

Patientsäkerhetsberättelse

Region Jämtland Härjedalen



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattning.....	4
Grundläggande förutsättningar för säker vård.....	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
En god säkerhetskultur	10
Adekvat kunskap och kompetens	13
Patienten som medskapare	16
Agera för säker vård - fem fokusområden	23
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	23
Tillförlitliga och säkra system och processer	31
Säker vård här och nu.....	35
Stärka analys, lärande och utveckling.....	37
Öka riskmedvetenhet och beredskap	40
Mål, strategier och utmaningar för kommande år.....	42

Inledning

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

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

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



Källa:

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

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

Sammanfattning

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

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

Handlingsplanens Grundläggande förutsättningar:

Engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer. Ett nära ledarskap, där dialog med medarbetare har hög prioritet och att ge medarbetare möjligheter att arbeta med förbättringar för säker vård, är några konkreta exempel.

§Att låta säker vård vara ett målområde i verksamhetsplan, att sätta upp mål, målvärden och beskrivning av aktiviteter för säker vård och att prioritera kompetens hos medarbete är andra exempel på ledning och styrning som kan göra vården mera säker. Att låta säker vård vara ett målområde i verksamhetsplan, att sätta upp mål, målvärden och beskrivning av aktiviteter för säker vård och att prioritera kompetens hos medarbete är andra exempel på ledning och styrning som kan göra vården mera säker.

En god säkerhetskultur. Två gånger årligen mäts hållbart säkerhetsengagemang (HSE) i medarbetarenkäten. Resultatet 2023 visar på en hög nivå men där patientmedverkan är ett förbättringsområde. Jämfört med föregående års mätningar ses något högre värden på frågeställning (1) *"Min chefs chef ger förutsättningar för att bedriva en säker vård"*.

Tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Det ges möjligheter till fortbildning och kompetensutveckling i viss mån. Under 2023 har 30 medarbetare beviljats studiemedel till specialistutbildningar och 18 medel för grundutbildning, fortbildning inom patientsäkerhet har erbjudits medarbetare och chefer. Under 2024 kommer Socialstyrelsen att släppa kompetensmål för patientsäkerhet, de föreslås gälla för både utbildning och fortbildning.

Patientens och närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. I det vardagliga mötet med patienten kan vårdpersonal engagera patienten att ta ansvar för sin egen vård och behandling. E-tjänster gör att medborgare kan sköta ärenden som exempelvis boka tid som passar eller ansöka om recept. Egenmonitorering är att sätta involvera patienter i sin egen vård. Meningsfull heldygnsvård inom psykiatri och patientmedverkan i genombrottsarbete är ytterligare ett exempel där patienter gör delaktiga i den egna vården.

Handlingsplanens fokusområden:

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

Tillförlitliga och säkra system och processer. Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och

proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Samordnad individuell plan [SIP] är ett viktigt verktyg för samverkan vid utskrivning av patienter från slutenvård. Det finns flera utmaningar i vårdens övergångar, patientmedverkan, informationsöverföring och läkemedelsinformation är några områden som kan brista vid utskrivningar och/eller överflyttningar till annan enhet eller klink. Lokal arbetsgrupp (LAG) korrekt läkemedelslista arbetar kontinuerligt med förbättringar. Samverkan både internt och externt underlättas med stöd av LINK, kommunikationsverktyg för samordnad vård- och omsorgsplanering mellan regionen och kommunerna, ökar förutsättningar för en säker informationsöverföring och därmed säkrare vård.

Säker vård här och nu. Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Såväl överbeläggningar, som utlokaliseringar innebär patientsäkerhetsrisker, varför det är viktigt att följa trenderna. Antal tillgängliga vårdplatser har varit ungefär som föregående år. Färre överbeläggningar, färre utlokaliserade men något högre andel vårdplatser belagda med utskrivningsklara patienter.

Stärka analys, lärande och utveckling. Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. Från medarbetare rapporteras avvikelser, från patienter inkommer klagomål via 1177, patientnämnden eller direkt till verksamheten samt som begäran om skadeersättning till Löf. Samtliga kan användas som stöd i arbetet med att göra vården mer säker. I Regionen finns utmaningar kring styrning, uppföljning och kontroll över kvalitet i vårdstatistik, något som framkommit i revision under 2023.

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

Utmaningar 2024

Patientsäkerhetsarbetet är långsiktigt och kräver uthållighet. Verksamheternas patientsäkerhetsberättelser visar att det pågår många aktiviteter för ökad säkerhet vid vård, behandlingar och införande av nya processer. Det arbetet behöver fortsätta under 2024 för att minska antal vårdskador och risken för vårdskador mot det övergripande målet att ingen patient i Region Jämtland Härjedalen ska behöva drabbas av vårdskada. Arbetet behöver bedrivas på makro-, meso-, mikro- och individnivå i samtliga delar av regionala handlingsplanen för säker vård.

