

# **Patientsäkerhetsberättelse RJH 2017**

<b>1</b>	<b>Sammanfattning</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Övergripande mål, strategier och handlingsplaner</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Struktur för patientsäkerhetsarbete, egenkontroll och uppföljning/utvärdering</b>	<b>6</b>
<b>4.1</b>	<b>Egenkontroll</b>	<b>6</b>
<b>4.2</b>	<b>Uppföljning/utvärdering</b>	<b>8</b>
<b>5</b>	<b>Vad har gjorts under året?</b>	<b>9</b>
<b>5.1</b>	<b>Åtgärder för ökad patientsäkerhet</b>	<b>9</b>
	<b>Utbildning</b>	<b>9</b>
	<b>Förbättringsarbeten under året</b>	<b>9</b>
<b>5.2</b>	<b>Samverkan för att förebygga vårdskador</b>	<b>10</b>
<b>5.2.1</b>	<b>Samverkan med patienter och närstående</b>	<b>11</b>
<b>5.2.2</b>	<b>Samverkan internt i regionen</b>	<b>11</b>
<b>5.2.3</b>	<b>Samverkan mellan regionen och länets kommuner</b>	<b>11</b>
<b>5.2.4</b>	<b>Samverkan med andra landsting/regioner</b>	<b>12</b>
<b>5.3</b>	<b>Risikanalys</b>	<b>13</b>
<b>6</b>	<b>Informationssäkerhet</b>	<b>13</b>
<b>6.1</b>	<b>Uppföljningar av informationssäkerhet</b>	<b>14</b>
<b>6.2</b>	<b>Risikanalys och genomförda förbättringar</b>	<b>14</b>
<b>6.2.1</b>	<b>Kontinuitetshantering COSMIC</b>	<b>14</b>
<b>6.2.2</b>	<b>Behörighetshantering COSMIC</b>	<b>14</b>
<b>6.3</b>	<b>Utvärdering av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem</b>	<b>15</b>
<b>6.4</b>	<b>Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring</b>	<b>15</b>

<b>7</b>	<b>Hälso- och sjukvårdspersonalens</b>	<b>15</b>
<b>8</b>	<b>Vårdgivarens utredningsskyldigheter</b>	<b>16</b>
<b>8.1</b>	<b>Skador och vårdskador</b>	<b>16</b>
<b>8.2</b>	<b>Hantering av klagomål och synpunkter</b>	<b>16</b>
<b>8.2.1</b>	<b>Klagomål som kommer via patientnämnden</b>	<b>16</b>
<b>8.2.2</b>	<b>Enskilda klagomål via IVO</b>	<b>17</b>
<b>8.2.3</b>	<b>Handläggning av klagomål och synpunkter</b>	<b>17</b>
<b>9</b>	<b>Resultat och analys</b>	<b>17</b>
<b>9.1</b>	<b>Övergripande handlingsplan för patientsäkerhet 2017-2019</b>	<b>17</b>
<b>9.2</b>	<b>Internkontroll</b>	<b>18</b>
<b>9.3</b>	<b>Antal överbeläggningar/utlokaliseringar per hundra disponibla vårdplatser</b>	<b>18</b>
<b>9.4</b>	<b>Avvikelse</b>	<b>18</b>
<b>9.4.1</b>	<b>Avvikelse inom Region Jämtland Härjedalen</b>	<b>18</b>
	<b>Avvikelse mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner</b>	<b>19</b>
<b>9.5</b>	<b>Markörbaserad journalgranskning</b>	<b>19</b>
<b>9.6</b>	<b>Vårdrelaterade infektioner</b>	<b>20</b>
<b>9.7</b>	<b>Trycksår</b>	<b>21</b>
<b>9.8</b>	<b>Läkemedel</b>	<b>22</b>
<b>9.8.1</b>	<b>Läkemedelshantering</b>	<b>22</b>
<b>9.9</b>	<b>Allvarliga vårdskador (lex Maria)</b>	<b>22</b>
<b>9.10</b>	<b>Klagomål och synpunkter från patienter</b>	<b>24</b>
<b>9.11</b>	<b>Enskildas klagomål från IVO</b>	<b>24</b>
<b>10</b>	<b>Åtgärder nästkommande år</b>	<b>26</b>

# Patientsäkerhetsberättelse RJH 2017

## 1 Sammanfattning

Patientsäkerhet är ett viktigt utvecklingsområde för Region Jämtland Härjedalen. Regionen har i *Patientsäkerhetsstrategi för Region Jämtland Härjedalen* antagit visionen att inga människor skadas inom hälso- och sjukvården eller tandvården.

Viktiga åtgärder bland många andra för att öka patientsäkerheten har varit att,

- Patientsäkerhet har blivit en stående punkt på hälso- och sjukvårdsledningens sammanträden med frågor som är beredda från Område patientsäkerhet.
- Daglig styrning med fokus patientsäkerhet i form av Gröna korset eller närliggande modeller som Check in/check out har införts inom flera vårdenheter, mottagningar och serviceverksamheter.
- Ett förbättringsarbete med fokus på att effektivisera avvikelshanteringen och systemstödet har pågått under hela 2017 och en ny avvikelseprocess ska lanseras i januari 2018.
- En ny modell för Patientsäkerhetsdialog har testats.
- Försök med införande av Klinisk farmaci har under året startats upp inom medicin avdelning och på infektion.
- En övergripande sårgrupp har bildats som fokuserar på åtgärder för att förebygga trycksår samt öka samsyn och samverkan mellan regionen och länets kommuner.
- MEOWS (Modified Early Obstetric Warning Score) har införts på Förlossning/BB och PEWS (Pediatric Early Warning Score) har införts på barnavdelningen, barnmottagningen samt akutmottagningen.

Patientsäkerhetsarbetet följs kontinuerligt upp. Det sker bland annat med markörbaserad journalgranskning, punktprevalensmätningar och kvalitetsgranskningar. Exempel på den egenkontroll som bedrivs är händelseanalyser, patientenkäter, hygienronder, kontroll över antibiotikaförskrivning och patientsäkerhetsronder i primärvård.

Måluppfyllelsen i den övergripande handlingsplanen för patientsäkerhet 2017 bedöms som god. Vårdskadorna inom regionen har minskat men ligger fortfarande något högre än övriga landet. Förekomsten av allvarliga vårdskador bedöms inte ha ökat och antalet anmälningar av allvarliga vårdskador till IVO (lex Maria) var 2017 lägre men trenden är fortsatt en viss ökning över tid vilket ses som ett resultat av ökad uppmärksamhet, medvetenhet och rapportering.

Riskområden som identifieras efter analys av de sammanlagda resultaten är förekomsten av frekventa vårdskador såsom blåsöverfyllnad, VRI, trycksår och fall, samt inom läkemedelsområdet. Återkommande bakomliggande orsaksområden vid vårdskadeutredningar är brister i informationsöverföring och bristande dokumentation. Åtgärder som planeras är bland annat riktade åtgärder inom vårdprevention, läkemedelshantering samt förekomst av frekventa vårdskador.

## 2 Övergripande mål, strategier och handlingsplaner

Patientsäker jämlik och jämställd vård av god kvalitet efter behov är strategiskt mål inom området patient i Regionplan 2017-2019. Patientsäkerheten ska vara hög och vårdskador ska förebyggas. Utvecklingsarbetet med effektiva processer ska ha följande fokuseringar:

- ✓ God tillgänglighet till vård
- ✓ God patientsäkerhet
- ✓ God kvalitet
- ✓ Jämlikhet och jämställdhet
- ✓ Effektiv rekrytering av personal
- ✓ Minskade sjukskrivningar i länet.

Regionstyrelsens verksamhetsplan 2017 sammanfattar regionplanens strategiska mål inom området patient med *"Patientsäker vård av god kvalitet efter behov"*.

Verksamhetsplanen anger som aktivt mål inom område patient att andel vårdskador ska minska. Det ska bedrivas ett aktivt patientsäkerhetsarbete i hela Region Jämtland Härjedalen och arbete förebyggande arbete för att minska vanligt förekommande vårdskador

I november 2014 godkände Landstingsstyrelsen *Patientsäkerhetsstrategi för Region Jämtlands Härjedalen*. Strategins vision är att inga människor skadas inom hälso- och sjukvården eller tandvården.

Till visionen har fem långsiktiga och patientfokuserade målområden knutits:

- ✓ God patientsäkerhetskultur ska genomsyra all verksamhet
- ✓ Frekventa eller allvarliga vårdskador ska identifieras och förebyggas
- ✓ Patientsäkerhetsarbetet ska utgå från evidensbaserade metoder
- ✓ Patienten ska vara delaktig i sin egen vård och behandling
- ✓ Vård ska ske inom den kompetensnivå som situationen kräver

Övergripande handlingsplan för patientsäkerhet 2016 – 2018 omfattade mål och aktiviteter inom strategins fem målområden. Planen reviderades för perioden 2017-2019 och innehåller som övergripande mål att andel vårdskador ska minska. Planen anger att åtgärder ska vidtas för att minska vårdrelaterade infektioner, andel NEWS ska öka, andel åtgärder utifrån riskbedömningar för trycksår, fall, undernäring och munhälsa ska öka, andel patienter som får läkemedelsberättelse vid utskrivning från slutenvården ska öka och andel patienter som vid besök fått enkel läkemedelsgenomgång ska öka. Patientsäkerhetskulturen ska förbättras och bli högre.

