

# Patientsäkerhetsberättelse 2020 Region Jämtland Härjedalen

HSN/27/2021

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING .....	4
1 STRUKTUR .....	6
1.1 Övergripande mål och strategier .....	6
1.2 Organisation och ansvar .....	7
1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador .....	8
1.4 Patienters och närståendes delaktighet .....	9
1.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	10
1.6 Klagomål och synpunkter .....	10
1.7 Egenkontroll .....	10
2 PROCESS - ÅTGÄRDER FÖR ATT ÖKA PATIENTSÄKERHETEN .....	11
2.1 Riskanalys .....	13
2.2 Utredning av händelser - vårdskador .....	13
2.3 Informationssäkerhet .....	13
2.3.1 Uppföljningar och revisioner av informationssäkerheten .....	13
2.3.2 Riskanalyser – förebyggande arbete .....	13
2.3.3 Större förbättringsåtgärder kopplade till informationssäkerheten .....	14
2.3.4 Utvärderingar som vårdgivaren har genomfört av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem .....	15
2.4 Strålskyddssäkerhet .....	15
2.4.1 Bakgrund .....	15
2.4.2 Systematiskt strålskyddsarbete .....	16
2.4.3 Åtgärder som vidtagits för att upprätthålla strålskyddet .....	16
2.4.4 Resultat som uppnåtts i strålskyddet .....	16
3 RESULTAT OCH ANALYS .....	17

Marianne Nilsson  
 Patientsäkerhet

3.1	Egenkontroll .....	17
3.1.1	<i>Covid-19</i> .....	17
3.1.2	<i>God och Nära vård</i> .....	17
3.1.3	<i>Markörbaserad journalgranskning</i> .....	18
3.1.4	<i>Patientsäkerhetskulturmätning</i> .....	18
3.1.5	<i>Patientsäkerhetsdialoger</i> .....	19
3.1.6	<i>Vårdrelaterade infektioner</i> .....	19
3.1.7	<i>Basala hygienrutiner och klädregler</i> .....	19
3.1.8	<i>Hygienronder</i> .....	20
3.1.9	<i>Trycksår</i> .....	20
3.2	Vårdgaranti.....	20
3.3	Utlokalisering och överbeläggning .....	21
3.3.1	<i>Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar</i> .....	21
3.4	Avvikelser .....	21
3.5	Klagomål och synpunkter .....	21
3.6	Händelser och vårdskador .....	22
3.7	Risikanalys.....	22
4	MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR .....	23

## Sammanfattning

Patientsäkerhet är ett kontinuerligt arbete vilket inbegriper samtliga nivåer i hälso- och sjukvården. Regionen överblickar resultaten av kvalitetsmätningar, analyserar risker och avvikelser och lär av tidigare erfarenheter, såväl positiva som negativa. Detta är grunden för det systematiska patientsäkerhetsarbetet, att utforma åtgärder så att kvaliteten ökar och risken för vårdskador minskar. För att nå målnivåer krävs fortsatt riktade aktiviteter.

Regionens vision att ingen patient ska drabbas av en undvikbar skada (vårdskada) står fast. Under året har regionens övergripande handlingsplan för patientsäkerhet 2018–2020 fortsatt att gälla i avvaktan på att den nationella handlingsplanen ska implementeras.

2020 har präglats av Covid-19 pandemin där vårdens olika delar har behövt anpassas. Enheter har behövt ställa om sina verksamheter för att möta det ökade antalet sjuka patienter. Medarbetare har också behövt ställa om till nya, för dem, ovana arbetsuppgifter. Där medarbetare ibland även behövt byta arbetsplats.

I början av pandemin låg fokus på tillgång på skyddsutrustning, inrättande av nya rutiner samt utökat samarbete med länets kommuner.

Brist på omvårdnadspersonal har också varit en utmaning under året vilket bland annat har resulterat i neddragningar av vårdplatser inom vissa områden. Sommarsemestrarna blev inom några enheter kortare än vanligt. Uppsägning av ett arbetstidsavtal orsakade stort missnöje och oro bland personal vilket ledde till att flera sjuksköterskor inom olika verksamheter sade upp sig. Vissa läkargrupper fick bemanna dubbla jourlinjer under en stor del av året.

Viktiga åtgärder under året har varit:

- Anpassa verksamheterna efter pandemins
- Stort arbete har gjorts för att upprätta säkra rutiner och arbetssätt för Covid-vård och undvikande av smittspridning
- Framtagande av sjukvårdsövergripande behandlingsriktlinjer
- I samverkan med länets kommuner tagit fram rutiner runt Covid-19
- Tillskapande av Covid-IVA på före detta OBS-avdelning
- Gröna korset - beslut har tagits att alla relevanta vårdenheter ska tillämpa metoden
- Fortsättning av digitalisering av kontaktytor mot patienten (Vårdguidens e-tjänster)
- Arbetet med "Säkrare läkemedelshantering" pågår genom införande av utdelningsvy för läkemedel i patientjournal (Cosmic)

Riskområden som identifierats under året:

- Brister i rutiner och i följsamhet till lagar och föreskrifter vad gäller läkemedelsordination i Cosmic och vid dosdispensering
- Behov av förbättrad systematik vid uppföljning av beslutsstöd inom regionen och i samverkan med andra vårdgivare
- Behov av förbättrad omvårdnad och vårdprevention
- Rutiner är svåra att hitta i Centuri

Marianne Nilsson  
Patientsäkerhet

- Bristande följsamhet till journaldokumentationsrutiner
- Bristande användarvänlighet i befintliga IT-system
- Tillåtande kultur att göra avsteg från regionövergripande rutiner och fattade beslut
- Diagnostiska fel

Det systematiska patientsäkerhetsarbetet inom regionen kommer att stärkas med stöd av den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet som under 2021 ska omsättas i en lokal handlingsplan. Arbetet med Kunskapsstyrning där nationella, sjukvårdsregionala och lokala samverkansgrupper kommer att vara ett viktigt stöd för patientsäkerhetsarbetet framåt inom regionen.