Grundläggande förutsättningar för säker vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

2018 fick Socialstyrelsen ett regeringsuppdrag att ta fram en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Handlingsplanen Agera för säker vård publicerades i februari 2020 och gäller fram till och med 2024. Syftet med planen är att stärka huvudmännens arbete i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och bidra till att förebygga vårdskador. Visionen är God och säker vård – överallt och alltid, med målsättning att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada. Planen innehåller fyra grundläggande förutsättningar och fem fokusområden.

Region Jämtland Härjedalen har under 2023 infört kvalitets- och patientsäkerhetsmodul i Stratsys för att underlätta det systematiska patientsäkerhetsarbetet. För att modulen ska vara ett bra och effektivt arbetsinstrument krävs fortsatt arbete med integrering i verksamhetsplanen.

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

Organisation och ansvar

Hos vårdgivaren Region Jämtland Härjedalen är det under regionstyrelsen på tjänstemannanivå Regiondirektören som har det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet. Det innebär att vara ansvarig för utformningen av organisationen så att en hög patientsäkerhet upprätthålls och att det finns ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Hälso- och sjukvårdsdirektör (förvaltningsområdeschef) och divisionschef har ett övergripande ansvar för att

patientsäkerhetsarbetet organiseras, genomförs, följs upp och dokumenteras enligt regionens ledningssystem.

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

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

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

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

Regionövergripande finns inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen Patientsäkerhetsenheten. Enheten har i uppdrag att utgöra ett stöd för ledning och verksamheter i patientsäkerhetsfrågor, verka för en hög säkerhetskultur med en nollvision för vårdskador. Enheten ska även på övergripande nivå följa upp vårdgivarens ansvar för patientsäkerhet samt att inom patientsäkerhetsområdet upprätta övergripande regler, riktlinjer och rutiner. Under 2023 har det bildats centralt förbättrings- och patientsäkerhetsteam med syfte att stödja verksamheterna i arbetet med säker vård genom deltagande i divisionsledning. Struktur och arbetsformer är under utveckling. Patientsäkerhetsenheten arbetar även förebyggande för att minska vårdskador. Kompetensmässigt finns inom enheten chefläkare, chefsjuksköterska, patientsäkerhetssamordnare, smittskyddsläkare och smittskyddssjuksköterska, vårdhygienisk specialistkompetens med hygienläkare och hygiensjuksköterskor samt enhetschef för kliniskt träningscentrum (KTC).

Inom varje verksamhetsområde finns olika grupperingar som stöd till det lokala patientsäkerhetsarbetet.

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

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Region Jämtland Härjedalen ingår i det nationella systemet för Kunskapsstyrning. Patientsäkerhetssamordnare ingår som representant från norra sjukvårdsregionen i Nationell samverkansgrupp patientsäkerhet (NSG). Vidare genom deltagande i Regional samverkansgrupp patientsäkerhet Norra sjukvårdsregionen (RSG) vars uppdrag är att stödja utveckling och samordning av patientsäkerhetsarbetet i sjukvårdsregionen. Inom regionen finns även Lokal samverkansgrupp för patientsäkerhet (LSG), där regionen och kommuner är representerade med relevanta funktioner. I november 2023 höll RSG patientsäkerhet sitt årliga fysisk möte i Östersund, del av mötet ägnades till temat patienten som medskapare. På programmet stod patientnämndens roll för att göra patienten till medskapare, LÖF:s arbete för patienter, hälsolitteracitet- att göra patienter delaktiga i vård och behandling samt exempel från slutenvård psykiatri som håller morgonmöte med patienterna. Inbjudna att delta var LSG patientsäkerhet och andra med intresse för patientsäkerhet i norra sjukvårdregionen.

Vårdens övergångar, mellan t.e.x slutenvård och kommunal hälso- och sjukvård, innebär stora utmaningar. Det digitala systemet LINK avser att säkerställa informationsöverföringen i utskrivningsprocessen, används det som överenskommet minskar risken för att väsentlig information missas, vilket kan innebära minskad risk för vårdskador. Trots tillgång till system för att säkerställa utskrivningsprocessen påtalar flera verksamheter att det förekommer avvikelser vid vårdens övergångar. Under 2024 ska en arbetsgrupp med representanter från regionen och kommunen (LSG) ta fram arbetssätt och metoder som ska säkerställa bland annat läkemedelsprocessen i samband med vårdens övergångar.

Primärvården har gjort särskilda satsningar för att intensifiera arbetet med SIP under 2023. Flera verksamheter arbetar via SIP-möten med socialtjänst och kommun/skola för att säkerställa vårdens övergångar. En utmaning som verksamheterna lyfter är hur säker digital kommunikation över huvudmannangränserna kan säkerställas. Från och med den 1 januari 2023 är det möjligt för vårdgivare och omsorgsgivare att dela information med varandra genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande genom ett elektroniskt system för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (SFS 2022:913). Där återstår arbete att göra för regionen.