## 3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

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

## Område Patientsäkerhet

ledningssystem.

Områdeschef tillika verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen respektive tandvårdslagen har det samlade administrativa och medicinska/odontologiska ledningsansvaret. Det kan inte överlåtas till en annan befattningshavare undantaget enskilda medicinska/odontologiska ledningsuppgifter.

Verksamhetschefen ansvarar för att hög patientsäkerhet tillgodoses inom området genom att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete som innefattar riskanalys, egenkontroll, utredning av rapporter, klagomål och synpunkter, förbättrande åtgärder och förbättring av processer och rutiner.

Regionövergripande finns inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen område patientsäkerhet som har i uppdrag att utgöra ett stöd för verksamheterna i patientsäkerhetsfrågor, verka för en hög patientsäkerhetskultur med en nollvision för vårdskador, på övergripande nivå följa upp vårdgivarens ansvar för patientsäkerhet samt att inom patientsäkerhetsområdet upprätta övergripande regler, riktlinjer och rutiner. Kompetensmässigt finns inom enheten chefläkare, patientsäkerhetssamordnare, smittskyddsläkare och sjuksköterska, vårdhygienisk specialistkompetens med läkare och sjuksköterskor, läkemedelsteamet med läkemedelsstrateg, apotekare, läkemedelsansvarig läkare inkluderat läkemedelskommitté, läkemedelssamordnande sjuksköterskor samt STRAMA (Strategiska gruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens).

Inom respektive område finns olika grupperingar som stöd till det lokala patientsäkerhetsarbetet. En vanlig gruppering är patientsäkerhetsforum där vanligtvis verksamhetschef, enhetschef, läkare med medicinskt ledningsuppdrag, sjuksköterska och verksamhetsutvecklare ingår.

Patientnämnden är en politiskt sammansatt och fristående nämnd inom regionen som har till uppgift att stödja, hjälpa och bidra till lösningar av de svårigheter som kan drabba patient/närstående i mötet med vården. Till sitt förfogande har nämnden ett kansli med tjänstemän som handlägger ärendena.

## **4 Struktur för patientsäkerhetsarbete, egenkontroll och uppföljning/utvärdering**

### **4.1 Egenkontroll**

Inom regionen deltar respektive område i aktuella nationella kvalitetsregister. Data från olika kvalitetsregister finns tillgängliga med olika tidsintervall, vilket medger att resultat för jämförelser får göras på olika sätt beroende på vilket register det handlar om.

Verksamheternas egna resultat följs under året. Resultatuppföljning med måltavlor gör det möjligt att utvärdera eventuella insatta åtgärder vilket sker vid månadsuppföljningar, delårs- och årsbokslut. Daglig styrning utifrån Lean-filosofi används inom de flesta områden.

En del i egenkontrollen har, som under tidigare år, varit att ta del av de jämförelser som finns med andra regioner/landsting i landet. Dessa uppgifter återfinns bland annat i "Öppna jämförelser", "Vården i siffror", nationella kvalitetsregister samt i olika granskningar från Socialstyrelsen och SKL.

## Område Patientsäkerhet

Avvikelsesrapportering sker kontinuerligt. Resultaten återkopplas på övergripande och lokal nivå.

På flera avdelningar infördes Gröna Korset, ett standardiserat systematiskt arbetssätt att dagligen och i realtid arbeta med patientsäkerhetsfrågor på vårdavdelningarna, vilket ger ringar på vattnet i och med att vissa risker och händelser lyfts dagligen. De flesta risker/händelser kan åtgärdas direkt, men alla risker och händelser tas vidare för analys. I arbetet med Gröna korset sker förbättringsmöten, där det är analysen av händelserna som ligger till grund för vilka förbättringar som prioriteras.

Markörbaserad journalgranskning sker inom slutenvård. Återrapportering av resultaten sker regionsövergripande. Metoden används också inom några områden för ämnesvisa granskningar.

Andra modeller av journalgranskning, där exempelvis olika diagnosgrupper eller skadegrupper granskas, används inom flera verksamheter utifrån lokala behov.

Vårdrelaterade infektioner (VRI) följs med punktprevalensmätning varje månad inom somatisk slutenvård samt två gånger årligen inom psykiatrisk vård. Vårdhygien inom Område patientsäkerhet återkopplar resultaten med analys och åtgärdsförslag. Uppföljning görs i månadsrapport samt internt inom respektive verksamhet. VRI följs också i de markörbaserade journalgranskningar som genomförs inom den somatiska specialistvården.

Följsamhet till basala hygien- och klädregler mäts, nationellt och på lokal nivå. Resultaten återkopplas med åtgärdsförslag övergripande respektive på lokal nivå.

Trycksår följs via punktprevalensmätning.

Senior alert, ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion finns inom många verksamhetsområden. Användningsgraden varierar.

NEWS har en tvärprofessionell förvaltningsgrupp som har tagit fram kvalitetsparametrar som verksamheterna kan följa upp i beslutsstödet Diveport. Vidare görs journalgranskningar för att kontrollera följsamheten till NEWS-rutinen och därmed identifiera förbättringsområden. Gruppen har under året även genomfört en riktad granskning av patienter med höga NEWS värden (röd/orange) samt arbetat fram förslag på förbättrad dokumentation av NEWS i patientjournalen. Utvärdering av NEWS på Uppvakningsavdelningen görs som en magisteruppsats av en sjuksköterska i specialistutbildning inom anestesi.

Under år 2017 har MEOWS (Modified Early Obstetric Warning Score) införts på Förlossning/BB och PEWS (Pediatric Early Warning Score) har införts på barnavdelningen, barnmottagningen samt akutmottagningen. Representanter från dessa avdelningar ingår i förvaltningsgruppen.

Hygienronder genomförs kontinuerligt. Verksamhetsansvariga genomför årligen egenkontroll enligt särskilt hygienprotokoll. Vart tredje år genomför ansvariga tillsammans med vårdhygienisk expertis genomgång av verksamheten på plats.

## Område Patientsäkerhet

Förskrivningsmönster av antibiotikaförskrivning följs och analyseras av Stramagruppen. Antibiotic Stewardship, en metod för att arbeta förebyggande mot resistenta bakterier och undvika kostnader, har startats upp. Undersökning om antibiotikaförskrivning inom privat tandvård pågår.

### 4.2 Uppföljning/utvärdering

Två gånger per år följer Regionstyrelsen upp det aktiva målet, *Andel vårdskador ska minska*.

Regionsövergripande uppföljning och internkontroll sker mot de aktiva målen i regiondirektörens verksamhetsplan och regionövergripande handlingsplaner, där handlingsplan för patientsäkerhet är en av dessa.

Område Patientsäkerhet har en stående rapportpunkt på HS-ledningens agenda.

Genomgång av måluppfyllelse gentemot verksamhetsplanen sker vid varje ledningsgrupp.

Handlingsplanerna följs upp vid två tillfällen per verksamhetsår

Internrevision är ett instrument för regiondirektören och högsta ledningen att få kunskap om hur regionens ledningssystem gällande kvalitet (innefattande patientsäkerhet), miljö, arbetsmiljö och informationssäkerhet används och dess effekter på organisationens arbetssätt och metoder.

Uppföljning av mål och aktiviteter sker också genom månadsrapporter, delårsbokslut samt årsbokslut

Negativa händelser och tillbud rapporteras i avvikelssystemet, återkopplas till berörda och handläggs enligt gällande rutin. Återkoppling sker bland annat på arbetsplatsträffar för att händelserna ska leda till ett lärande

Allvarliga vårdskador anmäls enligt Lex Maria.

Klagomål och synpunkter hanteras fortlöpande enligt gällande regionövergripande rutin och följs upp med årlig analys

Regelbunden återföring från Patientnämnden

Patientsäkerhetsdialoger ska genomföras en gång per år på områdesnivå under ledning av Område Patientsäkerhet.

Läkemedelsteamet genomför kvalitetsgranskning av läkemedelshantering enligt särskild plan.

Läkemedelsfrågor samordnas och följs upp av Styrgrupp läkemedel. Uppföljning av handlingsplan sker tre gånger per år.

Patientsäkerhetsberättelser skrivs årligen på områdesnivå. Dessa berättelser ligger till grund för den regionövergripande patientsäkerhetsberättelsen men också för områdets egenkontroll.

Beställarenheten genomför årligen fördjupad dialog på samtliga hälsocentraler, såväl offentliga som privata, inom primärvården. Vid 2017 års dialog var fokusområdet patientsäkerhet varför regionens chefläkare och patientsäkerhetssamordnare deltog.

Patientsäkerhetsronder genomförs vid samtliga hälsocentraler.



## 5 Vad har gjorts under året?

### 5.1 Åtgärder för ökad patientsäkerhet

Verksamhetsövergripande pågår införande av arbetssättet *Rätt använd kompetens* (RAK), där ett huvudsyfte är ökad och säkerställd kompetens som används på rätt sätt på vårdavdelningar. Arbetet, som bland annat innehåller utbildningsinsatser och införande av så kallade kompetenskort, stärker patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsdialoger har genomförts med samtliga områden i HS-förvaltningen. Alla områden utom Primärvården testade en ny dialogmodell. Modellen innebar att verksamheterna innan dialogen gjorde en självskattning av sitt patientsäkerhetsarbete och under dialogen diskuterades problem och förbättringsområden med utgångspunkt i den egna skattningen. Svårigheter att hitta information i dokumenthanteringssystemet Centuri samt krånglig hantering av avvikelser var återkommande problemområden.

