av vissa delar av läkemedelshantering via Stratsys påbörjats. Rutiner för ordination av vacciner av olika slag har tagits fram, tydliggörande om vem som får göra vad. Det gäller till exempel kikhostevaccin till gravida och HPV-vaccin till utökad åldersgrupp.

Ordinationsmallar med tydliga instruktioner för förskrivare, vid administrering och till patient. Implementerat elektronisk läkemedelslista på Brunflo hälsocentral för säkrare ordination vid administrering och överskådlighet av pågående läkemedelsbehandling. Under kommande år hoppas arbetet kunna spridas till övriga hälsocentraler i länet. Det har genomförts flertalet utbildningar om läkemedelshantering för läkare och sjuksköterskor under året. Läkemiddelskommittén har besökt samtliga, utom två, hälsocentraler för information och diskussion om kvalitetsmål och förskrivningsmönster.

Vårdgivarwebb

I samband med bland annat vårdskadeutredningar identifieras ofta bristande tillgänglighet till rutiner. Vårdpersonal upplever det svårt att söka fram relevant rutin när de behöver den. De privata utförarna anger också att det är svårt att hitta de regionrutiner de behöver tillgång till. Regionen har ett ledningssystem där rutindokument publiceras, men saknar en större, gemensam ”yta” där vårdinformation från flera olika publiceringsverktyg kan presenteras på ett samlat och strukturerat sätt, till exempel utifrån den nationella kunskapsstyrningens struktur med programområden. Under 2022 har en intranätförstudie genomförts och utifrån resultatet från den förstudien, har ett nytt projekt med framtagande av en vårdgivarwebb startat med kommunikationsenheten som ansvarig.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Är vården säker idag

Under året som gått har såväl slutenvården, som primärvården och tandvården haft bemanningsproblem. Vissa områden är stafettoberoende, när det gäller läkare är det framför allt inom psykiatri, rehabilitering och vissa medicinska specialiteter det finns behov av stafettläkare. På samma sätt är det inom primärvården. Inom tandvården förekommer inte stafettpersonal, men där råder generell brist på utbildad personal, vilket gör det svårt att bemanna. Regionen har idag bristfälliga schemasystem som inte stödjer att kompetens, medarbetares kompetens och kontinuitet kan vägas in vid bemanning/schemaläggning. Det utgör således en risk vad gäller säker vård och medför risk för att vårdskador uppstår. Vidare saknas system i regionen som gör att rekrytering av nya medarbetare inte sker utifrån verksamhetens behov och förutsättningar. I regionens personalbudget saknas utrymme som möjliggöra bemanning med hänsyn till patientsäkerhet.

Störningar hanteras på kort sikt på avstämningsmöten, till exempel daglig styrning, pulsmöten och Gröna korset möten.

Överbeläggningar, utlokaliserade och utskrivningsklara patienter

Såväl överbeläggningar, som utlokaliseringar innebär patientsäkerhetsrisker, varför det är viktigt att följa trenderna, och agera så att patienter i så stor utsträckning som möjligt vårdas på ett säkert sätt. Som framgår av tabell 2, så har Regionen haft något färre unika disponibla vårdplatser under 2022 jämfört med 2021. Antalet utlokaliserade patienter är lägre 2022 jämfört med föregående år. Däremot har antalet överbeläggningar ökat under 2022. Även andelen vårdplatser belagda med utskrivningsklara patienter är en faktor att beakta. En patient är utskrivningsklar när behandlande läkare bedömer att patienten inte längre är i behov av slutenvården. Andelen vårdplatser belagda med utskrivningsklara patienter har successivt minskat under året som gått, se tabell 2.

Tabell 2: Jämförelse mellan 2021 och 2022 för Region Jämtland Härjedalen (både somatisk och psykiatrisk vård)

	2021	2022
Antal unika disponibla vårdplatser	231	224
Antal utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser	6,09	3,24
Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser	4,61	6,4
Andel vårdplatser belagda med utskrivningsklara patienter	3,6 %	2,6%
Beläggningsgrad	89%	90%

Riskhantering

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

Som tidigare år genomförde områdena riskanalyser inför sommarperioden. Område kirurgi genomförde en riskanalys i samband med öppnande av ny vårdavdelning (KAVA).

