

Patientsäkerhetsberättelse 2024

Region Jämtland Härjedalen



Innehållsförteckning

Inledning	3
Sammanfattning	4
Grundläggande förutsättningar för säker vård	7
Engagerad ledning och tydlig styrning	7
En god säkerhetskultur	16
Adekvat kunskap och kompetens	19
Patienten som medskapare	22
Agera för säker vård - fem fokusområden	29
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	29
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	35
Säker vård här och nu.....	40
Stärka analys, lärande och utveckling.....	43
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	47
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	50

Inledning

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.

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. Uppdatering av den nationella handlingsplanen kommer innan sommaren 2025, vilket innebär att den regionala handlingsplanen behöver ses över och uppdateras under hösten 2025.

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 ett målområde i verksamhetsplan, 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

För att stärka säkerhetskulturen inom hälso- och sjukvården är en öppen och stödjande arbetsmiljö där anställda känner sig trygga att rapportera händelser och diskutera säkerhetsfrågor avgörande. Centrala verktyg som "Gröna korset" används för att identifiera och hantera patientrisker genom dagliga samtal och temaveckor som fokuserar på specifika säkerhetsfrågor, såsom läkemedelshanterin och arbetsmiljö.

Tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Det har inte funnits budgetutrymme under 2024 för regionövergripande studiemedel. 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.

Patientens och närståendes delaktighet.

Patienterna har den mest relevanta kunskapen om sin egen hälsa och deras aktiva involvering kan leda till bättre behandlingsupplevelser. E-tjänster gör att patienter kan sköta vissa av sina vårdärenden själva, en tjänst som kan användas dygnet runt. Verksamheterna betonar att en välfungerande klagomålshantering är en grundläggande del av arbetet med patientsäkerhet och att det är viktigt för att skapa en lärande kultur inom vården. Patientnämnden rapporterar att ärenden hos dem efterfrågas av verksamheter i förbättringsarbeten och beslutsunderlag.

Handlingsplanens fokusområden:

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Det totala antalet inrapporterade avvikelseärenden fortsätter öka. Allt fler vårdärenden rapporteras, en ökning med 14 procent sedan föregående år, men även inrapporterade arbetsmiljöärenden har ökat med drygt 7 procent. Verksamheterna beskriver brister i läkemedelsprocessen

och brister i kommunikation mellan verksamheter.

Tillförlitliga och säkra system och processer

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

Säker vård här och nu

Inom verksamheterna sammanfattas utmaningar och framsteg, med fokus på patientflöde, resursförvaltning och säkerhet. Det framkommer att flera verksamheter har lyckats minska antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter genom att upprätthålla ett stabilt antal vårdplatser och öka antalet tillgängliga sängar. Trots dessa framsteg kvarstår problem, särskilt med patienter som är utskrivningsklara men inte kan lämna sjukhuset på grund av brist på korttidsboenden eller behov av fortsatt hemsjukvård. Detta bidrar till att patienter stannar längre än nödvändigt, vilket i sin tur påverkar både patientsäkerheten och arbetsmiljön för vårdpersonalen.

Stärka analys, lärande och utveckling

De anmälningar Regionen gör enligt lex Maria tillsammans med riktade journalgranskningar hjälper oss att få en ökad förståelse för hur patientsäkerheten ser ut, vilka orsaker som finns bakom vårdskador och vilka faktorer som påverkar patientsäkerheten. Handlingsplaner som upprättats vid så kallade händelseanalyser följs upp efter sex till åtta månader, med syfte att se om föreslagna åtgärder fått effekt. Via nätverk för händelseanalysledare sprids goda exempel från genomförda analyser. Fler sådana forum behövs för att sprida lärande.

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 säkerhetssynpunkt är kompetensförsörjningen kritisk och ett ständigt arbete pågår för att upprätthålla kompetens. Det pågår arbete med att identifiera och hantera risker inom vården genom analys och utvärdering. Fokus ligger på att utveckla rutiner för att förebygga vårdskador och att kontinuerligt övervaka kvalitetsdata.

Utmaningar 2025

Patientsäkerhetsarbetet är långsiktigt och kräver uthållighet. Verksamheternas patientsäkerhetsberättelser visar att det pågår många aktiviteter för ökad säkerhet vid vård, behandlingar, etablera strukturerade arbetssätt och metoder för att hantera negativa händelser och risker. Utmaningar finns i att förbättra tillgänglighet för patienterna och samtidigt brottas verksamheterna med personalrekrytering och kompetensförsörjning. Vägar framåt beskrivs i termer som att öka användning av digital teknik för att stödja vårdprocesser och förbättra patientflöden. Det arbetet behöver fortsätta under 2025 för att minska antal vårdskador och risken för vårdskador mot det övergripande målet att ingen patient i Region Jämtland Härjedalen ska behöva drabbas av vårdskada. Arbetet behöver bedrivas på makro-, meso-, mikro- och individnivå i samtliga delar av regionala handlingsplanen för säker vård

Patientsäkerhetsberättelser från respektive verksamhetsområde innehåller en detaljnivå som

inte kan åskådliggöras på regionövergripande nivå.

Grundläggande förutsättningar för säker vård

Nedan beskrivs mål och 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

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

2018 fick Socialstyrelsen ett regeringsuppdrag att ta fram en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Handlingsplanen Agera för säker vård publicerades i februari 2020 och gäller fram till och med 2024. Det pågår en uppdatering av den nationella handlingsplanen som beräknas vara klar innan sommaren 2025. Den kommer att vara vägledande för uppdatering av den regionala handlingsplanen. 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 2024 utvecklat vissa delar i kvalitets- och patientsäkerhetsmodul i Stratsys för att underlätta det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Checklista för strålskydd har utarbetats under 2024, ytterligare ett sätt att stärka det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. För att modulen ska vara ett bra och effektivt stöd krävs fortsatt arbete med integrering i den politiskt beslutade verksamhetsplanen.

Under 2024 har Vårdhygien presenterat "Vägledning för vårdhygieniskt arbete" för politik, hälsosjukvårdsdirektör samt hälso- och sjukvårdsledningen. Vägledningen är ett kunskapsstöd framtaget av NAG Vårdhygien. God vårdhygien är en avgörande del av god patientsäkerhet. Kunskapsstödet vägleder huvudmän och vårdgivare i deras agerande för att skapa god vårdhygien inom det övergripande arbetet med patientsäkerhet. Syftet med vägledningen är att utveckla och vägleda det vårdhygieniska arbetet på alla nivåer för att uppnå en kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård och omsorg av hög kvalitet.

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 med-

arbete är andra exempel på ledning och styrning som kan göra vården säkrare. Patientsäkerhet handlar ytterst om att införliva ett förhållningssätt i hela hälso- och sjukvårdssystemet; en säkerhetskultur.

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

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 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. Under 2024 har enheten påbörjat ett förändringsarbete kring ett mera strategiskt arbetssätt med syfte att stödja verksamheterna i arbetet med säker vård genom deltagande i återkommande ledningsgrupper. Struktur och arbetsformer är under utveckling. 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.

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

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

Region Jämtland Härjedalen ingår i det nationella systemet för Kunskapsstyrning. Patientsäkerhetsamordnare ingår som representant från norra sjukvårdsregionen i Nationell samverkansgrupp patientsäkerhet (NSG). Vidare genom 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 regionen och kommuner är representerade med relevanta funktioner. Under 2024 har fortsatt arbete skett i LSG korrekt läkemedel och LSG till sjukhus, samt i två arbetsgrupper (AG) avvikelser i vårdens övergångar och robusthet läkemedel. Grupperingarna är bestyckade med personer får såväl primärvård som sekundärvård.

I verksamheterna redovisas flera exempel på samverkan för att förebygga vårdskador. Olika enheter inom hälso- och sjukvården arbetar tillsammans genom regelbundna möten och forum, såsom LPO Akut och trauma råd, för att säkerställa smidiga patienter övergångar mellan vårdnivåer. Samarbete med externa aktörer, inklusive primärvård och kommunala verksamheter, betonas för att hantera komplexa vårdbehov. Initiativ för att involvera patienter och deras familjer i vårdplanering, genom exempelvis kontaktpersoner och samordnad individuell vårdplan (SIP), syftar till att skapa mer skraddarsydd och tillgänglig vård. Användningen av digitala verktyg som LINK för planering och informationsöverföring har visat sig vara effektivt. Fortlöpande utbildning av personal inom olika områden, inklusive medicin och palliativ vård, är en prioritet för att säkerställa att vårdpersonal har den kompetens som krävs för att hantera patienternas behov effektivt och förebygga vårdskador. Regelbundna utvärderingar av vårdprocesser, rutiner och samarbetsgrupper syftar till att identifiera förbättringsområden och främja en kultur av ansvarighet och lärande inom vården. Betydelsen av tydlig och effektiv kommunikation mellan olika vårdnivåer lyfts fram, med fokus på att minimera missförstånd och säkerställa att information om patienter överförs korrekt.

Handlingsplanen Omvårdnad

2024 påbörjades arbetet med den regionövergripande handlingsplanen för omvårdnad. Handlingsplanen sträcker sig mellan 2024–2026. Under 2024 har delar med uppsatta mål påbörjats och i vissa fall kommit på plats, bland annat inom trycksårsprojektet.

Syftet med handlingsplanen är att tydliggöra kvalitet inom omvårdnad genom att skapa systematiska och strukturerade processer för att kontinuerligt utveckla och säkra kvaliteten i enlighet med SOSFS 2011:9. I handlingsplanen finns fem strategiska mål som långsiktigt speglar inriktningen för omvårdnads kvalitetsarbetet i regionen. Målen är kopplad till den omvårdnadsmodell som upprättades som ramverk. Modellen tydliggör de fokusområden som arbetet skall omfatta för att säkerställa kvalitetsutveckling på systemnivå samt möta regionens behov av utveckling.

Trycksårsprojektet startade hösten 2023 och har pågått under hela 2024. Projektet genomförs som pilot för övriga vårdskadepreventionsområden. Arbetet inkluderar även att arbeta fram en

struktur för kvalitetsutveckling på systemnivå som kommer appliceras på fler områden inom omvårdnad. Processbeskrivning pågår och beräknas klar 2025. Del 1 av trycksårsprojektet avslutas 25-02-28. En del 2 av projektet är godkänt för att anpassa innehåll till de specialistavdelningar som inte ingick i del 1 och beräknas starta 25-03-01.

Visualisering av omvårdnadsindikatorer i realtid pågår. I trycksårsprojektet har både rapport för utdata från Cosmic skapats samt frågor i Insight för daglig styrning. Arbetet kommer fortgå under 2025.

Under våren 2024 godkändes förslaget i Hälso- och sjukvårdsledningen (HSL) om att upprätta hälso- och sjukvårdsövergripande funktionsuppdrag inom vårdskadepreventionsområden inom omvårdnad. Beslutade områden är trycksår, undernäring, fall, blåsöverfyllnad och nedsatt munhälsa. Arbetet med implementering av dessa uppdrag sker i LAG omvårdnad.

LAG Omvårdnad arbetar på uppdrag av verksamheterna, ärenden via Lokal samverkansgrupp patientsäkerhet (LSG) och Hälso- och sjukvårdsledningen (HSL) samt utifrån regional- och nationella satsningar, nyheter och implementeringar. Syftet med LAG Omvårdnad är att initiera och systematiskt samordna och utveckla omvårdnad inom Region Jämtland Härjedalen, ordförande och sammankallande är Chefsjuksköterska. Målet är att patienterna i Region Jämtland Härjedalen ska få en god, säker och jämlik vård baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Arbetet ska utveckla omvårdnad med patienten i fokus och medskapare. Arbetet ska också genomsyras av hög patientsäkerhet där arbetet både sker preventivt för att eliminera undvikbara skador och reaktivt där lärdom och kunskap av händelser leder till utveckling och förändrade arbetssätt i verksamheten. Arbetet ska också ske i samarbetet med kommunerna för att förbättra och stärka vårdens övergångar och se till hela vårdkedjan. Arbetet ska integreras med Kunskapsstyrning, kontinuerligt följas upp och systematiskt utvärderas. Under 2024 har fokusområde inom LAG Omvårdnad varit trycksårsprojektet var syfte är att implementera Purpose-T. Arbetet innebär förändrade arbetssätt med riskbedömning och kontinuerlig uppföljning via process och resultat indikatorer som identifierats för arbetet. Under 2024 togs det beslut om att förändra "sjuksköterskans första år" till "kliniskt bas år". Under 2025 planerar LAG omvårdnad att revidera uppdragsbeskrivningen för att ytterligare fokusera på både säkerhet men framförallt kvalitet. Beslut kring att införa hälso- och sjukvårdsövergripande funktionsuppdrag inom de vårdpreventiva områdena kommer att präglade arbetet under 2025.

Inom regionen har verksamheternas ledningssjuksköterskorna ett nätverk för samverkan och erfarenhetsutbyte. Nätverket leds av chefsjuksköterska samt patientsäkerhetssamordnare och fungerar också som referensgrupp till LAG Omvårdnad. Fokus vid nätverksträffarna under 2024 har varit samverkan kring pågående trycksårsprojekt, ledarskap för omvårdnad där gäster bjöds in, bland annat sakkunnig från Svensk Sjuksköterskeförening. Under hösten genomfördes workshop med "Färdplan 2030", vid detta tillfälle riktades inbjudan till alla sjuksköterskor från regionen, 50 sjuksköterskor med representation från alla divisioner deltog. Fokus på omvårdnadsforskning var temat för 2024 sista nätverksträff som genomfördes tillsammans med FOU, samt två sjuksköterskor och en röntgensjuksköterska som presenterade sin väg till forskning som ett sätt att inspirerar fler till att söka medel till kurser, konferenser eller forskning.

Vårdhygien har under 2024 samverkat regionalt, lokalt samt på nationell nivå, där ett samarbete skett med bland annat Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen samt Arbetsmiljöverket. Vårdhygien ingår i STRAMA gruppen.

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 startade 2023 ett arbete "frisk i förskolan" ihop med BVC där även 1177, miljö- och

hälsa, rektorer och pedagoger inom förskolan är med. Detta för att tillsammans skapa en bättre plattform där information kan delas och det kommer ske på vårdgivarwebben. Information ska vara lätt att hitta och stämma överens med smitta i förskolan och 1177, här pågår träffar inom arbetsgruppen och kommer fortlöpa under 2025.

Arbete pågår med den nationella elimineringsplanen för hepatit C där vi i samarbete med infektion nu har informerat verksamheter inom sjukvården under 2024 med en föreläsning om blodsmittor, 13 enheter har fått föreläsningen. Arbetet fortsätter under 2025 och tanken är även att komma ut till vissa externa verksamheter.

Under 2024 har vårdgivarwebben lanserats och sidan kommer fortsätta utvecklas under 2025. STRAMA-gruppen är återinförd och ordförande är verksamhetschef för infektion, smittskydd har två representanter.

Fortlöpande stöd och nära samarbete med vaccinationsenheten och vaccinationssamordnaren i arbetet med planering av fortsatta nationella vaccinationsinsatser. Samverkan och stöd till laboratoriemedicin för kontinuitetsplanering.

Smittskyddsgruppen har varit representerad på nationella möten och arrangerat ett regionalt möte med smittskyddsgrupperna i de norra regionerna.

Under 2024 har nätverket för verksamhetsutvecklare träffats vid fyra tillfällen där innehållet bland annat berör patientsäkerhet, kvalitetsarbete och implementering. Nätverket för händelseanalysledare har träffats två gånger per termin under 2024. I träffarna har erfarenheter av utredningsarbete delats, vilket stöd erbjuds personal vid allvarliga händelser, hur kan vi komma igång snabbare med utredningar och vad behöver en utredning innehålla, är exempel på områden som diskuterats.