#### Utbildning

En rad utbildningsinsatser med fokus på patientsäkerhet har genomförts under året. Exempel är, en riktad utbildning till verksamhetschefer, enhetschefer, medicinskt ansvariga läkare i patientsäkerhetskultur och vårdskadeutredningar, utbildningar till enhetschefer i "Gröna Korset" metoden, patientsäkerhetsinformation till nyanställda och till sommarvikarier, AT-introduktion, chefsaspirantutbildning och "Ny som chef". Händelseanalysutbildning för nya analysledare genomfördes under hösten liksom utbildning inför kommande förändringar i avvikelseprocessen. Årlig läkemedelsstämma för sjuksköterskor ägde rum i september.

#### Förbättringsarbeten under året

##### Exempel från verksamheten

"Gröna korset" metoden har införts fullt ut inom ett flertal områden med mycket gott resultat.

Check-out/Check-in har startas upp inom några mottagningar Syftet är att checka av hur dagen eller föregående dag varit för alla inblandade, där man också går igenom vad har varit bra? Vad hade kunnat göras bättre? och hur gör vi imorgon för att det ska bli bättre?

Inom område medicinska specialiteter används resultat från kvalitetsregister för att arbeta standardiserat, strukturerat samt resultatitriktat. Insatser har också gjorts under året för att minska vårdrelaterade infektioner (VRI), bl.a. genom översyn av rutiner. Området har också fokuserat på vårdskador kopplade till blåsoverfyllnad. Detta genom utbildningsinsatser, identifierade riskpatienter, förbättrade rutiner för blåskontroll samt förbättrad följsamhet till vårdhandbokens rutiner.

Områdena kvinna och barn har systematiskt börjat registrera vitala parametrar utifrån MEOWS (kvinna) och PEWS (barn). Dessa två områden har också tillsammans med anesthesiavdelningen genomfört praktisk träning i team när det gäller neonatal hjärt-lungräddning.

På barnavdelningen har screening införts för att följa patienternas nutritionsstatus.

Område Patientsäkerhet

Område diagnostik, teknik och service har utökat den vårdnära servicen till verksamheten avseende service vid måltider till att nu omfatta alla måltider under dagen och alla veckans dagar. Detta bidrar till ökad säkerhet vid livsmedelshantering, skötsel av avdelningskök och efterlevnad av egenkontrollprogram.

Område akutvård har infört en central övervakningsmonitor på akutmottagningen för översikt av patienter. Simulerings- och traumaövningar genomförs regelbundet för att stärka teamarbetet vid omhändertagande av svårt sjuka patienter.

Urologisektionen har infört sekreterare på rond, vilket innebär att avdelningssekreteraren följer med på förmiddagsronden både under sittning och när man träffar patienterna. Anteckningen skrivs direkt och rondpersonalen kan också ta del av röntgen- och labsvar via bärbar dator.

Ett förbättringsarbete gällande standardiseringar av arbetssätt som möjliggjort förskjutningar av arbetsuppgifter från läkare till sjuksköterska och medicinsk sekreterare har bland annat förkortat väntetiderna för högriskprostata-cancrar med upp till 6 veckor.

Distansoberoende teknik inom primärvården har öppnat möjlighet för vård på distans och det medför att resurser nyttjas bättre och patienter kan få snabbare hjälp bl.a. via virtuella akutrum. Metoden innebär att en sjuksköterska undersöker patienten på plats och via video är en läkare, (som befinner sig på hälsocentral eller på sjukhuset i Östersund) direktuppkopplad och kan ställa diagnos.

Område primärvård har öppnat allt fler lättakutverksamheter där Retts triage och akutliggare används. Patienter kan komma obokade dagligen och få en medicinsk bedömning på plats av lämplig yrkeskategori, vilket har resulterat i ökad trygghet för patienten och att telefontillgängligheten förbättrats.

Ett fokusområde för psykiatrin har varit att öka kunskapen kring suicidpreventivt arbete.

## 5.2 Samverkan för att förebygga vårdskador

*Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna vård (2017:612)* började gälla från 2018-01-01. Syftet med den lagen är att patienter som inte längre har behov av den slutna vårdens resurser så snart som möjligt ska kunna lämna vården på ett tryggt sätt. Målgrupp är patienter som efter utskrivning från den slutna vården behöver insatser från den kommunalt finansierade socialtjänsten eller hälso- och sjukvården och som också kan ha behov av insatser från den landstingsfinansierade öppna vården inklusive primärvården. Förberedelsearbetet med patientsäkert införande av den nya lagen har inneburit samverkan inom många område i regionen, med länets alla kommuner och på nationell nivå.

### 5.2.1 Samverkan med patienter och närstående

#### Exempel från verksamheten

I det prehospitala projektet har patienter bjudits in och deltagit vid workshop med möjlighet att ge synpunkter på vården. Det har varit mycket uppskattat av både patienter och medarbetare.

Ett projekt, inom område psykiatri, kring bemötande har drivits av en brukarrepresentant tillsammans med en medarbetare inom psykiatri. Två Brukarinflytandesamordnare (Bisam) har deltidsanställning inom området för att tillvarata brukares erfarenheter samt stärka brukares medverkan och inflytande över sina insatser.

I det högintensiva förbättringsarbetet (HIFA) som startades upp på ögon gällande glaukomflödet (grå starr) deltog flera patienter i ett antal träffar där de delade med sig av sitt vårdförlopp samt fick möjlighet att komma med synpunkter, idéer och tankar.

### 5.2.2 Samverkan internt i regionen

- Utveckling av arbetssätt mellan primärvård och ambulans är av vikt för att få resurser att räcka till främst i glesbygd, ett arbete som är påbörjat i det prehospitala projektet vilket sker i samverkan mellan akutområdet och primärvården
- Samverkan mellan primärvård och den specialiserade vården sker genom bland annat upprättande av handläggningsöverenskommelser och framtagande av kortfattade vårdprogram "Zamsyn". Ett speciellt mål har varit att ytterligare förbättra samverkan och förtydliga ansvaret för framför allt de kroniskt sjuka patienterna
- Verksamhetscheferna inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen har möten varje månad kring informationssäkerhet och patientsäkerhet med stöd av respektive stabsfunktion
- Arbetsgrupp inom regionen för sommarplanering som bildades för 2014 fortsätter sitt arbete
- Samverkan mellan centraloperation och övriga verksamheter har resulterat bl. a. i en gemensam checklista inför operation för bättre förberedda patienter
- Möten med patientnämnden

### 5.2.3 Samverkan mellan regionen och länets kommuner

- Gemensam rutin för utbyte av avvikelser och uppföljning sker två gånger per år
- En rutin för gemensam händelseanalys vid risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada har utarbetats
- Tjänstemannagrupperingar på olika nivåer finns för samverkan mellan hälso- och sjukvård och kommunerna
- Fredagsgruppen som är en beredningsgrupp till den politiska samverkansgruppen SVOM i länet, har representation av hälso- och sjukvårdsdirektör, områdeschefer, vårdstrateg samt chefer för vård och omsorg inom kommuner för övergripande samverkan mellan huvudmännen

## Område Patientsäkerhet

- Regionalt kvalitetsråd är en samverkansgrupp med medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), Område Patientsäkerhet och regionens vårdstrateg. Gruppens uppdrag är samverkan i patientsäkerhetsfrågor, att bidra med systematiskt förbättringsarbete och att utarbeta förslag till Fredagsgruppen
- Samordnad vårdplanering mellan länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen följs upp regelbundet
- Primärvården har lokala samverkansgrupper med företrädare från respektive kommun
- Område kvinna samverkar med kommunen, ex mellan Ankaret och BB
- Området barn- och unga vuxna (BUV) samverkar med kommunala verksamheter såsom skola, socialtjänst, omsorgen och elevhälsan. I länet finns en samverkansöverenskommelse kring barn och unga, "Jämtbus", som reglerar ansvar och samverkan med syfte att barn får sina behov av stöd och vård tillgodosedda. Arbete med överenskommelse kring placerade barn pågår. Överenskommelsen innefattar även obligatoriska hälsoundersökningar
- Samverkan sker kring sommarplanering med länets kommuner

### 5.2.4 Samverkan med andra landsting/regioner

- Regionen har tillsammans med landstinget i Västerbotten genomfört två händelseanalyser. Analysledare från båda vårdgivarna arbetade tillsammans. De båda händelseanalyserna resulterade i anmälan till IVO om vårdskada och risk för vårdskada.
- Samverkan med andra landsting/regioner som använder vårdadministrativa systemet COSMIC
- Samverkan mellan Smittskydden i norra regionen gällande råd och rekommendationer, utbrottshantering och remisser.
- Norrlandstingen samverkar i det regionala läkemedelsrådet för god patientsäkerhet. Samarbetet rör läkemedelshantering, ordnat införande, läkemedelsförsörjning och kvalitetsmål.

## 5.3 Riskanalys

Som tidigare år har verksamhetsområdena genomfört ett flertal riskanalyser.