I övrigt se punkt Informationssäkerhet.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

Avvikelser

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

Analys av avvikelseärenden i nuvarande systemstöd är begränsat till antal och sammanhang (ärendetyp). En mer omfattande analys är därför inte möjlig. Flera verksamheter kompenserar för denna brist genom att avvikelsekoordinatoren (AVK) samlar in och dokumenterar uppgifter om sina egna verksamheters avvikelseärenden. Verksamheternas behov av support i arbetet med avvikelshantering är fortsatt stort. Antal kontakter som tas via FBL Avvikelsesupport och/ eller via Patientsäkerhetssamordnare ligger stabilt på ca 750 per år (support via telefon registreras ej i nuläget). Det som efterfrågas är till exempel stöd i hantering av enskilda ärenden, felsökningar, behörighetsbeställning och introduktion till nya handläggare/ utredare. I dessa kontakter fås värdefulla insikter i hur olika handläggare/ utredare arbetar beroende på i vilken verksamhet de finns. Dessa erfarenheter tas med i arbetet med implementering av det nya systemet samt i förbättring av den regionövergripande avvikelseprocessen, i syfte att underlätta arbetet för användarna.

Klagomål och synpunkter

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

Resultat: Regionen anslöt sig till den nationella e-tjänsten för Synpunkter och Klagomål i mars 2022. Därefter har regionen sett en kraftig ökning av inkomna ärenden från fjolårets 55 ärenden till årets 1 013. Klagomål och synpunkter kan även inkomma från Ivo, via Patientnämnden och via brev/mejl adresserat till regionen eller direkt till berörd verksamhet, se figur 7. I figur 8 visas antal och andel ärenden per problemområde, klassificerade av patient/närstående.

Klagomål och Synpunkter	Antal ärenden	
	2021	2022
Till regionadress	50	34
Till 1177 e-tjänst	55	1 013
Till Patientnämnd	545	673
Via Ivo till diariet	saknas	52

Figur 7: Ärenden från Patient/närstående

Län	Jämtlands län	%GT	Antal anmälda ärenden
Problemområde	Antal anmälda ärenden		
Administrativ hantering	60		6,24%
Dokumentation och sekretess	44		4,58%
Ekonomi	38		3,95%
Kommunikation	211		21,96%
Bemötande	39		4,06%
Delaktig	18		1,87%
Information	170		17,69%
Samtycke	2		0,21%
Resultat	38		3,95%
Tillgänglighet	175		18,21%
Tillgänglighet till vården	126		13,11%
Väntetider i vården	69		7,18%
Vård och behandling	301		31,32%
Behandling	81		8,43%
Diagnos	15		1,56%
Läkemedel	108		11,24%
Ny medicinsk bedömning	17		1,77%
Omvårdnad	6		0,62%
Undersökning/bedömning	124		12,90%
Vårdansvar och organisation	32		3,33%
Övrigt	311		32,36%

Figur 8: Av patient/närstående klassificerade ärenden per problemområde

Analys av resultat: I resultat presenterat via Ineras statistiktjänst ingår patient/närståendes klassificering. Där ses att de vanligast förekommande ärendena är brister i information (n=170), bristande tillgänglighet till vård (n= 126), brister i undersökning/ bedömning (n=124) samt brister gällande läkemedel (n=108).

Åtgärd: Ineras Statistiktjänst har inväntat beslut från Regiondirektörernas nätverk, gällande vilka parametrar som ska göras offentliga och vilka som ska lösenordskyddas. Sjukvårdsregion och Patientnämnd har under året fått tillgång till Ineras dashboard, men några buggar har gjort att resultatet ännu inte har skickats ut till verksamhetsområdena. Detta arbete fortsätter under 2023.

Resultat (ärendekategorisering, ledtider med mera) från klagomålsärenden som rapporteras in via 1177 e-tjänsten, sammanställs av Ineras statistiktjänst och visas i realtid på en Power BI. Patientsäkerhetsenheten, Patientnämnden och teknisk förvaltare på utvecklings- och digitaliseringsenheten (UD) har fått tillgång till denna dashboard. Det har identifierats några buggar som ska åtgärdas, men därefter ska sammanställningar av inkomna synpunkter och klagomål distribueras ut till verksamhetsområdena. Det finns några enheter i regionen som ännu inte anslutit sig till e-tjänsten, men som eventuellt bör göra det under kommande år då våra erfarenheter hittills visar att både patienter och närstående gärna använder tjänsten.

Den kraftiga ökningen av ärenden som kommer in via e-tjänst gör dock att de varit svårt att hantera dem på ett strukturerat sätt. Det är även många olika intressenter involverade i klagomålshanteringsprocessen, det saknas idag en sammanhållande enhet, en processägare samt en verksamhetsförvaltning (IT förvaltare finns). Det är Patientsäkerhetsenhetens förhoppning att de uppdragen tilldelas oss. Steg två i införandet av 1177s e-tjänst Synpunkter och Klagomål, finns ett inriktningsbeslut från hälso- och sjukvårdsledningen att fortsätta arbeta för en integration mellan Inera och det nya avvikelshanteringssystemet. Den integrationen kommer sannolikt underlätta hantering av Klagomålsärendena.

