

Patientsäkerhetsberättelse för Region Västernorrland År 2022



Inledning

Mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelsen och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska förmedla resultat utifrån satsningsområden i den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och tandvård. Detta 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. I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Informationssäkerhet	7
Strålskydd	8
En god säkerhetskultur	8
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	11
Egenkontroll	11
Systematiskt patientsäkerhetsarbete	11
Tillgänglighet	11
Primärvård	11
Specialiserad vård	11
Prioriterade områden mål/ följetal regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och tandvården	12
Överbeläggningar och utlokaliseringar	12
Läkemedelsrelaterade skador	12
Vårdrelaterade infektioner (VRI)	12
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	13
Trycksår	13
Antibiotikaförskrivning STRAMA	13
Riskbedömning och dokumentation vid inskrivning	14
Klagomål och synpunkter	14
Hållbart säkerhetsengagemang (HSE)	15
Socialstyrelsens webbutbildning	15
Öka kunskap om inträffade vårdskador	15
Har vården varit säker	15
Tillförlitliga och säkra system och processer	17
Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system	17
Säker vård här och nu	18
Riskhantering	18

Stärka analys, lärande och utveckling.....	19
I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information	19
Avvikelser	19
Klagomål och synpunkter	21
Öka riskmedvetenhet och beredskap	21
Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden.....	21
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	23

SAMMANFATTNING

Året som gått sedan vi presenterade patientsäkerhetsberättelsen för 2021 har ut mot länets invånare, till stor del handlat om brist på medarbetare i vården, framför allt sjuksköterskor. Det har även handlat om överbeläggningar och utlokaliseringar, om avvikelser kopplat till sommaren och inspektion från IVO. Regionen har stora utmaningar när det gäller detta och kopplingen till patientsäkerhetsrisker, men det finns givetvis även positiva saker att lyfta. En är att vi nu har en regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och tandvården, en handling som sammanfattar de områden som vi behöver fokusera på för att uppnå en säker vård. Vi har en regionöverläkare som bevakar de patientsäkerhetsfrågor och medicinska frågor i hälso- och sjukvårdsledningen, vi har två chefsjuksköterskor som har fokus på att verka för en god omvårdnad.

Verksamheten Kvalitet och patientsäkerhet (KP) har fått delta när hälso- och sjukvårdsnämnden tog fram sin plan för 2023. Då lyfte vi vikten av engagerade chefer och ledare på alla nivåer eftersom det är grunden till en mer säker vård och vi har funnit att det finns en del att lyfta till klargörande där. Framför allt kopplat till förtroende och tillit vilket visas i den säkerhetskulturmätning som genomfördes hösten 2022

Den webbutbildning för patientsäkerhet som Socialstyrelsen tagit fram, ska genomföras av samtliga chefer och medarbetare i vården. Detta beslöt hälso- och sjukvårdensstrategiska ledningsgrupp. Den insatsen har påbörjats men det behövs nya tag för att se till att den genomförs under 2023.

Om man då blickar framåt så går det nog att sammanfatta det som att mycket negativt har kommit i fokus vilket kan vara en grund till ett gemensamt fokus på förbättringsåtgärder.

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. Särskilt viktig är ledningens engagemang och att de agerar som förebilder när det gäller att skapa en säker vård.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Regionens övergripande mål är enligt regionplanen att bedriva en kunskapsbaserad, trygg och säker hälso- och sjukvård samt tandvård. Avsikten med målet är bland annat att minimera risken för vårdskada. Det strategiska arbetet mot målet ska ske med systematik och genomföras utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Ledningens engagemang och medarbetarnas förhållningssätt till detta arbete kan ses som en del av patientsäkerhetskulturen. Denna mäts årligen i samband med medarbetarenkäten. Det som mäts är ett hållbart säkerhetsengagemang (HSE). 2022 fastställdes regionens handlingsplan för ökad patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och tandvården (fortsättningsvis benämnd som ”regional handlingsplan”. Den utgår från Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Den regionala handlingsplanen inbegriper grundläggande förutsättningar som engagerad ledning och tydlig styrning, god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens, patienten som medskapare. Dessutom ingår områden som säker vård i nutid, lärande av negativa händelser och säker vård i framtiden. Prioriterade områden, mål och följetal ingår också i den regionala handlingsplanen som är ett levande dokument. Utifrån den regionala handlingsplanen gjordes en åtgärdsplan för 2022 och bland annat beslutades det i augusti att alla chefer och medarbetare i vården ska genomföra Socialstyrelsens webutbildning i patientsäkerhet. Genom punktprevalensmätningar (PPM), som initieras och sammanställs på nationell nivå via Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), följs olika aspekter av patientsäkerhet som trycksår, basala hygienrutiner och klädregler (BHK). Verksamheterna har också egenkontroll i varierande omfattning där bland annat olika följetal ingår. Avvikelse och händelser lyfts oftast på arbetsplatsträffar och via ledningsgrupper på verksamhetsnivå. Vårdskador som riskerar att vara allvarliga utreds via chefläkare och kan anmälas enligt lex Maria till inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Organisation och ansvar

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

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer. Särskilt viktig är ledningens engagemang och att de agerar som förebilder när det gäller att skapa en säker vård.

Hälso- och sjukvårdsdirektören har det övergripande ansvaret för det systematiska patientsäkerhetsarbetet i Region Västernorrland. Verksamhetschef ansvarar för att patientsäkerhetsarbetet integreras i det dagliga arbetet, följs upp i verksamhetsberättelsen och att egenkontroller utförs.

Vårdvalsverksamheten utgår från uppdragsbeskrivning för primärvård och ligger till grund för vårdavtalet enligt lagen om valfrihetssystem (2008:962) och sammanställer patientsäkerhetsarbetet i den årliga rapporten där även de privata vårdgivarna ingår.

Verksamheten för Kvalitet och patientsäkerhet (KP) verkar på uppdrag från hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) i enlighet med gällande författningar som expertfunktion i frågor kopplade till kvalitet och patientsäkerhet i syfte att uppnå en säker vård.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Under 2022 har de flesta verksamheterna samverkat internt inom regionen och med externa parter, till exempel inom kommunal verksamhet, för att stärka patientsäkerheten. Man använder ett system för informationsöverföring (PRATOR) för samverkan med kommun i utskrivningsprocessen. Psykiatrin samverkar med kommun, vårdgrannar och brukarorganisationer. I regionen finns också en arbetsgrupp för samverkan mellan den somatiska vården och psykiatrin. Regionen arrangerar årligen en återföringskonferens med länets sju kommuner och privata vårdgivare i syfte att finna gemensamma förbättringsområden kopplat till avvikelser i vårdkedjan.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Informationssäkerhetsorganisationen har kontinuerliga incidents- och handläggningmöten där informationssäkerhetsansvarig, IT-säkerhetsansvarig och informationssäkerhetsamordnare deltar på samtliga möten samt jurist och dataskyddsföreträdare deltar vid behov.