Psykatrik har i samverkansmöten med kommunerna (IFO) under 2023 synliggjort flera områden där åtgärdsförslag skrivits fram för att förbättra samverkan och därmed patientsäkerheten. Ett konkret exempel är gemensamma utbildningar och träffar för personal från både region och kommun.

LAG Omvårdnad arbetar på uppdrag av verksamheterna, ärenden via Lokal samverkansgrupp patientsäkerhet (LSG) och Hälso- och sjukvårdsledningen (HSL) samt utifrån regional- och nationella satsningar, nyheter och implementeringar. Syftet med LAG Omvårdnad är att initiera och systematiskt samordna och utveckla omvårdnad inom Region Jämtland Härjedalen, ordförande och sammankallande är Chefsjuksköterska. Målet är att patienterna i Region Jämtland Härjedalen ska få en god, säker och jämlik vård baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Arbetet ska utveckla omvårdnad med patienten i fokus och medskapare. Arbetet ska också genomsyras av hög patientsäkerhet där arbetet både sker preventivt för att eliminera undvikbara skador och reaktivt där lärdom och kunskap av händelser leder till utveckling och förändrade arbetssätt i verksamheten. Arbetet ska också ske i samarbetet med kommunerna för att förbättra och stärka vårdens övergångar och se till hela vårdkedjan. Arbetet ska integreras med Kunskapsstyrning, kontinuerligt följas upp och systematiskt utvärderas. Under 2023 har fokusområdena inom LAG Omvårdnad varit Introduktionsprogrammet och att arbeta fram en regionövergripande handlingsplan för omvårdnad. LAG Omvårdnad har under året utökats och omfattar även representanter från HOSPA (hälsa- och sjukvårdspolitiska avdelningen) och division nära vård

Inom regionen har verksamheternas ledningssjuksköterskorna ett nätverk för samverkan och erfarenhetsutbyte. Nätverket leds av chefsjuksköterska samt patientsäkerhetssamordnare och

fungerar också som referensgrupp till LAG Omvårdnad. För att optimera högt deltagande vid nätverksträffarna beslutade nätverket att under 2024 istället träffas tre heldagar istället för kortare träffar på månadsbasis. Teman för heldagarna är skapat tillsammans inom nätverket utifrån behov och önskemål. 2022 genomfördes en ledarskapsutbildning där del av utbildning var tillsammans med enhetschef för att hitta samarbetet mellan rollerna i de verksamhetsnära arbete. Inslaget var mycket uppskattat och utbildning kring ledarskap är ett av önskemålen för heldag under 2024.

Vårdhygien har under 2023 samverkat regionalt, lokalt samt på nationell nivå, där ett samarbete skett med bland annat Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen samt Arbetsmiljöverket.

Smittskydd har som uppgift att förebygga och minska spridningen av smittsamma sjukdomar till och mellan människor i samhället och inom sjukvården. Smittskydd har på daglig basis informerat och stöttat näringsliv, kommunala verksamheter, medborgare och besökare. Smittspårningsfunktionen rörande alla smittspårningspliktiga sjukdomar fortsätter som tidigare. Smittskydd har ett startat ett arbete "frisk i förskolan" ihop med BVC där även 1177, miljö- och hälsa, rektorer och pedagoger inom förskolan är med.

Arbete pågår med den nationella elimineringsplanen för hepatit C där samarbete med infektion fortsatt ska ut och informera i verksamheter både inom och utanför sjukvården under 2024.

STRAMA-gruppen är återinförd och beräknas komma i gång med sitt arbete under våren 2024.

Smittskydd ger fortlöpande stöd och har nära samarbete med vaccinationsenheten och vaccinationssamordnaren i arbetet med planering av fortsatta nationella vaccinationsinsatser. Samverkan och stöd till laboratoriemedicin för kontinuitetsplanering, sker också via smittskydd..

Under 2023 har ett nätverk för verksamhetsutvecklare skapats, där sker träffar fyra gånger per år med innehåll som bland annat berör patientsäkerhet och kvalitetsarbete.