Patientnämnden

Patientnämndens årliga rapport visar att antalet anmälda klagomål och synpunkter ökade under 2022. Under 2022 tog patientnämnden emot 637 ärenden, vilket är en ökning med närmare 20 procent jämfört med förra året, då 545 ärenden inkom. I början av mars 2022 infördes tjänsten Synpunkter och klagomål på 1177.se. Efter att den nya tjänsten lanserades ses en kraftig ökning av synpunkter som lämnas digitalt via 1177.se. Patientnämnden skriver att ca en tredjedel av de ärenden de registrerar sker via den digitala tjänsten. Ökningen av inkomna synpunkter och klagomål till patientnämnden under 2022 kan med största sannolikhet förklaras av införandet av tjänsten Synpunkter och klagomål på 1177.se. Det är uppenbart att den digitala kontaktvägen sänker tröskeln för medborgare att delge sina erfarenheter av vården, och att det upplevs smidigt och lättillgängligt, snarare än att ”vården blivit sämre”.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Pandemiåren har för regionen varit en övning i flexibilitet och omställning utifrån behov avseende smittskydd, patientflöden, personalbrist och inhämtande av ny kunskap. Det är viktiga lärdomar inför framtiden.

För att uppnå en god patientsäkerhet och god arbetsmiljö under såväl förväntade som oväntade förhållanden krävs långsiktig planering för en säker vård. En förutsättning för det är ständig beredskap för att hantera olika typer av risksituationer som kan uppstå i vården. Pandemin har medfört ökad riskmedvetenhet och förmåga att snabbt kunna agera på förändrade förhållanden och det kräver en stor flexibilitet för våra medarbetare men även för regionens beslutsfattare. Kompetensförsörjning är och kommer fortsatt vara det mest angelägna området att arbeta vidare med. Kompetensförsörjning med rätt kompetens är en förutsättning för en säker vård, där flera områden uttrycker oro över utvecklingen och framtiden. Att arbeta aktivt med frågan och följa utvecklingen är viktigt för en beredskap för säker vård. Ur säkerhetsynpunkt är kompetensförsörjningen kritisk och ett ständigt arbete behövs för att upprätthålla kompetens. Det så kallade organisatoriska minnet blir sämre och vi blir än mer sårbara och beroende av att ha rutiner och riktlinjer som beskriver hur vi ska agera. Stärka beredskap genom träning, simulering och kompetensutveckling är områden som kommer ske via KTC. Framtidens sjukvård kommer att vara ännu mer tekniskt utvecklad och patientens delaktighet kommer (och behöver) öka.

Avbrottsplanering

De centrala reservrutinerna, de så kallade Blå pärmarna, skickades ut till verksamheterna under året. Flera verksamheter har kompletterat med lokala rutiner, men några kommer fortsätta under 2023.

Läkemedelsförsörjning

Avvikelse rapporter används kontinuerligt i arbetet med att stärka säker läkemedelshandling, rutiner, informationsträffar och utbildning. Läkemedelsenheten har utifrån regeringsdirektiv behövt arbete med ökat beredskapsförråd och robusthet under hösten. Det är ett komplext arbete som kommer att fortgå under kommande år. Under året har antal restnoterade läkemedel ökat med ca 50 procent jämfört med

föregående år. Det har inneburit merarbete för förskrivarna. Centralt har läkemedelsenheten försökt ge stöd i utbytesalternativ och centrala licensmotiveringar. Ett arbete som tar mer och mer resurser.

Materialförsörjning

Inköp- och upphandlingsenheten samt hjälpmedels- och förrådsenheten har identifierat ökande leveransproblem från både tillverkare och distributörer av förbrukningsartiklar. Det finns förstås många orsaker till detta, varav krig i Europa, höga energi- och transportkostnader är några. Övergången till det nya regelverket för medicintekniska produkter, MDR är ytterligare en orsak. Där ses att flera artiklar utgår på grund av att det inte är relevant med att ansöka om ny märkning enligt de nya reglerna eller att det ligger artiklar i kö för godkännande. Det finns även vissa förändringar i beställningsmönster från verksamheterna, och i kombination med leveransproblemen kommer det bli än viktigare med följsamhet till beställningsrutiner. Under 2022 initierades ett projekt – Arena för materialförsörjning inom region JH- som startat upp med aktiviteter för att identifiera kritiska förbrukningsartiklar (på avtal). I det arbetet kommer alla verksamhetsområden att på något sätt bli involverade under kommande år.