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

Informationssäkerhet

Uppföljningar och revisioner av informationssäkerheten

Uppföljning inom området informationssäkerhet genomförs fortlöpande i enlighet med den process för internkontroll som finns upprättad. De områden där man identifierat förbättringspotential omsätts till risker och hanteras i enlighet med nuvarande riskprocess.

Risikanalys – förebyggande arbete

































Sedan 2023 har man börjat införa ett nytt ledningssystem för informationssäkerhet där riskramverket och hur Region Jämtland Härjedalen ska arbeta mer strukturerat med risker finns med. Detta arbete är pågående. Den ökade hotbilden utifrån det rådande världsläget innebär att Region Jämtland Härjedalen stärker riskarbetet och för att sänka de risker som har identifierats inom området.


























Större förbättringsåtgärder kopplade till informationssäkerheten

Under året har man fortsatt arbeta med att strukturera om hur organisationen arbetar med informationssäkerhet. En ny informationssäkerhetsutbildning lanserades och en översyn av säkerhetsorganisationen är pågående.

Strålskydd

Checklistefråga	Svar, Antal 2024	Kommentar 2024
-----------------	------------------	----------------

Checklistefråga	Svar, Antal 2024	Kommentar 2024
Ledningssystem	 Ja 32 (st)	
	 Nej 4 (st)	
	 Ej svarat 3 (st)	
Radiologisk ledningsfunktion	 Ja 33 (st)	
	 Nej 1 (st)	
	 Ej svarat 4 (st)	
Modalitetsansvarig	 Ja 29 (st)	
	 Nej 3 (st)	
	 Ej svarat 5 (st)	
Metodbeskrivningar, undersökningar	 Ja 28 (st)	
	 Nej 1 (st)	
	 Ej svarat 5 (st)	
Metodbeskrivningar, terapier	 Ja 2 (st)	
Rolltilldelning kompetensportalen	 Ja 31 (st)	
	 Nej 1 (st)	
	 Ej svarat 7 (st)	
Introduktionsprogram	 Ja 31 (st)	
	 Nej 3 (st)	
	 Ej svarat 5 (st)	
Avvikelser	 Ja 32 (st)	
	 Ej svarat 6 (st)	
Hyrpersonal	 Ja 19 (st)	
	 Nej 10 (st)	
	 Ej svarat 8 (st)	
Handhavandebildning	 Ja 29 (st)	
	 Nej 3 (st)	
	 Ej svarat 6 (st)	
Strålskyddsutbildning	 Ja 32 (st)	
	 Nej 1 (st)	
	 Ej svarat 6 (st)	
Utbildning Chef	 Ja 24 (st)	
	 Nej 9 (st)	

Checklistefråga	Svar, Antal 2024	Kommentar 2024
	 Ej svarat 5 (st)	
Kontroll av strålskyddsutrustning	 Ja 25 (st)  Nej 3 (st)  Ej svarat 8 (st)	
Leveranskontroll	 Ja 28 (st)  Nej 2 (st)  Ej svarat 6 (st)	
Kategoriindelning och persondosmätningar	 Ja 17 (st)  Nej 12 (st)  Ej svarat 10 (st)	
Gravid personal	 Ja 32 (st)  Ej svarat 7 (st)	
Berättigandebedömning	 Ja 25 (st)  Nej 1 (st)  Ej svarat 9 (st)	
Berättigandebedömning extern part	 Ja 20 (st)  Nej 2 (st)  Ej svarat 10 (st)	
Höga huddoser	 Ja 10 (st)  Nej 2 (st)  Ej svarat 4 (st)	
Systematiskt optimeringsarbete	 Ja 22 (st)  Nej 4 (st)  Ej svarat 9 (st)	
GGK	 Ja 24 (st)  Ej svarat 8 (st)	
Ombyggnation	 Ja 29 (st)  Ej svarat 8 (st)	
Skyddat/kontrollerat område	 Ja 30 (st)  Ej svarat 8 (st)	
Upphandling röntgenutrustning	 Ja 28 (st)	

Checklistefråga	Svar, Antal 2024	Kommentar 2024
	 Nej 1 (st)  Ej svarat 8 (st)	
Transport och förvaring av radioaktiva läkemedel	 Ja 4 (st)  Nej 2 (st)  Ej svarat 1 (st)	
Kontroll av intraoral utrustning	 Ja 8 (st)  Nej 2 (st)  Ej svarat 7 (st)	

Checklistefråga	Aktivitet	Enhet
Radiologisk ledningsfunktion	Kontakt VC ortoped	(Akutmottagningen)
Metodbeskrivningar, undersökningar	Upprätta checklista i kompetensportalen	(Akutmottagningen)
Metodbeskrivningar, undersökningar	Upprätta metodbeskrivning i centuri	(Akutmottagningen)
Metodbeskrivningar, undersökningar	Ta fram metodbeskrivning inför beslut av behandling	(Hud- och STI-mottagningen)
Modalitetsansvarig	Vi har Sektionsansvariga	(Klinisk fysiologi, neurofysiologi och nuklearmedicin)
Metodbeskrivningar, undersökningar	Metodbeskrivning	(Avdelning 1 Kirurgi)
Ledningssystem	Genomgå utbildning i strålskyddets regelverk tillsammans med sjukhusfysiker	(Ortoped- och ryggkirurgiska mottagningen)
Rolltilldelning kompetensportalen	rolltilldelning i kompetensportalen vid nyanställning	(Folktandvården Äre)
Rolltilldelning kompetensportalen	kontroll rollfördelning	(Folktandvården Järpen)
Ledningssystem	Ledningsdokument behöver ses över/utformas för RTG, (gör tillsammans med Annika).	(Hammarstrand)
Modalitetsansvarig	Anmäl Simon till kurs som superanvändare för RTG.	(Hammarstrand)
Ledningssystem	Röntgendokument	(Svenstavik)
Rolltilldelning kompetensportalen	Kompetensportalen	(Funäsdalen)
Handhavandeutbildning	Checklista	(Akutmottagningen)
Strålskyddsutbildning	Fortsatt utbildning av nya medarbetare.	(Akutmottagningen)
Handhavandeutbildning	Dokumentering i Kompetensportalen	(Klinisk fysiologi, neurofysiologi och

Checklistefråga	Aktivitet	Enhet
		<i>nuklearmedicin)</i>
Introduktionsprogram	Se över introduktionspapper om strålskydd	<i>(Läkaravdelning kirurgi)</i>
Hyrpersonal	Strålskyddsutbildning ska läggas in som skall-krav vid avrop.	<i>(Läkaravdelning kirurgi)</i>
Handhavandeutbildning	Kontrollera med ralf så detta utförs	<i>(Folktandvården Strömsund)</i>
Handhavandeutbildning	kontrollera med ralf att detta utförs	<i>(Folktandvården Hoting)</i>
Hyrpersonal	kontroll om ev framtida inlånad personal behöver säkerställas att dom har strålskyddsutbildning	<i>(Folktandvården Åre)</i>
Handhavandeutbildning	handhavande utbildning för ny personal	<i>(Folktandvården Åre)</i>
Strålskyddsutbildning	uppföljning strålskyddsutbildning vid nyanställning	<i>(Folktandvården Åre)</i>
Handhavandeutbildning	följ upp utbildningen i kompetensportalen	<i>(Folktandvården Järpen)</i>
Strålskyddsutbildning	kontrollera så ny personal går denna	<i>(Folktandvården Järpen)</i>
Handhavandeutbildning	Dela ut handhavande utbildning till Simon i kompetensportalen	<i>(Hammarstrand)</i>
Utbildning Chef	Ta reda på vilken utbildning EC ska ha i strålskydd	<i>(Hammarstrand)</i>
Utbildning Chef	Strålskydd	<i>(Svenstavik)</i>
Handhavandeutbildning	Dokumentera genomgång handhavandeutbildning röntgen i Kompetensportalen	<i>(Sveg)</i>
Strålskyddsutbildning	Strålskyddsutbildning med sjukhusfysiker för usk med röntgendelegering	<i>(Sveg)</i>
Utbildning Chef	Utbildning av enhetschefer med sjukhusfysiker planeras in under 2025	<i>(Sveg)</i>
Introduktionsprogram	Introduktion strålskydd	<i>(Åre)</i>
Hyrpersonal	Strålskyddsutbildning hyrpersonal	<i>(Fjällhälsan)</i>
Kontroll av strålskyddsutrustning	Ny rutin	<i>(Röntgen)</i>
Kontroll av strålskyddsutrustning	Kontrollera med ralf så detta blir gjort	<i>(Folktandvården Strömsund)</i>
Kontroll av strålskyddsutrustning	ktrl märkning personlig strålskyddsutrustning, ktrl om tid för egenkontroll skickas till strålskyddsfysiker	<i>(Folktandvården Gäddede)</i>
Kontroll av strålskyddsutrustning	Kontroll av strålskyddsutrustning	<i>(Folktandvården Åre)</i>
Kontroll av strålskyddsutrustning	EC stämmer av med Simon hur det gått ang. skyddsförkläden	<i>(Hammarstrand)</i>
Leveranskontroll	EC stämmer av med Simon om var frågan avseende blyförkläden ligger	<i>(Hammarstrand)</i>
Kontroll av strålskyddsutrustning	Strålskyddsutrustning	<i>(Funäsdalen)</i>
Höga huddoser	Se över om vi har en känd rutin kring höga stråldoser hos patient. Utgå från länkat do-	<i>(Hjärtenheten)</i>

Checklistefråga	Aktivitet	Enhet
	kument.	
Systematiskt optimeringsarbete	Behöver ses över och gå igenom med RaLF. RaLF har med stöd av VC/EC tillsammans med sektionsledare för PCI lab återkommande aktiviteter för en samordnad optimerad och berättigad verksamhet.	(Hjärtenheten)
Systematiskt optimeringsarbete	Optimeringsarbete	(Röntgen)
Skyddat/kontrollerat område	kontrollera uppmärkning Åre "Skyddat/kontrollerat område"	(Folktandvården Åre)
Skyddat/kontrollerat område	kontroll på kliniken i Järpen	(Folktandvården Järpen)
Kontroll av intraoral utrustning	Årlig kontroll av intraoral utrustning enligt Folktandvårdens röntgenhandbok	(Folktandvården Åre)
Kontroll av intraoral utrustning	kontrollera med lokal Ralf om årlig kontroll av intraoral utrustning skett enligt Folktandvårdens röntgenhandbok.	(Folktandvården Järpen)

De verksamheter som bedriver tillståndspliktig verksamhet med joniserande strålning har i sina patientsäkerhetsberättelser sammanfattat det som berör strålskydd för det gångna verksamhetsåret.

Egenkontroll sker via standardiserad checklista och resultatet av enheterna redovisas i strålskyddskapitlet för respektive verksamhetsområde.

Komplettering i fritext är möjligt för att t.ex. utveckla vad aktiviteter som redovisats innebär.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



HSE-fråga	Genomsnitt H2 2024	Genomsnitt H1 2024
1. Min chefs chef ger förutsättningar för att bedriva en säker vård. (Säker vård innebär låg förekomst av skador som kan undvikas)	3,95	3,93
2. På min arbetsplats lär vi oss av det som fungerar bra.	4,08	4,09
3. På min arbetsplats agerar vi alltid utifrån de risker vi ser.	4,02	4,01
4. På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser. (negativ händelse = händelse som medför något oönskat)	3,85	3,88

HSE-fråga	Genomsnitt H2 2024	Genomsnitt H1 2024
5. Jag påtalar när jag tror något är på väg att gå fel.	4,5	4,49
6. Jag vågar prata om mina misstag.	4,5	4,49
7. Jag blir alltid bra bemött på min arbetsplats när jag behöver hjälp.	4,24	4,25
8. På min arbetsplats har vi ett väl fungerande samarbete med andra verksamheter.	3,72	3,74
9. På min arbetsplats anpassar vi arbetet så att säkerheten bevaras när förutsättningarna ändras.	3,92	3,94
10. Jag skulle känna mig trygg om en närstående vårdades på min arbetsplats.	4,1	4,14
11. På min arbetsplats erbjuder vi patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete.	3,34	3,37
Totalt HSE-index	4,02	4,03

Region Jämtland Härjedalen genomför sedan sex 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, som sedan 2024 förvaltas av LÖF, består av elva frågeställningar kring hållbart säkerhetsengagemang (HSE). Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade 2024 att verka för en stärkt patientsäkerhetskultur och ett målvärde på fyra (4) i HSE- mätningar eftersträvas. Drygt 2300 medarbetare som arbetar patientnära har besvarat HSE mätningar vår och höst 2024. Som framgår av tabell ovan var totalt HSE-index strax över målnivå fyra vid båda mättillfällena. Precis som föregående år ses något högre värden på frågeställningen (1) *Min chefs chef ger förutsättningar för att bedriva en säker vård*. Liksom föregående års mätningar noteras fortsatt höga index på frågeställningarna fem, sex och sju. Dessa frågeställningar kan sägas utgöra grundförutsättningar för att hälso- och sjukvårdsförvaltningens arbete med en tillåtande och trygg anställning. 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 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. Under 2024 har en kort film spelats in, finns i Stratsys, som stöd för hur verksamheterna kan ta hand om sina resultat och skriva fram aktiviteter för att bibehålla goda resultat och/eller förbättra resultat.

Verksamheternas kommentarer

Arbete för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården och främja en öppen kommunikation.

I regionens verksamheter sker arbete för att stärka säkerhetskulturen inom hälso- och sjukvården, de betonar vikten av en öppen och stödjande arbetsmiljö där anställda känner sig trygga att rapportera händelser och diskutera säkerhetsfrågor. Centrala verktyg som "Gröna korset" används för att identifiera och hantera patientrisker genom dagliga samtal och temaveckor

som fokuserar på specifika säkerhetsfrågor, såsom läkemedelshantering.

Utvärderingar av säkerhetskulturen genomförs årligen med hjälp av Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE), där resultaten analyseras och leder till gemensamma handlingsplaner. Engagemanget från personalen är avgörande för att förbättra säkerheten, men hög arbetsbelastning kan leda till underrapportering av händelser. Utbildning och fortlöpande träning i områden som säkerhetsprotokoll och teamarbete är centrala för att skapa en kultur av öppenhet och kontinuerlig förbättring.

Verksamheterna betonar också vikten av ledarskap och tydliga kommunikationskanaler för att säkerställa att alla medarbetare deltar i säkerhetsarbetet. Patienternas och närståendes involvering i förbättringsprocesser framhävs, liksom vikten av att skapa en miljö där feedback är välkommen. Genom att främja en proaktiv inställning till riskhantering och säkerhetsfrågor strävar verksamheterna efter att minska negativa händelser och förbättra kvaliteten på vården.

Sammanfattningsvis visar innehållet på en stark satsning på att bygga en robust säkerhetskultur inom hälso- och sjukvården, med fokus på kommunikation, utbildning och medarbetaren-gagemang som nyckelfaktorer för att förbättra både patientsäkerheten och arbetsmiljön.

Skapa tid för lärande

På Gröna korset diskuteras allt som avviker, för både vård och arbetsmiljö 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. Återföring av avvikelser, ärenden från Patientnämnden och vårdskadeutredningar i återkommande forum är andra sätt att skapa lärande. Det pågår i vissa verksamheter schemaläggning av tid för lärande och reflektion för medarbetare.

Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop

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 riskbedömningar och riskanalyser med fokus på både arbetsmiljö och patientsäkerhet.

Verktyg som används för att följa upp och skapa dialog kring säkerhetskultur.