Under året har regionen arbetat med förberedelser för en upphandling av ett välfungerande avvikelserapporteringssystem. Regionen har även, inom några enheter, infört en digitaliserad ingång via 1177.se där klagomål från patienter och närstående kan lämnas.

Fortsatt implementering av personcentrerad vård kommer att bidra till ökad patientsäkerhet.

Riskminimerande åtgärder ska vidtas inom identifierade områden.

# 1 STRUKTUR

## 1.1 Övergripande mål och strategier

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

Regionens vision har formulerats till att ingen patient ska drabbas av en undvikbar skada (vårdskada).

De strategiska målen är att:

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

Det strategiska patientsäkerhetsarbetet ska inriktas på att:

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

Den övergripande handlingsplanen för patientsäkerhet 2018–2020 har fortsatt att gälla under 2020 i avvaktan på att Socialstyrelsens nationella handlingsplan för patientsäkerhet skulle implementeras. Under 2020 hade Socialstyrelsen som avsikt att genomföra besök hos landets regionledningar för att implementera handlingsplan. Då pandemin omöjliggjorde dessa besök flyttades implementeringen fram. Detta gjorde att regionens egen handlingsplan inte tagits fram under 2020 utan det kommer att ske under 2021.

Regionplanen 2020 har som strategi för god vård fyra områden:

- God och Nära vård i hela Jämtland Härjedalen
- Hög tillgänglighet
- Modern sjukvård
- Nöjda patienter

I planen beskrivs att en nära sjukvård innebär att vården ska utgå från den enskilda individen och att människor ska ha inflytande över sin vård. Primärvården ska bli en tydlig bas och första linje och den ska utgöra grunden för en god och nära vård, som tydligt utgår från patientens behov och ges nära befolkningen. Primärvården ska vara den sammanhållande länken för patienten och ha ett större ansvar.

Region Jämtland Härjedalen ska fortsatt utveckla vården genom att tidigt utnyttja de tekniska landvinningarna och de nya teknikerna i vården.

Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan för 2020 har som resultatmål att ingen patient ska drabbas av en vårdskada. Verksamhetsplanen omfattar även mål för kostnadsmedvetna val vid förskrivning och minskad antibiotikaförskrivning.

Strategin för god vård vilken handlar om God och nära vård i hela Jämtlands län. Där regionen hanterar resurserna på rätt sätt för att uppnå en kvalitativ, säker, jämlik och jämställd sjukvård för alla invånare. För att uppnå en god och nära vård fokuserar strategin på hög tillgänglighet, nöjda patienter och en modern sjukvård

## 1.2 Organisation och ansvar

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

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

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

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

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

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

Under året har **kliniskt träningscenter (KTC)** utökat sin verksamhet och sitt utbildningsutbud, särskilt riktat mot hjärtlungräddning. KTC har även under året fått nya och mer funktionella lokaler.

Marianne Nilsson  
Patientsäkerhet

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

Ansvaret för avvikelshantering är fördelat på verksamhetschef, enhetschef, avvikelsekoordinator, handläggare/ utredare samt rapportör.

**Verksamhetschef** ansvarar för att tillräckligt med tid och resurser avsätts för att avvikelshantering ska fungera på områdes- och enhetsnivå.

**Enhetschef** ansvarar själv för handläggning av arbetsmiljöärenden, och kan själv eller fördelat till annan handlägga vårdavvikelser. **Avvikelsekoordinator** är mottagare till avvikelseärenden på områdesnivå och ansvarar för att fördela ut avvikelseärenden till lämplig handläggare. **Handläggare** kan vara chef eller medarbetare med specifik kompetens, och hanterar avvikelseärenden fram till och med att åtgärdsförslag tas fram. Beslut om vilka åtgärder som ska vidtas ligger på enhetschef som vid behov av tex högre medicinsk kompetens eskalerar till högre chef.

Rapportörer är all hälso- och sjukvårdspersonal. Deras ansvar är att rapportera in det som avviker relaterat till arbetsmiljö, patientsäkerhet och vårdkvalitet.

### 1.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Under 2020 har samverkan mellan regionen och länets kommuner intensifierats i samband med pandemin men även samverkan med Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, övriga regioner och länsstyrelsen. Samverkan har gällt bland annat skyddsutrustning, provtagning, vaccinering samt tillgång till intensivvårdsplatser. Samverkan har även skett med andra aktörer ex. turist- och skidanläggningar.

Samarbetet har under våren och sommaren ökat mellan klinikerna, vilket bland annat utmynnade i utlånad personal från områdena kirurgi och ortopedi till IVA och akuten.

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



Marianne Nilsson  
Patientsäkerhet

En plan kan bestå av flera anteckningar skrivna av flera olika användare. COSMIC Link har stöd för tre olika typer av planer: samordnad individuell plan (SIP), utskrivningsplan samt plan enligt LPT/LRV dokumenteras när samordning behövs inför utskrivning av patient till öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård. Cosmic Link ger kommunernas leg. personal tillgång till delar av patientjournalen i Cosmic, för gemensamma patienter. För att snabba på tillgång till svar på Covid-19 tester har även provsvar och röntgensvar i Cosmic tillgängliggjorts under året, för kommunernas hälso- och sjukvårdspersonal.

Arbetet med standardiserade vårdförlopp har inneburit en fortsatt ökad samverkan mellan olika vårdenheter och vårdgivare.

Kunskapsstyrning med arbete inom LPO/Zamsynsgrupper har fortsatt.

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

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

Region Jämtland Härjedalen har under 2020 fortsatt arbetet kring utökad personcentrerad vård och en handlingsplan har tagits fram. I detta arbete ingår även utveckling av patientkontrakt.

Ett "Barnahus" startade under 2020 inom Östersunds kommun där medarbetare från Område barns Barnskyddsteam varit delaktiga i att starta upp verksamheten. Där samverkan fortsätter med deltagande vid veckovisa samarbets-/avstämningsmöten.

Inom Område Öron, näsa (ÖNH) hals påbörjades en testpilot för samarbete med sjukhuset i Röros. Patienter från Härjedalen erbjöds att prova ut hörapparater i Norge. Innan de hann kallas slog dock pandemin till och remisserna skickades tillbaka. ÖNH avser att återuppta detta när pandemin är över.