Informationssäkerhetsorganisationen arbetar kontinuerligt med hantering av Region Västernorrlands informationshanteringsplan, klassificering av information, riskanalyser, upphandlingskrav, personuppgiftsbiträdesavtal och instruktioner, analys av informationshantering, bedömningar samt stöd och vägledning. Under 2022 har Informationssäkerhetsorganisationen arbetat med att bygga upp ett system för tillgångshantering, Information Management System (IMS). IMS ska hantera Region Västernorrlands tillgångstyper, med koppling till informationshantering, som till exempel informationstillgångar, IT-system, verksamhetsprocesser, IT-infrastruktur och förvaltningsobjekt. IMS fungerar som Region Västernorrlands informationshanteringsplan.

Informationssäkerhetsorganisationen har varit aktiv i arbetet med FVIS (Framtidens Vårdinformationsstöd) och det kommande journalsystemet Cosmic, som en av de drivande regionerna för ett gemensamt (ingående nio SUSSA-regioner) systematiskt arbete med informationssäkerhet.

Region Västernorrland har inte drabbats av någon allvarlig informationssäkerhetsincident under 2022. IT-företaget Inera informerade i april om en allvarlig sårbarhet som potentiellt sett kunde påverka deras tjänster och som en proaktiv åtgärd stängdes vissa tjänster under en kortare period. Sårbarheten utnyttjades aldrig enligt Inera.

Region Västernorrland har under året varit föremål för ett okänt antal nätfiskeförsök, av vilka vissa rapporterats in till informationssäkerhetsorganisationen. Inget av dessa nätfiskeförsök har lett till ett faktiskt dataintrång eller annan typ av informationssäkerhetsincident.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Ledningssystemet för strålsäkerhet fortsätter att implementeras genom kontinuerliga möten i centrala strålsäkerhetsrådet och lokala strålsäkerhetsråd har fortsatt formas i de olika verksamheterna. Regionen har internt utbildat chefer och radiologisk ledningsfunktion (RaLF) i regelverk och ledningssystem för strålsäkerhet. Verksamheterna har utsett interna revisorer som utbildats. Under 2022 genomförde Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM) en inspektion av PCI-verksamheten i Sundsvall som utmynnade i två förelägganden som är åtgärdade. Folkvandvården har också besvarat en enkät från SSM som resulterade i ett föreläggande som är åtgärdat. Tack vare ledningssystemet har verksamheterna blivit mer medvetna om krav på strålsäkerhet och utvecklat det interna strålsäkerhetsarbetet. För att fortsätta utveckla ledningssystemet så behöver lokala rutiner sammanföras så att ledningssystemet kan vara till stöd för alla som berörs så att det blir lättare att hitta information för det dagliga arbetet.

En god säkerhetskultur

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

Mätning av patientsäkerhetskultur genomförs en gång per år i samband med medarbetarenkät. Ett hållbart säkerhetsengagemang (HSE) är verktyget där medarbetare får då bedöma 11 påståenden kopplat till patientsäkerhetskultur.

Resultatet presenteras som medelvärdesindex från enhetsnivå till regionövergripande nivå. Resultatet ska synliggöras för medarbetare för att skapa en dialog kring resultatet. På regionövergripande nivå processas resultatet via den regionala handlingsplanen vars mål och följetal är att index ska presentera ett värde högre än föregående år.

2022 var medelvärdesindex 75 för Region Västernorrland, ett värde som är likvärdigt med 2021.

Under rubriken ”agera för säker vård” och prioriterade områden, finns ytterligare information kopplat till HSE resultatet 2022.

Gröna korset är ett verktyg som vissa enheter använder för att lyfta patientsäkerhetskulturen.



Adekvat kunskap och kompetens

De flesta verksamheterna redovisar att man har ett pågående arbete med kompetensutveckling och fortbildning trots att både pandemi och resursbrist påverkat flera verksamheter. Under 2022 har etableringen av systemet för kunskapsstyrning fortsatt och ett antal lokala programområden (LPO) samt lokala arbetsgrupper (LAG) har bildats 2022 och påbörjat ett systematiskt arbete.

Detta innebär att de flesta beslutade LPO nu är uppstartade. Av de lokala samverkansgrupperna (LSG) är nu hälften uppstartade, där LSG patientsäkerhet är ett av dessa. I regionen har beslut tagits om att alla chefer och medarbetare ska genomföra Socialstyrelsens nationella web-baserade utbildning i patientsäkerhet vilket kommer öka kunskapen om patientsäkerhet.

Verksamheterna redovisar att under 2022 har endast ett fåtal genomfört utbildningen, inför 2023 avser man att verka för ett bredare genomförande enligt beslut.

Läkemedelskommittén har arrangerat ett stort antal fortbildningar där de flesta genomförts digitalt och varje tisdag har Läkemedelskommittén erbjudit en medicinsk lunchföreläsning. Regelbundet sker insatser till AT-, BT- och ST-läkare. De har också arrangerat hel- och halvdagsfortbildningar. Årligen i februari arrangerar Läkemedelskommittéerna i norra sjukvårdsregionen gemensamma läkemedelsdagar. I närsjukvårdsområde väster arbetar man systematiskt med noggranna och längre inskolningar än tidigare. Flera verksamheter arbetar också med kompetensväxling. Kirurgen-Urologen- Öron Näsa Hals samt Lung-Hud-Infektion redovisar svårigheter med kompetensutveckling på grund av bemanningsläget. I närsjukvårdsområde Norr beskrivs också att resursbristen till viss del begränsat kompetensutvecklingen men många enheter har kunnat genomföra olika utbildningar och kompetenshöjande åtgärder. Ortopeden har under 2022 erbjudit samtliga sjuksköterskor Svensk Ortopedisk Förenings självstudiekurs för att fördjupa kunskaperna inom ortopedi.

Bemanning och schemaläggning sker fortlöpande utifrån medarbetares kunskap och kompetens så att det ska finnas adekvat kunskap och erfarenhet. Flera verksamheter beskriver det som en utmaning utifrån resursbrist i organisationen och ojämn kompetens hos hyrpersonal.

Få verksamheter redovisar hur de arbetar med att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete. Socialstyrelsens web-baserade utbildning i patientsäkerhet inbegriper området tillförlitliga och säkra system och processer.