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 verksamheterna. I mötesagendor lägger vissa verksamheter in patientsäkerhet som ett återkommande tema och då behandlas vid minst två tillfällen per år säkerhetskultur.

Psykologisk säkerhet

Ett begrepp som de senaste åren börjat diskuteras är psykologisk säkerhet. Det beskrivs som en nyckelfaktor hos personal inom hälso- och sjukvården som påverkar bland annat kliniska

utfall, patientnöjdhet, patientsäkerhet, personalens välmående och ekonomiska utfall. Psykologisk säkerhet handlar om att individer i teamet uppfattar att arbetsmiljön tillåter ett öppet och transparent diskussionsklimat där man blottar och lär av sina misstag eller av en avvikande händelse. De litar på och respekterar sina kollegor. På så sätt kan risker som kunde ha lett till skada för patienten upptäckas och förebyggas.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



Kompetenta och engagerade medarbetare som har möjligheter 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 2024 är det endast verksamhetsfinansierade studiemedel som har beviljats enligt beslut i linjen, då budgetutrymmet för regionövergripande studiemedel reducerades med åtta miljoner kronor vid årsskiftet inför 2024. Aktuellt budgetutrymme som fanns att tillgå var således helt intecknat för medarbetare som påbörjat studier under 2022 och 2023. Därav saknades det möjligheter till finansiering med regionövergripande studiemedel. Fördelningen med verksamhetsfinansierade medel har kunnat erbjudas till totalt 35 medarbetare under 2024, fördelning se nedan:

- studiebidrag á 8000 kronor, heltid för totalt 16, merparten sjuksköterskor i olika delar av sin grundutbildning,
- studielön á 21 000 kronor heltid för totalt 15, merparten för olika specialistutbildningar sjuksköterska
- utbildningsanställning deltid för totalt fyra personer som bedrivit studier på 50 procent och arbetat 50 procent under terminerna med bibehållen lön.

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 utbildningsforum. Genom årligt medarbetarsamtal inventeras fortsatt utbildningsbehov.

Budgetutrymmet för FoU medel minskar från 2025, från sju miljoner till fem miljoner. Samtidigt öppnas det upp så att all anställd personal kan ansöka om medel, det vill säga inte endast kliniskt verksamma som tidigare år.

Sammanfattningsvis visar dessa insatser en något försvagad strategi, mot föregående år, för att utveckla personalens kompetens och säkerställa högkvalitativ vård, med ett särskilt fokus på utbildning, samarbete och patientsäkerhet. 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. 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. De nationella kompetensmål för patientsäkerhet som Socialstyrelsen tagit fram och presenterat under 2024 kan komma att utgöra ett väsentligt stöd i regionens arbete för ökad patientsäkerhet framgent.

Kompetensportalen

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, vårdskadestredningar och händelseanalyser är andra exempel som verksamheterna använder för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.

Område patientsäkerhet erbjuder återkommande olika utbildningsaktiviteter med koppling till säker vård. Under 2024 har ingen organiserad utbildning efter Socialstyrelsens hela koncept med nationell e-utbildning i patientsäkerhet - "Agera för säker vård" med efterföljande gruppdiskussioner genomförts. Sedan december 2022 finns e-utbildningen nu tillgänglig i regionens Kompetensportal. Till och med 18 december har 670 medarbetare i regionen genomfört e-utbildningen. Område patientsäkerhet gjorde i början av 2023 en kortare introduktionsfilm med utgångspunkt från den nationella handlingsplanen, under 2024 har 405 personer sett filmen. I kompetensportalen finns även en inspelning av metoden för Gröna korset och under 2024 har 430 personer sett introduktionsfilmen, den tilldelas alla nya medarbetare.

Regionens patientsäkerhetsdag genomfördes 24/9 på temat diagnostisk säkerhet. Under eftermiddagen bjöds på inspel från bland annat digitaliseringsdirektörens vision kring hur regionen med stöd av digitalisering kan stödja arbetet med diagnostisk säkerhet. Chefläkare redde ut begreppet diagnostisk säkerhet. Patientnämnden bidrog med patient- och närståendesynpunkter kring missade, felaktiga och fördröjda diagnoser. Samordnare för kunskapsstyrningen berättade om olika typer av kunskapsstöd. 1177 på telefon redogjorde för det professionella samtalet och deras rådgivningsstöd. Slutligen fick vi ta del av röntgenavdelningens arbete med AI som stöd vid tolkning av svar på röntgenundersökning- mammografi.

På temat *Patientsäkerhetens blinda fläck - är det en drivkraft till överanvändning av medicinska resurser? Hur kan kloka kliniska val förbättra patientsäkerheten* talade specialläkare Oskar Lindfors i en digital föreläsning 12 november,

Kliniskt träningscentrum

Kliniskt Träningscentrum (KTC) har under året framför allt fokuserat på HLR-utbildningar, färdighetsträning via sk. kompetenskort och produktion av digitala utbildningar. KTC har utbildat 59 nya HLR-instruktörer.

Regionens resusciteringsgrupp som leds av KTC och består av kliniskt aktiva läkare och sjuksköterskor har tagit fram ett förslag på en standardiserad akutvagn men det krävs ledningsbeslut för att komma vidare. Vi har genomfört fem resusciteringsövningar på olika enheter, varav en var oannonserad. I slutet av året, 29 november hölls den första HLR-dagen med ett innehållsrikt program. Föreläsningar, patientberättelser, SMS-livräddare som delade erfarenheter och överlämnade av olika priser. Röntgenavdelning fick pris som bästa HLR-enhet i regionen, tack vare sitt engagemang att utbilda så många HLR- instruktörer.

Ett sextiotal undersköterskor har genomfört olika kompetenskort som är uppbyggd med både en teoretisk och en praktisk del. Under 2025 kommer simuleringsverksamheten vid KTC att vara utbildade i konceptet Klinsim 1 och 2, kunna implementera konceptet tidig upptäckt och behandling samt implementera en larmteamsutbildning i CRM,

Digitala utbildningsproduktioner har en ökande efterfrågan av vårdverksamheterna. På reg-

ionens videoplattform distribueras 65 olika filmer av varierande längd under 2024. KTCs utbildningsproducent bistår vårdverksamheterna genom hela produktionsprocessen där verksamheternas grovmanus omvandlas till pedagogiska e-utbildningar.

Exempel på produktioner under året:

- Masskadeövningen Vega dokumenteras med sju olika samtidiga videokameror som sedan användes under utvärderingar från olika myndigheter.
- En omfattande ADHD-utbildning för patienter och deras närstående
- En omfattande utbildning om trycksårsprevention.

AI-verktyg har börjat användas i produktionen av utbildningar med gott resultat. Verktygen används i allt ifrån att skapa illustrationer till att sammanfatta omfattande kurser.

Under året har KTC även lånat ut allt mer videoutrustning och utbildat vårdverksamheterna hur de enkelt själva kan göra vissa delar av efterfrågade utbildningar.

KTC höll inför sommaren 2024 i introduktionsprogram för både sjuksköterskor och undersköterskor, trots få deltagare, 25 personer, med lyckat resultat. ESF projekt Förstärkt yrkesintroduktion för undersköterskor har rullat igång och planeras att starta under våren 2025.

KTC har tagit över ansvaret kring Ny som sjuksköterska som hädanefter kommer benämnas med Kliniskt basår och ändra inriktning mot mer praktiska delar, arbetet påbörjas februari 2025. Personal från KTC deltog, vid nationell nätverkssträff för introduktionsprogram i Jönköping, under hösten 2024, för inspiration av hur KTC kan arbeta med introduktion.

Klinisk karriärmodell

Under året har fortsatt arbete med kliniska karriärmodeller genomförts. Exempelvis så har alla påbörjade karriärmodeller samt stödmaterial färdigställt och lagts in i Centuri och websidan för karriärmodeller har uppdaterats så användaren kan hitta information och stödmaterial om verktyget på ett och samma ställe. De första karriärmodellerna som testats har utvärderats och därefter reviderats. Alla modeller har granskats innan de godkänts. Det finns fyra karriärmodeller implementerade, gäller följande yrkesgrupper, barnmorskor, specialistsjuksköterska, röntgensjuksköterska och allmän sjuksköterska. Karriärmodellerna som är framtagna i regionen är indelad i sex nivåer. Fördelning av hur 46 sjuksköterskor är placerade i nivåer under 2024:

- nivå 1, 18 sjuksköterskor
- nivå 2, 21 sjuksköterskor
- nivå 3, 6 sjuksköterskor
- nivå 4, 1 sjuksköterska

Då några karriärmodeller endast testats i pilotform ska breddinförandet även det genomföras i projektform innan förvaltning och vidare processarbete gällande karriärmodeller tas fram. I det nya projektet har effektmålen setts över och formulerats om. Planering för hur breddinförandet ska ske är i gång och framtagande av nya kliniska karriärmodeller är påbörjade.

Verksamheternas kommentarer

Inom regionens olika verksamheter har det gjorts betydande insatser för att förbättra kompetensutveckling och utbildning av personalen. Centrala teman i dessa insatser inkluderar:

1. Kontinuerlig Utbildning: Många enheter har infört strukturerade utbildningsprogram, inklusive obligatoriska kurser i avancerad livräddning (A-HLR), grundläggande livräddning (HLR) och specifik träning för olika kompetenser. Digitala plattformar, såsom Kompetensportalen, används för att tillhandahålla utbildningsmaterial och följa upp personalens utveckling.

2. Onboarding och Mentorskap: En tydlig onboarding-process för nya anställda har implementerats, inklusive mentorskap från erfarna kollegor för att säkerställa en trygg introduktion och snabbare anpassning till arbetsmiljön.

3. Samarbete och Resursfördelning: Enheter arbetar tillsammans för att optimera schemaläggning och resursanvändning. Regelbundna möten och diskussioner underlättar kunskapsutbyte mellan olika yrkesgrupper och främjar en kultur av öppenhet och samarbete.

4. Kvalitet och Patientsäkerhet: Det finns en stark betoning på att upprätthålla hög patientsäkerhet genom att säkerställa att all personal har adekvat kompetens. Detta inkluderar utbildning i specifika områden som medicin, miljö och katastrofmedicin.

5. Rekrytering och Personalomsättning: Trots ansträngningar för att rekrytera nya medarbetare, kvarstår utmaningar med hög personalomsättning, särskilt bland sjuksköterskor. Strategier för att förbättra arbetsmiljön och öka personalens trivsel har prioriterats.

6. Flexibilitet och Anpassning: Enheter implementerar flexibla scheman och anpassar utbildningsprogram utifrån individuella behov och verksamhetens krav. Detta syftar till att förbättra personalens arbetsvillkor och säkerställa att kompetens finns tillgänglig där den behövs som mest.

Patienten som medskapare

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



Patienten som medskapare: Patienter och närståendes synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål från patienter och närstående inkommer till regionens verksamheter på flera olika sätt, både muntligt och skriftligt. Den vanligast förekommande vägen är via 1177s e-tjänst för Synpunkter och klagomål.

Att patient/ närstående rapporterar sina synpunkter och klagomål i samband med vårdkontakter är oerhört viktigt. Verksamheterna får via dessa ärenden ett unikt underlag till det förbättringsarbete som gör vården säkrare. I första hand ska de synpunkter och klagomål som framförs till medarbetare lösas direkt på plats. Om det inte är möjligt uppmanas patient att använda e-tjänsten för Synpunkter och klagomål, då det är en säker tjänst med skydd av personuppgifter och annan känslig information via inloggning med bank-id eller Freja e-id. Synpunkter och klagomål är den enda e-tjänst där även närstående kan rapportera. För de patienter som inte kan använda e-tjänsten (tex saknar bank-id) eller inte har någon närstående, går det även att kontakta vårdgivaren via mejl eller brev.

Ibland kan det upplevas känsligt för patient/ närstående att kontakta vården direkt. Då finns alternativet att kontakta Patientnämnden, som erbjuder patient/ närstående stöd i kontakten med berörd vårdverksamhet. Som patient/ närstående finns även möjlighet att påverka vården genom att lämna medborgarförslag eller genom att lämna in ett så kallat "enskilt klagomål" direkt till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Oavsett hur ärenden inkommer till verksamheterna, ska alla synpunkter och klagomål tas på allvar och kopplas till förbättringsarbete med syfte att göra vården säkrare. Vunnen kunskap från klagomålshanteringen ska samlas och spridas som del i verksamhetens systematiska förbättrings- och patientsäkerhetsarbete, både inom och utanför aktuellt verksamhetsområde.

Verksamheterna betonar också att en välfungerande klagomålshantering är en grundläggande del av arbetet med patientsäkerhet och att det är viktigt för att skapa en lärande kultur inom vården.

Sammanfattningsvis strävar verksamheterna efter att förbättra kommunikationen och stärka patienternas delaktighet i vårdprocessen, vilket i sin tur syftar till att öka patientnöjdheten och säkerställa hög kvalitet på vården.

Tabell 1: Antal inkomna ärenden från patient/ närstående eller invånare, per kontaktväg och år

	Kontaktväg	2023	2024
Klagomål från patient/ närstående, via 1177 e-tjänst	Direkt till verksamhet	1 662	2 273
	Via Patientnämnden	289 <i>(av totalt 557)</i>	320 <i>(av totalt 542)</i>
Enskildas klagomål via Ivo <i>(inkomna via Platina)</i>		<i>uppg saknas</i>	24
Klagomål från invånare, via mejl/ brev <i>(inkomna via Platina)</i>	Till Hälso- och sjukvårdsnämnd	24	21
	Till övriga nämnder	15	<i>uppg saknas</i>

Patienten som medskapare: Patientmedverkan i utveckling av processer och arbetssätt

Verksamheterna betonar den viktiga rollen av patient- och närståendes delaktighet inom hälso- och sjukvården för att förbättra vårdkvaliteten och säkerheten. Det framhävs att patienter har den mest relevanta kunskapen om sina egna kroppar och att deras aktiva involvering kan leda till bättre behandlingsupplevelser.

Det finns ett tydligt behov av att utveckla strukturerade metoder för att inkludera patienters perspektiv i utvecklingen av vårdprocesser och strategisk planering. Initiativ som "Samordnad Individuell Plan" (SIP) och "Meningsfull dygnet runt-vård" visar på vikten av samarbeten mellan vårdpersonal, patienter, närstående och andra berörda parter. Genom att skapa en "patientbibliotek" och implementera egenvårdsplaner i patientjournaler kan vården bättre anpassas efter individuella behov.

Dessutom understryks vikten av kontinuerlig dialog och feedback mellan vårdpersonal och patienter. Genom enkäter, dialogmöten och workshops samlas värdefull information för att identifiera områden för förbättring. Trots att det finns vissa framsteg, finns det fortfarande utmaningar, såsom behovet av mer utförlig rapportering från vården och en önskan om att patientdeltagande integreras mer systematiskt i alla aspekter av vårdprocessen.