IVA deltar i ett tvärprofessionellt forskningsprojekt på MIUN inom kvalitetsteknik och omvårdnad kallat "Ökad kvalitet och effektivitet i vårdkedjor" med fokus på överflyttningar av patienter mellan IVA och vårdavdelningar. Syftet för projektet är att skapa ny kunskap om hur effektivitet och kvalitet i hälso- och sjukvårdens vårdkedja kan förbättras med specifikt fokus på ledarskap, vårdkontinuitet, säkerhetskultur och lärande.

## 1.4 Patienters och närståendes delaktighet

Den traditionella synen på patienten som passiv mottagare av hälso- och sjukvård har börjat ersättas med en syn där patienten är en resurs i sin egen vård och vården i stort. Som en konsekvens av detta ska patienten också involveras i arbetet för att minska risken för vårdskador. I

patientsäkerhetslagen (2010:659) ställs krav på att vårdgivare ska ge patienterna och deras anhöriga möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. I alla utredningar inför ställningstagande till om allvarlig vårdskada inträffat inbjuds alltid patient/närstående att delta.

När det gäller den regionövergripande handlingsplanen för patientsäkerhet som är under framtagande har patienter intervjuats.

## 1.5 Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Hälsa- och sjukvårdspersonalen rapporterar händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada i regionens avvikelssystem, Centuri. Ett kompletterande, mer praktiskt sätt att ta upp händelser är att jobba med Gröna korset, vilket införts inom allt fler enheter. Gröna korset är en visuell metod för att minimera vårdskador och förbättra patientsäkerhetskulturen. Regiondirektören har under 2020 tagit beslut att alla relevanta enheter ska använda metoden. Målet med Gröna Korset är att göra vården säkrare för patienterna, skapa ökat patientsäkerhetsmedvetande hos medarbetarna, systematiskt dagligen bedriva patientsäkerhetsarbete, dagligen göra förbättringsarbete och att göra patient/närstående/vårdnadshavare delaktiga i kvalitetsarbetet.

## 1.6 Klagomål och synpunkter

Patienter med klagomål och synpunkter hänvisas i första hand direkt till verksamheten. Ett fåtal klagomål kommer till regionen via regionens officiella brevlåda/mejl. Under 2019 var inriktningen att ge patienter och närstående en möjlighet att lämna klagomål via 1177 vårdguidens e-tjänster. Detta har testats i ett pilotprojekt under 2020.

Klagomål och synpunkter som kommer direkt till verksamheten eller via Patientnämnden sammanställs och analyseras på enhets- och områdesnivå. Det sker för närvarande på olika sätt inom regionen. Avvikelsesystemets bristande funktionalitet möjliggör för närvarande inte en aggregerad sammanställning, kategorisering och analys på regionnivå.

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

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

## 1.7 Egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Patientsäkerhetskulturmätning	Två gånger per år	Görs i samband med medarbetarenkäten (defgo)
Markörbaserad journalgranskning	12 gånger per år	Journaldokumentation Cosmic, resultat läggs in i Signe databas
Utredning av händelser inför bedömning av risk för eller inträffad allvarlig vårdskada	En gång per år	Sammanfattning i särskild rapport och patientsäkerhetsberättelse
Trycksår	1 gång per år	PPM-databasen

Marianne Nilsson  
Patientsäkerhet

Vårdrelaterade infektioner	11 gånger per år 12 gånger per år	PPM-databasen Markörbaserad journalgranskning
Basala hygienrutiner och klädregler	2 gånger per år	PPM-databasen
Hygienronder <i>Har dock fått stå tillbaka något under 2020 relaterat till pandemi och smittspårning</i>	Enligt rullande schema, var 3:e år per vårdenhet	Protokoll
Specifika journalgranskningar	Varje månad	Cosmic journalsystem, T4
Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar	12 gånger per år	Diveport
Patientens klagomål och synpunkter	1 gång per år	Diarium, patientnämnden, IVO
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	1 gång per år	Protokoll

## 2 PROCESS -åtgärder för att öka patientsäkerheten

**Strategiska mål för patientsäkerhet 2019–2021** är den patientsäkerhetsstrategi som gäller.

**Gröna korset** som en metod för att minimera vårdskador och stärka patientsäkerhetskulturen har spritts inom hela regionen. Det är nu beslutat av regionledningen att Gröna korset ska införas vid alla relevanta enheter/avdelningar.

Arbetet med att få till stånd ett mer ändamålsenligt **system för att ta emot synpunkter och klagomål** har fortsatt under året. Piloter har startat inom några enheter under året med att erbjuda patienter och närstående möjlighet att lämna klagomål via Vårdguidens e-tjänster.

Arbetet i **samverkansråd för omvårdnad** har pga. pandemin under året inte kunnat fortsätta sina möten med att förbättra och stärka det vårdpreventiva arbetet.

Funktionen med ledningssjuksköterska återfinns på nästan samtliga avdelningar samt på några mottagningar där områdena pekar på att detta troligtvis har lett till en minskning av skador/vårdskador och ett mer attraktivt arbetsklimat, kanske speciellt för nya medarbetare.

Marianne Nilsson  
Patientsäkerhet

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

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

Stort fokus har under året legat på samverkan med kommunerna utifrån lagen om samverkan vid utskrivning. Fortsatt uppmärksamhet på försämring hos ineliggande patienter följs genom NEWS, PEWS och MEOWS. Där en vidareutveckling av NEWS nu används (NEWS2).

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

Fortsatt utveckling av digitala lösningar som webbtidbok, egenmonitorering etc. tillsammans med ändrade arbetsätt förbättrar patientsäkerheten. Tillgång till vårdguidens E-tjänster, ökad tillgänglighet genom videokonsultation för patienter förbättrar såväl tillgänglighet som delaktighet.

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

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

Under året har ett nytt arbetsätt införts för avvikelshantering mellan huvudmännen. Alla uppmärksammade ärenden tas upp under ett Gröna korset möte (motsvarande). Där beslutas om fortsatt hantering.

Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra skada/ vårdskada rapporteras in i avvikelshanteringssystemet. Ärenden gällande brister/ förbättringsmöjligheter hanteras enligt rutiner för systematiskt kvalitetsarbete.

Neddragen verksamhet resulterade i en stor vårdskuld som delvis har

återhämtats under hösten via kvällsmottagningar och helgoperationer innan en andra våg med ökad smittspridning gav ny påverkan i verksamheterna, om än i något mindre omfattning.

## 2.1 Riskanalys

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

Regionen har under året genomfört en rad riskanalyser både på övergripande nivå men också på områdes/enhetsnivå.

## 2.2 Utredning av händelser - vårdskador

Modellen för utredning av händelser med skada på patient, enkel vårdskadeutredning, ska enligt rutin tillämpas vid alla vårdskador. Utredningar med händelseanalyser har genomförts enligt etablerat förfarande, den samlade analysen redovisas under rubriken Resultat och analys nedan.

## 2.3 Informationssäkerhet

### Avsnitt om informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

### 2.3.1 Uppföljningar och revisioner av informationssäkerheten

Regionens internrevisorer genomför, på uppdrag av regiondirektören, internrevisioner av utpekade verksamheter i två revisionsomgångar (vår och höst). Kontrollpunkterna avseende informationssäkerhet i 2020 års internrevisionplan omfattade dataskydd (det strukturerade arbetet med skydd av personuppgifter) samt kontroll av om områdeschefer och enhetschefer följer upp att medarbetarna genomgår den obligatoriska e-utbildningen för medarbetare i informationssäkerhet (i lärplattformen Saba Cloud). I kontrollpunkterna ingick också en granskning av om linjecheferna känner till vad som ingår i deras eget utpekade ansvar som chefer rörande informationssäkerhet (enligt regelverk i ledningssystemet).

För kommande år 2021 finns en inriktning att förbättra internkontrollen, något som diskuterats vid ledningens genomgång hösten 2020. Detta avser regionledningens och linjechefernas uppföljning och rapportering av utvalda internkontrollpunkter inom informationssäkerhetsområdet.

### 2.3.2 Riskanalyser – förebyggande arbete

Under 2020 har den övergripande riskanalysen för regionens informationssäkerhetsrisker uppdaterats vår och höst. Denna övergripande riskanalys syftar till att få en aggregerad bild av de allvarligaste riskerna mot regionens informationstillgångar. Den övergripande riskanalysen presenteras vid ledningens genomgång följt av en diskussion med ledningen om lämpliga riskreducerande åtgärder.

Marianne Nilsson  
Patientsäkerhet

Den största enskilda risken som identifierats på den övergripande nivån är bristande medvetenhet hos medarbetarna om hur informationen ska hanteras enligt gällande regelverk.

Den typ av åtgärd som kopplar mot denna risk är utbildning och informations-spridning till medarbetarna. Inför 2021 behöver också andra åtgärder än regelrätt utbildning genomföras för att höja medvetenheten, exempelvis övningar i form av diskussionsexempel rörande säkerhet i den egna verksamheten - att ta upp på arbetsplatsträffar - samt kontrollfrågor som får besvaras av slumpvisa medarbetare i "minienkäter". Regionen har också utsedda "registerkoordinatorer" för varje område, med roll att stödja sin verksamhet i dataskyddsarbetet (skydd av personuppgifter), en roll som med tiden fått en ökad betydelse i säkerhetsarbetet.

Risکانalyser genomförs i samband med vissa informationsklassningar vid anskaffning (inköp) och införande av nya IT-system. Innan ett nytt IT-system kan införas behöver anskaffningen göras enligt en standardiserad anskaffningsprocess där informationsklassning är en del. Om informationsklassningen visar att informationen som ska hanteras i IT-systemet får en hög/mycket hög klassningsnivå ska klassningen kompletteras med en riskanalys för att kunna hitta de största riskerna och arbeta förebyggande med dessa. Detta spar i slutänden oönskade kvalitetsbristkostnader som annars kan uppstå då IT-systemet ska tas i bruk.

### 2.3.3 Större förbättringsåtgärder kopplade till informationssäkerheten

Ett tydliggörande har under året gjorts i regionens styrande regelverk avseende rollen informationsägare. Mandatet för denna roll har förtydligats. Rollen har mandat att ställa krav på skyddet av informationstillgångar som "ägs" av rollen och besluta om tillhörande skyddsåtgärder. Införande av rollen innebär en tydlig markering från regionledningen av det värde i verksamheten som regionens informationstillgångar representerar och att de ska skyddas i likhet med andra viktiga tillgångar såsom ekonomi, patienter och personal.

Förbättrat skydd har införts för att öka förmågan att motstå phishingförsök, skadlig kod samt intrång i IT-miljön.

Förmågan att upptäcka tekniska sårbarheter i IT-miljön har stärkts såväl som möjligheterna att kunna se och följa upp säkerhetskritiska händelser i IT-infrastrukturen.

Under året har ett förbättrat stöd för hantering och styrning av personuppgiftsbehandlingar införts inom regionen (DIGframe). Detta stöd ska underlätta efterlevnad av dataskyddslagstiftningen/GDPR och minska riskerna att regionen genom brister i skyddet av personuppgifter drabbas av sanktionsavgifter och skadestånd.

Ett fördjupat arbete har påbörjats avseende säkerhet i anskaffning och användning av molntjänster för att hantera regionens information. Eftersom informationen i dessa tjänster lagras utanför regionens lokala IT-miljö ställs höga krav på att säkerheten/skyddet för informationen kan regleras i avtal och arbetssätt.

Arbetet med avbrottsplanering för vårdverksamheterna gällande avbrott i kritiska IT-system för vården inleddes 2019 och har fortsatt under året men med lägre prioritet på grund av Corona-19 pandemin. Avbrottsplaneringen för IT-system ingår nu i övergripande avbrottsplanering ihop med andra kritiska beroenden såsom el- och vattenförsörjning.