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

Informationssäkerhet

Uppföljningar och revisioner av informationssäkerheten

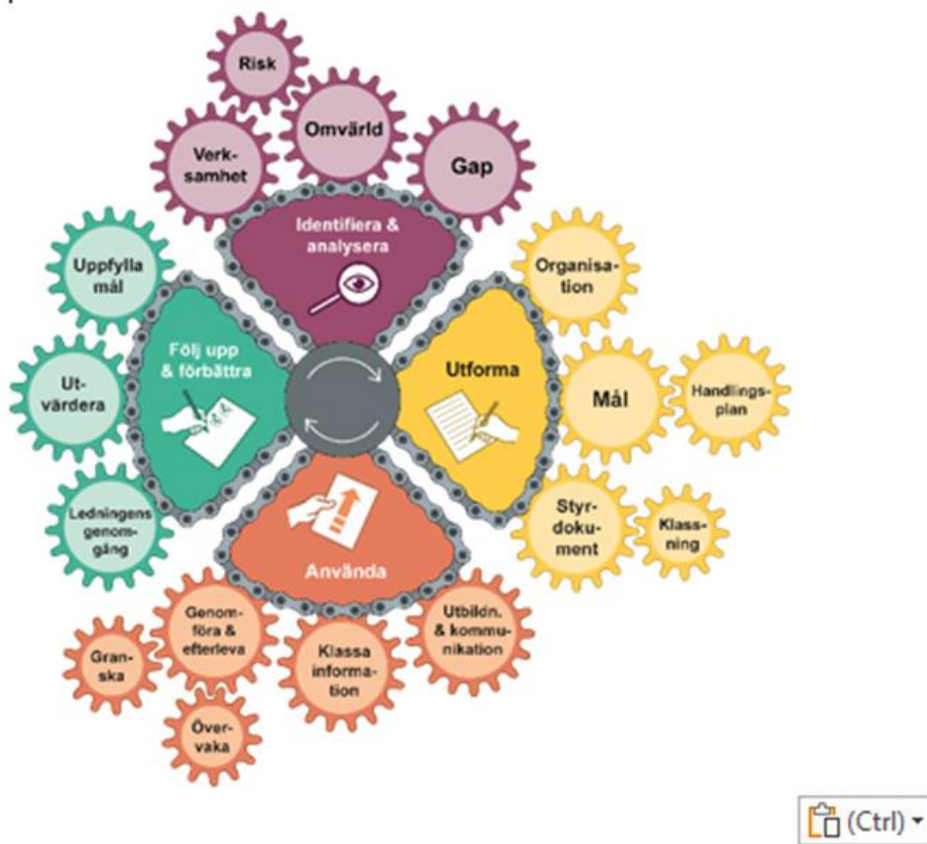
Uppföljning inom området informationssäkerhet genomförs fortlöpande i enlighet med den process för internkontroll som finns upprättad. De områden där man identifierat förbättringspotential har omsatts till risker och hanteras i enlighet med nuvarande riskprocess.

Risikanalyser – förebyggande arbete

Under 2023 har man i enlighet med arbetet för att införa ett nytt ledningssystem för informationssäkerhet även börjat titta riskramverket och hur Region Jämtland Härjedalen ska arbeta mer strukturerat med risker. Detta arbete förväntas vara färdigt under 2024. Den ökade hotbilden utifrån det rådande världsläget innebär att Region Jämtland Härjedalen stärker riskarbetet och för att sänka de risker som har identifierats inom området.

Större förbättringsåtgärder kopplade till informationssäkerheten

Under året har det påbörjats ett omtag med informationssäkerheten och ett nytt Ledningssystem för Informationssäkerhet (LIS) har börjat tas fram. Detta LIS är baserat på MSB:s metodstöd och kommer att stödja verksamheten i det strukturerade informationssäkerhetsarbetet, se figur 1.



Figur 1. MSB:S metodstöd för systematiskt informationssäkerhetsarbete

I samband med LIS arbetet har man börjat identifiera funktioner som har ett informationssäkerhets-/säkerhetsansvar för att skapa en virtuell säkerhetsorganisation som samverkar och utbyter erfarenheter med varandra. Detta kommer även på sikt att stärka verksamhetens kultur, motståndskraft och proaktivitet inom området informationssäkerhet.

Strålskydd

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

Arbete med Stratsys har påbörjats i syfte att genomföra och dokumentera egenkontroll via checklista i strålskyddet på enhetsnivå. En rondmodul kommer byggas under 2024 vilken ska följa upp resultat från checklistor på verksamhetsnivå.

En god säkerhetskultur

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



Aktiviteter från regionala handlingsplanen	Startdatum	Slutdatum	Kommentar
Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) resultat sammanställs och analyseras ur ett regionalt perspektiv men bryts även ner till verksamhetsnivå	2023-01-01	2023-12-31	HSE är ett index som mäter säkerhetskulturen i verksamheten och är kopplat till patientsäkerhet och patientsäkerhetskultur utifrån ett antal frågor (11) i medarbetarenkäten. Säkerhetskulturen är viktig för ett patientsäkert arbete och ett högt HSE är en indikator på möjligheten att minska och undvika patientsäkerhetsrisker. Uppföljning sker i tertial 1 och 3. Målvärde minst 4

Region Jämtland Härjedalen genomför sedan fem år tillbaka två gånger årligen en gemensam medarbetarenkät där både arbetsmiljö och patientsäkerhet ingår. Det verktyg som används är det som Sveriges Kommuner och Regioner tagit fram i form av elva frågeställningar kring hållbart säkerhetsengagemang (HSE).Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade 2023 att verka för en stärkt patientsäkerhetskultur och ett målvärde på fyra (4) i HSE mätningar eftersträvas.