Patientnämnden (PaN) ser att så kallade patientnämnsdärenden efterfrågas i större utsträck-

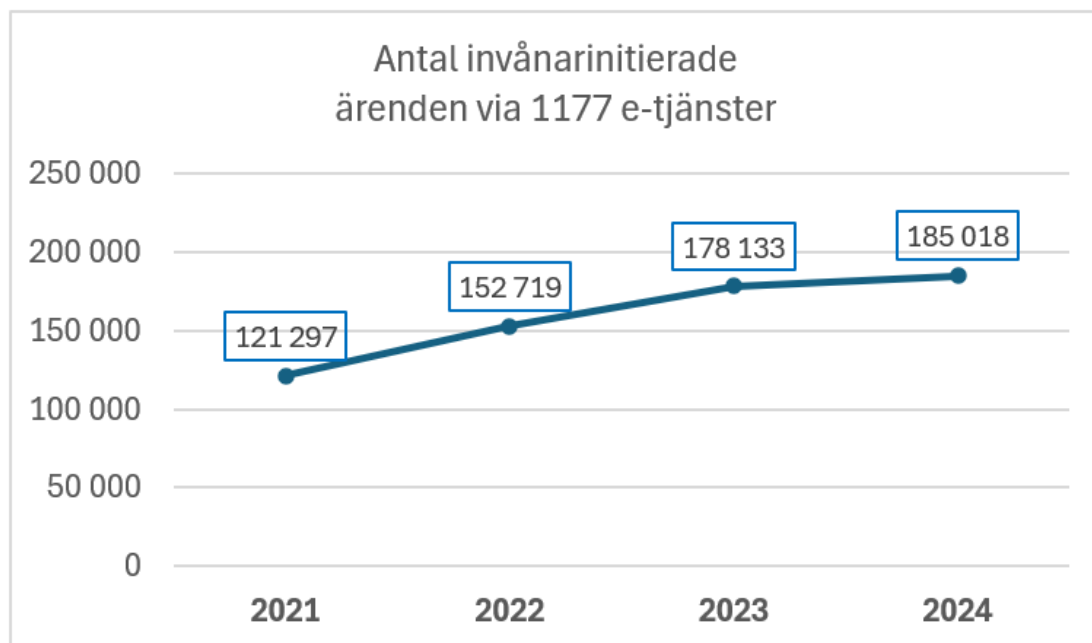
ning av olika verksamheter inom regionen, där specifika patienterfarenheter efterfrågas. Under året har PaN fått förfrågningar utifrån aktuella vårdförlopp i kunskapsstyrningen, och bland annat ärenden som berör intyg, vårdgaranti, IT och digitalisering, cancervård och läkemedel. PaN ser det som mycket positivt att patientnämndens ärenden tillvaratas i förbättringsarbeten och beslutsunderlag, då det stärker patientnämndens, och framför allt patienters och närståendes roll i patientsäkerhetsarbetet.

Sammanfattningsvis syftar dessa insatser till att främja en personcentrerad vård där individens röster och erfarenheter tas på allvar, vilket i sin tur bidrar till en mer effektiv och trygg hälso- och sjukvård.

Patienten som medskapare: Patienters delaktighet i den egna vården

1177 e-tjänster

Cirka 93 procent (n= 123 511) av befolkningen i region Jämtland Härjedalen har aktiva användarkonton på 1177.se. Detta är ett mycket bra resultat som legat stabilt under flera år. De invånare som är anslutna kan sköta vissa av sina vårdärenden själva och då e-tjänsterna kan användas dygnet runt, blir det enklare för dem som till exempel inte har möjlighet att ringa under telefontid. Anslutna invånare ökar stadigt sitt användande, vilket illustreras i figuren nedan.



Figur 1: Antal invånarinitierade ärenden som hanteras via 1177 e-tjänster

De tre e-tjänster som används mest frekvent är Förnya recept, Kontakta din hälsocentral samt Av- och omboka tid. Under året har flera e-tjänster uppdaterats och primärvården har fått ett utökat grundutbud, med tillägg av bland annat Beställ journalkopia och Beställ intyg.

Tabell 2: Fördelning av ärenden per e-tjänst samt utifrån om det är invånaren eller vården som initierat ärendet.

Flödestyp	Antal inkomna ärenden
<input type="checkbox"/> Invånarinitierat	185 018
<input type="checkbox"/> Kategori	185 018
<input type="checkbox"/> Förnya recept	55 588
<input type="checkbox"/> Kontakt	50 365
<input type="checkbox"/> Övrig	23 641
<input type="checkbox"/> Av/omboka tid	22 736
<input type="checkbox"/> Beställ tid	16 997
<input type="checkbox"/> Rådgivning	5 835
<input type="checkbox"/> Förnya hjälpmedel	2 363
<input type="checkbox"/> Synpunkter och klagomål	2 273
<input type="checkbox"/> Fråga sjuksköterskan	1 379
<input type="checkbox"/> Beställ journalkopia	925
<input type="checkbox"/> Inför besök	786
<input type="checkbox"/> Begär intyg	750
<input type="checkbox"/> Egenremiss	631
<input type="checkbox"/> Skicka fråga	475
<input type="checkbox"/> Remissfråga	168
<input type="checkbox"/> Förläng sjukskrivning	100
<input type="checkbox"/> Hälsodeklaration	6
Totalt	185 018

Flödestyp	Antal inkomna ärenden
<input type="checkbox"/> Vårdinitierat	52 491
<input type="checkbox"/> Information	35 476
<input type="checkbox"/> Övrigt	18 994
<input type="checkbox"/> Meddelande	12 177
<input type="checkbox"/> Provsvar	1 537
<input type="checkbox"/> Remiss	1 161
<input type="checkbox"/> Information inför besök	1 034
<input type="checkbox"/> Kallelse	556
<input type="checkbox"/> Uppföljning	16
<input type="checkbox"/> Fråga	1
<input type="checkbox"/> Fråga	17 015
<input type="checkbox"/> Övrigt	9 466
<input type="checkbox"/> Kallelse	2 701
<input type="checkbox"/> Fråga	2 502
<input type="checkbox"/> Enkät	1 224
<input type="checkbox"/> Meddelande	595
<input type="checkbox"/> Information inför besök	514
<input type="checkbox"/> Uppföljning	11
<input type="checkbox"/> okänd	1
<input type="checkbox"/> Remiss	1
Totalt	52 491

Patientens läkemedelslista

I ett försök att få patienterna mer involverade i arbetet med korrekt läkemedelslista, får patienten en utskrivna läkemedelslista hemskickad inför besöket på Reumatologmottagningen. Patienten kan då i förväg kontrollera om den är överensstämmande med det som hen tar. Vid besöket går läkaren och patienten tillsammans igenom listan. Det här arbetet har förekommit på andra ställen i regionen tidigare.

Verksamheternas beskrivningar

Inom regionens verksamheter betonas vikten av att involvera patienter aktivt i sin egen vård, vilket främjar ansvarstagande och delaktighet. Flera initiativ har implementerats för att öka patientengagemanget, såsom patientcentrerade rundor, tillhandahållande av tydlig information om behandlingar och uppföljningsmöten, samt utveckling av personliga vårdplaner, särskilt för cancerpatienter. Digitala verktyg, som 1177.se, används för att ge patienter tillgång till sin medicinska information och underlätta kommunikationen mellan vårdgivare och patienter.

En central aspekt av dessa insatser är egenmonitorering, som har visat sig öka patienternas förståelse för sina hälsovården och behov av vård. Samtidigt strävar vården efter att förbättra tillgängligheten och kommunikationen, bl.a. genom att införa gemensamma vårdplaneringsmöten och utbildningssessioner för patienter och deras familjer. Det har även gjorts insatser för att skapa en trygg och informativ miljö för barn och unga som besöker vårdinrättningar.

För att säkerställa att patienternas röster hörs, genomförs kontinuerliga utvärderingar av vårdprocesserna, och feedback från patienter och anhöriga beaktas för att förbättra vården. Också, i samband med vårdplaneringar, involveras familjemedlemmar för att stärka stödet kring patienten. Sammanfattningsvis syftar dessa insatser till att skapa en mer inkluderande och personcentrerad vårdmiljö där patienter och deras närstående aktivt deltar i vårdprocessen.

Patienten som medskapare: Patientperspektiv i analys, lärande och utveckling

Verksamheterna belyser vikten av att integrera patientåterkoppling och delaktighet i vårdprocesser för att förbättra vårdkvaliteten och säkerställa att patienternas perspektiv tas i beaktande. Initiativ som föräldraenkäter inom neonatalvården och patientrapporterade erfarenhetsmått (PREM) och resultatmått (PROM) används för att samla in synpunkter som informerar förbättringsarbetet. Det framhävs också behovet av att etablera strukturerade kanaler för patientdeltagande i större utvecklingsprojekt och strategisk planering.

Vidare betonas vikten av kontinuerlig utvärdering i samarbete med patienter, där deras feedback och klagomål integreras i planering och utveckling av tjänster. Det finns en strävan efter att involvera patienter mer aktivt, särskilt i samband med rehabilitering och andra vårdprocesser, för att öka deras inflytande och delaktighet i sin egen vård.

Därutöver redovisas även utmaningar relaterade till brist på kommunikationskanaler, vilket hindrar engagemanget hos patienter. Det finns en betoning på att skapa en kultur av kontinuerlig förbättring genom att aktivt använda feedback från både patienter och närstående, vilket i sin tur leder till en mer inkluderande och personcentrerad vård.

Sammanfattningsvis syftar insatserna till att förbättra patientupplevelsen genom att öka delaktigheten, effektivisera kommunikation och säkerställa att patienternas åsikter och behov står i centrum för vårdprocesserna.

Patienten som medskapare: Patientmedverkan för ökad riskmedvetenhet och beredskap

Verksamheterna betonar vikten av att informerade patienter och deras anhöriga deltar aktivt i vårdprocessen för att säkerställa säker vård och förbättra behandlingsresultat. Genom att engagera sig kan patienter och närstående hjälpa till att förebygga potentiella medicinska fel och skapa en tryggare vårdmiljö. Det framhävs att effektiv kommunikation mellan vårdgivare och patienter är avgörande för att bygga förtroende och öka medvetenheten om risker.

Verktyg som patientavtal och egenmonitorering lyfts fram som effektiva sätt för patienter att ta en mer aktiv roll i sin egen vård. Det finns också ett fokus på att samla in och dokumentera feedback från patienter och närstående under händelseanalyser för att förbättra vårdkvalitet och säkerhet. Initiativ som hälsosamtal riktade mot äldre och samarbete med vårdtjänster för barn och mödrar syftar till att identifiera risker tidigt och främja en proaktiv hälsostödjande strategi.

Läkemedelsenheten beskriver ett konkret arbete med patientmedverkan vad gäller förskrivning av opioider. Som ett led i att minska risken för opioidberoende har de tagit fram en pati-

entinformation om Smärtlindring med opioider tagits fram. Informationen är tänkt att delas ut vid förskrivningen.

Sammanfattningsvis är målet att främja patienternas egenmakt och ansvarstagande i sina hälsoprocesser, vilket kräver en kulturell förändring inom vårdsystemet för att uppnå en mer personcentrerad vård och för ökad riskmedvetenhet och beredskap.

Agera för säker vård - fem fokusområden

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

Under rubriken **Agera för säker vård** kan arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete användas genom att följa nedanstående fyra steg:



1. Identifiering

- Beskriv resultatet inom de områden som identifierats och följs (visa gärna diagram).
- Beskriv omfattning och frekvens (till exempel vårdrelaterade infektioner (VRI) följs en gång per år via punktprevalensmätning (PPM), en gång per månad via Infektionsverktyget och två gånger per år via Markörbaserad journalgranskning).

2. Analys

- Beskriv analys av och/eller resonemang kring resultat inom området, till exempel orsaker till förändring i resultatet eller koppling till patientsäkerhetsrisker.

3. Åtgärder

- Beskriv åtgärder med koppling till identifierat område. Åtgärder kan både vara i form av aktiviteter eller förändringar i struktur eller organisation.

4. Uppföljning av åtgärd

- Beskriv hur ni följt upp och återkopplat vidtagna åtgärder inom identifierat område.
- Beskriv hur kunskap och lärande har spridits till verksamheter och/eller ledning.
- Uppföljning och återkoppling kan till exempel göras via arbetsplatsträffar, patientsäkerhetsdialoger.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

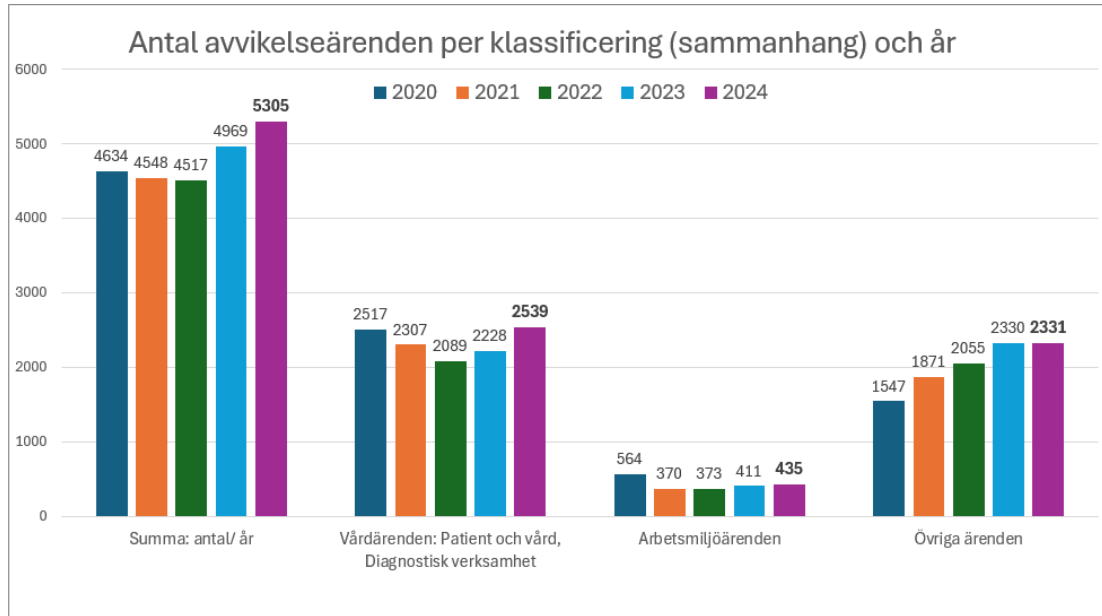


Har vården varit säker

Avvikelseärenden

Avvikelseärenden i regionens avvikelsehanteringssystem

Resultat



Figur 2: Antal ärenden rapporterade i regionens avvikelsehanteringssystem, antal per gruppering och år

Analys: Det totala antal inrapporterade avvikelseärenden fortsätter öka. Den procentuellt största ökningen jämfört med föregående år, ses för vårdärenden som ökat med 14 procent, men även antal arbetsmiljöärenden har ökat (7,7 procent). Inom gruppen övriga ärenden (n=2331) är den största undergruppen den där handläggaren varken registrerat avvikelseyp eller sammanhang, dvs avvikelseärendet är o-hanterat (n=1874). Jämfört med tidigare år har andel o-hanterade ärenden ökat med knappt 6 procent.

I gruppen övriga ärenden ingår även händelser kategoriserade som Service/ tjänst, Utrustning/ Produkt, Informationssäkerhet/ IT/ Telefoni, Anläggning/ Fastighet, Fordon, Kris- och katastrofmedicin, Grundläggande säkerhet samt Annat. Bland dessa har händelser relaterade till Service/ tjänst (tex transport, städ, reseservice och hantering av "skicke-prover") ökat mest, från fjolårets 129 ärenden till årets 182 ärenden (motsvarar ca 41 procent).

Åtgärder: Även i år har det erbjudits utbildningstillfällen för handläggare ca 1 ggr/ månad. I tillägg finns introduktionsmaterial riktat till både rapportör och till handläggare/ utredare publicerat i ledningssystemet. Det finns en funktionsbrevlåda för support dit det kommer frågor om enskilda ärenden, om ärendeflöde samt om behörigheter.