### 2.3.4 Utvärderingar som vårdgivaren har genomfört av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem

Förbättringar har under året gjorts av loggkontrollen för åtkomst till patientuppgifter i vårdstödet COSMIC. Detta avser vidareutveckling av verktygsstödet LogPoint som analys- och uppföljningsstöd vid granskning av åtkomstloggar i COSMIC. En enklare och mer träffsäker granskning kan nu göras genom att hitta "mönster" på obehörig åtkomst i loggarna.

Det tidigare använda vårdadministrativa systemet VAS övergick i "läsläge" i samband med att systemet COSMIC infördes inom regionen 2015. VAS behöver fortsatt finnas kvar och vara tillgängligt för läsning av journalinformation och övrig historik för patienter även om nya journalanteckningar förs i COSMIC. Skyddet för informationen i VAS mot obehörigt intrång och informationsstöld har stärkts genom förbättrat logiskt skydd i nätverket.

En skiktad logisk modell för behörigheter i regionens nätverk har införts under året. Detta minskar också exponering för obehörig åtkomst via höga behörigheter hos administrativa konton som används av IT-driftpersonalen.

## 2.4 Strålskyddssäkerhet

### 2.4.1 Bakgrund

SSMFS 2018:5, 3 kap. 13 §

Varje år ska ett strålskyddsrapport avseende medicinska exponeringar upprättas för verksamheten som ett led i den patientsäkerhetsberättelse som ska upprättas enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Av rapporten ska det framgå

1. hur det systematiska strålskyddsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar,
2. vilka åtgärder som har vidtagits för att upprätthålla och utveckla strålskyddet, och
3. vilka resultat som har uppnåtts i strålskyddsarbetet. Strålskyddsrapporten ska hållas tillgängligt för den som önskar ta del av det.

För att tillståndshavaren ska kunna bedöma hur det systematiska strålskyddsarbetet har bedrivits under det gångna året är det angeläget att säkerställa att viktiga och relevanta uppgifter finns tillgängliga. Rapporten är ett underlag för verksamhetens förbättringsarbete och kan användas vid den interna revisionen som krävs enligt 3 kap. SSMFS 2018:1.



## 2.4.2 Systematiskt strålskyddsarbete

- Organisationen för sjukhusfysiks verksamhet har diskuterats på initiativ av regiondirektören och utredning har pågått under 2020 av Örjan Strömqvist.
- Optimeringsmöten har lagts till i schemat under hösten 2020 och kommer fortsätta under 2021.
- Strålskyddskommitté har hållits för röntgen och nuklearmedicin enligt strålskyddsorganisationens plan.
- Försök till rekrytering av radiologisk ledningsfunktion till nuklearmedicinsk diagnostik har inte uppnått resultat. Funktionen är fortfarande vakant.
- Strålningsfysikalisk ledningsfunktion (SSMFS 2018:5) för den nuklearmedicinska verksamheten är inte tillsatt.
- Region Jämtland Härjedalen har som en av fyra regioner deltagit i utformning av information till patienter om risker med joniserande strålning genom information via 1177. Projektet är avslutat under året.

## 2.4.3 Åtgärder som vidtagits för att upprätthålla strålskyddet

- En uppdatering av SPECT/CT på nuklearmedicin innebar stora problem med felaktig kalibrering och protokoll som inte fungerade efteråt. Detta har inneburit förbättrade rutiner gällande kontroll efter service.
- Administrerad aktivitet till patienter har blivit viktbaserat (MBq/kg kroppsvikt) för ett antal undersökningar i enlighet med SSMFS 2018:5.
- Två sjukhusfysiker deltar i det nationella arbetet i att ta fram vårdprogram för hypertyreos och har som roll att bidra med kunskap om strålskyddet vid skintigrafi och radiojodbehandling.
- Godkänd investering av ett IT-system för registrering och identifiering av radiofarmaka efter avvikelser 2019. Upphandlingsgrupp startas under 2021.
- Upphandling av radiofarmaka blev klar under året.
- Tid för optimering inom röntgen har schemalagts.
- Region Jämtland Härjedalen projektleder det nationella QC-projektet i syfte att standardisera kontroll efter service av radiologisk utrustning.

## 2.4.4 Resultat som uppnåtts i strålskyddet

- Samtliga persondos-mätningar inom tolerans
- Mjukvara för insamling av exponeringsparametrar i enlighet med SSMFS 2018:5 för röntgenverksamhet är installerat och fungerar
- Nuklearmedicin har testat persondosimetrar Instadose för utvärdering och har kommit fram till att de har ett antal fördelar mot för den leverantör som de har i dagsläget. Bland annat kan personalen själva utläsa sin dos vid behov genom webbläsaren eller app. samt priset är lägre.
- En avvikelse har registrerats vad avser kontroll efter service av radiologisk utrustning.
- Ingen allvarlig överbestrålning av patienter har rapporterats under året.
- Alla dosnivåer för standarddoser som anges i SSMFS 2018:5 ligger inom tolerans.



## 3 RESULTAT OCH ANALYS

### 3.1 Egenkontroll

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

#### 3.1.1 Covid-19

Covid-19 har påverkat alla verksamheter. Från mars var lungavdelningen iordningställd för att möta pandemin, vilket innebar följd effekter på övriga enheter inom såväl HIM som HNR. Trots nya prioriteringar fanns patientsäkerhet och säkerställande om att smitta inte spreds inom sjukhuset hela tiden med. För att frigöra personella resurser drogs stor del av öppenvårdens verksamhet ned och mycket tid ägnades åt att prioritera vilken vård som gick att skjuta på och hur man med nya arbetssätt kunde erbjuda vård och uppföljning.

Akutens OBS-avdelning gjordes om till Covid-19 IVA.

Den planerade verksamheten på vissa mottagningar låg nere från mars till augusti då endast akuta- och subakuta undersökningar genomfördes. Det resulterade i en stor vårdskuld som delvis har återhämtats via kvällsmottagningar under hösten. Även operationsverksamheten ställdes om till akut- och subakut verksamhet (inkl. canceroperationer) och helgoperationer har därför genomförts vid några tillfällen under hösten som kompensation.