Läkemedelsenheten genomför ett projekt där farmaceuter delvis ersätter sjuksköterskor när det gäller arbetet i läkemedelsförråd på vårdavdelning. Projektet genomförs vid två verksamheter initialt och utvärderas under våren 2023.

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.

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Personcentrerad vård och patientkontrakt är begrepp som beskriver vikten av delaktighet och samråd.



Ett förhållningssätt där vårdens medarbetare aktivt involverar patient och närstående i sin vård kan ses som en del i arbetet mot en god och nära vård samt som en del i kunskapsstyrning och dess system för att bland annat erbjuda en jämlik vård som är baserad på rätt kunskap.

I regionen har det sedan maj 2022 inte funnits någon processledare för införandet av patientkontrakt. Flera verksamheter redovisar att de planerar införa patientkontrakt i framtiden, bland annat Barn- och ungdomsmedicin. Dessa behöver stöd i det arbetet. I närsjukvårdsområde väster har de flesta hälsocentralerna ett gemensamt pågående arbete och patientkontrakt är i införande i sjukhusvården. Det finns dock ett behov att samordna arbetet på regional nivå för att för att erbjuda likvärdig metodik inom regionen och i samverkan med kommunerna.

I närsjukvårdsområde väster har man haft flera medborgardialoger där arbetsgrupper bestående av invånare och representanter från kommun och region arbetat utifrån målbild 2030, vilket kommer fortsätta under 2023. Detta har en anknytning till arbetet med införande av patientkontrakt.

Inom psykiatrin har man anställt två Peersupporters och deras uppdrag är att vara patienters stöd, röst och ögon. Planer finns på att de ska ingå i teamet som arbetar med interna händelseanalyser. Flera verksamheter har kontakt med brukarorganisationer. Barn- och ungdomsmedicin startade i december "Unga experter" som är ett råd med fem tonåringar med kroniska sjukdomar som samverkar med verksamhetens ledning.

Vid klagomål och synpunkter från patient och närstående ska en avvikelse upprättas och sedan handläggas inom berörd verksamhet. Olika former av patientenkäter används också i regionen, för att fånga patienters synpunkter, en enkät som används är den nationella patientenkäten (NPE).

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Egenkontroll

Systematiskt patientsäkerhetsarbete

Hög kvalitet inom hälso- och sjukvården innebär bland annat att patienter får en god och säker vård. Patientsäkerhetsarbetet är en del av kvalitetsarbetet och kvaliteten är en del av patientsäkerheten, de hör ihop.

Vårdgivaren har ett ansvar att ha ett ledningssystem för att beskriva hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska genomföras och följas upp. Systematiken består bland annat i att följa upp arbetet med de mål som den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och tandvården lyfter.

Uppföljning sker via egenkontroller som ska redovisas och återges. Verksamhetschef har ett särskilt ansvar för detta arbete.

Inom Region Västernorrland finns brister i följsamhet kring uppföljning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Det resulterar i svårigheter att utvärdera mål och aktiviteter.

Tillgänglighet

2.a kap. 1.§ och 2.§ patientlagen (2014:821) beskriver att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig och patienten ska om det inte är uppenbart att det inte behövs, snarast få medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Region Västernorrland (RVN) har delvis förbättrat sin tillgänglighet i förhållande till 2021.

Primärvård

- andel som fått telefonkontakt samma dag 84% (nov), riket 83% (höst). 2021 77 % i RVN (nov).
- andel som fått medicinsk bedömning inom 3 dagar av legitimerad personal 76% (nov), riket 86% (nov), 2021 80% i RVN (dec).

Specialiserad vård

- andel som väntat på första besök 90 dagar eller kortare 53%(nov), riket 70% (nov). 2021 62% i RVN (dec).
- andel som väntat på operation / åtgärd 90 dagar eller kortare 68% (nov), riket 64% (nov), 2021 66% i RVN (dec).

Prioriterade områden mål/ följetal regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och tandvården

Överbeläggningar och utlokaliseringar

Enligt den regionala handlingsplanen ansvar regionen för att stödja och samordna åtgärder för att uppnå målet.

Målet är ett lägre värde i förhållande till föregående års utvecklingsnyckeltal. För att resultatet ska få relevans så är det viktigt att inrapportering sker enhetligt och enligt rutin vid de tre sjukhusen. I genomsnitt hade regionens somatiska slutenvård 11 överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser under 2022 (Riket 6.6, RVN 2021 8.8). Motsvarande siffra för genomsnittligt antal utlokaliseringar var 3.4 utlokaliseringar/100 disponibla vårdplatser (Riket 2.6, RVN 2021 1.2). Noteras att situationen både när det gäller överbeläggningar och utlokaliseringar varit svårast i Sundsvall. Till exempel hade den somatiska slutenvården i Sundsvall i juli 22.2 överbeläggningar/100 disponibla vårdplatser samtidigt som sjukhusen i Örnsköldsvik och Sollefteå hade 8.6 respektive 7.5 överbeläggningar/100 disponibla vårdplatser. För utlokaliseringar under juli var siffrorna för sjukhusen i nämnd ordning 6.6, 0.9 och 0/100 disponibla vårdplatser.

Läkemedelsrelaterade skador

Den regionala handlingsplanen beskriver att, i enlighet med WHO:s program *Medication without harm*, ska antalet läkemedelsrelaterade skador minska.

Patientdelaktighet och säkerställande av att patienter vid utskrivning från sjukhus får skriftlig läkemedelsberättelse och en aktuell läkemedelslista är centrala mål. Vårdfarmaceutiska tjänster deltagande i vårdteam kan bidra till en höjd kunskapsnivå och antalet farmaceutiska tjänster bör ökas. Rapportering av läkemedelsfel i avvikelshanteringssystemet utgör underlag för analys av aktuella och vanligen förekommande brister i läkemedelsanvändningen

Antalet fördjupade läkemedelsgenomgångar har under 2022 varit på samma nivå som året innan. Ett kontinuerligt arbete pågår med att minska läkemedelsberoende som orsakats av vården.

Hösten 2019 gjordes en mätning av antalet utskrivningsmeddelanden med läkemedelsberättelser från sjukhusvården men för närvarande finns ingen uppföljning över hur frekvent utskrivningsmeddelanden används.

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

VRI är den mest vanliga vårdskadans i Sverige enligt Folkhälsomyndigheten. Vanliga infektioner är urinvägsinfektioner och postoperativa sårinfektioner. SKR genomför normalt en nationell PPM-mätning årligen. Under 2022 genomfördes ingen mätning efter beslut i hälso- och sjukvårdens strategiska ledningsgrupp (HSSLG) För att följa utveckling när det gäller VRI inom regionen är det av stor vikt att fortsätta implementera infektionsverket. För tillfället har det inte gått att följa data på enhetsnivå men detta är nu åtgärdat och en ny uppstart planeras inför 2024. Målet att verka för att rutiner blir kända är ett ständigt pågående arbete.