### Exempel från verksamheten

- Införande av Saba-Cloud (system för kompetenshantering och webbaserat lärande)
- Organisationsförändring, delning av kirurgi och ögon/öron
- Införandet av vård på distans
- Införandet av COSMIC R8.1 (vårdadministrativt system)
- Omorganisation avseende dagvården inom barn- och ungdomsmedicin
- Införandet av pilot av IT-systemet Cytodos (modul för hantering av cytostatika-behandlingens alla led; dosering, rekvisering, tillverkning på apotek, administrering samt dokumentation)
- Öppnande av "lättvårdsavdelning" under sommarperioden
- Stängning av tillnyktringsenhet
- Barn- och ungdomspsykiatriska vårdplatser inom vuxenpsykiatri
- Ny beredskapsorganisation inom primärvården
- Införande av att fysioterapeuter inom primärvården skriver röntgenremiss
- Införande av att distriktssköterskor/ fysioterapeuter inom primärvården skriver sjukintyg för andra sjukskrivningsveckan
- Tolcentralens flytt till lokaler utanför sjukhuset
- I samband med planering inför sommarperioden

## 6 Informationssäkerhet

Den som vårdgivare har utsett till att ansvara för informationssäkerhetsarbetet ska minst en gång om året rapportera till vårdgivaren vilka:

1. Granskningar och skyddsåtgärder av större betydelse som har gjorts i enlighet med informationssäkerhetspolicyn,
2. Riskanalyser som har utförts avseende informationssäkerheten, och
3. Förbättringsåtgärder som har vidtagits.

I Region Jämtland Härjedalen samordnas informationssäkerhetsarbetet inom enheten för Krisberedskap, säkerhet och miljö. En separat informationssäkerhetsberättelse har upprättats för 2017 (dnr RS/2688/2017).

Som en del av patientsäkerhetsberättelsen har också samtliga vårdverksamheter ombetts rapportera hur de arbetat med informationssäkerhet avseende;

- De uppföljningar av informationssäkerheten som har gjorts som är av större betydelse
- De riskanalyser som har gjorts, de åtgärder som vidtagits för förbättring av informationssäkerheten som är av större betydelse
- Den utvärdering vårdgivaren har genomfört av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem
- Den granskning som har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring

## 6.1 Uppföljningar av informationssäkerhet

Inga uppföljningar av större betydelse har gjorts på områdesnivå. På regional nivå arbetas kontinuerligt med ledningssystemet för informationssäkerhet (LIS) enligt standarden ISP 27001. LIS är integrerat i Region Jämtland Härjedalens ledningssystem och följs upp enligt standardens krav med ledningens genomgång. Informationssäkerhet är därmed också en del av internrevisioner som genomförs. Under hösten 2017 genomfördes dock ingen internrevision p.g.a. brist på internrevisorer. Ny planering har gjorts för 2018. För mer information hänvisas till informationssäkerhetsberättelsen.

## 6.2 Riskanalyser och genomförda förbättringar

Inga verksamheter rapporterar själva att de genomfört några riskanalyser inom informationssäkerhet. Efterfrågan av stöd från krisberedskapsenheten för att genomföra riskanalyser ökar dock, vilket är positivt, men kan vara svårt att hinna tillgodose. Exempel på genomförda riskanalyser under året är för dialysbehandling i hemmet, akutrum med läkare på distans samt IT stöd för cytostatikabehandling. På regional nivå har en övergripande riskanalys genomförts för informationssäkerhet. Riskanalyser inom införande projekt för Dataskyddsförordningen samt införandet av Office 365 har också genomförts (se informationssäkerhetsberättelse).

Som genomförda förbättringar rapporteras t ex att många områden deltagit i förberedelsearbetet inför den nya Dataskyddsförordningen som träder i kraft i maj 2018. Ett omfattande arbete har gjorts för att inventera Region Jämtland Härjedalens personuppgiftsbehandlings- och registerförteckningar. Ett flertal områden har nu utsedda registerkoordinatorer för att klara av detta arbete.

### 6.2.1 Kontinuitetshantering COSMIC

COSMIC uppgraderades till en ny version (R8.1) helgen 13–14 maj. Uppgraderingen innebar ett driftsstopp på drygt 36 timmar. Under driftsstoppet arbetade samtliga verksamheter med manuella reservrutiner vilket förlöpte väl. Inför driftsstoppet gjordes en omfattande genomgång av centrala reservrutiner vid driftsstopp av COSMIC, som en del av kontinuitetsplaneringen. Rutinerna arbetades fram i ett tvärprofessionellt och organisationsövergripande samarbete. Arbetet resulterade i en checklista för reservrutiner, reservrutiner för journal, läkemedel, remiss, laboriemedicin, röntgen och fysiologi, hantering av blodprodukter och EKG. Förutom detta uppgraderades även rutiner för IVA, Operation och Akutmottagningen. Eftersom reservrutinerna till en del gällde vid ett specifikt tillfälle (aktuellt driftsstopp) omarbetades sedan rutinerna till att gälla både oplanerade och planerade driftsstopp, under slutet av 2017. Sammantaget bedöms detta avsevärt ha ökat förmågan att klara av även oplanerade driftsstörningar på ett patientsäkert sätt.

### 6.2.2 Behörighetshantering COSMIC

Efter tidigare genomförd riskanalys avseende behörigheter, så har arbete skett för att anpassa behörigheter så att användare inte kan se eller göra för mycket eller för lite. Arbetet har fortsatt under 2017. Fokus har då framförallt varit att anpassa för de medarbetare som inte har en vårdrelation, men som utför arbetsuppgifter som innebär att de behöver åtkomst till vissa uppgifter i COSMIC. Exempel på viktiga förbättringar är t ex för personal på beställningscentralen som ska kunna läsa sjukreseintyg och patienters adress. Där har begränsning införts så att de endast har tillgång till det som

krävs för att kunna utföra arbetsuppgiften. Anpassning har även gjorts för alla kategorier av studerande, så att den studerande tvingande behöver ange vidimerare av journal.

Handboken för behörighetstilldelning har också omarbetats för att underlätta översikt och ge utrymme för behov som finns per klinik genom riktad information. Dessutom har tilldelningen av behörigheter satts ihop i "paket" för att underlätta för lokala COSMIC administratörer. Utbildning har också genomförts. Arbetet med behörighetsstyrning och tilldelning kommer att fortsätta 2018. Det finns behov av att klargöra hur beslut om behörigheter ska tas och hur de ska följas upp.

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

Den informationssäkerhetsfråga som verksamheterna generellt lägger mest fokus på är systematiska och stickprovs loggkontroller i journalsystemet COSMIC. Samtliga verksamhetsområden rapporterar att de rutiner och regler som finns avseende loggkontroller följs. Förlossningsverksamheten genomför också regelbundet loggkontroller i Obstetrix och tandvården i journalsystemet T4. Ett flertal områden inom Specialistvården har utarbetat rutiner för de funktioner som behöver tillgång till journalen för att kvalitetssäkra och följa upp given vård d.v.s. medarbetare som har särskilda uppdrag och i dessa fall ingen vårdrelation. Inom primärvård finns rapportering om enhet som inte utfört loggkontroller samt att det finns behov av att informera och utbilda för att förbättra detta område. Några fall av dataintrång med obehörig läsning har rapporterats. Under 2017 har två polisanmälningar gjorts avseende dataintrång och två ytterligare utredningar pågår.

Under 2017 har utveckling av logg verktyget Log Point skett och det har implementerats i vårdverksamheterna för hantering av loggkontroller i COSMIC. Inför kommande år är det lämpligt att från regional nivå genomföra både uppföljning av loggkontroller samt uppföljning avseende hur logg verktyget uppfyller användarnas krav.

### **6.4 Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring**

Ingen journalgranskning relaterad till informationssäkerhet är utförd.

## **7 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

Alla medarbetare har skyldighet att rapportera risker för vårdskador och händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Detta ska enligt rutin ske i avvikelssystemet Centuri, där negativa händelser, tillbud och risker rapporteras. Alla avvikelser går med automatik till närmaste chef som handlägger och utreder ärendet. Vid behov kan ärendet också remitteras till annan utsedd utredare.

Funktionsansvariga kvalitetsgranskar alla avvikelser för godkännande och avslutar ärendet. Berörd chef ansvarar för att avvikelserna återrapporteras på arbetsplatsträffar. I de fall ytterligare utredning krävs går rapporten till verksamhetschef för fortsatt handläggning.

Område Patientsäkerhet

Område Patientsäkerhet gör även regelbundna stickprover och uppföljningar av hälso- och sjukvårdens avvikelserapporter.

Avvikelseprocessen kommer att förändras i januari 2018.

Den 1 september 2017 införde Område Patientsäkerhet nya mallar för vårdskadeutredning i avvikelseformuläret och i patientjournalssystemet. Mallarna är uppbyggda enligt kraven i HSLF-FS 2017:40 som trädde i kraft den 1/9.

## **8 Vårdgivarens utredningsskyldigheter**

### **8.1 Skador och vårdskador**

Alla vårdskador ska enligt patientsäkerhetslagen utredas. En ny författning från Socialstyrelsen som trädde i kraft 2017-09-01 gällande vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete tydliggör utredningsskyldigheten och vad utredningen ska omfatta. För att svara mot de nya föreskrifterna infördes nya regionövergripande rutiner avseende vårdskadeutredningar.