Avvikelseärenden från andra vårdgivare

Tabell 3: Antal ärenden som inkommit till regionen från andra vårdgivare

	Avsändare	2023	2024
Avvikelseärenden till region Jämtland Härjedalen	Kommuner	181	152
	Andra vårdgivare	19	29

Analys och åtgärder: Kommunerna och regionen har sedan många år ett samarbete gällande avvikelshantering i vårdövergångar. Under året har vi tagit fram en gemensam kategorisering/ klassificering. Då det idag saknas systemstöd för att kategorisera/ klassificera, görs det i ett pappersformulär som bifogas avvikelseärendet. Då formulären nyligt börjat användas saknas statistik från föregående år, men ärenden mellan kommun och region handlar bland annat om vårdplanering och tillgång till korrekt läkemedelslista. Ett känt problem i ärendeflödet mellan kommuner och region är långa svarstider eller uteblivna svar. Då kommunavvikelser registreras och hanteras i ärendesystemet Platina, har en förenklad "lathund" tagits fram i syfte att underlätta svarshandling och därmed korta svarstiderna. Även avvikelseärenden från andra vårdgivare (andra regioner, privata utförare) registreras och hanteras i Platina, men för dessa ärenden saknas kategorisering/ klassificering av innehåll.

Verksamheternas kommentarer

Verksamheterna belyser hanteringen av avvikelser inom vården under 2024, med fokus på att förbättra patientsäkerheten och kvaliteten på vården. I verksamheter görs manuella registreringar av avvikelser, där det framkommer ett betydande antal avvikelser, där majoriteten är relaterade till patientvård, brister i läkemedelsprocessen och brister i kommunikation mellan verksamheter. Det har även noterats en ökning av avvikelser inom BUV (Barn- och ungdomstjänster) samt inom ambulanstjänsten, där utmaningar i samarbetet med primärvården och kommunala hälso- och sjukvård och /eller socialtjänst framkommit.

De brister som under flera år funnits relaterade till nuvarande avvikelshanteringssystem fortsätter påverka verksamheterna. Vad gäller analys så görs det av personer/funktioner och inte på systemnivå utifrån datauttag i Excelfil. Många enheter har genomfört interna utbildningar för att uppmuntra rapportering av avvikelser och en kultur av öppenhet och ansvarstagande har främjats. De enheter som ännu inte infört Gröna korset har implementerat det under året och får därigenom bättre förutsättningar att arbeta med förbättringar och förändringar.

Trots framsteg, såsom förbättrad feedback och kommunikativa rutiner, kvarstår utmaningar, inklusive bristande rapportering från kommuner och privata vårdgivare, vilket kan leda till underrapportering av avvikelser. Det har också noterats att IT-relaterade problem har en stor påverkan på patientsäkerheten, med många rapporterade tekniska fel.

Sammanfattningsvis strävar verksamheterna efter att förbättra sin avvikelshantering och säkerställa högre patientsäkerhet genom systematisk rapportering och analys av avvikelser, med fokus på att identifiera risker och implementera förbättrande åtgärder. En fortsatt satsning på träning, kommunikation och samarbete behövs för att uppnå dessa mål.

Hantering av negativa händelser och tillbud

Mål: Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada

Händelser som medfört eller hade kunnat medföra skada/ vårdskada rapporteras in till och handläggs i regionens avvikelshanteringssystem. Där kategoriseras ärendet utifrån samlingsbegreppen *Negativ händelse* och *Tillbud*.

I samlingsbegreppet *Negativ händelse* inryms fler ärendetyper. Förutom 1) medfört skada/ vårdskada, även 2) risk för eller 3) inträffad allvarlig vårdskada. De två senare är de ärendetyper som anmäls till Ivo enligt lex Maria.

Under samlingsbegreppet *Tillbud* registreras vårdärenden av typen hade kunnat medföra skada/ vårdskada, vilket innebär att det finns minst en identifierad felhändelse som har inletts men avbrutits innan patient drabbats av skada.

Därutöver bedöms även sannolikhet (S) för att liknande ska inträffa igen och allvarlighetsgrad

(A) samt görs en kategorisering av skada. Samtliga dessa parametrar bedöms i fyrgradiga skolor.

När S x A är 6 eller när allvarlighetsgrad enskilt är 3-4 och skadan bedömts vara undvikbar, ska en vårdskadeutredning genomföras. Om verksamheten i samband med vårdskadeutredning gör bedömningen att det troligen handlar om en allvarlig vårdskada, kontaktas chefläkare. Chefläkare bedömer om utförd utredning är tillräcklig eller behöver kompletteras inför en eventuell anmälan till Ivo.

Resultat

Verksamheterna sammanfattar att det finns rutiner och processer för att hantera negativa händelser och avvikelser inom sjukvården, med fokus på patientens säkerhet och kvalitetsförbättringar. De betonar vikten av att rapportera negativa händelser omedelbart till närmaste chef för att säkerställa en snabb och korrekt hantering. Olika roller, såsom verksamhetschef (VC), Medicinska ledningsansvariga (MLA) och enhetschefer (EC), ansvarar för att utvärdera och analysera avvikelser, med möjlighet att involvera patientsäkerhetsenheten för djupare analyser och Lex Maria-anmälningar vid behov.

Det framhålls att en strukturerad hantering av klagomål är avgörande, där klagomål registreras och åtgärdas enligt fastställda rutiner. När det gäller allvarliga händelser involveras alltid berörd personal och patienter för att säkerställa en grundlig utredning och ansvarstagande. Rapportering av avvikelser görs genom ett systematiskt förfarande där händelser dokumenteras, orsaken analyseras och åtgärder planeras, vilket syftar till att förhindra framtida händelser.

Det har också genomförts interna och externa utredningar av händelser för att främja öppenhet och lärande inom organisationen. Sammanfattningsvis betonas vikten av en kultur av lärande, förbättring och ansvar inom vården för att säkerställa högsta möjliga patientsäkerhet.

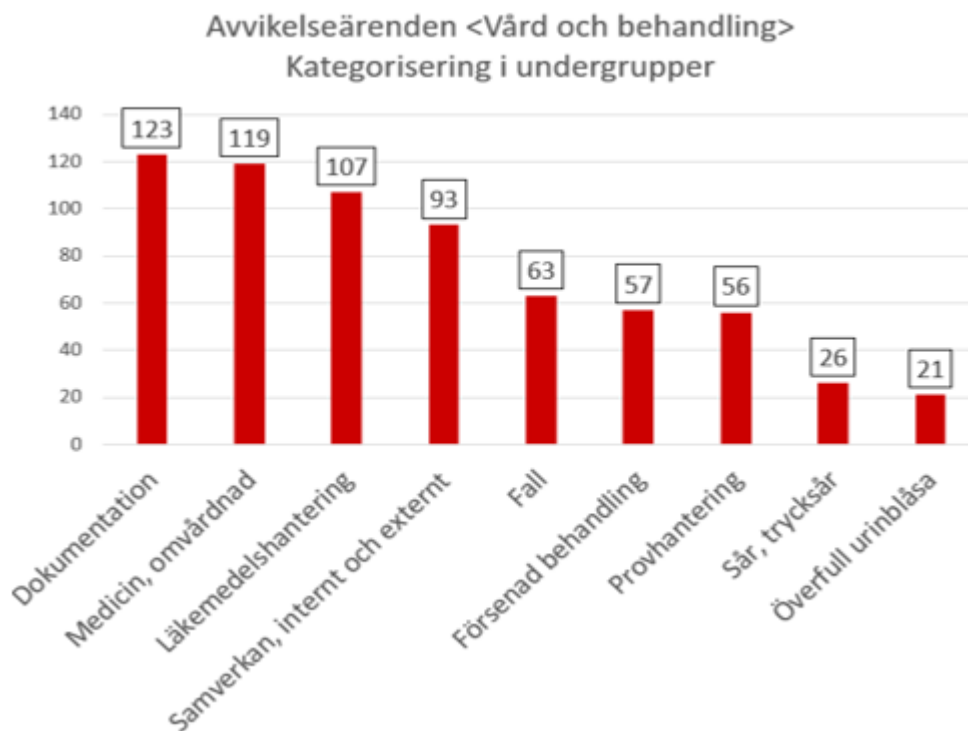
Analys: Med nuvarande systemstöd saknas möjlighet till statistikuttag för både antal ärenden kategoriserade som negativ händelse/ tillbud och för vald sannolikhet/ allvarlighetsgrad. Vid screening och stickprovskontroller noteras att det fortsatt finns brister i dessa bedömningar, varför det inte heller är värdefullt att försöka ta fram uppgifterna manuellt.

Åtgärd: Under året har rutin för vårdskadeutredning förtydligats. Införandet av regionens nya avvikelshanteringssystem har tyvärr inte kunnat slutföras, men det är fortsatt prioriterat att införandet ska slutföras så snart som möjligt. Med det nya systemstödet kommer verksamheterna få bättre tillgång till statistik i realtid - att använda i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. I samband med införandet av nytt systemstöd planeras insatser för ökat, mer verksamhetsnära stöd, vilket förväntas påverka kompetens i handläggning av avvikelseärenden, i en positiv riktning.

Nationella och regionala mätningar

Sommarutvärdering 2024

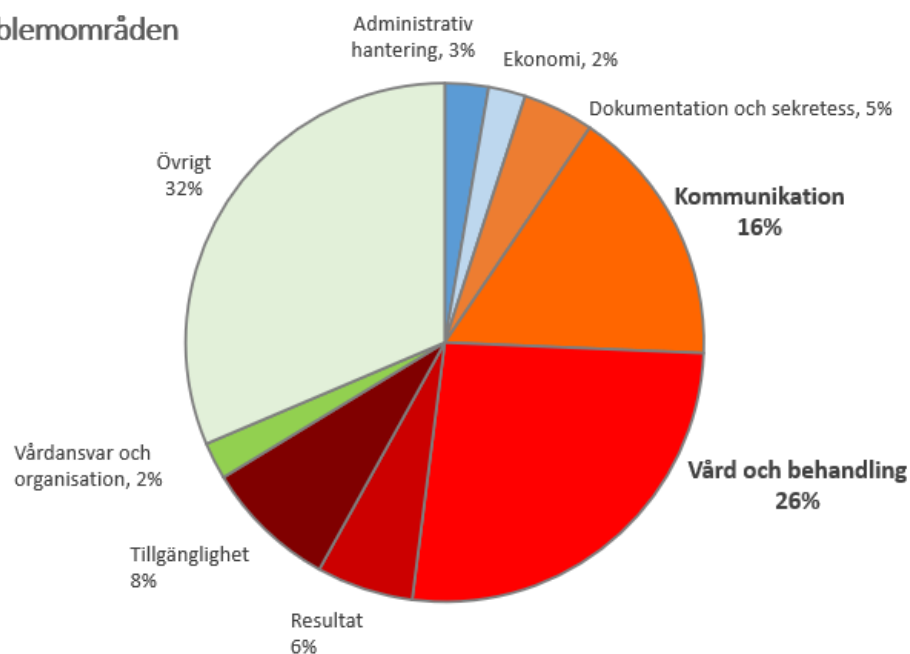
Som del av utvärderingen, gjordes en manuell sammanställning av avvikelseärenden gällande Vård och behandling (n=665) som medarbetare rapporterat in under perioden 24 juni till 25 augusti.



Figur 3: Avvikelseärenden gällande vård och behandling, kategoriserade i undergrupper

Motsvarande sammanställning gjordes av de klagomålsärenden (n= 455) som patient/ närstående rapporterade in under perioden 1 juni till 31 augusti

Angivna problemområden



Figur 4: Klagomålsärenden från patient/ närstående, kategoriserade i problemområden

I materialet ses att medarbetare och patient/ närstående rapporterar in händelser gällande

både medicin och omvårdnad, men ur olika perspektiv. När medarbetare till exempel beskriver en händelse med blåsoverfyllnad handlar det om ett avsteg i följsamhet till en rutin:

- "Patient är inte kontrollerad enl. urinblåse-rutin. På morgonen har hen 900 ml i blåsan. Erhåller KAD"

När patienten beskriver händelsen finns även konsekvensen för individen med:

- "I samband med operation hade jag överfull urinblåsa. Har nu dagliga problem med bla inkontinens. Fått kontakt med urolog som säger att problemen hänger ihop med övertänjningen av urinblåsan vid operation"

Båda perspektiven behövs, men när patientperspektivet finns med blir det väldigt tydlig varför verksamheten ska arbeta med vårdskadeprevention. Att använda klagomålsärenden/ patientbeskrivningar i det systematiska förbättrings- och patientsäkerhetsarbetet, bidrar även till ökad patientmedverkan.

VRI samt BHK

Kontrollmoment	Påstående för kontrollmomentet	Kontrollstatus, Antal 2024	Åtgärd
Riskbedömning VRI	Personal känner till risker och arbetar med att förebygga Vårdrelaterade infektioner(VRI).	<ul style="list-style-type: none"> ● På plats(Eget) ● På plats 99 (st) ◆ Under införande 1 (st) ■ Planerad 1 (st) — Ej svarat 43 (st) 	

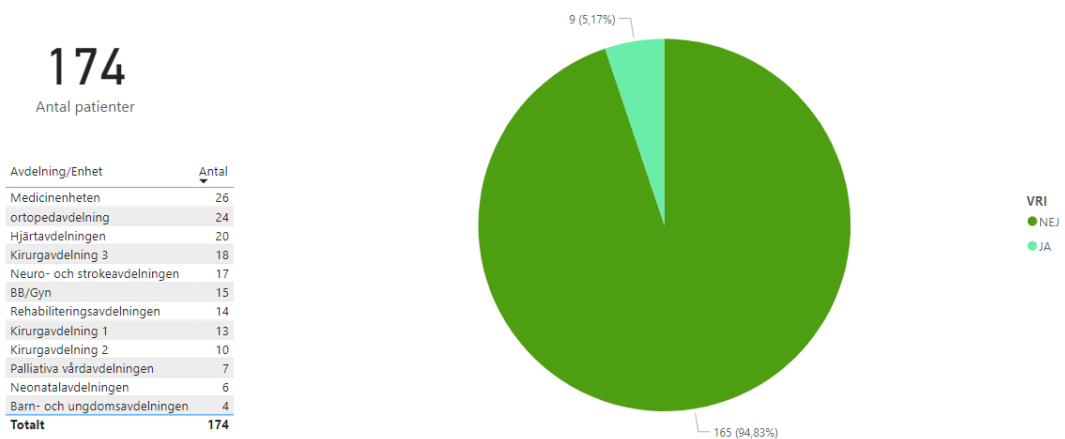
Vid årsskiftet 23/24 lade SKR ned den nationella databasen för PPM VRI/BHK. Regionen stod därmed utan möjlighet till övergripande mätning.

Under året har ett eget system för mätning utvecklats för VRI och i november gjordes en första pilotmätning se resultat nedan:

PPM - VRI 2024

Division
Område
Avdelning

Alla
▼ Alla
▼ Alla



Anmälningar till IVO - Lex Maria

Anmälan till Ivo (lex Maria)

Resultat: Under 2024 har regionen anmält 17 ärenden till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Som jämförelse anmälde regionen tolv ärenden under 2023.

Analys av resultat: Underliggande orsaker som uppmärksammats särskilt under året är bristande samordning och bristande patientmedverkan, vilket flera utredningar visat återkommande bidragit till risk för allvarlig vårdskada/allvarlig vårdskada.

Brister gällande dokumentation, kommunikation, organisation och ansvarsfördelning samt bristande följsamhet/avsteg/bristande tillgång till aktuella rutiner ses fortsatt som vanliga återkommande bakomliggande orsakerna. Förutom de vårdskadeutredningar som gjordes i samband med allvarliga händelser och som ledde till en anmälan gjordes många händelseanalyser där man efter utredningen inte kunde påvisa allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada. Dessa utredningar ledde ändå fram till ett flertal förbättringsåtgärder som implementerats i regionen.