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Att följa de basala hygienrutinerna och klädreglerna är grunden för en säker vård, framför allt när det gäller att förebygga VRI. Trots det så finns det påtagliga brister i följsamhet både till deltagande i mätning och följsamhet när det gäller basala hygienrutiner. Klädregler däremot följs på ett bättre sätt.

Verksamheternas följsamhet till att genomföra mätning är inte optimal, mätning genomförs två gånger per år. Vecka 11–12 genomförs den nationella mätningen och v.37-38 en regional mätning. I den nationella mätningen v.11-12 var den totala följsamheten 79%, medan den regionala mätningen v. 37-38 visade 72%. 2021 var den totala följsamheten vid den regionala mätningen 77%. Enligt den regionala handlingsplanen ska enheter med resultat på 90% eller mindre upprätta en handlingsplan för att öka följsamheten.

Under 2022 finns det en hel del brister när det gäller att upprätta en handlingsplan vid ett PPM resultat på 90% eller lägre. Inom hälso- och sjukvården framträder verksamheter inom tandvården som de med bästa resultat och följsamhet medan det finns ett förbättringsområde inom flera delar av övriga verksamheter. Även kopplat till inrapportering av resultat från den regionala handlingsplanen i regionens system för uppföljning av mål och aktiviteter (Hypergene).

Trycksår

Trycksår är en lokaliserad skada i hud och/eller underliggande vävnad som uppkommer vid tryck från patientens egen tyngd mot underlaget. Det finns olika faktorer som påverkar uppkomst av trycksår, exempelvis tid innan lägesändring, allmäntillstånd och undernäring. Denna typ av vårdskada förorsakar mycket lidande för patienten och förlänger ofta vårdtiden. Med anledning av det så är det viktigt att följa rutiner och riktlinjer samt delta i PPM mätning.

Den regionala handlingsplanens mål är Trycksår klass 1–2, <än 5 % Trycksår klass 3–4, 0%

Delmål: minska med 50% samtliga kategorier till 2023 nytt delmål utifrån resultat 2023

2022 blev resultatet för klass 1–2, 44% (2021 40%) det vill säga en ökning som föranleder åtgärder från verksamheter, klass 3–4 visar ett resultat på 5,8% (2021 10%). Dettakan ses som att man nästan har uppnått delmålet att minska med 50%

Antibiotikaföreskrivning STRAMA

- Antalet reflekterande antibiotikamöten med återkoppling av individuella föreskrivningsdata inom primärvården. *Data via STRAMA. 21 av 30 hälso-/vårdcentraler (70 procent) uppfyllde kravet enligt regelboken 2022. Målnivån är 100%.*
- Vaccinationstäckning för säsongsinfluensa 65 år och äldre samt pneumokocker hos äldre enligt särskilt vaccinationsprogram. *Data via smittskyddsensheten. Vaccinationstäckning säsongsinfluensa säsongen 2022-23 hos gruppen 65 år och äldre fram till 23-02-12 var 56%. Målnivån är 75%. Smittskydd Västernorrland har inte fått några data för pneumokockvaccinationstäckning. Det vi behöver få från Vaccinationsverksamheten (Mitt Vaccin) är andel och antal vaccinerade personer födda 1947 under 2022 och hittills under 2023. Gällande riskgrupper har vi inga nämnardata utan kan bara få ett antal vaccinerade av riskgrupper under 75 år.*

- Antibiotikaförsäljning på recept och rekvisition, inklusive 250-målet: *Data via STRAMA Västernorrland försåldes 234 recept/1000 invånare under 2022, vilket innebär att regionen klarade det nationella målet på under 250 recept/1000 invånare och år, det så kallade 250-målet. Riksgenomsnittet 2022 var 251 recept/1000 invånare. Andelen ciprofloxacin av antibiotika som ofta används mot urinvägsinfektion till kvinnor 18-79 år ökade i Västernorrland under 2022. Stramas nationella mål är under 10% och i Västernorrland var andelen 15,7%, vilket är högst i Sverige. I Västernorrland säljs en högre andel pcV av antibiotika som ofta används mot luftvägsinfektioner till barn 0-6 år än snittet i riket, dock uppnåddes inte Stramas nationella mål på över 80%. I slutenvården användes en mindre andel pcV och pcG än rikssnittet under 2022. En hög andel pcV och pcG är önskvärd. Västernorrland låg över rikssnittet i andel cefalosporiner och fluorokinoloner som användes i slutenvården 2022. En låg andel cefalosporiner och fluorokinoloner är önskvärd. Västernorrland ökade sin användning av karbapenemer i slutenvården, men låg fortfarande under rikssnittet 2022. En låg andel karbapenemer är önskvärd.*
- *Svebar har inte införts och kommer inte att införas förrän Folkhälsomyndigheten uppdaterat systemet, vilket sannolikt kommer att ske inom några år.*

Riskbedömning och dokumentation vid inskrivning

Vid inskrivning på sjukhus ska riskbedömning genomföras och dokumenteras när det gäller fall, munhälsa, trycksår och undernäring. Vid brister i riskbedömning och framför allt vid utebliven dokumentation av genomförd riskbedömning, finns risk för felaktiga data exempelvis när det gäller riskbedömning av trycksår vid inskrivning på sjukhus. Den regionala handlingsplanen beskriver att detta ska följas bland annat via markörbaserad journalgranskning (MJG) men även via verksamheternas egenkontroll. Då KP under 2022 har varit tvungna att avstå MJG till förmån för arbetet med utredningar av allvarlig eller risk för allvarlig vårdskada, finns inga data att jämföra med.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter från patienter och närstående kan ligga till grund för förbättringsarbete. Det är därför viktigt att systematiskt följa avvikelser kopplade till enskildas klagomål och synpunkter. I dag kommer dessa in via Patientnämnden-Etiska nämnden (PEN) och via regionens funktionsbrevlåda till vårdgivaren. De kan även gå direkt till IVO som då ger verksamheten i uppdrag att utreda händelsen.