Pandemin har krävt ett ökat samarbete mellan klinikerna vilket har utmynnat i utlånad personal från flera områden till IVA och akuten samt till lungans Covid-avdelning. Omfördelning har skett från öppen- till slutenvård.

Under året gjordes totalt 169st smittspårningar inom kommunalvård och omsorg, 33st vid LSS boenden, 75st på SÄBO och 61st smittspårningar inom hemtjänst. Totalt har ca 699st personer befunnits smittade, förmodligen är antalet något högre. Till en början gjordes platsbesök på flera SÄBO och hemtjänstenheter för att se över lokaler och hur skyddsutrustning hanterades. Vid dessa tillfällen träffade vårdhygien enhetens chefer och övrig personal. I samband med dessa besök fick personalen utbildning gällande smitta och smittspridning, basala hygienrutiner och utbildning gällande covid-19. Chefer på SÄBO, HT och LSS har även fått stöd och råd från vårdhygien i samband med utbrott och smittspårning.

#### 3.1.2 God och Nära vård

God och nära vård är lättillgänglig, samordnad, personcentrerad och sker på lika villkor för hela befolkningen. Fokus flyttas från sjukdom och behandling till hälsofrämjande och förebyggande insatser nära invånarna. Primärvården ska utgöra navet regions hälso- och sjukvård. Utvecklingsarbete har pågått främst inom området digitala interaktioner. Ett projekt för hålla samma och driva arbetet har startade under hösten. I projektet har en rad aktiviteter ingått. IT-ronder, i syfte att säkerställa rätt utrustning och kunskap på varje enhet. IT-ronder har genomförts på flertalet av regionens hälsocentraler, tandvårdskliniker och sjukhusets verksamheter.

Aktiviteter har pågått och pågår för införande av web-tidbok, e-visit, egenmonitorering och digitala mottagningar. Digital artrosskola har införts i primärvården och digital rökavvänjning är under införande. Arbetet för en mer personcentrerad vård pågår, men har till del fått stå tillbaka på grund av pandemin. Införande av Patientkontrakt som verktyg för en ökad personcentrering fortlöper. Myrvikens hälsocentral har genomfört en pilot med införande av patientkontrakt för vissa diagnosgrupper. Arbetet sprids nu vidare till övriga hälsocentraler och samarbete mellan primärvård och specialiserad vård sker via (Lokalt Programområde) LPO. I de aktiviteter och projekt som teamet arbetat med har en särskild mall prövats för att bedöma patientsäkerheten vid införande av ny teknik och nya arbetssätt. Mallen underlättar det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

### 3.1.3 Markörbaserad journalgranskning

Regionen har under året legat både på målvärdet (4%) men har vissa månader legat 1 % över målet för andel vårdskador. Vi ligger dock lägre jämfört med övriga länssjukhus i Sverige där vårdskador återfanns i 6 % av vårdtillfällena. Av de 420 st granskade vårdtillfällen (197 kvinnor och 223 män) återfanns 391 st. (93 %) utan några skador. Av de 29 patienter där skador hittades hade 18 st av dessa patienter undvikbara skador dvs vårdskador. 7 patienter hade 2-3 skador vardera. Tittar man på könsfördelningen så återfanns vårdskador hos 6 % bland kvinnor och 3 % bland män. Merparten av de skador som klassats som undvikbara är omvårdnadsrelaterade. Där svarar trycksår för 27,8 % av skadorna och blåsöverfyllnad för 13,9 %. Vårdrelaterade infektioner (VRI) står för 22,2 % av skadorna.

Man ska komma ihåg att antalet skador/vårdskador är lågt vilket kan ge stora utslag på andelen skador/vårdskador. Vårdskadeområdena trycksår och vårdrelaterade infektioner följs också med punktprevalensmätningar men de olika mätningarna går inte att jämföra. Detta bland annat på grund av att andelen trycksår och vårdrelaterade infektioner i markörbaserad journalgranskning ställs i förhållande till alla andra påträffade skador.

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

Inom några områden har man också haft olika temaveckor där fokus varit på tex. risk för blåsöverfyllnad.

Nationellt har en arbetsgrupp bildats (NAG) som bland annat tittar på hur journalgranskningen kan vidareutvecklas. I den gruppen ingår patientsäkerhetssamordnare från Region Jämtland Härjedalen.

### 3.1.4 Patientsäkerhetskulturmätning

Region Jämtland Härjedalen har en gemensam medarbetarenkät där både arbetsmiljö och patientsäkerhet ingår som genomförs två gånger per år. Här används det material som Sveriges Kommuner och Regioner tagit fram

i form av 11 frågor kring hållbart säkerhetsengagemang (HSE). Svarsfrekvensen för mätningen på hösten 2020 låg på 62,3 %. Resultatet visar att medarbetarna är trygga med att prata om misstag och att säga till om de upplever att något är fel. Ett område som försämrats något under 2020 är att medarbetarna i mindre utsträckning känner sig trygga med att närstående vårdas på enheten. Annat område som behöver förbättras är som vid tidigare mätningar att involvera patienter och närstående i patientsäkerhetsarbetet.

### 3.1.5 Patientsäkerhetsdialoger

Inga övergripande patientsäkerhetsdialoger med områdena har genomförts under 2020.

### 3.1.6 Vårdrelaterade infektioner

I den markörbaserade journalgranskningen påträffades vårdrelaterade infektioner i 22 % av alla skador vilket är lägre än 2019. När det gäller punktprevalensmätning som gjordes vid 8 tillfällen under året visar att andelen patienter inom slutna somatiska vård med VRI var i snitt 8,4%, en ökning jämfört med föregående år och når inte regionens målvärde <5%. På grund av rådande pandemi utfördes inga mätningar i mars, april, juli och december. Jämfört med 2019 har i mätningen VRI-förekomsten minskat vad gäller cystit, hud- och mjukdelsinfektioner dock har led- och skelettinfectioner samt pneumonier en marginell ökning. Orsaken till detta är inte fullständigt klarlagd. Den största ökningen stod pneumonierna för, en orsak till det kan vara att 2020 vårdades patienter med covid-19. Eftersom regionen inte har journalgranskat patienterna med pneumoni vet vi inte om de hade eller hade haft covid-19. Sju av 14 patienter med pneumoni vårdades på avdelningar som vårdar covid-19 patienter dvs IVA, infektion och lungavdelningen. De postoperativa infektionerna sjönk något 2020 jämfört med 2019. Då det utförts färre operationer under 2020 kan det vara en tänkbar orsak till att de postoperativa infektionerna minskar.