Vid risk för och inträffade allvarliga vårdskador ska dessa utredas och anmälas till IVO enligt patientsäkerhetslagen. Chefläkare ansvarar för vårdgivarens anmälningsskyldighet, beslutar om utredning/anmälan och ger uppdrag till verksamhetschef att genomföra utredningen. Patient/närstående och medarbetare informeras så snart som möjligt.

Vid bokslut görs en sammanställning av chefläkare och en övergripande analys som återförs till verksamheterna för fortsatt analys av den egna verksamhetens del.

### **8.2 Hantering av klagomål och synpunkter**

Alla medarbetare är skyldiga att lyssna och ta emot synpunkter och klagomål från patient/närstående och rapportera dessa om de bedöms vara en avvikelse. Ärenden rörande omvårdnad och/eller medicinskutredning, diagnostik och behandling ska dokumenteras i patientjournal om det bedöms vara relevant för patientens vård och ska också rapporteras i avvikelshanteringssystemet Klagomål som kommer direkt till enheterna åtgärdas omgående av mottagande personal eller dennes chef.

Enhetschef eller verksamhetschef handlägger avvikelser/ärendet, vidtar lämpliga åtgärder och ger återkoppling till patient/närstående och berörd personal i lämpliga fora, t ex på arbetsplatsträff.

#### **8.2.1 Klagomål som kommer via patientnämnden**

Klagomål via patientnämnden rapporteras till verksamhetschef eller enhetschef som ansvarar för handläggning. Oftast sker rapporteringen genom muntlig kommunikation men kan också ske genom avvikelserapportering från patientnämnden eller en begäran om utredning. Handläggningen varierar, ärendet kan redas ut direkt via samtal med patientnämnden. I andra fall kan det vara nödvändigt med ett samtal mellan aktuell chef och patient eller mellan patient och berörd hälso- och sjukvårdspersonal. Vissa fall går vidare som enskilda klagomål till IVO och i något fall har en Lex Maria- anmälan initierats.



### **8.2.2 Enskilda klagomål via IVO**

Enskilda klagomål inkommer till chefläkare som överlämnar dem till berörd verksamhetschef för handläggning enligt regiongemensam rutin.

### **8.2.3 Handläggning av klagomål och synpunkter**

Inkomna klagomål och synpunkter sammanställs årligen och återkopplas i lämpliga forum, t ex på arbetsplatsträffar eller i ledningsgrupper. Beroende på vad klagomålen handlat om kan mer övergripande åtgärder bli aktuella.

Patient/närstående får ofta återkoppling i samband med hantering av ärendet antingen via patientnämnden eller via enhetschef, verksamhetschef eller läkare med medicinskt ledningsuppdrag.

## **9 Resultat och analys**

### **9.1 Övergripande handlingsplan för patientsäkerhet 2017-2019**

Handlingsplanen har som övergripande mål att andel vårdskador ska minska. Målet för 2017 är att andel vårdskador enligt markörbaserad journalgranskning ska minska med över 10 %. Andel vårdtillfällen med vårdskada för 2017 ligger på 7 % vilket är en minskning med över 10 % mot 2016 då utfallet för motsvarande period var 9 %.

Vårdrelaterade infektioner har minskat med över 10 %, resultat 2017, 7,2 % och 2016, 8,7 %.

Kvalitetsmätt på NEWS för 2017 var att andelen patienter som fick en korrekt utförd NEWS skulle nå 80 %. På grund av statistiska begränsningar har detta mål inte kunnat utvärderas till fullo, men stickprov visar att vi har långt till målet.

Bristerna i tillämpningen av NEWS-konceptet ligger främst i dokumentation i COSMIC som lider av ett dåligt gränssnitt. Arbete pågår i COSMICs Kundgrupp med att få till en bättre funktionalitet i både inmatning och metodstöd, med ambitionen att kunna driftsätta under andra halvan av 2018.

Målet för andel åtgärder utifrån riskbedömningar för personer (70 år och äldre) inom områdena trycksår, undernäring, fall och munhälsa var för 2017 att uppvisa bättre resultat jämfört med föregående år. Mäts via Senior Alert. På grund av varierande användning och registrering i systemet mellan och inom verksamhetsområden finns inte säkerställt resultat att tillgå. Förbättringsarbete är under uppstart.

Andel patienter som fått läkemedelsberättelse har målvärdet 60 % för 2017. Resultatet visar en marginell ökning från 29,5 % 2016 till 31,5 % 2017.

Stora variationer mellan verksamhetsområdena ses. På område medicin får 70-90% av patienterna läkemedelsberättelse vid utskrivning från avdelning.

Andel patienter som vid besök fått enkel läkemedelsgenomgång har målvärde 60 % 2017. Resultat kan inte redovisas på grund av problem med utdata.

Arbetet med resultat från Patientsäkerhetskulturmätning 2016 har fortsatt. Nästa regionövergripande enkät planeras hösten 2018.

## 9.2 Internkontroll

Den interna revisionen granskade 2017 inom patientsäkerhet följsamhet till rutiner för ID-kontroll samt avvikelserrapportering. Presenterat resultat är att avvikelser rapporteras inom samtliga verksamheter men att det troligen är en underrapportering samt att uppföljning av rapporterade avvikelser sker i regel vid APT. Kontinuerlig ID-kontroll av patienter genomförs inte enligt rutin inom de besökta verksamheterna.

## 9.3 Antal överbeläggningar/utlokaliseringar per hundra disponibla vårdplatser

Data från 2017 inrapporterade till vården i siffror. Resultat anges per 100 vårdplatser. Siffran som redovisas är ett medelvärde då resultaten varierar under året

	RJH 2017	Riket 2017
Utlokaliserade patienter i somatisk slutenvård	1,6	2,2
Överbeläggningar i slutet somatisk vård	3,9	4,4

Vård på rätt avdelning är av stor betydelse för kompetensen i patientvården och det är väl känt att utlokaliseringar liksom överbeläggningar medför patientsäkerhetsrisker. Regionen uppvisar fortsatt goda resultat i jämförelse med riket trots användning av bemanningsföretag och periodvisa reduceringar av vårdplatser.

## 9.4 Avvikelse

### 9.4.1 Avvikelse inom Region Jämtland Härjedalen

Under år 2017 rapporterades 4744 avvikelser. Antalet har ökat något jämfört med tidigare år (2016: 4259 st. och 2015: 4420 st.).

I 72 % av rapporterna anges att en patient varit involverad i händelsen. 56 % av alla avvikelser rör patient och vård.

Antalet avvikelser inom de olika områdena visar på viss variation mellan åren 2016 och 2017. Område HIM (hud, infektion, medicin) har den största minskningen av antalet rapporterade avvikelser medan område primärvård och område barn/unga vuxna har ökat sin rapportering mest.

De vanligaste sammanhangen rör omvårdnad, medicinsk vård och dokumentation. Den vanligaste bidragande orsaken är brister i procedurer, rutiner och riktlinjer. Vanligaste åtgärden är att ta upp avvikelserna på ett möte ex. APT.

Det är angett i 17 % av rapporterna (798 st) att patienten kommit till skada (lidande, lätt, svår, dödlig). Det är ingen skillnad jämfört med år 2016. Antalet lätta och dödliga skador har minskat jämfört med år 2016 medan antalet skador som orsakat lidande har ökat.

28 % av avvikelserna är inte klassificerad av handläggare för år 2017 vilket gör att det är svårt att ta fram fullständig och tillförlitlig statistik. Avvikelsehanteringen upplevs som otillfredsställande av handläggarna framförallt på grund av ett omständligt handlägningsförfarande samt prestandaproblem i systemstödet (Centuri). Ett förbättringsarbete med fokus på att effektivisera avvikelshanteringen och systemstödet har pågått under hela 2017 och en ny avvikelseprocess ska lanseras i januari 2018.

**Dödlig patientskada:** 13 skador klassificerades som dödlig under år 2017. Händelserna fördelar sig jämt mellan män och kvinnor.

75 % var suicidhändelser i nära vårdkontakt (under pågående vårdkontakt eller inom fyra veckor efter avslutad vård).

**Svår patientskada:** 35 skador klassificerades som svåra under år 2017. Händelserna fördelar sig jämt mellan män och kvinnor. Missad eller fördröjd diagnostik/ behandling var den vanligaste orsaken följt av suicidförsök och fallhändelser. I ett flertal händelser gjordes Lex Maria anmälning och händelseanalys. Andra åtgärder var att ta upp händelsen på APT/annat möte samt nya eller reviderade rutiner. Sannolikhet för upprepning bedömdes som liten eller mycket liten i de flesta händelserna.

**Lätt patientskada:** 186 skador klassificerades som lätta under år 2017. Händelserna fördelar sig jämt mellan män och kvinnor. Den enskilt vanligaste orsaken till lätt patientskada var en fallhändelse, vilket drabbade 64 patienter. Fallhändelserna var ofta obevitnade och skedde när patienten själv klivit upp ur sängen för att ex. gå till toaletten.

Andra vanliga händelser som orsakat lätta skador var blåsöverfyllnad och trycksår.

## Avvikelser mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner

Region Jämtland Härjedalen skickade under året 139 avvikelser till länets kommuner vilket är en ökning med 51 % jämfört med år 2016. Detta beror framförallt på en kraftig ökning av avvikelserapporter från NÄVA till Strömsunds kommun gällande fallhändelser samt arbetsmiljörelaterade händelser (hot och våld).