Inom regionen registreras de i två skilda system, vilket gör att det är svårt att följa upp och få en enhetlig statistik. Det går i dagsläget inte heller att följa upp områden för förbättring. Regionen har nu tagit ett beslut att PEN ska övergå till Platina som blir vårt gemensamma system för att hantera synpunkter och klagomål. Platina är det avvikelshanteringssystem som för övrigt används i dag. I samband med det så kommer det även att ske en integrering mellan Platina och 1177.se där invånarna kan lämna synpunkter och klagomål på ett mer strukturerat sätt som gör att vi kan följa statistik och se

förbättringsområden. Integreringen väntas vara genomförd i mitten på 2023. Fram till dess går det inte att följa upp den regionala handlingsplanens mål och följetal som beskriver att 80% av de klagomål och synpunkter som inkommer ska vara utredda och avslutade inom 90 dagar.

Hållbart säkerhetsengagemang (HSE)

Säkerhetskulturen är grundläggande inom hälso- och sjukvården för att uppnå en säker vård. HSE enkäten genomförs i samband med den årliga medarbetarenkäten. Den presenterar ett mått på hur medarbetare i vården värderar 11 påståenden kopplade till patientsäkerhet. Resultaten är en temperaturmätning på upplevelser kring säkerheten på arbetsplatsen. HSE-verktyget ger ett underlag att i närtid, efter mätningen, ha en dialog kring resultaten.

Det regionövergripande indexmättet ska enligt den regionala handlingsplanen vara högre än föregående år. 2022 var medelvärdes index 75 är ett jämförbart värde mot 2021.

Vid närmare granskning av verksamheternas resultat utifrån yrkesgrupper så är det även värt att lyfta fram att det inom de olika vårdområdena finns yrkesgrupper som har låga medelvärdesindex kopplat till vissa av de 11 påståenden som man fick värdera.

Yrkeskategorierna, överläkare, specialistläkare och ögonsjuksköterska är det som har värderat vissa påstående lägst. Exempelvis kan nämnas att påstående ”arbetet anpassas så att säkerheten bevaras om förutsättningarna förändras” har överläkare i söder så låga medelvärdesindex som 41. Även ögonsjuksköterskor värderar detta påstående lågt. Påståendet ”chef ger förutsättningar för en säker vård” har bedömts till mycket låga värden på vissa håll i regionen. Påståendet ”trygg om närstående vårdas på min arbetsplats” har lågt värde framför allt av ögonsjuksköterskor.

Även påståendet ”patienten erbjuds vara delaktig” har låga värden vilket talar för att arbetet med införandet av patientkontrakt bör fortgå.

Något som däremot genererar höga värden generellt är påståendet ”vågar påtala när något gått fel” ca 85–90 i medelvärdesindex.

Socialstyrelsens webbutbildning

Utbildningen Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet, bygger på samlad och aktuell kunskap om patientsäkerhet och är utgiven av Socialstyrelsen. I regionen har HSSLG beslut tagits att alla chefer och medarbetare ska genomföra utbildningen i syfte att öka kunskapen om patientsäkerhet.

Verksamheterna redovisar att under 2022 har få gjort utbildningen men man avser komma i gång med detta under 2023. Resultatet rapporteras i regionens system för uppföljning av mål och aktiviteter (Hypergene).

Öka kunskap om inträffade vårdskador



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

Har värden varit säker

Varje sjukvårdshuvudman är skyldig att ha ett system för kvalitetsledning och avvikelshantering, i Region Västernorrland används systemet Platina.

De avvikelser som bedöms av verksamheten som misstänkt allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada skickas som chefläkarärende via avvikelssystemet. I de fall som chefläkare bedömer att en mer omfattande utredning ska göras för eventuell anmälan enligt lex Maria, tas beslut tillsammans med verksamheten om utredning/händelseanalys ska ske internt med stöd av KP eller om KP leder utredningen. De allvarliga händelser som inträffat inom folktandvården och rättspsykiatriska kliniken utreds av analysteam inom dessa verksamheter.

Verksamheten följer upp de åtgärder som framtagits utifrån skapad handlingsplan. KP gör även en uppföljning av insatta åtgärder 6 månader efter avslutad utredning. Om åtgärderna planeras under längre tid senareläggs KP.s uppföljning.

Vid årsskiftet fanns totalt i RVN, drygt 9000 rapporterade avvikelser som inträffat under 2022 vilket är lite lägre än 2021. Av dessa skickades 228 avvikelseärenden för chefläkarbedömning varav det i 120 fall beslutades att händelseanalys eller internutredning ska göras som underlag till eventuell lex Maria anmälan. Föregående år var det motsvarande 254 chefläkarärenden varav 135 gick till händelseanalys.

2022 genomfördes 84 (106 st 2021) händelseanalyser / utredningar där verksamheterna gjorde hälften med stöd av KP. Totalt gjordes 61 anmälningar enligt lex Maria under 2022 jämfört med 69 föregående år.

En händelse som har lett till allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada ska anmälas till IVO skyndsamt. Enligt IVO ska sådana utredningar vara IVO tillhanda inom två månader efter inträffad händelse. I realiteten kan Region Västernorrland inte hålla sådana ledtider. Problemet har eskalerat. Orsaker till den växande utredningskön är förutom periodvis hög personalomsättning även ett ökande antal allvarliga händelser som kräver utredning. Under 2022 har dock antalet minskat. Under 2022 har problemet med outhärliga händelser lyfts till hälso- och sjukvårdsdirektören. Detta resulterade initialt i en tillfällig rekryteringsförstärkning och i steg två verka för att resurser tillsätts i verksamheterna för att kunna genomföra mindre komplexa utredningar och på så sätt på ett bra sätt finna ett lärande av händelsen. Något som kan ses som en del i ett systematiskt kvalitetsarbete.

I dagsläget finns 156 ärenden från primärvård och specialistvård som inte är avslutade varav 114 som inte är påbörjade och 42 utredningar som pågår. Detta är en ökning med 34 ärenden som väntar på utredning i jämförelse med föregående år. Enligt patientsäkerhetslagen ska utredning och anmälan av allvarlig vårdskada genomföras snarast efter händelsen vilket i praktiken är inom ett par månaders tid. Ett förslag till ny handläggningsrutin vid misstänkt allvarlig vårdskada presenterades av KP för verksamhetsledningen under hösten. Med målet att alla verksamheter ska genomföra utredningar av händelser som är avgränsade och inte bedöms komplexa, men som kan leda till anmälan enligt lex Maria. I Region Västernorrland har verksamheterna olika förutsättningar för och erfarenhet av att själva bedriva egna mer omfattande utredningar. Flera verksamheter har dock stor erfarenhet av utredningar som varit grund för chefläkares anmälan enligt lex Maria, som också godkänts av IVO.