En generellt problem är att utredningar ofta startar med stor fördröjning efter att en händelse har uppmärksammats samt att utredningar tar lång tid att slutföra. Många av förbättringsförslagen är inte tillräckligt effektiva och/eller sprids inte i verksamheten vilket leder till att liknande händelser fortsätter inträffa. Detta bedömes bland annat bero på att resurser till utredningar och implementering av beslutade åtgärder inte avsätts på adekvat sätt, då andra arbetsuppgifter prioriteras högre i verksamheterna. Detta belystes tydligt i samband med "Ledningens genomgång" december 2023 och en gemensam strävan mot ett effektivare utrednings- och förbättringsarbete finns i regionen.

Under 2024 har ansvarsfördelningen i utredningsarbete förtydligats. I överenskommelse med divisionschefer kommer utredningsarbete framåt i mycket stor omfattning bedrivas i verksamheterna under verksamhetschefs ansvar, vilket är i linje med de sedan tidigare överenskomna rutiner som finns på området. Detta förväntas kunna ge fördelar på så väl verksamhetsområdesnivå, inom division och mellan divisioner gällande lärande och spridning av åtgärder utifrån risker och händelser.

Åtgärd: Patientsäkerhetsenheten har inte heller i år publicerat någon ny "Lär av lex Maria", vilket annars varit tradition för ett ökat lärande utifrån avvikelseärenden och för ökad spridning av beslutade åtgärder och förbättringar. "Lär av lex Maria" planeras återupptas 2025 i podd-format.

Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag - LÖF

Till LÖF inkom under 2024 totalt 314 anmälningar från Jämtland Härjedalen. Anmälningarna gäller all verksamhet (sjukhusvård, primärvård, psykiatri, ambulanssjukvård, 1177 och folk-tandvård). Det är en ökning jämfört med föregående år, då antalet anmälningar var 266. Januari 2025 är 45 anmälningar ersatta, 76 ej ersatta och resterande 193 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

Kontinuerlig övervakning av vårdrelaterade infektioner (VRI)

Regionen saknar en kontinuerlig övervakning av vårdrelaterade infektioner. Det nationella system för kontinuerlig övervakning som finns är Infektionsverktyget. Det finns brister i detta system, så som att det är svårarbetat, har fokus på antibiotikaanvändning och inte VRI. Infektionskliniken har utfört en pilotstudie under 2024, det landade i att inte gå vidare med infektionsverktyget i vår region.

Läkemedelsgenomgångar

I början av 2024 publicerade revisionen en rapport om läkemedel och äldre. Brister som framkommer i rapporten var kända sen tidigare. Styrgrupp läkemedel har lyft förbättringsåtgärder, och arbetet kommer att fortgå under 2025.

Läkemedelsavstämning ska göras vid inläggning och dagligen vid rond samt vid utskrivning på inneliggande patienter. Det är försvårande och osäkert att Cosmic och Pascal inte är integrerade med varandra, det är ofta läkemedelsmisstag sker på dospatienter vid inneliggande vård. Felet följer ofta med vid utskrivning. Vid inskrivning på akutmottagningen saknas mobila datorer/plattor för att kunna utföra avstämningen direkt tillsammans med patienten i läkemedelslistan. Det finns pågående arbeten via LAG korrekt läkemedelslista och styrgrupp läkemedel som kan komma att innebära förbättrade arbetssätt.

Läkemedelsgenomgångar ska genomföras på samtliga SÄBO. I regionen finns ett samarbete med kommunerna där ansvarig sjuksköterska på boendet har koll på att läkemedelsgenomgångar utförs minst en gång per år per patient. Respektive kommuns MAS sammanställer antalet genomförda läkemedelsgenomgångar och rapporterar in dem i samverkansgrupp LSG patientsäkerhet.

En utmaning är att fånga patienter med hemsjukvård avseende läkemedelsgenomgångar. Rutiner behöver ses över lokalt på varje verksamhetsområde. Vid muntlig avstämning framkommer att de flesta enskilda läkare har kontroll över sina egna patienter, men uppföljningsmöjlighet på övergripande saknas.

Antibiotikaförskrivning sker enligt Stramas riktlinjer och följs upp i lokal Strama-grupp. Regionen har en låg förskrivning i jämförelse med övriga regioner.

Verksamheternas kommentarer

Verksamheterna belyser viktiga initiativ och förbättringar inom hälso- och sjukvården med fokus på patientsäkerhet, kommunikation, och kvalitet i vårdprocesser. Ett centralt tema är vikten av tydlig kommunikation och samarbete, särskilt mellan olika personalgrupper, för att identifiera och hantera risker, såsom infektioner och suicidala beteenden.














Rutiner för hygien och klädregler är implementerade och följs upp regelbundet för att säkerställa efterlevnad av standarder. Dessutom utförs kontinuerliga läkemedelsgenomgångar och antibiotikaförskrivningar övervakas noggrant för att optimera behandling och minska risken för resistensutveckling.










I barn- och ungdomsvården används validerade verktyg för att säkerställa korrekt näring och övervakning av patientens tillstånd, inklusive Swe-PEWS för att snabbt identifiera försämringar. Inom akutvården har utsedda MLU:er funnits för medicin, kirurgi och ortopedi vilket är ett positivt påbörjat arbete. Det är fortsatt viktigt att jobba med denna medicinska organisation för att skapa säkra och tillförlitliga processer

Utbildningsinsatser och e-lärande plattformar används för att höja kompetensen hos personalen, särskilt inom läkemedelshantering och suicidpreventiva metoder. Riskbedömningar genomförs systematiskt för att identifiera och hantera potentiella risker, och det finns en pågående strävan att integrera digitala system för att förbättra informationsöverföring och dokumentation.

Sammanfattningsvis visar verksamheterna på positiv inställning till att förbättra patientsäkerheten genom strukturerade processer, utbildning och samarbete, vilket syftar till att skapa en säkrare och mer effektiv vårdmiljö.

Läkemedel

Policy	Kontrollmoment	Påstående för kontrollmomentet	Kontrollstatus, Antal 2024	Åtgärd
Läkemedel	Narkotikakontroll	Narkotikakontroll utförs regelbundet minst en gång per månad	 På plats(Eget)  På plats 82 (st)  Under införande 1 (st)  Saknas 1 (st)  Ej svarat 51 (st)	
	Åtgärder vid svinn	Enhetsschef och verksamhetschef får rapport vid svinn av narkotikaklassade läkemedel	 På plats(Eget)  På plats 84 (st)  Under införande 1 (st)  Saknas 1 (st)  Ej svarat 50 (st)	
	Lokal rutin för Introduktion och fortbildning	Enheten har utarbetade rutiner för att introducera nyanställda samt ge fortlöpande information om de lokala rutinerna för läkemedelshantering till all personal som berörs av läkemedelshantering.	 På plats(Eget)  På plats 77 (st)  Under införande 5 (st)	

Policy	Kontrollmoment	Påstående för kontrollmomentet	Kontrollstatus, Antal 2024	Åtgärd
			 Planerad 3 (st)  Saknas 1 (st)  Ej svarat 50 (st)	
	Aktuella ordinationer finns i läkemedelslistan COSMIC/Pascal	Det finns beskrivet i kommentar till vald kontrollstatus hur det säkerställs att patienten har aktuella ordinationer i COSMIC/Pascal läkemedelslista när den är ineliggande och/eller lämnar vårdenhet/mottagning. Ange vad som eventuellt saknas för att kunna säkerställa det.	 På plats(Eget)  På plats 87 (st)  Under införande 1 (st)  Planerad 1 (st)  Saknas 3 (st)  Ej svarat 55 (st)	

Enligt författningsmässiga krav bör kvalitetsgranskning av läkemedelshandling ske minst en gång per år. I regionen är rutinen att fysiska kvalitetsgranskningar ska ske på vårdavdelningar och läkemedelstunga mottagningar årligen, hälsocentraler och mottagningar vart annat år och folktandvården vart tredje år.

Att utföra kvalitetsgranskning av läkemedelshandlingen, genom att vissa moment besvaras i Stratsys egenkontroll, infördes i slutet av 2023. Målet är att kontrollmomenten ska besvaras av alla som hanterar läkemedel på ett eller annat sätt (ordination, iordningställande, administration, överlämnande, förvaring).

Kontrollmomenten innefattar frågor om *Ansvar, Delegering, Narkotikahandling, Lokala rutiner för läkemedelshandling, Introduktion och fortbildning, Ordinationer, Akut behov av läkemedel och Dosjustering.*

Totala svarsfrekvensen på kontrollfrågorna för läkemedelshandling är ca 72 procent på den övergripande nivån i regionen, detta är en ökning från föregående år (55%). Systemets siffror har omräknats för att bli mer rättvisande av de enheter som faktiskt hanterar läkemedel.

Alla frågor ska besvaras med kommentarer till påståendena om vad som finns på plats eller saknas alternativt inte är aktuellt.

I patientsäkerhetsberättelsen lyfts fyra frågor fram: *Narkotikakontroll och Åtgärder vid svinn, Lokala rutiner för introduktion och fortbildning samt Aktuella ordinationer finns i läkemedelslistan COSMIC/Pascal.*

Kontrollmoment: Narkotikakontroll

Merparten av slutenvårdens avdelningar, mottagningar och hälsocentraler har svarat att de följer regionens rutiner för narkotikakontroll. Den övergripande kontrollen av saldot sker med olika intervaller från 2 ggr per dag till 1 gång per månad.

- Läkemedelsenheten ser i sina kontakter med verksamheterna, att problem med narkotikasvinn kvarstår. Dessa är av olika allvarlighetsgrader. Allt från slarv med dokumentationen till stöld förekommer, det kan även innebära att patienter inte får de läkemedel som den ska ha. Det är viktigt att narkotikahandlingsrutinerna är kända och

följs för att snabbt kunna fånga upp mönster och vidta åtgärder.

Kontrollmoment: Åtgärder vid svinn

Svinn rapporteras i avvikelssystemet och vidare till enhetschef för åtgärd. När svinn upptäcks görs eftersökningar, om det inte går att spåra utförs kontrollräkningen med tätare intervall samt att dubbelsigtering införs.

Läkemedelsenheten tillhandahåller:

- Framtagning av enhetlig förbrukningsjournal. I syfte att underlätta spårning, lades notering av tidpunkt för uttaget till våren 2024. Ett förslag som gavs av verksamheten.
- Utbildning till narkotika- och läkemedelsansvariga sjuksköterskor.
- Utbildning till nyanställda sjuksköterskor.
- Sakkunnigt stöd till verksamhetschefer, enhetschefer och läkemedelsansvariga/narkotikaansvariga vid utredning av svinn.
- Rutin för narkotikahantering.
- Checklista för narkotikakontroll.

En arbetsgrupp, med uppdrag att se över behovet av förändring/förstärkning av rutinerna bildades hösten 2024, arbetet fortsätter 2025. Påbörjade arbeten:

- Kirurgens vårdavdelningar testar att dokumentera patientens personnummer vid uttaget i förbrukningsjournalen. Beslut om enhetlig rutin tas i början av 2025.
- Ett arbete för upphandling av läkemedelsautomater har påbörjats.
- Bassortimentet ses över på sjukhuset.

Vårdenheterna kan behöva se över att tillräckligt med tid finns för den narkotikaansvariga att utföra uppgifterna som den övergripande månadskontrollen innefattar.

Kontrollmoment: Lokal rutin för Introduktion och fortbildning

Merparten av de som svarat anger att det finns utarbetade rutiner för att introducera nyanställda samt att ge fortlöpande information om de lokala rutinerna för läkemedelshantering.

- I de kontakter som läkemedelsenheten har med läkemedelsansvariga framgår att introduktionen ofta inte hinns med och att det är för få seniora medarbetare som kan introducera. Okunskap om journalsystemet COSMIC läkemedelslista är en källa till felhantering och avvikelser.
- Läkemedelsenheten erbjuder introduktion i läkemedelshantering till nyanställda sjuksköterskor och sjuksköterskor i kliniskt basår vid 2 tillfällen per år. Till nya AT-läkare ges utbildning vid AT-intro, läkemedelshandlingsdelen har dock minskats.
- Undersköterskor erbjuds utbildning vid sommarintroduktionen och på efterfrågan av chefer.

Kontrollmoment: Aktuella ordinationer finns i läkemedelslistan COSMIC/ Pascal

För att säkerställa att patienten har aktuella ordinationer anger de flesta att rutiner finns. Några kommenterar att ordinationer ska kontrolleras vid inskrivning från akuten och dagligen gås igenom vid rond och vid utskrivning.

Precis som föregående år framkommer det av avvikelserapporteringarna (skriftligt men framförallt muntligt) att det är flertalet gånger som patientens läkemedelslistor inte är korrekta i varken slutenvården, inom hälsocentraler eller mottagningar. Bilden stämmer överens med kommunernas rapporter och revisionsrapporten Läkemedel och äldre. En stor källa till avvikelserna är att COSMIC inte överensstämmer med Pascal vid inläggning på sjukhus med felmedicinering/utebliven dos som följd. Det är inte ovanligt att felet även följer med vid utskrivningen. Förutsättningar för en helintegrerad läkemedelslista mellan COSMIC och Pascal

kommer först 2028. För att göra det ännu tydligare att patienten har dosföreskrivning, kontaktades systemleverantören om förändringsönskemål under 2024. Det finns ännu ingen prognos i ärendet. Inom LSG patientsäkerhet finns LAG korrekt läkemedelslista som flertalet gånger belyst problematiken och föreslagit ändrade arbetssätt. Föreskrivarna behöver få förutsättningar att prioritera läkemedelslistorna så att de stämmer överens i alla system. Det skulle behövas krav för uppföljning på verksamhetsnivå med kontroll av efterlevnad.

Vissa ordinationer som skrivs Enligt särskild ordination är otydliga och ofta saknas uppgifter om aktuell dos. Vid inskrivning på sjukhus behöver dessa ordinationer ändras till fasta utdelningstillfällen. Cosmic läkemedelsgrupp har gjort en genomgång om hur användningen tillämpas och utifrån det förtydligat informationen i vissa ordinationsmallar. Ett informationsbrev om hur ordinationstypen ska användas skickas ut till förskrivarna.

Uppföljning

Stratsys används som en del i kvalitetsuppföljning av läkemedelshanteringen.

Vid kommande fysiska kvalitetsgranskningar lyfts kontrollmomenten för att fånga upp om rutiner finns och ge stöd kring vad som saknas.

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

Läkemedelsförsörjning

Precis som föregående år har det varit stort fokus på att trygga läkemedelsförsörjningen både lokalt och nationellt. Regeringens satsning sedan 2022 för ökad robusthet av läkemedel fortgår. Satsningen är för att öka lagernivåerna av läkemedel i regionen. För att inte normalflödet av läkemedel ska störas, samarbetar regionerna för att planlägga vilka inköp av vilka läkemedel, som kan ske när under året.

Antal restnoterade läkemedel har ökat även detta år på grund av omvärldens händelser, vilket inneburit merarbete för förskrivare, patienter, övrig vårdpersonal, närstående, apoteken och för läkemedelsservice. Nationellt pågår ett intensivt arbete där bland annat Läkemedelsverket och en nationell koordineringsfunktion utsedd av regionerna, arbetar tätt med övriga aktörer. Läkemedelsenheten försöker att underlätta för alla parter, dels genom att ansöka om övergripande licenser, informera om utbytesalternativ både via publicerad information på insidan och mailutskick till mindre berörda grupper/individer, men också genom att justera i ordinationsmallar där så är möjligt.