Länets kommuner skickade 249 avvikelser till Region Jämtland Härjedalen, vilket är en marginell ökning jämfört med år 2016. Mer än hälften av avvikelserna skickades från Östersunds kommun. Vanliga orsaker var händelser i vårdens övergångar ex. rörande vårdplanering, samverkan och läkemedelshantering.

Under sommaren noterades en kraftig uppgång av antalet rapporter där de flesta handlade om att patienterna hade ofullständiga läkemedelslistor vilket kunde kopplas till att läkemedel inte förts över från COSMIC R 8.0 till R 8.1. Dessutom så inkom flera avvikelser om att namn på ordinerande läkare saknas på utskriften av läkemedelslista till patient, sjuksköterska i kommunen kan därmed inte dela läkemedel. Även detta har koppling till ny version av COSMIC då utskriftsmöjligheterna ändrats. Förtydliganden av rutin för handpåskriven lista behövdes.

## 9.5 Markörbaserad journalgranskning

Journalgranskning utförs på sjukhusnivå månadsvis på slumpvis utvalda vårdtillfällen enligt metoden Markörbaserad journalgranskning (MJG). Regionens ena chefläkare genomför granskningarna tillsammans med en patientsäkerhetssamordnare. Resultatet rapporteras regionövergripande men också nationellt. Därutöver används metoden på enskilda enheter och då inriktad mot specifik diagnos eller vårdprocess. Markörbaserad journalgranskning ger insikt i hur vanliga olika typer av skador är lokalt.

Område Patientsäkerhet

2017 har 420 slumpmässiga journaler granskats, 195 män och 225 kvinnor. I de granskade patienternas vårdtillfälle fann man 51 patienter med skador.

	RJH 2017	Riket 2017	RJH 2016	Riket 2016	RJH 2015
Andel vårdtillfällen med skada	11 %	12 %	13 %	12 %	22 %
Andel vårdtillfällen med vårdskada (undvikbar skada)	7 %	Uppgift saknas	9 %	Uppgift saknas	17 %

Andel skador per skadegrupp	RJH 2017 Andel	RJH 2017 Antal	RJH 2016 Andel	RJH 2016 Antal
Blåsöverfyllnad	28,1 %	16 st	38,9 %	14 st
Vårdrelaterade infektioner (VRI)	19,3 %	11st	16,7 %	6 st
Fall	12,3 %	7 st	16,7 %	6 st
Trycksår	3,5 %	2 st	13,9 %	5 st
Kirurgiska skador	19,1 %	11 st	5,6 %	2 st
Annat (ex. hudskador)	8,8 %	5 st	5,6 %	2 st
Läkemedelsrelaterad skada	7 %	4 st	0	0
Neurologisk skada	1,8 %	1 st	0	0

Under 2017 besökte SKLs MJG ansvariga regionen för att diskutera resultaten för åren 2013 – 2016. Detta på grund av att Region Jämtland Härjedalen under perioden 2013 – 2015, i jämförelse med riket, redovisade en hög skadefrekvens och även anmärkningsvärt lång vårdtid. Vid fördjupad analys av resultaten för dessa år framkom att urvalet av vårdtillfällena inte var representativt vilket förklarar det avvikande resultatet. 2015 genomfördes byte av journalsystem vilket innebar att urvalsmetoden förändrades, 2018 kommer urvalet av de slumpmässiga journalerna att förändras ytterligare och helt anpassas till samma metod som riket i övrigt.

Att andelen vårdskador ska minska återfinns som mål i regionplan samt i den övergripande handlingsplanen för patientsäkerhet. Det har medfört ett fokus på att vårdskador och dess kostnader och resultat redovisas till högsta ledningen regelbundet under året. Områdena har arbetat aktivt med att förebygga vårdskador speciellt inom blåsöverfyllnad, trycksår samt fall, vilket syns i resultatet. Varför de kirurgiska skadorna ökat 2017 kommer att analyseras vidare.

## 9.6 Vårdrelaterade infektioner

Andelen patienter inom sluten somatisk vård med vårdrelaterade infektion (VRI) varierade under året mellan 3,4 % - 10,8%, medelvärde för året blev 7,2 %.

2469 patienter ingick i de elva punkt prevalensmätningarna. Av 1218 män hade 105 (8,6 %) VRI och resultatet för kvinnor 74 (5,7 %).

32 patienter hade cystit (blåskatarr) och 30 patienter av pneumoni (lunginflammation). Diagnosen hud- och sårinfektioner var 40 vid PPM VRI mätningarna 2016 och är vid 2017 års mätningar 33 stycken, trots att fler patienter ingick i 2017 års mättillfällen.

De flesta infektionerna minskar förutom när det gäller infektioner i nedre mag-tarm kanalen exempelvis bukabscess (varansamling i buken), peritonit (bukhinneinflammation). Vårdhygien kommer under 2018 att speciellt följa upp dessa infektioner.

Trots att det vårdas fler kvinnor än män (18900 patienter totalt, varav 10258 kvinnor, 8635 män och 7 kön okänt) drabbas fler män än kvinnor av VRI. Det är ett resultat som är lika över hela landet. De bakomliggande orsakerna är inte klarlagda.

## 9.7 Trycksår

Region Jämtland Härjedalen deltar i den nationella punktprevalensmätning (PPM) för trycksår en gång per år. Vid mätningstillfället granskas alla patienter inom slutenvården som är 18 år och äldre. Patienterna granskas efter trycksår, vilka förebyggande åtgärder de har fått och bedöms efter risk för trycksår. Trycksåren delas in i fyra kategorier, där kategori 1 är minst skadlig och kategori 4 är mest skadlig.

Nytt för år 2017 var en obligatorisk journalgranskning vilket möjliggjorde att andelen sjukhusförvärvade trycksår kunde redovisas för första gången.

	Region Jämtland Härjedalen 2017	Riket 2017
Patienter med trycksår i slutenvård	15,1 %	13,5 %
Andel sjukhusförvärvade trycksår av de som hade trycksår (nytt mätvärde fr.o.m. år 2017)	81 %	70 %
Patienter i slutenvård med trycksår kategori 2-4	5,7 %	7,0 %
Patienter med ökad risk för trycksår som har minst ett trycksår inom kategori 2 - 4	11,1 %	19,2 %
Patienter med ökad risk för trycksår med förebyggande eller behandlande madrass	72 %	92 %

Totalt granskades 212 patienter vid mättillfället år 2017, 32 patienter hade då ett trycksår.

Mätningen för år 2017 visar att förekomst av trycksår har ökat inom Region Jämtland Härjedalen jämfört med tidigare år. Förekomst av patienter med trycksår ligger även högre än riksgenomsnittet framförallt andelen sjukhusförvärvade trycksår. Andelen patienter med trycksår i kategori 2-4 och andelen patienter riskpatienter som hade ett trycksår i kategori 2-4 har dock minskat. Mätningen visar också att arbetet med att sätta in förebyggande eller behandlande madrass behöver förbättras. Siffrorna måste dock tolkas med en viss försiktighet då resultatet är baserat på endast en mätning.

Trycksår är en vårdskada som orsakar stort lidande för patienten samt en hög kostnad för vården. Nästan alla trycksår går att förebygga men det krävs ett långsiktigt systematiskt arbete.

I början av 2017 genomfördes en GAP analys av den totala vårdprocessen för trycksår tillsammans med kommunrepresentanter. Resultaten redovisades för hälso- och

sjukvårdens ledningsgrupp som därefter tog beslut att fortsätta arbetet. En övergripande sårgrupp har bildats som fokuserar på åtgärder för att förebygga trycksår samt öka samsyn och samverkan mellan regionen och länets kommuner. Förutom detta pågår även ett arbete med "Rätt använd kompetens" på sjukhusets vårdavdelningar där bland annat den patientnära vårdpersonalens ansvar, roller och arbetsuppgifter tydliggörs och fördelas för att stärka patientsäkerheten. Ett flertal åtgärder för att förebygga trycksår, fall, undernäring med mera har införts i detta arbete.

## 9.8 Läkemedel

### 9.8.1 Läkemedelshantering

Antalet avvikelser inom *Patient och Vård, Läkemedel* till och med november månad var 221st. Resultatet kommer troligtvis att ligga något lägre jämfört med föregående år (297 2016). Avvikelserna handlar övervägande om ordination (97 st). Därefter kommer felgivna läkemedel/doser med 57 st avvikelser och administrering 28 st.

Andel patienter som får utskrivningsbesked inklusive läkemedelsberättelse varierar stort mellan kliniker. På den regionövergripande nivån har andelen ökat något från 29,5 % 2016 till 31,5 % 2017.

Det har genomförts 28 kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering med besök på enheter. Resultaten från genomförda granskningar visar även i år, att det finns ett behov av ökad kunskap kring läkemedelshantering för att säkra god patientsäkerhet. Med anledning av det planeras utbildningsinsatser för läkemedelsansvariga sjuksköterskor och nyanställda sjuksköterskor under kommande år. Kvalitetsgranskning har inte kunnat utföras utifrån verksamhetsbehov då arbetet med COSMIC tar mer resurser från läkemedelsteamet än vad planerats för.

Det extra fokus på narkotikahantering som inleddes under 2016 har fortsatt även 2017 utifrån fler inkomna avvikelserapporter. Det har bland annat resulterat i gemensamma aktiviteter tillsammans med personalavdelningen och enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö. Rutinerna för narkotikahantering har förtydligats, framför allt gällande verksamhetschefens roll i händelse av svinn.