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

I regionen behöver arbetet med det systematiska patientsäkerhetsarbetet i verksamheterna utvecklas. Avvikelser och lex Mariaärenden lyfts på APT men det finns utvecklingsmöjligheter när det gäller att sprida kunskap om händelser inom och mellan verksamheter och utveckla arbetet i verksamheterna med systematisk uppföljning och analys av för verksamheterna relevanta data. Markörbaserad journalgranskning (MJG) är en metod som verksamheterna själva kan använda för att systematiskt identifiera risker och förbättringsområden i sin verksamhet. 2022 pausade KP med MJG-granskning pga. utredningar som behövde prioriteras.

Att föra ut kunskap i den vårdssituation där den behövs är basen i kunskapsstyrning och dess system som löper från nationell till lokal nivå. Detta genomförs bland annat genom införandet av personcentrerade sammanhållna vårdförlopp. I ett steg att anpassa dessa till regionens verksamheter så genomförs så kallade gapanalyser. Under 2022 har ett antal gapanalyser och implementeringsinsatser genomförts i verksamheter.

En intensifierad samverkan med patientföreningar och länets kommuner har också skett inom ramen för kunskapsstyrningen med syfte att stärka möjligheten för oss som huvudmän inom vård och omsorg att bedriva en jämlik, säker, individanpassad och kunskapsbaserad vård. Inom folkvandvården har systemet för kunskapsstyrning implementerats. Flertalet verksamheter arbetar med ökad följsamhet till BHK, fallriskbedömning och fallprevention liksom områdena trycksår, nutrition och munhälsobedömning. Mätning av vårdrelaterade infektioner behöver återupptas och 2023 kommer regionen delta i en europeisk mätning där regionens tre sjukhus deltar. I verksamheten lung/hud/infektion kommer en kvalitetssjuksköterska gå utbildning i markörbaserad journalgranskning (MJG) för att utveckla möjligheten att identifiera risker.

Säker läkemedelshantering är viktig för att minimera risken för vårdskador.

Läkemedelsenheten/läkemedelskommittén har därför erbjudit informationstillfällen om säker läkemedelsanvändning till hälsocentraler och kliniker. Arbetet som bedrivs av informationsläkare och informationsapotekare har trots pandemin kunnat genomföras i normal omfattning.

Läkemedelskommittén samverkar också med kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Samverkansgruppen tar också initiativ till fortbildning. Varje år görs en nulägesbeskrivning av läkemedelsanvändningen inom särskilda boenden och hemsjukvården. Den har under 2022 använts som underlag för två temadagar för team inom äldreården. Antalet fördjupade läkemedelsgenomgångar har under 2022 varit på samma nivå som året innan. Ett kontinuerligt arbete pågår med att minska vårdorsakat läkemedelsberoende. Hösten 2019 gjordes en mätning av antalet utskrivningsmeddelanden med läkemedelsberättelser från sjukhusvården men för närvarande finns ingen uppföljning över hur frekvent utskrivningsmeddelanden används.

Säker vård här och nu

Är vården säker idag



Liksom 2021 är svårigheten med bemanning en uppenbar risk i hälso- och sjukvården. Det gör regionen mer beroende av hyrpersonal som i sin tur medför andra utmaningar och risker. Bristen på medarbetare medför att antalet disponibla vårdplatser inte nått upp till önskad nivå vilket i sin tur inneburit överbeläggningar och utlokaliseringar som medför nya risker. Uppföljningsdata som redovisats under "Egenkontroll" visar att regionen haft fler överbeläggningar och utlokaliseringar än riket i genomsnitt under 2022 och Sundsvalls sjukhus har varit mest drabbat av detta. Regionens resultat gällande överbeläggningar och utlokaliseringar för 2022 är sämre jämfört med 2021.

Mätningar av följsamhet till BHK och frekvensen av sjukhusförvärvade trycksår visar att det fortsatt finns behov av förbättringsåtgärder. Från opererande verksamheter redovisas att köer till vård ökat på grund av påverkan från pandemin. Hudkliniken redovisar också ökande köer på grund av pandemin men också brist på medarbetare.

Läkemedelsförsörjningen är en verksamhetskritisk process där man konstaterar att bristsituationer uppstår regelbundet och förefaller att öka. Hotande bristsituationer för vissa läkemedel har kunnat hanteras bland annat genom nationell samverkan.

Säkerhetskulturen har påverkats negativt framförallt när det gäller vissa yrkesgruppers upplevelse av att patientsäkerhetsrisker vid förändrade förutsättningar. Detta beskrivs närmare under rubriken "Agera för säker vård" och prioriterade områden.

Riskhantering

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

Vid större förändringar i organisationen genomförs riskanalyser och under 2022 har följande riskanalyser genomförts i KP:s regi. Neddragning av vårdplatser inom psykiatri Sundsvall, Neddragning av bakjourslinje/ beredskapslinje Röntgen. Riskkartläggning av bemanningssituationens påverkan sommaren 2022 för akutmottagning och slutenvård i Sundsvall, Örnsköldsvik och Sollefteå. Röntgen har på egen hand gjort riskanalyser angående sommaren samt jul-nyår 2022.

Vissa verksamheter använder gröna korset, som är en metodik att på enhetsnivå fortlöpande skatta och hantera risker i det dagliga arbetet, tex vissa enheter på Barn- och ungdomsmedicin och lungavdelningen. I närsjukvårdsområde väster är man på avdelning och akutmottagning i förberedande fas för att implementera gröna korset. Avvikelsesystemet Platina används i regionen för att rapportera och hantera risker.

Resultatet av HSE-mätningen visar att säkerhetskulturen påverkats negativt och att förutsättningarna för en säker vård inte alltid prioriteras och att arbetet inte alltid anpassas när förutsättningarna förändras. Detta beskrivs närmare under rubriken "Agera för säker vård" och prioriterade områden.

Otillräcklig process när det gäller utredning inför eventuell lex Maria anmälan. En händelse som har lett till allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada ska anmälas till IVO skyndsamt. Enligt IVO ska sådana utredningar vara IVO tillhanda inom två månader efter inträffad händelse. I realiteten kan Region Västernorrland inte hålla sådana ledtider. Problemet har eskalerat. Orsaker till den växande utredningskön är förutom periodvis hög personalomsättning även ett ökande antal allvarliga händelser som kräver utredning. Under 2022 har dock antalet minskat. Under 2022 har problemet med outredda händelser lyfts till hälso- och sjukvårdsdirektören. Detta resulterade initialt i en tillfällig rekryteringsförstärkning och i steg två verka för att resurser tillsätts i verksamheterna för att kunna genomföra mindre komplexa utredningar och på så sätt på ett bra sätt finna ett lärande av händelsen. Något som kan ses som en del i ett systematiskt kvalitetsarbete.