Vårdhygieniskt arbete

Nationell arbetsgrupp för vårdhygien (NAG vårdhygien) har utarbetat en vägledning för vårdhygien. Vägledningen visar hur svensk vård och omsorg kan uppfylla de krav som berör det vårdhygieniska området i de befintliga författningar som rör hälso- och sjukvården och i delar även omsorgen. Vägledningen visar på åtta områden som är viktiga förutsättningar i arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner. Regionen behöver förstärka insatser i flera av områdena.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Patientsäkerhetsarbetet är långsiktigt och kräver uthållighet. Bedömningen är att fortsatt arbete med de största vårdskadeområdena är nödvändigt men att fokus behöver öka på "Säker Vård" i enlighet med den nationella och regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, se tabell 3.

Tabell 3.Mål och aktiviteter i de fem fokusområdena.

Fokusområde	Mål	Aktivitet
1. Öka kunskap om inträffade vårdskador	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ökad resiliens genom lärande och spridning av inträffade händelser ➤ Lärande och spridning av ”nära händelser” 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Införande av nytt avvikelshanteringssystem ➤ Publicera ”Lär av lex Succé”
2. Tillförlitliga system och processer	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Minimera antal avbrott i analysprocesserna ➤ Förbättra väntetider och tillgänglighet ➤ Digitalt stöd och digital utveckling ➤ Utveckla samverkan, internt och externt 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Produktions- och kapacitetsplanering ➤ Utökad digital teknik (ex. videomöten, egenmonitorering) ➤ Vidareutveckla LSG patientsäkerhet ex gemensamma analyser av nuläge och risker, stödja i gapanalyser och införande av nya PSV

Fokusområde	Mål	Aktivitet
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Omställning till "Nära vård" 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ I samverkan med invånare förändra förhållningssätt samt organisationsförändring
3. Säker vård här och nu	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kompetensförsörjning ➤ Minska vårdrelaterade infektioner ➤ Ökad patientdelaktighet ➤ Minska utlokaliserade patienter och överbeläggningar 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rekrytering/fortbildning/utbildning ➤ Utbildning och temaveckor. ➤ Diskussion om införande av system för infektionsövervakning ➤ Beslut om att återuppta STRAMA-grupp ➤ Alla patienter ska vid hemgång från sjukhuset få ett utskrivningsbesked ➤ Öka antalet vårdplatser utifrån behov
4. Stärka analys, lärande och utveckling	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utifrån data gällande avvikelser, klagomål, händelser etc. göra analyser inför förbättringar ➤ Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) ska öka och överstiga målvärdet (4) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementera patientsäkerhets-/förbättringsteam inom alla områden ➤ Använda "Säkerhetskulturtrappan från A till E"
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Träning av både tekniska och icke tekniska färdigheter ➤ Ökade möjligheter till utbildning på KTC 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Genomföra relevanta utbildningar för respektive yrkeskategori ➤ Ta fram en utvecklingsplan och uppdragsbeskrivning för KTC

Ytterligare mål och utmaningar 2023

Kring processer som styr specifika utredningar eller patientflöden, Nationella programområden (NPO) och SVF, saknas idag samverkan för att förebygga vårdskada, vilket gör att det finns risk för undanträngningseffekter som kan äventyra en säker vård. Här finns behov av att hitta bra sätt att göra prioriteringar över områdesgränser (horisontella prioriteringar).

I arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner är tillgång till vårdhygienisk expertis ett grundläggande behov. Regionen behöver fortsatt arbeta med att säkerställa tillgång till Vårdhygienläkare. Regionen saknar även ett system för kontinuerlig övervakning av vårdrelaterade infektioner.

Införandet av en kvalitets- och patientsäkerhetsmodul i Stratsys ökar möjligheter till kontroll av regionens pågående arbete för säker vård. För att modulen ska vara ett bra och effektivt arbetsinstrument krävs fortsatt arbete med integrering i verksamhetsplanen.

Behoven av förbättringar i det omvårdnadspreventiva arbetet behöver lyftas fram. En handlings-/aktivitetsplan för omvårdnadsarbetet kommer att upprättas för att tydliggöra behov, strukturera arbetsinsatser och möjliggöra prioritering av insatser.

I verksamheterna pågår många aktiviteter för ökad säkerhet vid vård, behandlingar och införande av nya processer. Det arbetet behöver fortsätta under 2023 för att minska antal vårdskador och risken för vårdskador. Arbetet behöver bedrivas på makro-, meso- och mikronivå i samtliga delar av regionala handlingsplanen.