HSE-fråga	Genomsnitt H2 2023	Genomsnitt H1 2023
1. Min chefs chef ger förutsättningar för att bedriva en säker vård. (Säker vård innebär låg förekomst av skador som kan undvikas)	3,91	3,91
2. På min arbetsplats lär vi oss av det som fungerar bra.	4,1	4,13
3. På min arbetsplats agerar vi alltid utifrån de risker vi ser.	3,96	4,04
4. På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser. (negativ händelse = händelse som medför något oönskat)	3,85	3,92
5. Jag påtalar när jag tror något är på väg att gå fel.	4,47	4,53
6. Jag vågar prata om mina misstag.	4,45	4,52
7. Jag blir alltid bra bemött på min arbetsplats när jag behöver hjälp.	4,25	4,3
8. På min arbetsplats har vi ett väl fungerande samarbete med andra verksamheter.	3,71	3,74
9. På min arbetsplats anpassar vi arbetet så att säkerheten bevaras när förutsättningarna	3,88	3,94

HSE-fråga	Genomsnitt H2 2023	Genomsnitt H1 2023
ändras.		
10. Jag skulle känna mig trygg om en närstående vårdades på min arbetsplats.	4,1	4,11
11. På min arbetsplats erbjuder vi patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete.	3,31	3,33
Totalt HSE-index	4	4,04

Antal medarbetare som besvarat HSE mätningarna, vårmätningen 1851 och höstmätningen 2173, vilket ger en svarsfrekvens på 67,9 procent respektive 69 procent. Som framgår av tabellen ovan var totalt HSE- index första halvåret (H1) på drygt fyra och andra halvåret (H2) på fyra. Jämfört med föregående års mätningar ses något högre värden på frågeställning (1) *Min chefs chef ger förutsättningar för att bedriva en säker vård.*

Några frågeställningar, fem, sex och sju har fortsatt höga index, över fyra. Dessa frågeställningar kan sägas utgöra grundförutsättningar för att hälso- och sjukvårdsförvaltningens arbetsplatser har en tillåtande och trygg inställning. Fortsatta utmaningar finns framförallt kring att erbjuda patienter möjligheter att medverka i patientsäkerhetsarbetet. Hur patienter görs delaktiga i den egna vården, hur patient och närståendes synpunkter och klagomål tas tillvara och hur patientmedverkan sker i utvecklingsarbeten för att stärka patientsäkerhet är några konkreta exempel. Trots att det i flera verksamheter genomförs så kallade genombrottsarbeten, med patientinvolvering, avspeglas inte det i resultatet kring frågeställningen om patienters delaktighet i patientsäkerhetsarbete.

Resultaten ska betraktas som en temperaturmätning på upplevelser kring säkerheten på arbetsplatsen. HSE- verktyget ger ett underlag att i närtid efter mätningen ha en dialog kring resultaten i verksamheterna.

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

Generellt finns ett stort engagemang bland regionens medarbetare för den dagliga säkerheten kring patienterna och arbetsmiljön. Att skapa en god säkerhetskultur är ett långsiktigt arbete och kännetecknas bland annat av ett öppet och tillåtande arbetsklimat där medarbetarna känner sig trygga att rapportera händelser, diskutera och ställa frågor om säkerhet, samt bedriva ett aktivt arbete med att identifiera och minimera risker och skador. Metoden Gröna korset används inom flera verksamheter för att identifiera risker inom både vård och arbetsmiljö.

Skapa tid för lärande

På Gröna korset diskuteras risker och händelser i det dagliga arbetet i ett öppet klimat som kan skapa lärande för alla. Akuta ärenden tas om hand skyndsamt, resterande iakttagelser sammanställs och ligger till grund för löpande förbättringsarbeten. Inom flera av regionens verksamheter finns nu så kallade förbättring- och patientsäkerhetsteam. Återföring av avvikelser, ärenden från Patientnämnden och vårdskadeutredningar i återkommande forum är andra sätt att skapa lärande. Det pågår i vissa verksamheter schemaläggning av tid för lärande och reflektion för medarbetare.

Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop

Arbetsmiljöfaktorer kan påverka patientsäkerheten. Såväl övergripande arbetsmiljöfaktorer (till exempel bemötande och beteenden eller stöd från chefer och i arbetsgruppen) som mer

arbetsnära arbetsmiljöfaktorer (till exempel hög arbetsbelastning, otydliga roller eller bristande tid för återhämtning) påverkar möjligheterna att utföra ett säkert arbete. Om en patient drabbas av en vårdskada är det viktigt att patienten blir väl omhändertagen. Det är också centralt att den hälso- och sjukvårdspersonal som var inblandad i händelsen får stöd. Även organisationen kan behöva stöd efter en allvarlig händelse. Dessa faktorer bidrar till trygghet och en god säkerhetskultur. Vid inskolning/introduktion av nya medarbetare presenteras avvikelssystem och hur enheten arbetar med att rapportera fel och brister för att bidra till förbättringar, en del av säkerhetskulturen. Olika former av utveckling kring arbetsmiljö för att medarbetare ska må bra och trivas på arbetsplatsen ökar möjligheter att ge en säker vård. Vid arbetsförändringar görs riskbedömningar och riskanalyser med fokus på både arbetsmiljö och patientsäkerhet.

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

Dagliga möten och avstämningar där medarbetare möts och reflekterar över hur arbete gått och vad som kan göras bättre dagen därpå är metoder för att följa upp arbetet på daglig basis inom verksamheterna. I mötesagendor lägger vissa verksamheter in patientsäkerhet som ett återkommande tema och då behandlas vid minst två tillfällen per år säkerhetskultur.

Psykologisk trygghet

Ett begrepp som de senaste åren börjat diskuteras är psykologisk trygghet. Det beskrivs som en nyckelfaktor hos personal inom hälso- och sjukvården som påverkar bland annat kliniska utfall, patientnöjdhet, patientsäkerhet, personalens välmående och ekonomiska utfall. Psykologisk trygghet handlar om att individer i teamet uppfattar att arbetsmiljön tillåter ett öppet och transparent diskussionsklimat där man blottar och lär av sina misstag eller av en avvikande händelse. På så sätt kan risker som kunde ha lett till skada för patienten upptäckas och förebyggas. En verksamhet har låtit medarbetarna testa varandras arbetsuppgifter, stationsupplägg, under en planeringsdag, i syfte att stärka den psykologiska tryggheten.

Adekvat kunskap och kompetens

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



Kompetenta och engagerade medarbetare som har möjligheter att arbeta på toppen av sin kompetens är en förutsättning för en trygg och säker vård av god kvalitet. Medarbetare i regionen kan beviljas studiemedel för utbildning på olika nivåer. Under 2023 har totalt 48 medarbetare beviljats studiemedel, varav 30 avser specialistutbildning till sjuksköterska. Övriga 18 avser studiebidrag till grundutbildning, merparten till grundutbildning sjuksköterska. För fem medarbetare har verksamheten finansierat utbildning.

Schemaläggare säkerställer att kompetens upprätthålls i det löpande schema, det är en utmaning då regionen i många verksamheter har en stor genomströmning av nyanställda. Många verksamheter beskriver schemamässiga utmaningar sedan arbetstidslagen ändrat och krav på elva timmar vila införts. Vid dagliga möten säkerställs att schema fungerar. Det är av stor vikt för både patientsäkerhet och arbetsmiljö att kompetens beaktas vid schemaläggning och bemanning. Pauser och raster läggs in på sådant sätt att både arbetsmiljö och därmed patient-

säkerhet blir bättre. Tillgång till erfaren ledningssjuksköterska säkerställer tryggheten för nya medarbetare, bidrar på ett tydligt sätt i ledning och styrning i det dagliga arbetet men också i patientsäkerhetsarbetet. Regionen har precis som stora delar av Sverige problem att bemanna alla tjänster och är därför beroende av inhyrd bemanningspersonal. Det råder brist på framförallt brist sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och specialistläkare. Nationella vårdkompetensrådet kortsiktiga skattningar av antalet examinerade för hälso- och sjukvårdsutbildningar bedömer att antalet examinerade läkare bedöms öka fram till 2026 medan antalet sjuksköterskor som examineras bedöms däremot minska. Den nyligen publicerade utredningen om samordnat arbete för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) i sjuksköterskeutbildningen kommer att innebära utmaningar för sjukvårdshuvudmän och vårdgivare. Prognosen är att det kommer att behövas betydligt fler platser för VFU, vilket också innebär ett ökat behov av tillgång till kvalificerad handledare.

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

Den särskilda ledningen för kompetensförsörjning (SKL) som regiondirektören tillsatte september 2022 och som löpte fram till april 2023 med uppdrag att skapa förutsättningar för en fungerande kompetensförsörjning har lämnat sin rapport. Resultatet talar för utveckling av enskilda sakfrågor men också under vilka förutsättningar utvecklingsarbetet genomförs. Resultaten tyder på att när det gäller förutsättningarna har arbetsformen med SKL bidragit till ett helhetsperspektiv på kompetensförsörjningsutmaningen. Vidare har kärn- och stödverksamheterna liksom regionledningen genom ledningsformen etablerat ett samarbete som bidragit till ett högre tempo vid analyser av pågående utvecklingsarbete, vid värdering av nya förslag, samt vid beslut om nya aktiviteter som ska genomföras.