Stärka analys, lärande och utveckling

I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

Under 2022 har ingen MJG-granskning gjorts i RVN pga. att KP prioriterat det lagstadgade utredningsarbetet för eventuell lex Maria-anmälan. Under våren genomfördes de sista granskningarna enligt metodiken patientsäkerhet i realtid (PiR) på kvarvarande psykiatriska vårdavdelningar så alla psykiatriska avdelningar har granskats vid ett tillfälle.

Vissa verksamheter redovisar att man dragit lärdomar och att förändringar gjorts utifrån avvikelser och händelseanalyser. Likaså har man deltagit i olika kvalitetsregister och vissa verksamheter har också använt enkäter i utvecklingssyfte. Nationella riktlinjer och kunskapsstyrningssystemet påverkar systemutveckling och arbetssätt både via ändrade riktlinjer och utbildning. Kirurgen/Urologen/ Öron-näsa-hals rapporterar att de gör en årlig sammanställning av avvikelser som rapporteras till ledningen.

Patientsäkerhetsmedel utdelades 2022 till både centrala projekt och projekt i verksamheterna för ökad patientsäkerhet, varav merparten gick till verksamheterna. Sammanlagt beviljades 13 projekt i verksamheterna drygt 2.9 miljoner kronor.



Avvikelser

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

Avvikelse rapporteringen ses som viktig och uppmuntras i stor grad i verksamheterna. Avvikelsestatistiken uppdateras varje månad och kan tas ut för hela RVN eller mer detaljerat på alla nivåer. KP gör varje år en övergripande analys i en rapport som redovisas för den politiska ledningen. Där redovisas de vanligaste avvikelseområdena, orsaker till avvikelser och de vanligaste åtgärderna.

Få verksamheter redovisar att man systematiskt arbetar med övergripande sammanställning, analys och förbättringsarbete utifrån avvikelser inom verksamheten. Men som ett exempel har röntgen för att minska perceptionsmissar vid granskning av röntgenundersökningar utvecklat ett kvalitetssäkringssystem för radiologiska utlåtanden som består i löpande dubbelgranskning av ett

randomiserat urval fall. De har även med hjälp av produktionsplanering under året kunnat reducera köerna avsevärt. Närsjukvårdsområde Norr har en plan för förbättringsarbete gällande omvårdnadsprevention och utskrivningsprocessen då bland annat dessa identifierats som riskområden utifrån avvikelserna.

Läkemedelskommittén/-enheten följer kontinuerligt läkemedelsavvikelser för hela regionen för att fånga brister på systemnivå och för att erhålla ett helikopterperspektiv på de läkemedelsavvikelser som registreras. Avvikelseerna används bland annat som material till utbildningar för att sprida kunskap. Den vanligaste rapporterade avvikelserna gällande receptavvikelser är liksom tidigare år att det finns flera recept med samma läkemedel och där utsatta receptet inte makulerats. En positiv utveckling visas genom att antalet recept som saknar indikation väsentligt har minskat. Förbättringen ses efter att funktionen behandlingsorsak införts i journalsystemet. Resultatet av undersökningen används som underlag för fortsatt förbättringsarbete inom regionen.

Utbildning för avvikelshandläggarna i analys och uppföljning av avvikelser för att kunna ta fram underlag för förbättringsarbete har erbjudits sedan 2016 men varit inställd de senaste två åren på grund av pandemin. Uppföljning av tidigare utbildningsinsatser har gjorts under året för att ta reda på om utbildningen medfört att man i verksamheten har börjat att arbeta med ett mer strukturerat patientsäkerhetsarbete genom systematisk uppföljning och analys av inrapporterade avvikelser. I enkät svarar drygt hälften att de regelbundet tar ut underlag för förbättringsarbeten. Utifrån beskrivning om vad som tas fram verkar det för flera dock röra sig mer om statistik på antal och jämförelse med tidigare år än som underlag för förbättringsarbete. De som svarar att de inte tar fram underlag anger att orsaken till detta är antingen att det inte efterfrågas, tidsbrist eller att de har för få avvikelser. Hälften av avvikelshandläggarna anger att verksamhetschef/enhetschef inte efterfrågar underlag till förbättringsarbete. Under hösten/vintern har information getts till ledningsgrupperna om bland annat vikten att alla chefer måste efterfråga underlag för förbättringsarbeten men även tillse att man arbetar med resultatet. Även exempel vad man kan få fram gällande underlag ur avvikelssystemet presenterades vilket man visade stort intresse för. I samband med informationen till ledningsgrupperna presenterades även slutsatser från Revisionsrapport angående granskning av avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete som publicerades januari 2022. Där slutsatserna bland annat är att systematisk aggregerad analys av avvikelser, lärande och förbättringsarbete bedrivs i låg grad på enhets- och områdesnivå. Samt att avvikelserapporteringen inte i tillräcklig omfattning har utgjort underlag för ett systematiskt förbättringsarbete.

En sammanställande rapport ”Beläggningsgrad och avvikelserapporter i vården sommaren 2022” gjordes under hösten. Både för att följa upp den rapport som gjordes 2021 samt att ytterligare neddragningar av vårdplatser och fler sammanslagningar av vårdavdelningar skedde än tidigare somrar. I jämförelse med de två föregående somrarna har det skett en ökning av identifierade avvikelserapporter kopplade till bemannings- och vårdplatssituationen som har varit sämre än 2021. Vården har varit hårt pressad och patientsäkerhetsrisker och vårdskador har uppstått som en följd av detta. Den givna vården har under delar av sommaren inte nått upp till Socialstyrelsens definition av god vård. Trots ett stort antal inkomna avvikelserapporter och många beskrivna risksituationer har dock avvikelserapporteringen hittills inte kunnat påvisa en ökad mängd allvarliga vårdskador. Bidragande till detta är att många utredningar från 2022 och 2021 ännu inte är påbörjade eller avslutade.

Statistik kopplat till avvikelser som inkommit via klagomål och synpunkter är i dag svår att redovisa på grund att de hanteras olika i verksamheter. Under det första halvåret 2023 så kommer införandet av en väg in via 1177.se att underlätta redovisning av avvikelsestatistik kopplat till klagomål och synpunkter.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter från patienter och närstående kan ligga till grund för förbättringsarbete. Det är därför viktigt att systematiskt följa avvikelser kopplade till enskilda klagomål och synpunkter. I dag kommer dessa in via Patientnämnden-Etiska nämnden (PEN) och via regionens funktionsbrevlåda till vårdgivaren. De kan även gå direkt till IVO som då ger verksamheten i uppdrag att utreda händelsen.