Förklaring till ökningen av VRI kan vara, att färre observerade patienter ingick i mätningarna 2020.

Patienter som vårdas på IVA är vårdkrävande och har flera riskfaktorer vilket ökar risken för att drabbas av VRI. Följsamhet till basala hygienrutiner och personalklädsel har varit i fokus vid utbildningstillfällen för personal och diskussioner med lokal ledning.

### 3.1.7 Basala hygienrutiner och klädregler

Den nationella mätningen av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (PPM BHK) genomfördes i mars 2020. Deltagandet var i år sämre än på länge, endast 68 observationer gjordes (114 st 2019). Orsaken till det låga deltagandet kan bero på att cheferna hade fullt upp med planering inför kommande Coronapandemi.

Resultatet för 2020 visar som vanligt att bäst följsamhet har vi till klädregler.

Sämst följsamhet gäller handdesinfektion innan patientkontakt och användandet av förkläde. Däremot har handdesinfektionen efter patientkontakt ökat vilket troligen har med pandemin att göra.

Gällande följsamhet till hygienregler och personalkategori ses som vanligt läkarna, som sjunkit från 60% 2019 till 43 % 2020, med sämst resultat. Sjuksköterskorna har ökat marginellt från 72% 2019 till 74% 2020. Undersköterskorna har förbättrats mest, från 66% 2019 till 83% 2020, vilket är glädjande. Bäst följsamhet visar som tidigare studenter som ligger på 100% båda åren. Detta tyder på att de lär sig om vårdhygien på skolan snabbt glöms bort när de börjar göra som övrig personal efter en tid.

### 3.1.8 Hygienronder

Vårdhygieniska konsultronder har utförts vid tjugoen enheter inom Regionen samt åtta enheter inom kommunalvård. En genomgående observation är bristande kunskap inom förrådshantering, handhavande av diskdesinfektorer samt hantering av tvätt i gemensamma tvättstugor inom kommunen. I kommunerna finns även ett ökat antal personal som saknar vårdutbildning.

### 3.1.9 Trycksår

Antal inkluderade patienter i PPM Trycksår fortsätter minska. I år saknades sju avdelningar vilket innebar att nästan hälften av de vid tillfället inläggande patienterna inte är med.

Andel patienter med trycksår (alla kategorier) fortsätter att minska, om än i långsammare takt än önskat.

Andel svårare trycksår (kategori 2–4 inkl de icke klassificerbara) ligger i stort sett oförändrat jämfört med föregående år (ökat 0,4 %-enheter) medan de sjukhusförvärvade trycksåren återigen ökat till 13% vilket är sämst resultat av Sveriges regioner.

Det mest positiva resultatet för region Jämtland Härjedalen är att andel identifierade riskpatienter som blivit bedömda inom 24 tim. har ökat från 67% till 72,2 % (riket=69,7%).

Det mest förvånande resultatet är att det bland patienter som identifierats ha ökad risk för trycksår, inte är fler som fått förebyggande åtgärder insatta (*enligt Vårdhandboken*). Detta kan tolkas som en bidragande orsak till att de sjukhusförvärvade trycksåren återigen ökat.

- förebyggande/ behandlande madrass= 72,2%  
vilket är lägst av alla regioner (riket= 96,3%)
- hälavlastning= 50%  
vilket är lågt, men bättre än rikets 37,4%
- glidlakan= 0% (riket=34,7%)
- planerad vändning/ lägesändring i säng= 55,6% (=riket 58,2)

## 3.2 Vårdgaranti

Tittar man på "Väntetider i vården" ligger regionen gällande telefon-tillgängligheten till primärvården mellan 84% - 94%. Andel patienter som fått

en medicinsk bedömning inom tre dagar (primärvård) ligger mellan 68% - 85%. När det gäller vårdgarantin för första besök till specialiserad vård ligger regionen mellan 51% - 77%. För den kirurgiska vården nås inte målnivån för vårdgarantin (90%), varken för nybesök eller behandling. Tillgängligheten avseende väntande till första besök (89%) samt väntande till behandling (74%) är något sämre jämfört med föregående år dock bättre än förväntat med tanke på pandemin

### 3.3 Utlokalisering och överbeläggning

Regionen har haft en hel del utlokaliseringar (en patient vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och det medicinska ansvaret) och överbeläggningar, främst under hösten pga. personal- och vårdplatsbrist. Resultatet i "Vården i siffror" visar på att regionen har i medel haft 5,3 utlokaliserade/100 disponibla vårdplatser per månad jmf med riket som låg på ett medelvärde på 2,1. Men med toppar under sommarmånaderna och december när resultatet legat på 8,4 respektive 8,5. Resultatet för riket i december låg på 3,2 utlokaliserade.

När det gäller överbeläggningar (patient som vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på fysisk utformning, utrustning och bemanning som tryggar patientsäkerhet och arbetsmiljö) låg regionen på ett medelvärde av 2,3 överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser jmf med riket som låg på ett medelvärde på 3,0. Resultatet för regionen har varierat under året mellan 0,9 - 3,9.

#### 3.3.1 Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar

Utfallet 2020 på 20 % är jämförbart med de två tidigare åren. Arbete för att minska återinskrivningar har intensifierats inom klustret "Nära vård" med ex Mobila närvårdsteamet (MINT), Specialist psykiatriskt Omvårdnads Team (SPOT), självmonitorering vid kroniska sjukdomar och bättre tillgänglighet.

### 3.4 Avvikelse

I regionens nuvarande avvikelssystem finns inte möjlighet till statistikuttag på aggregerad nivå. Antalet avvikelser som inkommit under 2020 är 4673 st. Ytterligare analys är inte möjlig i dagsläget.