Med patientsäkerhet i både grundutbildning och fortbildning kan hälso- och sjukvårdspersonalen ställa medvetna krav på och bidra till en säker arbetsplats för både sig själva och patienterna. En ökad medvetenhet och mer kunskap om riskerna samt förmåga att hantera dessa förutsätter även kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete. Stöd i detta kan komma via de kompetensmål för patientsäkerhet som är under utveckling hos Socialstyrelsen.

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

God vård kännetecknas av att den är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och tillgänglig. Det är det samlade arbetet som leder till vård av god kvalitet. För att förbättra omvårdnadsutvecklingen inom Region Jämtland Härjedalen fick chefsjuksköterska tillsammans med patientsäkerhetssamordnare i uppdrag att ta fram en regional handlingsplan för omvårdnad med fokus på att minska andelen omvårdnadsrelaterade vårdskador samt skapa förutsättningar för ökad omvårdnads kvalitet. Syftet med handlingsplanen är att tydliggöra kvalitet inom omvårdnad genom att skapa systematiska och strukturerade processer för att kontinuerligt utveckla och säkra kvaliteten i enlighet med SOSFS 2011:9. Handlingsplanen är samskapad med verksamheten där LAG Omvårdnad och det regionala nätverket för ledningssjuksköterskor varit referensgrupp. Handlingsplanen godkändes av hälso- och sjukvårdsledningen november 2023 och implementeringen av handlingsplanen påbörjas under 2024 och sträcker sig fram till 2026.

För att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete används regionens utbildningsportal Kompetensportalen. Genom dessa utbildningar kan medarbetarna få en grundläggande kunskap om ledningssystem och förbättringsarbete. För läkar-

grupperna AT/ST finns särskilda studieplaner där utbildning i juridik, patientsäkerhet med mera samt handledning ingår. Genomgång av avvikelser, vårdskadeutredningar och händelseanalyser är andra exempel som verksamheterna använder för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.

Område patientsäkerhet erbjuder återkommande olika utbildningsaktiviteter med koppling till säker vård. I maj genomförde ca 50 chefer i regionen Socialstyrelsens hela koncept med nationell e-utbildning i patientsäkerhet - "*Agera för säker vård*" med efterföljande gruppdiskussioner. Sedan december 2022 finns e-utbildningen nu tillgänglig i regionens Kompetensportal. Till och med första december har 637 medarbetare i regionen genomfört e-utbildningen. Område patientsäkerhet gjorde i början av 2023 en kortare introduktionsfilm med utgångspunkt från den nationella handlingsplanen, 246 personer har sett hela filmen (totalt har 657 påbörjat se filmen). Totalt har 295 medarbetare genomfört utbildning Gröna korset via Kompetensportalen. Därutöver har patientsäkerhetsenheten genomfört utbildning för chefer (chef 1), utbildningar kring avvikelshantering, Gröna korset och workshop med säkerhetskulturtrappan för att nämna några aktiviteter.

Vårdhygien har stående utbildningstillfällen för sjuksköterskestudenter, AT läkare, städpersonal, sommarvikarier/nyanställda, ny som chef och RLU (regional läkarutbildning). Utöver dessa hålls föreläsningar efter förfrågan samt även på initiativ från Vårdhygien. Film om basala hygienrutiner och klädregler har uppdaterats och setts av 309 personer under 2023.

Kliniskt Träningscentrum (KTC) har under året framför allt fokuserat på HLR-utbildningar, färdighetsträning via sk. kompetenskort och produktion av digitala utbildningar. KTC har utbildat 80 nya HLR-instruktörer. Vi har även gjort flera riktade utbildningsinsatser inom HLR ex. för tandläkare. Det finns fortsatt brister i HLR-utbildning inom vissa verksamheter då utbildningar prioriteras bort av olika orsaker.

Regionens resusciteringsgrupp som leds av KTC och består av kliniskt aktiva läkare och sjuksköterskor har tagit fram ett förslag på en standardiserad akutvagn men det krävs ledningsbeslut för att komma vidare. Vi har genomfört nio resusciteringsövningar på olika enheter, varav en var oannonserad. Gruppen har även arbetat med att ta fram en regionövergripande resusciteringsmanual, beräknas bli klar under 2024.