Inom regionen registreras de i två skilda system, vilket gör att det är svårt att följa upp och få en enhetlig statistik. Det går i dagsläget inte heller att följa upp områden för förbättring. Regionen har nu tagit ett beslut att PEN ska övergå till Platina som blir vårt gemensamma system för att hantera synpunkter och klagomål. Platina är det avvikelshanteringssystem som för övrigt används i dag. I samband med det så kommer det även att ske en integrering mellan Platina och 1177.se där invånarna kan lämna synpunkter och klagomål på ett mer strukturerat sätt som gör att vi kan följa statistik och utvinna förbättringsområden. Integreringen väntas vara genomförd i mitten på 2023 fram till dess går det inte att följa upp den regionala handlingsplanens mål och följetal som beskriver att 80% av de klagomål och synpunkter som inkommer ska vara utredda och avslutade inom 90 dagar.

Det vi kan utläsa i dag är att det direkt till verksamheterna kom ca. 300 ärenden vilket är på samma nivå som 2021, via IVO ca. 40 ärenden och via PEN ca. 500 ärenden.

Specialistvårdens klagomål och synpunkter minskade lite från 2021 och primärvården ökade lite under 2022.

IVO har under 2022 tagit emot ca 30 enskilda klagomål som IVO själva beslutat utreda vidare, vilket är en liten minskning jämfört med 2021.

En tredjedel av de klagomål och synpunkter som inkom till PEN skickades vidare till verksamheterna för handläggning. Kommunikation, vård och behandling samt tillgänglighet är liksom de föregående fyra åren de vanligaste orsakerna till kontakt med PEN. Noteras att klagomålen gällande tillgänglighet har ökat från 153 (2021) till 236 (2022).

Verksamheter hanterar klagomål och synpunkter enligt aktuellt styrdokument i Platina. Flera verksamheter gör också årliga sammanställningar som presenteras för verksamhetsledning. Att göra årliga sammanställningar av avvikelser, klagomål och synpunkter är något som alla verksamheter rekommenderas göra som ett led i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

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

Den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och tandvården, fastställdes av hälso- och sjukvårdsnämnden augusti 2022. Den kommer att bli basen för att lyfta de riskområden som behöver prioriteras vilket kan ses som ett sätt att förbättra medvetenheten om risker och beredskap för att hantera dem.



Under 2022 har det inrättats en tjänst som regionöverläkare och även en tjänst som beredskapsöverläkare. Dessa har i sitt respektive uppdrag att bevaka patientsäkerhetsfrågor under normala omständigheter och under krissituationer. Bland annat kopplat till bemanning, kompetensfrågor och vårdplatssituation vilka är områden som medför risker och utmaningar för patientsäkerheten på kort och lång sikt. Socialstyrelsens web-baserade utbildning för ökad patientsäkerhet skall alla chefer och medarbetare genomföra, det kommer öka kunskapen om patientsäkerhetsfrågor på samtliga nivåer. Brister finns i hanteringen av det systematiska kvalitetsarbetet det behöver därför utvecklas i verksamheterna exempelvis bör en negativ händelse först identifieras, sedan utredas, åtgärdas och till sist följas upp. I dag tenderar en avvikelse att stanna vid identifiering, utredning och eventuell åtgärd men för att skapa ett lärande är uppföljning viktig. HSE mätningen har visat att säkerhetskulturen har påverkats negativt framförallt när det gäller vissa yrkesgruppers upplevelse av att patientsäkerhetsrisker vid förändrade förutsättningar. Detta beskrivs närmare under rubriken "Agera för säker vård" och prioriterade områden. Ett krafttag behövs därför för att återskapa förtroendet hos de medarbetare som visar på misstro. Detta bör göras på samtliga ledningsnivåer men kanske framför allt vid varje enskild verksamhet utifrån det HSE-resultat som presenterats.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Under 2022 blev det ett mindre fokus på pandemin och dess utmaningar, KP kunde i stället börja att fokusera på det som fått stå tillbaka, som att färdigställa vår regionala handlingsplan för ökad patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och tandvården. Den i sig är en utmaning att implementera på samtliga nivåer, svårigheter har utkristalliserat sig när det gäller att fokusera på de prioriterade områden som är satta i fokus. Exempelvis BHK, trycksår och HSE. Det senare pekar på en utmaning att lyfta tilliten till ledning och styrning, vilket är den del av handlingsplanen som lyfts som ett grundläggande och särskilt viktigt område till HSN i deras plan inför arbetet med patientsäkerhet 2023.

Den regionala handlingsplanens nio prioriterade områden behöver även ses över och eventuell justering behöver göras i samband med att HSN sätter sin plan inför 2024.

Nutrition och problematiken med undernäring är ett sådant område där det har blivit alltmer tydligt att en samordning behövs när det gäller upphandling och produkter samt medicinteknik kopplat till området nutrition. Ansvar och roller behöver även förtydligas både inom regionen och mellan vårdgivare i länet. Det är ett arbete som pågår bland annat inom ramen för en god och nära vård vars målbild är att skapa en god och jämlik vård som individen kan vara trygg med, och inom ramen för kunskapsstyrning.

Otillräckligt snabb process när det gäller utredning inför eventuell lex Maria anmälan är ett faktum. En händelse som har lett till allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada ska anmälas till IVO skyndsamt. Enligt IVO ska sådana utredningar vara IVO tillhanda inom två månader efter inträffad händelse. I realiteten kan Region Västernorrland inte hålla sådana ledtider. Problemet har eskalerat. Detta blir en utmaning inför kommande år. Det är viktigt att man när ledtiderna ökar ser över i vilken mån verksamheterna själva kan genomföra mindre komplexa utredningar. När verksamheterna genomför utredningar själva så sker ett lärande som är mycket viktigt.

Ett annat område som är en utmaning är följsamhet till rutiner och riktlinjer samt fullföljandet av det systematiska patientsäkerhetsarbetet genom egenkontroller, framför allt kopplat till uppföljning av negativa händelser.

Bristen på läkemedel är en nationell problematik som framför allt påverkar patienten, regionen har därför en utmaning att tillsammans med andra regioner tillgodose att det finns ett beredskapslager. Detta gäller även delvis materialförsörjning.

Sammantaget kan man säga att tillit till och engagemang kopplat till ledning och styrning behöver stärkas för att få en bättre säkerhetskultur. Kännedom om och följsamhet till den regionala handlingsplanen och dess prioriterade områden behöver förbättras, det behövs en översyn och en uppdatering av de prioriterade områden som handlingsplanen presenterar. Processen med utredningar av allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada behöver effektiviseras. Ansvar kopplat till det systematiska patientsäkerhetsarbetet bör även det bli mer känt och till sist så har regionen en utmaning när det gäller att förbättra resultat kopplat till BHK och trycksår.