Bristande läkemedelshantering är ett riskområde som bland annat beror på hög personalomsättning och svårigheter att bemanna med ordinarie personal. Även införande av ny läkemedelsmodul påverkar och det kvarstår att införa den elektroniska utdelningsvyn. Återkommande personliga granskningsbesök ger möjlighet till utbildning och information. Under 2018 planeras för kvalitetsgranskningar på alla enheter samt läkemedelsintroduktion för alla nyanställda läkare och sjuksköterskor.

## 9.9 Allvarliga vårdskador (lex Maria)

Under 2017 anmäldes från Region Jämtland Härjedalen sammanlagt 27 ärenden med inträffad eller risk för allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. I sju av dessa ärenden initierades utredning och beslut om anmälan togs under 2016. Antalet ärenden med allvarlig vårdskada var 21 och antalet ärenden med risk för allvarlig vårdskada var sex. Antalet ärenden är färre jämfört med 2016, då 37 ärenden anmäldes. Trendkurvan visar dock en fortsatt svag ökning av antal ärenden över tid.

I de beslut som inkommit 2017 har den totala tiden från händelse till anmälan varit 6 månader.

Område Patientsäkerhet

När ärendet avslutas innebär det att IVO har bedömt att vårdgivaren har uppfyllt Patientsäkerhetslagen avseende krav på anmälningsskyldighet, innefattande krav på utredning och vidtagna eller planerade åtgärder när det föreligger en risk för eller inträffad allvarlig vårdskada.

Den vanligaste grunden för allvarlig vårdskada är att de vårdåtgärder som vidtogs var bristande, dvs. inte helt korrekta eller otillräckliga.

Under 2017 var 8 av de beslutade lex Maria-anmälningar händelser med dödlig utgång, varav 4 fall var självmord där psykiatrien var huvudansvarig för utredning.

Av resterande ärenden som anmälts 2017 som risk för eller allvarlig vårdskada avser 4 ärenden fördröjd diagnos av elakartad tumörsjukdom (jmf 3 ärenden 2016).

Exempel på förbättringsåtgärder som blivit resultat av vårdskadeutredningarna under 2016-2017 är:

- Diskussion om och ökad medvetenhet kring diagnostiska fel
- Suicidpreventivt arbete
- Retts triage och akutliggare införs i primärvården
- Genomgång av ÖNH respektive specialisttandvårdens del i flödet kring Standardiserade Vårdförlopp
- Behov av översyn för integrering av 1177/journalsystem
- Aktualisera vårdprogram för osteoporos med anledning av missad biverkan av insatt läkemedelsbehandling
- Ökad följsamhet vad gäller att fylla i medicinsk historik i patientjournal
- Tydliggöra ansvarsfördelning mellan universitetssjukhus och Östersunds sjukhus
- Tydliggöra gemensamma rutiner för provsvarshantering

Antalet lex Maria-ärenden 2017 har minskat men det ses trots det en svag ökning av antalet anmälningar sett över tid. Det tolkas som en ökad rapportering och inte en ökad förekomst av allvarliga vårdskador. Antalet vårdskador minskar såväl i regionen som nationellt och andelen undvikbara skador som leder till bestående skada eller bidrog till patientens död ökar inte. Antalet anmälda allvarliga vårdskador svarar inte mot den faktiska förekomsten utan det föreligger en betydande underrapportering. En försiktig uppskattning är att det är cirka 10 % av allvarliga vårdskador som anmäls utifrån resultaten i den markörbaserade journalgranskningen på nationell nivå.

En generell iakttagelse i samband med utredningarna är att dokumentation är bristfällig och är ett fortsatt förbättringsområde som kommer att integreras i den vidare utvecklingen av patientjournalssystemet COSMIC.

Vikten av att involvera patient och närstående är ett förbättringsområde som fortsatt behöver utvecklas.

6 anmälningar gällde suicid (inom område psykiatri 4 och inom primärvård 2) vilket är en minskning. Resultatet av utredningarna 2017 har påvisat liknande brister som tidigare i säkerhet inom psykiatrisk slutenvård och brister i det suicidpreventiva arbetet inom regionen. Det ställer krav på ett fortsatt regionövergripande arbete med suicidprevention.

Område Patientsäkerhet

Under 2017 var det 4 ärenden som handlade om fördröjd diagnos av elakartad tumörsjukdom (jmf 8 ärenden 2015 och 3 ärenden 2016). Denna minskning kan vara slumpmässig men är intressant att följa parallellt med införande av standardiserade vårdförlopp vid cancer.

När det gäller bakomliggande orsaker är fördelningen mellan de fem områdena 2017 samma som för hela perioden 2012-2017. Det kan tala för att de förbättringsåtgärder som vidtas inte får den effekt som eftersträvas. Ett fortsatt arbete med att utveckla händelseanalyser behövs såväl lokalt som i samverkan på nationell nivå. Metodiken måste utvecklas för att få fram den information som bidrar till effektiva förbättringar.

Diagnostiska problem och misstag har kommit allt mer i fokus inom patientsäkerhetsarbetet såväl nationellt som internationellt och ses även i regionens utredningar.

Förbättringsområde på vårdgivarnivå är att följa och analysera effekterna av åtgärder som beslutas om i samband med utredningar av allvarliga vårdskador. Under 2017 har arbetet påbörjats med uppföljningsmöten i varje enskilt fall av allvarlig vårdskada 6-8 månader efter att anmälan är gjord. Former för lärande och spridning av resultat diskuteras fortlöpande. Det har resulterat i strukturella förändringar med möjlighet att regelbundet återkoppla resultat och åtgärder på makro-nivå till förvaltningsledning.

## 9.10 Klagomål och synpunkter från patienter

Under 2017 har det registrerats 154 klagomål gällande patient vilket är en ökning jämfört med föregående år då det registrerades 97. Det föreligger fortfarande en betydande underrapportering till avvikelshanteringssystemet. Ökningen tillskrivs att det under året uppmärksammats att klagomål ska rapporteras i avvikelssystemet bland i samband med information om ny lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården som trädde i kraft 2018-01-01.

I patientsäkerhetsberättelserna från områdena beskrivs att synpunkter och klagomål gäller bemötande, tillgänglighet, information och kommunikation t ex i samband med inskrivning/utskrivning och vårdplaneringar.

## 9.11 Enskildas klagomål från IVO

Under 2017 mottog regionen 48 enskildas klagomål från IVO med begäran om underlag för utredning i form av journalkopior och yttranden samt redovisning av vårdgivarens utredningsskyldighet. Därutöver har IVO begärt kopior på journalhandlingar i 6 ärenden, 3 där annan vårdgivare har varit anmäld och 3 ärenden där IVO ännu inte tagit ställning till om ärendet ska utredas. Antalet ärenden har ökat jämfört föregående år.

Under 2017 fördelar sig klagomålen avseende somatisk sjukhusvård mellan de olika medicinska specialiteterna med relativt fler ärenden inom ortopedi. Enstaka ärenden finns inom psykiatri, ambulanssjukvård, barn- och ungdomsmedicin, BUP, kvinnosjukvård, ÖNH, ögon.

Regionen har fått beslut i sammanlagt 40 ärenden under året, 21 ärenden från 2016 och 19 ärenden från 2017. 35 ärenden är för närvarande under handläggning vid IVO.

I besluten riktas kritik i totalt 13 ärenden varav kritik mot vårdgivaren i 10 fall och kritik mot enskild hälso- och sjukvårdspersonal i 3 fall. Kritik på vårdgivarnivå i de ärenden



från perioden 2016-2017 som avslutats 2017 omfattar bland annat brister i smärtskattning och bedömning av läkemedelseffekt, brister i remisshantering, brister i följsamhet till rutiner vid urinretention, brister i följsamhet till rutin vid operationsplanering och brister avseende journaldokumentation.

Därutöver har IVO i beslut gjort ställningstagande utan kritikbeslut avseende onödigt lång väntetid, bristande information till god man, brister i samverkan mellan vårdgivare samt brister i bedömning och handläggning av handskada.

### **8.13 Patientnämndsärenden**

Under 2017 registrerades 588 ärenden, och hamnar på likvärdiga nivåer som 2016, då antalet var 583 st. Ärendemängden motsvarar 4,5 inkomna ärenden/1000 invånare. Synpunkter och klagomål som berör brister i kommunikation, bemötande och delaktighet har under de senaste åren utgjort en stor andel av patientnämndens inkomna ärenden, även om de ärenden som registrerats inom problemområdet kommunikation tenderat att minska. Totalt sett så kan konstateras att i så många som vart tredje ärende framträder brister anseende bemötandet.

Ytterligare information återfinns i patientnämndens årsberättelse.

### **8.14 Patientförsäkringen LÖF**

Under 2017 inkom 233 anmälningar till patientförsäkringen LÖF, vilket är samma nivå som föregående år (227). Skadeår för anmälningarna är 1982 – 2017. Det är 56 av dessa som är ersatta (godkända), 97 ej ersatta (ej godkända) och i 80 finns ännu inget beslut (under utredning/handläggning).