Under året har en Reques For Information (RFI) utförts och utifrån den beslutades att ett nytt avvikelsehanteringssystem ska upphandlas.

Arbetet med att förtydliga avvikelsehanteringsprocessen fortsätter. Användandet av Gröna korset som ingång för det som avviker samt införandet av lokala förbättrings-/ patientsäkerhetsteam är del av detta arbete.

### 3.5 Klagomål och synpunkter

En regionövergripande analys av klagomål och synpunkter har inte kunnat genomföras pga. systembrister. Antalet enskildas klagomål enligt Patientsäkerhetslagen fortsätter att minska

och var 13 jämfört med föregående år då de var 17 stycken. Under 2020 ser vi en jämn fördelning av ärenden mellan olika verksamhetsområden. En ny väg in, för de patienter/ närstående som vill lämna klagomål och synpunkter, har tagits fram via 1177.se Vårdguidens e-tjänster. Där har regionen mottagit 16 ärenden.

### 3.6 Händelser och vårdskador

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

Under 2020 inkom från hela regionen (sjukhus, primärvård, psykiatri och FTV) 258 skadeanmälningar till LÖF, vilket är i nivå med föregående år. Statistik för skadeanmälningarna är från 1990 tom 2020. För 2020 utgörs de av 68 ersatta, 100 ej ersatta och för 90 anmälningar finns inget slutligt beslut.

Under 2020 anmäldes från Region Jämtland Härjedalen sammanlagt 6 händelser med inträffad eller risk för allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Antalet anmälda ärenden till IVO är mer än halverat jämfört med föregående år. För detta år är de viktigaste faktorerna bakom minskningen att Regionen drabbades som övriga delar av landet av pandemin. Allt utredningsarbete fick läggas åt sidan och chefläkarna tillsammans med övriga i patientsäkerhetsteamet var upptagna med förberedelser och uppbyggnad av sjukvården för att ta emot alla sjuka när första vågen kom. Under sommaren och hösten har patientsäkerhetsarbetet präglats av att komma i kapp med utredningar, försöka att påbörja ett mer proaktivt arbetssätt samt planera för en andra våg. Arbetet med utredningar av händelser och vårdskador har under hösten 2020 gått trögt då alla som är inblandade i en händelseanalys även har mycket arbete kopplat till pandemin. Vårdskadeprevention har under året föreslagit att regionens utredningar och resultat ska lämnas över till ansvarigt LPO för att implementera åtgärderna inom regionen för att få bästa spridning.

### 3.7 Riskanalys

När det gäller övergripande nivå har riskanalys gjorts bland annat på den organisationsförändring som ska genomföras 2021 gällande ny ledningsorganisation.

Exempel på riskanalyser som genomförts av områdena: inför personalneddragningar inom slutenvården, Covid-19, lokalförändring, prioriteringsordning under 2020 i samband med att verksamheten reduceras, bevakning av väntetider kopplade till vårdgarantin, införande av nya medicinska rutiner, planering av flytt, personalneddragning, sommarplanering och helikopterupphandling och dess organisation.

## 4 Mål och strategier för kommande år

Regionplanen 2021–2023 har som mål en god och nära vård i hela Region Jämtland Härjedalen. Man poängterar också en hög tillgänglighet och kontinuitet samt digitalisering och nya arbetsmetoder. Inom området god och nära vård i hela regionen poängteras särskilt att regionen ska arbeta för att primärvården ska bli en tydlig bas och första linje. Den ska utgöra grunden för en god och nära vård, som tydligt utgår från patientens behov och vara tillgänglig för befolkningen. Primärvården ska vara den sammanhållande länken för patienten och ha ett större ansvar. Region Jämtland Härjedalen ska arbeta för att både på kort sikt och långsiktigt förbättra tillgängligheten och korta köerna.

Hälso- och sjukvårdsnämnden verksamhetsplan 2021 har som mål att ge jämlik vård med effektivitet och god kvalitet som ska göra skillnad i mötet med patienten.

Andel vårdtillfällen med oplanerade återinskrivningar ska minska, områdena ska införa patientsäkerhets-/förbättringsteam och områden ska börjat implementera Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp (PSV) av nationellt beslutade.

Socialstyrelsens nationella handlingsplan för patientsäkerhet (gällande från 2020-02-01) ska vara vägledande för framtagande av reviderad handlingsplan inom regionen, vilket kommer att ske under 2021.

Det systematiska patientsäkerhetsarbetet inom regionen kommer att stärkas med stöd av den nationella handlingsplanen när den ska omsättas i en lokal handlingsplan. Det kommer också att inrättas en lokal samverkansgrupp för patientsäkerhet (LSG). Detta tillsammans med strukturen för arbetet med patientsäkerhet inom ramen för Kunskapsstyrning kommer att vara ett viktigt stöd för patientsäkerhetsarbetet framåt. Under den nationella samverkansgruppen (NSG) för patientsäkerhet finns flera nationella arbetsgrupper (NAG), bland annat en för vårdhygien där en handlingsplan tagits fram som kommer att vara vägledande för regionens arbete.

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

Under 2021 kommer områdena bland annat att arbeta med:

- att inrättat patientsäkerhets-/förbättringsteam
- arbeta med vårdplatsstrukturen
- god och nära vård, samt det
- personcentrerade arbetssättet för att ytterligare anpassa vården efter nya behov och förutsättningar
- utveckla/utöka/implementera digital teknik/lösningar i verksamheterna
- arbetet med patientsäkerhetskulturen
- ledningssjuksköterskornas funktion och roll kommer att utvecklas bland annat genom särskilda samverkans forum för att säkerställa att identifierade områden prioriteras samt ökad kännedom till ledningen
- utöka samarbetet med vårt grannland Norge



Marianne Nilsson  
Patientsäkerhet

- implementera ett nytt nationellt verktyg kallat SWE -Pews (Pediatric early warning scale). Vitalparametrar kontrolleras och hjälper medarbetare att i tid upptäcka om barnet blir försämrad i sitt allmäntillstånd
- förbättra utskrivningsprocessen
- skapa digital hälsodeklaration inför operation