Under slutet av året var det en allvarlig brist globalt av intravenösa vätskor. I andra regioner

innebar det att planerad operationsverksamhet fick ställas in. Lokalt i regionen blev bristen kännbar men inte kritisk, tack vare verksamhetens snabba omställning och tätt samarbete mellan berörda verksamheters MLU:er, läkemedelsenheten och ansvariga för vätskeförrådet.

Trots dessa utmaningar finns det en stark betoning på att upprätthålla en säker och kvalitativ vårdmiljö, med fokus på att hantera läkemedelsbrister, IT-relaterade problem och att säkerställa att viktiga uppföljningar inte missas. Sammanfattningsvis syftar dessa insatser till att främja en kultur av säkerhet och ansvar inom vården, samtidigt som man strävar efter kontinuerlig förbättring och innovation.

Inhyrd personal

Regionens behov av hyrpersonal har minskat något under 2024, från 15 procent 2023 till ca 10 procent för 2024, fördelat med knappt 6 procent för läkare och fyra procent för sjuksköterskor. Därutöver finns en mycket liten andel av andra yrkeskategorier. Det betonas att brister i bemanning, särskilt användning av hyrpersonal, påverkar kontinuiteten och kvaliteten på vården negativt. Rekryteringsinsatser pågår för att säkra fasta läkare och förbättra resursfördelningen. Utmaningar som överbelastning av akutmottagningar och brist på erfarna sjuksköterskor har också identifierats som riskfaktorer för patientsäkerheten.

Verksamheternas kommentarer

Verksamheterna belyser viktiga utmaningar och insatser för att förbättra patientsäkerheten inom hälso- och sjukvården. Centrala teman inkluderar vikten av att integrera patientsäkerhet i verksamheten, särskilt via "Gröna korset" och markörbaserad journalgranskning för att identifiera risker. Det framhävs att regelbundna riskanalyser och utbildningar, särskilt inom läkemedelshantering, är avgörande för att minska risken för fel i läkemedelsprocessen och förbättra följsamheten till rutiner vid in- och utskrivningar.

Det finns en stark betoning på att rekrytera permanent personal för att säkerställa kontinuitet i vården, eftersom tillfällig personal kan påverka kvaliteten och säkerheten negativt. Utmaningar med bemanning, inklusive brist på specialister och leveranser av läkemedel har lett till ökad belastning och risker för patienter. Åtgärder för att förbättra kommunikation och resurshantering, samt att hantera systematiska problem i vårdprocesser, framhålls som nödvändiga för att säkerställa en trygg och effektiv vårdmiljö.

Dessutom betonas vikten av att kontinuerligt övervaka och utvärdera vårdprocesser genom egenmonitorering och kvalitetsförbättringsåtgärder. Trots vissa framsteg kvarstår behovet av att förstärka beredskapen mot externa utmaningar, som IT-störningar, för att ytterligare förbättra patientsäkerheten. Sammanfattningsvis syftar insatserna till att skapa en mer holistisk och säker vårdmiljö för alla patienter, särskilt de mest sårbara.

Överbeläggningar, utlokaliserade och utskrivningsklara patienter

Såväl överbeläggningar, som utlokaliseringar innebär patientsäkerhetsrisker, varför det är viktigt att följa trederna, och agera så att patienter i så stor utsträckning som möjligt vårdas på ett säkert sätt. Som framgår av tabell 4, så har Regionens haft ett något högre antalet unika disponibla vårdplatser under 2024 jämfört med de senaste tre åren. Beläggningsgraden har ökat något, andelen utlokaliserade patienter har minskat, andelen överbeläggningar var något högre 2024 jämfört med 2023. Socialstyrelsen har beräknat att regionens sammanvägda riktvärde, som tar hänsyn till fördelning mellan planerad och oplanerad slutenvård slutenvårdsproduktion bör vara 89 procent. Andelen vårdplatser belagda med utskrivningsklara har ökat något under 2024 jämfört med 2023, se tabell 4.

Tabell 4: Jämförelse mellan 2021-2024 för Region Jämtland Härjedalen (avser både psykiatrisk och somatisk vård).

	2021	2022	2023	2024
Antal unika disponibla vårdplatser	231	224	225	237
Beläggningsgrad	89 %	90%	87%	92%
Antal utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser	6,09	3,24	2,24	0,84
Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser	4,61	6,91	4,81	5,1
Andel vårdplatser belagda med utskrivningsklara patienter	3,6%	2,6%	3,1%	5,9%

Verksamheternas kommentarer

Inom verksamheterna sammanfattas utmaningar och framsteg, med fokus på patientflöde, resursförvaltning och säkerhet. Det framkommer att flera verksamheter har lyckats minska antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter genom att upprätthålla ett stabilt antal vårdplatser och öka antalet tillgängliga sängar. Trots dessa framsteg kvarstår problem, särskilt med patienter som är utskrivningsklara men inte kan lämna sjukhuset på grund av brist på korttidsboenden eller behov av fortsatt hemsjukvård. Detta bidrar till att patienter stannar längre än nödvändigt, vilket i sin tur påverkar både patientsäkerheten och arbetsmiljön för vårdpersonalen.

Effektiva strategier för att hantera patientbelastning i akutmottagningar har också diskuterats, med fokus på att minska belastningen genom att underlätta utskrivningar och öka personalresurserna. Samtidigt betonas vikten av samarbete mellan olika enheter för att optimera vårdprocesserna.

Inom psykiatrisk vård påpekas behovet av förbättrade fysiska miljöer och resurser för att möta den ökande efterfrågan, samt implementeringen av metoder som syftar till att skapa meningsfull dygnet-runt-vård. Detta inkluderar särskilda insatser för barn- och ungdomspsykiatri för att hantera överbeläggning och förbättra vårdmiljön.

Slutligen betonas vikten av att effektivisera utskrivningsprocesserna genom användningen av LINK-systemet, vilket förbättrar kommunikationen mellan alla involverade parter och säkerställer att patienter får en trygg övergång hem. Detta är i linje med Socialstyrelsen förslag till nationell plan för att minska bristen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården. Plats för vård, kan ett antal föreslagna insatser bidra till att minimera undvikbar slutenvård. En område som lyfts fram är omställningen till en god och nära vård för att minska behovet av slutenvård på sjukhus, vilket i sin tur skulle kunna minska andel vårdtillfällen som uppstår eller förlängs till följd av vårdskada.

Sammanfattningsvis visar texten på en pågående strävan att förbättra vårdkvaliteten, hantera resursutmaningar och säkerställa en säker och effektiv vård för alla patienter.

Riskhantering

Med stöd av ledningssystemet Stratsys genomförs riskbedömning och riskanalyser inför förändringar i arbetsmetoder och organisatoriska strukturer i verksamheterna. Riskanalyser genomförs för att säkerställa patient- och arbetsmiljösäkerhet och involverar ett samarbete mellan fackliga representanter, enhetschefer och andra relevanta funktioner. Målet är att identifiera och utvärdera potentiella risker samt att vidta åtgärder för att minimera eller eliminera dessa.

Under 2024 genomfördes specifika riskanalyser relaterade till sommarförberedelser, införandet av nya funktioner i Cosmic-systemet och anpassningar av arbetsscheman

Nytt från 2024 är att verksamheterna kunnat göra riskanalyser för både arbetsmiljö och patientsäkerhet i Stratsys. Ytterligare en utveckling vad gäller riskbedömning inför sommaren 2025 är att HR och vårdskadeprevention tillsammans har tagit fram några standardiserade övergripande risker för alla verksamheter att beakta, vilka berör båda arbetsmiljö och patientsäkerhet. Här är förhoppningen att kunna sammaställa risker som beskrivas inom flera verksamheter och därmed få ett bättre underlag för eventuella region övergripande åtgärder.

Verksamheternas kommentarer

Gröna korset beskrivs av verksamheterna som en metod för att identifiera risker i realtid, skapar ett underlag för riktat systematiskt förbättringsarbete som ökar patientsäkerheten, arbetsmiljön och förbättrar patientsäkerhetskulturen.

Verksamheterna belyser också vikten av att rapportera och hantera händelser samt att involvera alla anställda i riskhanteringsprocessen. En utmaning som nämns är bristen på användarvänlighet i nuvarande avvikelssystem, vilket leder till ineffektivitet i hanteringen av risker och händelser. Det framhävs att en kultur av kontinuerlig lärande och förbättring är nödvändig för att säkerställa hög kvalitet på vården och för att hantera potentiella risker på ett proaktivt sätt.

Sammanfattningsvis syftar redovisningen till att illustrera en strukturerad och samarbetsinriktad metod för riskhantering inom hälso- och sjukvården, där fokus ligger på att förbättra patient- och arbetsmiljösäkerhet genom noggranna analyser och uppföljningar av identifierade risker.

Från de privata vårdgivarna nämns att begränsningar vad gäller tillgång till regionens IT-system i sig utgör en risk, som kan medföra vårdskada. En annan brist är att privata vårdgivare fortsatt inte har tillgång till Regionens avvikelshanteringssystem vilket medför en ökad risk att eventuella brister och vårdskador inte framkommer mellan verksamheterna i tid.

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

De anmälningar Regionens gör enligt lex Maria tillsammans med riktade journalgranskningar hjälper oss att få en ökad förståelse för hur patientsäkerheten ser ut, vilka orsaker som finns bakom vårdskador och vilka faktorer som påverkar patientsäkerheten. Handlingsplaner som upprättats vid så kallade händelseanalyser följs upp efter sex till åtta månader, med syfte att se om föreslagna åtgärder fått effekt. Via nätverk för händelseanalysledare sprids goda exempel från genomförda analyser.

Verksamheternas kommentarer

Verksamheterna redogör för förbättringar inom patientsäkerhet och kvalitet inom vården, med fokus på utbildning, avvikelshantering och systematiska utvärderingar.

Flera enheter har under året arbetat med att förbättra utbildningen kring läkemedelsprocesser och implementerat Cosmic läkemedelslista för att minska risken för doseringsfel. Utbildningsinsatser har riktats mot både intern och extern personal, inklusive utbildning i Neo-CPR och hantering av allergier och diabetes.

Inom akutmottagningen har det införts systematiska rutiner för att hantera avvikelser och genomföra vårdskadetredningar, vilket har lett till skapandet av patientsäkerhetsteam. Målet är att identifiera risker och förbättra samarbetet mellan olika vårdenheter, inklusive primärvård och psykiatrisk vård.

Kvalitetsregister används aktivt för att övervaka och utvärdera vårdens prestationer. Det har gjorts framsteg inom registrering av avvikelser och feedback från Lex Maria-anmälningar används för att främja lärande och förbättra rutiner.

Det har också genomförts förbättringar vad gäller dokumentation och hantering av klagomål, med en tydlig struktur för att hantera avvikelser och föreslå åtgärder. Utbildning inom dokumentation och kompetensutveckling har prioriterats, och det finns en pågående strävan efter att förbättra patientvården genom systematisk analys och kommunikation.

Sammanfattningsvis syftar dessa insatser till att höja kvaliteten och säkerheten i vården genom att främja en lärande kultur, stärka samarbetet mellan enheter och implementera evidensbaserade metoder.

Avvikelser

Allt som avviker ska rapporteras och hanteras!

Genom att arbeta med Gröna korset finns en samarbetsyta (*ett möte*) dit medarbetare från alla yrkesprofessioner tillsammans med ledare och chefer vänder sig för att diskutera de avsteg och förbättringsmöjligheter man uppmärksammat, oavsett inom vilket område (*kvalitet, säkerhet, vård, arbetsmiljö*).

För att underlätta fortsatt hantering av det som tagits upp på Gröna korset, har Kommunikationsavdelningen tillsammans med område Patientsäkerhet tagit fram en portal, en ingång där rapportören utifrån vad som hänt (*skada på patient, skada på medarbetare, fel i medicinteknisk utrustning, förbättringsförslag osv*) väljer en "knapp" och direkt kommer till rätt inrapporteringsformulär, utan att först behöva veta vilket IT-system som ska användas. Portalen kommer läggas ut på en av regionens webbsidor, den nya "insidan".

I övrigt se punkt 4.1.1.1, 4.1.1.2 samt 4.1.1.3

Verksamheternas kommentarer

Regelbundna möten, Gröna korset, inklusive morgonmöten och arbetsplatsträffar, används för att diskutera avvikelser och förbättringsåtgärder, vilket stärker medarbetarnas engagemang och ansvarstagande. Utbildningsinitiativ baseras på identifierade brister och syftar till att öka medvetenheten och förbättra vårdprocesser.

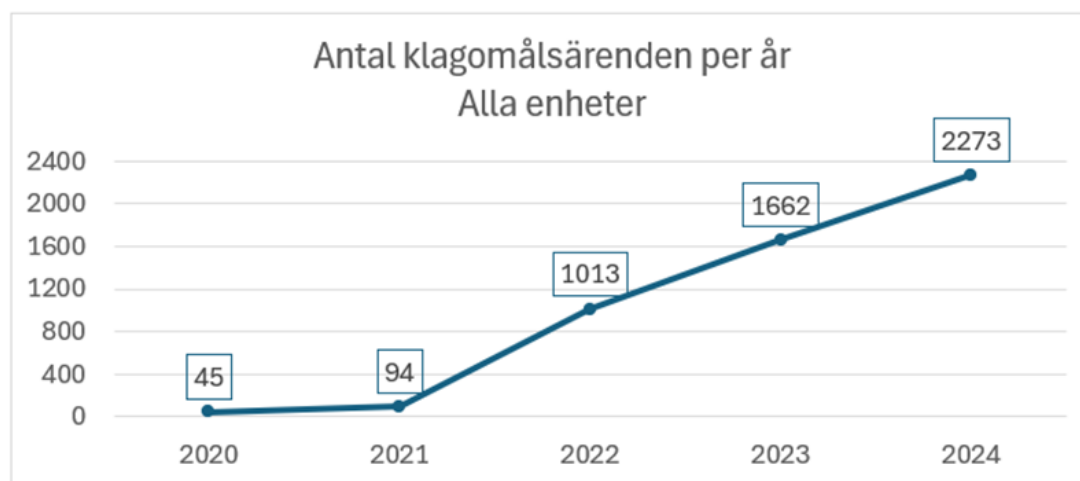
Trots att det finns utmaningar, såsom underrapportering och bristande samordning mellan olika vårdnivåer, visar organisationen en stark vilja att arbeta mot en kultur av öppenhet och kontinuerlig förbättring. Genom att systematiskt analysera avvikelser och implementera för-

ändringar, strävar hälso- och sjukvården efter att höja kvaliteten på vården och säkerheten för patienter.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter till verksamhet

Antal ärenden som kommer in direkt till verksamheterna via e-tjänsten för Synpunkter och Klagomål fortsätter att öka. Arbetet med att ansluta samtliga enheter inom regionen till e-tjänsten fortsätter. Som patient/ närstående kan man alltid välja att skicka in sitt ärende till Patientnämnden om man inte hittar önskad verksamhet i regionen.



Figur 5: Antal anmälda ärenden via 1177 e-tjänst för Synpunkter och klagomål, fördelat per år. (Under 2020-2021 använde regionen en egenutvecklad e-tjänst, där endast ett fåtal enheter var anslutna. Från 2022 har regionen varit ansluten till Ineras centrala e-tjänst)

I samband med att patient/ närstående rapporterar in ett ärende i 1177 e-tjänst görs en kategorisering utifrån problem och delproblem. Posten "övrigt" är fortsatt den enskilt största kategorin (31,5 procent). Enligt verksamheterna används det valet när invånaren saknar eller inte hittar annan, önskad e-tjänst. Därefter är det inom problemområdena Vård och behandling (25,0 procent), Kommunikation (18,2 procent) samt Tillgänglighet och väntetider (7,8 procent) som invånare har flest klagomål.