### **8.15 Sammanfattning resultat och analys**

Målluppfyllelsen i handlingsplanen bedöms som god. Vårdskadorna inom regionen har minskat men ligger fortfarande något högre än övriga landet. Riskområden som identifieras är förekomst av frekventa vårdsador i form av blåsoverfyllnad, VRI, trycksår och fall. Återkommande bakomliggande orsaksområden vid vårdskaeutredningar är brister i informationsöverföring och bristande dokumentation.

Förekomsten av allvarliga vårdsador bedöms inte ha ökat och antalet anmälningar av allvarliga vårdsador till IVO (lex Maria) var 2017 lägre men trenden är fortsatt en viss ökning över tid vilket ses som ett resultat av ökad uppmärksamhet, medvetenhet och rapportering.

Under 2017 kvarstår problemet med att avvikelshantering upplevs som otillfredsställande av handläggarna framförallt på grund av ett omständligt handlägningsförfarande samt prestandaproblem i systemet och 28 % av avvikelserna inte är klassificerade av handläggare för år 2017. Under 2017 har ett omfattande arbete gjorts för att förbättra arbetsprocesser och prestanda. Det nya arbetssättet startat januari 2018 och kommer att utvärderas efter 6 månader.

Den vanligaste bidragande orsaken till inträffad eller risk för negativ händelse enligt avvikelserapporterna är brister i procedurer, rutiner och riktlinjer. Brister i spårbarhet vad gäller riktlinjer och rutiner tas av verksamheterna återkommande upp som problem.

Område Patientsäkerhet

Personalbrist och hög personalomsättning innebär patientsäkerhetsrisker. Kunskap om riktlinjer och rutiner, erfarenhetskunskap och arbetsmetoder minskar och verksamheten har svårt att hinna med det ökande informations- och utbildningsbehovet. Arbete med RAK fortgår men har inte etablerats fullt ut och effekterna är därför än så länge svårbedömda.

Verksamheterna beskriver olika exempel på patienternas delaktighet i patientsäkerhetsarbetet. Patientmedverkan stärker patientsäkerheten och ger vårdgivaren kunskap om förbättringsbehov utifrån patientperspektivet.

## 10 Åtgärder nästkommande år

I den övergripande handlingsplanen för patientsäkerhet 2018-2020 anges som övergripande mål att andel vårdskador ska minska och att patientsäkerhetskulturen i vården ska stärkas. Aktiviteter kopplade till målen är bland annat att åtgärder för att minska trycksår och vårdrelaterade infektioner. Att klagomål och synpunkter systematiskt tas till vara och att patienter/närstående görs delaktiga i vård och behandling i större utsträckning.

Den markörbaserade journalgranskningen inom specialiserad somatisk vård kommer att fortsätta på samma nivå som under 2017. Den kommer att ge ett bra underlag för att följa vårdskadeförekomsten över tid inom regionen men också tjäna som underlag för ämnesvisa granskningar inom verksamheterna som underlag för åtgärder.

Markörbaserad journalgranskning har påbörjades inom barn- och ungdomsmedicin men har inte fullföljts, det kommer under våren 2018 att vara en nationell diskussion om journalgranskning ska implementeras inom specialiteten. Markörbaserad journalgranskning inom vuxenpsykiatri har fördröjts och ska påbörjas under 2018.

Patientsäkerhetskulturmätning planeras hösten 2018 och patientsäkerhetsdialoger kommer att ske på områdesnivå för uppföljning av resultatet.

Åtgärder fortsätter för att vidare analysera och åtgärda de inom regionen allvarliga och de frekvent förekommande vårdskadorna. Arbetet med att minska blåsöverfyllnad fortsätter utifrån påbörjade insatser under 2016. En minskning av förekomsten trycksår är ett prioriterat område. En övergripande grupp har bildats som driver fortsatt förbättringsarbete.

För att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner och öka kunskapen om verksamheterna antibiotikaförskrivning planeras ett omtag med implementering av Infektionsverket.

Fallförekomst och det fallpreventiva arbetet kommer att kartläggas inom regionen. Utifrån den kartläggningen kommer ett åtgärdsförslag för att minska fallhändelser som leder till fallskador att lämnas.

En ny rutin startar i februari för att säkra upp hur personer tas om hand som blir akut sjuka i sjukhusets allmänna utrymmen (kulvertsystemet och entrén).

Journal via nätet införs i januari 2018. Uppföljning av effekten på patientsäkerhet av införandet kommer att fortsätta när projektet går över i förvaltningsdrift.

Kvalitetsgranskning och ökat antal avvikelser inom läkemedelsområdet visar på kunskapsbrister. Särskilda utbildningsinsatser kommer att ske under året.

## Område Patientsäkerhet

Projektet med kliniks farmaci fortsätter under 2018.

Den översyn av arbetsprocess och registrering av data från kvalitetsregistret Senior Alert som planerades under 2017 har inte gjorts på grund av resursbrist. Nytt uppdrag har formulerats av HS-direktör för åtgärd under 2018.

Ny uppgraderad version av Centuri avvikelssystem införs januari 2018. En utvärdering kommer att ske efter 6 månader. Förvaltning av systemet behöver stärkas och arbete för det inleds under 2018.

Från 2018-01-01 har en ny lag trätt i kraft; Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. Arbetet med att anpassa kontaktvägar för patienter, regiongemensamma rutiner och arbetssätt kommer att ske under året. Krav finns på aggregerade analyser som en del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Arbetsgrupp finns för framtagande av rutiner inom Region Jämtland Härjedalen.

Information om och delaktighet i Kunskapsstyrning med nationella och regionala samverkansgrupper för patientsäkerhet behöver förbättras så att även det lilla landstinget/regionens möjligheter och problemområden inkluderas. Kunskapsstyrning på regional nivå bör även ses i perspektiv av nuvarande problem för verksamheterna att hitta exempelvis råd, riktlinjer och vårdprogram i dokumenthanteringssystemet Centuri.

Patientjournalssystemet (COSMIC) har problem med bristande prestanda vilket ger effektivitets och funktionalitetstapp. Förbättringsarbetet har påbörjats under året och sker fortsatt under 2018. COSMIC läkemedelsmodul införs under hösten.

För att kunna följa resultat av aktiviteter och måluppfyllelse krävs tillgång till pålitliga utdata. Nuvarande problem med detta gör att resultat av aktiviteter och måluppfyllelse är svårt att mäta, egenkontroll och Område Patientsäkerhets kontrollerande uppdrag försvåras. Problemområdet bör åtgärdas under 2018.

God patientsäkerhet är en grundsten i vården. Att identifiera och förebygga brister i vård som är i ständig utveckling är en utmaning och det är därför viktigt att Region Jämtland Härjedalen nyttjar den interna kompetensen i förbättringsarbete.

Område Patientsäkerhet

Exempel från verksamheten	
Mål	Aktivitet
Minska antal vårdskador	<ul style="list-style-type: none"> <li>Snabb hantering av avvikelser med införande av avvikelsehandläggare på enheter ska ge möjlighet att upptäcka risker i verksamheten</li> <li>Delta i trycksårsgrupp</li> <li>Stärka patientsäkerhetskulturen med regelbunden och tät dialog ang. risker och negativa händelser ex Gröna korset, annan form av daglig styrning, eller pulsmöten</li> <li>Handlingsplan för patientsäkerhet</li> <li>Fokusera på följsamhet till rutiner för kontroll av blåsfyllnad</li> <li>Vårdnära service på fler avdelningar</li> <li>Utveckla de interna MLA och MLU-funktionerna</li> <li>Starta läkemedels-ronder på enheterna av deltagare ur läkemedelsgruppen (MLU/läk, ssk)</li> <li>Genomföra en ämnesspecifik journalgranskning baserat på övergripande resultat och göra djupanalyser med förbättringsåtgärder</li> </ul>
Öka medarbetare kunskap för ex. <ul style="list-style-type: none"> <li>när man har rätt att ta del av patientens journaluppgifter</li> <li>kompetens i suicidpreventionsarbetet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utbildningsinsatser</li> <li>Genomföra loggkontroller</li> <li>genom antal årliga genomförda repetitionsutbildningar i SPiSS utbildningar (suicidprevention i svensk sjukvård)</li> </ul>
Följsamhet till rutiner	<ul style="list-style-type: none"> <li>Journalgranskning</li> <li>RETTS-revisioner</li> </ul>
Förbättrad patientsäkerhetskultur	<ul style="list-style-type: none"> <li>Områdeschef deltar i enheternas APT eller utbildningsdagar</li> <li>Regelbunden och tät dialog ang. risker och negativa händelser</li> <li>Aktivt arbeta utifrån fastslagen handlingsplan</li> </ul>
Patientsäkerhet i vårdens övergångar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortsatt implementering och uppföljning av NEWS och PEWS</li> <li>Implementera LOSUS och hemsjukvårdsavtalet</li> <li>Fler patienter skall få SIP (samordnad individuell plan)</li> <li>Nystartade preventionsgruppen ska standardisera utbildningar och utbildningsmaterial till skolor, BVH, asylihälsan m.fl.</li> </ul>
Rätt patienter ska vårdas på rätt vårdnivå	<ul style="list-style-type: none"> <li>Införa lättakut inom primärvården med Retts triage och akutliggare</li> <li>Journalgranskning/egenkontroll</li> <li>Magisteruppsats på MIUN</li> <li>Aktiviteter i prehospitla projektet</li> <li>Införa digital ambulansjournal</li> </ul>