Problemområde	Procent av totalt antal	Största undergrupp/delproblem
Övrigt	31,5	
Vård och behandling	25,0	Undersökning/ bedömning
Kommunikation	18,2	Information
Tillgänglighet och väntetider	7,8	
Resultat	4,3	
Dokumentation och sekretess	4,0	
Administrativ hantering	3,8	
Ekonomi	3,5	
Vårdansvar och organisation	1,9	

Tabell 5: Anmälda ärenden via 1177 e-tjänst Synpunkter och Klagomål.
Procentuell fördelning utifrån det problemområde som valts av patient/ närstående

Inspektionen för vård och omsorg (Ivo)

Privatperson (patient/ närstående) kan även anmäla klagomål direkt till Ivo. Om vårdgivaren inte fått möjlighet att hantera klagomålet, kommer Ivo att avsluta ärendet från patient/ närstående och skicka ett meddelande till vårdgivaren om att de överför ärendet för utredning (så kallat Enskilt ärende från Ivo). Det saknas en övergripande statistik för antal inkomna enskilda ärenden, då Ivo både skickar ärenden via regionens centrala diarium men även direkt till enhet eller medarbetare om de är namngivna. Till det centrala diarriet har det under 2024 kommit in 24 enskilda klagomål.

Patientnämnden

Patientnämndens årliga rapport visar att antal klagomål och synpunkter var på ungefär samma nivå som föregående år. Under 2024 tog patientnämnden emot 542 ärenden (2023 var det 557 ärenden). De vanligaste klagomålen under 2024 handlade om vård och behandling, såsom brister i undersökning och bedömning, behandling samt synpunkter på diagnos. Brister i kommunikation mellan vårdgivare och patient, såsom information, bemötande och delaktighet, var den näst vanligaste kontaktorsaken. Andra stora problemområden rör synpunkter på tillgänglighet till vården, brister i vårdansvar och organisation samt bristande dokumentation och sekretess.

Patientnämnden noterar att vårdgivare många gånger, utifrån en enskild synpunkt vidtar förbättringsåtgärder på en övergripande nivå, vilket leder till att vården blir bättre och säkrare för många. Åtgärderna handlar bland annat om att utarbetar nya rutiner, förändra arbetssätt, vårdskadeutredningar, systematiskt lärande av inträffade händelser, eller att patienter involveras i förbättringsarbeten. Nämnden noterar att patientnämndsärenden efterfrågas i större utsträckning av olika verksamheter inom regionen, där olika typer av patienterfarenheter efterfrågas för att utgöra en del av patientperspektivet i förbättringsarbeten och beslutsunderlag. Denna utveckling ses som mycket positiv, det stärker patientnämndens, och framförallt patienters och närståendes roll i patientsäkerhetsarbetet.

Förbättrings- och patientsäkerhetsteam

Förutom att varje individ får svar på sitt klagomålsärende, är det flera verksamheter som infört multiprofessionella team, där man sammanställer och analyserar ärenden som inkommit både via e-tjänst för Synpunkter och klagomål, patientnämnden och via Ivo, men även ärenden via avvikelshanteringssystemet och resultat från andra källor (tex kvalitetsregister, vården i siffror och journalgranskningar). När ärenden och övriga resultat från flera olika källor sammanställs görs prioritering av var det finns störst behov av förbättring. Det kan till exempel handla om att arbeta med bemötande och personcentrerad vård eller att minska förekomst av diagnostiska misstag, trycksår, blåsoverfyllnad eller att öka säkerhet i läkemedelshantering.

Processteam för klagomål

I processteamet ingår deltagare från involverade förvaltningar och enheter (1177-/ Platina- och Centuri-förvaltningarna, arkiv/ diarium och patientnämnd) samt en verksamhetsrepresentant från division medicin. Teamets uppgift är bland annat att bedöma om processen tillämpas som tänkt/ att vi gör som vi bestämt, hur mål uppfylls (ledtider, statistik) eller om det är något som inte fungerar och behöver förbättras. Inom ramen för det arbetet har regionens klagomålsrutin

reviderats, lathundar till handläggare i ärendesystemen har tagits fram och utbildningar genomförts. Patientnämnden har haft träffar om hur svar på klagomål skrivs, loggkontroller planeras, ett informationsmaterial riktat till invånare och ett till medarbetare är under framtagande. Processen modelleras även i ritverktyget 2c8, med en kvalitetsgranskare från division kirurgi. Under året har Ineras statistiktjänst gjort det möjligt att "dyka" i ärenden som inkommit via 1177 e-tjänst och visa problem/ delproblem ned till enhetsnivå. Region Jämtland Härjedalen prenumererar dock inte på denna statistikexport varför alternativ fortsatt eftersöks.

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

Riskfylld läkemedelsbehandling

Det finns riskfyllda situationer med läkemedel som ständigt behöver lyftas för att kunskap ska bibehållas och också läras ut mellan varandra. Avvikelsesrapporter om läkemedelshantering följs på övergripande nivå. Där fångas områden aggregerat och/eller isolerat för att lyftas och utbildas kring i de forum som finns för sjuksköterskor, läkare och chefer.

Några av de läkemedelsområden som lyfts särskilt under året och fortsatt arbetas med är:

Förväxlingsrisker

En allmän riskmedvetenhet behöver finnas för att förebygga förväxlingssituationer. Det kan handla om att rätt patient får rätt läkemedel på rätt tidpunkt, för detta finns författningmässiga krav med procedurer som syftar till en patientsäker hantering. I regionen finns återkommande avvikelser där patienter fått annan patients läkemedel. Vid den övergripande introduktionen av nyanställda går detta igenom. Det egna arbetet på vårdenheterna behöver också ses över så rutiner för identitetskontroll och märkning av läkemedel ska bli säkert och att vårdskador därmed kan undvikas.

Förebyggande arbete med risker för förväxling av läkemedel krävs kontinuerligt. Nya förväxlingsrisker uppstår när nya preparat tillkommer i läkemedelsförråden.

Barnläkemedelsgruppen E-ped har tagit fram ett utbildningsmaterial som kallas Läkemedels-säkerhetsminuten, baserat på arbetssättet Microlearning. Det består av ett dokument med risk och förslag till lösning. Bilderna kan användas vid tex uppstartsmöten, sättas upp på väggen eller liknande och är tänkta att väcka reflektion och diskussion. Läkemedelsenheten kommer att titta på materialet och plocka ut det som är relevant för vuxenvården.

Insuliner

Insulin tillhör gruppen högriskläkemedel som fortlöpande behöver ges särskild uppmärksam-

het både vid skapande av rutiner samt i det dagliga arbetet med ordination och administrering. Under det första halvåret 2024 fanns många avvikelser där patienter inte fått insulin. Hösten 2024 infördes elektronisk ordination av insulin, efter införandet ser antalet avvikelser ut att minska.

Flera nya insulinsorter har tillkommit som skulle kunna medföra förväxlingsrisker. För att minimera risken har listan över utbytbara insuliner satts upp på förvaringsplatsen. I samverkan med kommunerna har beslut tagits att inte skicka med utbytesinsulin vid hemgång. Det som skickas med patienten ska finnas ordinerat i läkemedelslistan.

Syrgas

Återkommande rapporter finns där felkoppling av syrgas sker, patienter får luft istället för syrgas. Det händer även att patienter blir utan syrgas när portabel syrgasflaska använts, kvarvarande mängd i flaskan har inte varit tillräcklig.

En ny rutin för syrgashantering har tagits fram och ordinationsmallarna för syrgas är uppdaterade med instruktioner om olika administrationsätt.

Vid nyanställning behöver rutiner för syrgashantering gås igenom men det krävs även kontinuerlig uppföljning av rutinerna. På KTC finns möjlighet att träna på syrgaskoppling och i Kompetensportalen finns utbildning inom gashantering.

Ordination

Regionen arbetar kontinuerligt med informationsinsatser och åtgärder kopplade till felaktiga läkemedelslistor då detta är ett återkommande problem.

Det pågår införande av elektroniska ordinationer i Utdelningsvyn på hälsocentraler och mottagningar. Införandeplanen beräknas pågå t.o.m våren 2025. Syftet är att ordination och administrering av läkemedel ska bli säkrare och det ska bli tydligare att följa läkemedelsbehandlingen i läkemedelsmodulen istället för i löpande journaltext.

Verksamheternas kommentarer

I verksamheternas pågår en rad initiativ och strategier inom hälso- och sjukvården, med fokus på att förbättra patientsäkerheten och kompetensutvecklingen bland personalen. Nedan listas några centrala områden:

1. **Kompetensutveckling**: Det finns en stark betoning på kontinuerlig utbildning och träning för baspersonal, inklusive läkare och sjuksköterskor. Utbildningsprogram och interna övningar, såsom simulering och regionens masskadeövning Vega, beskrivs som inslag för att säkerställa att personalen är förberedda för akuta situationer.
2. **Patientmedverkan**: Initiativ för att öka patienternas delaktighet i sin egen vård och behandling är prioriterade, inklusive utveckling av informationsmaterial och egenvårdsplaner för att förbättra säkerheten och dokumentationen.
3. **Tvärprofessionellt samarbete**: Samarbete mellan olika verksamheter inom vården betonas som avgörande för att förbättra vårdkvaliteten och säkerheten. Det handlar om att bygga effektiva rutiner och strukturer för att hantera risker och förbättra vården.
4. **Rekrytering och personalstabilitet** För att upprätthålla hög standard på vården är rekrytering och bevarande av kompetent personal centrala frågor. Det finns strategier för att minska personalomsättningen och säkerställa en stabil bemanning.
5. **Riskhantering och kvalitetssäkring**: Det pågår arbete med att identifiera och hantera risker

inom vården genom analys och utvärdering. Fokus ligger på att utveckla rutiner för att förebygga vårdskador och att kontinuerligt övervaka kvalitetsdata.

6. Organisatorisk utveckling: Initiativ för att förbättra organisatoriska processer och samarbeten, inklusive interna utbildningsprogram och externa kurser, syftar till att skapa en stödjande och effektiv arbetsmiljö.

Sammanfattningsvis strävar verksamheterna efter att kontinuerligt förbättra kvaliteten på vården genom utbildning, samarbete, riskhantering och engagemang av både personal och patienter.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Patientsäkerhet är ett arbete som behöver och ska bedrivas på kort sikt i det dagliga arbetet och strategiskt på lång sikt. Bedömningen är att fortsatt arbete med fokus på "Säker vård" och stöd från den nationella -och regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet är nödvändig. Målet är fortsatt oförändrat: ingen patient i Region Jämtland Härjedalen ska behöva drabbas av vårdskada.

Efter att Vårdhygien presenterat "Vägledning för vårdhygieniskt arbete" för politik hälsosjukvårdsdirektör samt hälso- och sjukvårdsledningen har inget arbete startats upp. Under 2025 behövs förutsättningar att omsätta och implementera vägledning för vårdhygieniskt arbete från ledningsnivå till enhetsnivå.

Vårdhygien har fått i uppdrag av HSD att skapa microutbildning för BHK som förhoppningsvis blir klar under våren 2025. Förslag till beslut för införande av hygienombud ute i verksamheterna finns.

I arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner är tillgång till vårdhygienisk expertis ett grundläggande behov. Nu bemannar två Infektionsläkare hygienläkarrollen rullande. Regionen behöver fortsatt arbeta för att få specialistläkarcompetens inom Vårdhygien.

Omvårdnads kvalitet, arbete med att utveckla processen för utveckling på systemnivå vilket inkluderar att se över arbetsprocesserna i mikro-systemet nära patienten med dokumentation och data i realtid samt via Inblick för att stärka arbetet med de hälso- och sjukvårdsövergripande funktionsuppdragen, lokala funktionsuppdrag tillsammans med berörd chef arbeta med systematiskt förbättringsarbete baserat på data i miko-systemet.

Uppdatering av den nationella handlingsplanen Agera för säker vård beräknas vara klar innan sommaren 2025. Som en följd av detta behöver Regionen uppdatera den regionala handlingsplan och med den säkerställa att dels strategiska arbetssätt för arbete med patientsäkerhet och dels operativt särskilt viktiga områden i arbetet med patientsäkerhet. Arbetet med patientsäkerhet behöver vara långsiktigt och ske i anslutning till den utveckling som sker i den nära vården.

Verksamheternas kommentarer

Sammantaget ger verksamheterna flera förslag på mål strategier och utmaningar för kommande år, de sammanfattas nedan:

1. Patientsäkerhet och Kvalitetsförbättring: En stark betoning läggs på att etablera strukturerade arbetssätt och metoder för att hantera negativa händelser och risker, inrättande av patientsäkerhetsteam för de verksamheter där detta saknas och kontinuerlig övervakning av kvalitet.
2. Tillgänglighet och Personcentrerad Vård: Verksamheterna strävar efter att förbättra tillgänglighet för patienter genom att utöka digitala tjänster, förenkla bokningssystem och strävar efter att tillhandahålla en personcentrerad vård.
3. Personalrekrytering och Kompetensförsörjning: Det finns en tydlig utmaning i att rekrytera och behålla personal, vilket leder till initiativ för att förbättra arbetsmiljön och erbjuda utbildning för nyutexaminerade. Samtidigt betonas vikten av kompetensutveckling och ledarskapsutbildning för att skapa en attraktiv arbetsplats.
4. Digitalisering: Planer för att implementera digitala journalsystem och öka användningen av teknik för att stödja vårdprocesser och förbättra patientflöden är av stor betydelse. Digitala

verktyg ska underlätta kommunikation och samarbete mellan verksamheter.

5. Samarbete och Resursallokering: Det betonas vikten av samarbete mellan olika vårdenheter och externa aktörer för att säkerställa en smidig övergång av resurser och ansvarsområden, särskilt med fokus på att korta köer och förbättra tillgänglighet.

6. Utvärdering och Feedback: Regelbundna utvärderingar och insamling av feedback från patienter och personal är centrala för att identifiera förbättringsområden och säkerställa att kvalitetsmål uppnås.

Övergripande syftar dessa initiativ till att skapa en mer effektiv, tillgänglig och patientsäker vårdmiljö, med en stark fokus på kontinuerlig förbättring och anpassning till framtida vårdbehov.

Tabell 6: Mål och aktiviteter i de fem fokusområdena

Grundläggande förutsättning/ fokusområde	Mål	Aktivitet
1. Öka kunskap om inträffade vårdskador	Ge underlag till analys av bakomliggande orsaker till vårdskador	Fortsätta arbetet med införandet av nytt avvikelssystem
2. Tillförlitliga system och processer	Regionens processer och arbetssätt bidrar till patientsäkerhet	Införa respektive fasa ut metoder, utrustning och rutiner på ett systematiskt och säkert sätt
3. Säker vård här och nu	Minska antalet vårdrelaterade infektioner	Omsätta och implementera Vägledning för vårdhygieniskt arbete från ledningsnivå till enhetsnivå
4. Stärk analys lärande och utveckling	Ta fram process för indikatorer inom omvårdnad samt för vårdpreventiva områdena.	Fortsätt utveckla processen tillsammans med Cosmic, Beslutsstöd och Stratsys för att arbeta med data i realtid samt data som stöd i Inblick för systematiskt förbättringsarbete inom omvårdnad i enlighet med 2011:9
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap	Tillgång till färdighetsträning och simulering för ökad beredskap. Fortsatt arbete med att identifiera, åtgärda/hantera och följa upp risker	Planera och genomföra simuleringsövningar som är relevanta för verksamheterna - Tidig upptäckt och behandling (TUB) - Crew Resource Management (CRM) Utveckla stödet för riskhantering i Stratsys