Över 100 undersköterskor har genomfört olika kompetenskort som är uppbyggd med både en teoretisk och en praktisk del. Generellt har vi noterat att de praktiska momenten i kompetenskortet "Att sätta urinkateter" är svårt/komplicerat för många undersköterskor då det kräver planering och struktur för att bibehålla ett aseptiskt tillvägagångssätt. KTC har tagit fram ett flertal sjukvårdstekniska instruktionsfilmer ex. katetersättning kvinna och kopplat dessa till kompetenskorten i Kompetensportalen så att det finns möjlighet för medarbetare att, i ett senare skede, repetera de olika momenten i lärande syfte.

Under året har allt fler verksamheter tagit kontakt med KTC för hjälp med produktion av digitala utbildningar. KTCs utbildningsproducent ansvarar för hela produktionsprocessen genom att omvandla verksamheternas grovmanus till pedagogiska e-utbildningar. Produktionerna består av alltifrån korta instruktionsfilmer som täcker upp kunskapsluckor på medicinskteknisk utrustning till distansutbildningar för olika målgrupper. QR-koder har börjat användas alltmer vilket är mycket uppskattat då det erbjuder en lätt och smidig väg att ta del av digitala utbildningar. 64 filmer har producerats och distribuerats i regionens videoplattform Quickchannel och på Youtubepattformen är motsvarande siffra 71 filmer. En omfattande ADHD-utbildning med olika målgrupper är påbörjat under 2023 och planeras vara klar i maj 2024. I nuläget är det 180 patienter uppsatt på väntelistan för den utbildningen.

KTC har ett beslutat samarbete med Division Nära Vård att placera ut fyra KTC-hubbar med en geografisk spridning inom regionens upptagningsområde. Varje KTC-Hubb kommer att skötas av utbildningskoordinatorer på plats och utrustas med en egen övningsutrustning så att ut-

bildningar och övningar blir en naturlig del i vardagen även för vårdverksamheter i glesbygdsområden. Hubbarna kommer att placeras i Funäsdalen, Hammarstrand, Strömsund och Järpen. Uppstarten har av olika anledningar försenats under 2023. Arbetet kommer att slutföras under våren 2024.

KTC har även bidragit med vissa utbildningar inom utbildningsprogrammet "Sjuksköterskans första år". Nytt är att programmet organisatoriskt har flyttats från FOU-enheten till KTC fr.o.m 1 januari 2024.

KTC har sedan 2021 deltagit, tillsammans med 18 aktörer i nio andra EU-länder, i EU-projektet MED1stMR "Medical first responder training using a mixed reality approach featuring haptic feedback for enhanced realism". Huvudsyftet med projektet är att bättre förbereda ambulans- och akutsjukvårdspersonal, som kan vara först på skadeplats, för komplexa katastrofliknande situationer/masskadehändelser genom träning i Mixed Reality (MR) miljö. Projektet mål är att utveckla innovativa träningsmetoder och ny teknik för virtuell träningsmiljö med smarta bärbara lösningar som registrerar deltagarens fysiologiska data/stressorer under träningstillfället. Under hösten 2023 genomfördes fältstudier i sex olika EU-länder där ambulanspersonal testade systemet under observation av forskare och andra medlemmar i projektet. Under vecka 42 testades systemet i Östersund av RJH ambulanspersonal med mycket bra resultat och feedback. EU-projektet avslutas i maj 2024.

Region Jämtland Härjedalen anslöt sig till den publika tjänsten SMS Livräddare i maj 2023. Tjänsten samordnas via KTC.KTC kommer att under 2024 fokusera på att få fler frivilliga att ansluta sig till tjänsten.

Under året har fortsatt arbete skett med kliniska karriärmodeller för legitimerade sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, legitimerade barnmorskor och legitimerade biomedicinska analytiker. I den slutrapport som lämnats fram kommer att det återstår en del aktiviteter innan ett breddinförande är aktuellt. I rapporten trycker projektledaren på behov att fastslå framtida förvaltningsorganisation med processbeskrivningar för vidare arbete med karriärmodellerna. Det återstår arbete med godkännande av vissa av karriärmodellerna liksom att se över formuleringar av effektmål.

För att stärka patientsäkerheten under sommaren 2023 skapades i samarbete med Patientsäkerhet, LAG Omvårdnad och KTC ett introduktionsprogram för nyanställda och sommarvikarier. Syftet var att öka kunskapen inom kända riskområden och därmed skapa trygghet hos nyanställd personal och öka säkerheten. Introduktionsprogrammet omfattade både föreläsningar och simuleringar inom basal och specifik omvårdnad samt patientsäkerhet. Programmet pågick under tre heldagar med möjlighet till kompletterande S-HLR utbildning för verksamheter som hade svårigheter att lösa detta själva. Sjuksköterskor erbjöds även en heldagsutbildning inom läkemedelshantering. Introduktionsprogrammet var en lyckad satsning och kommer även att genomföras under 2024.

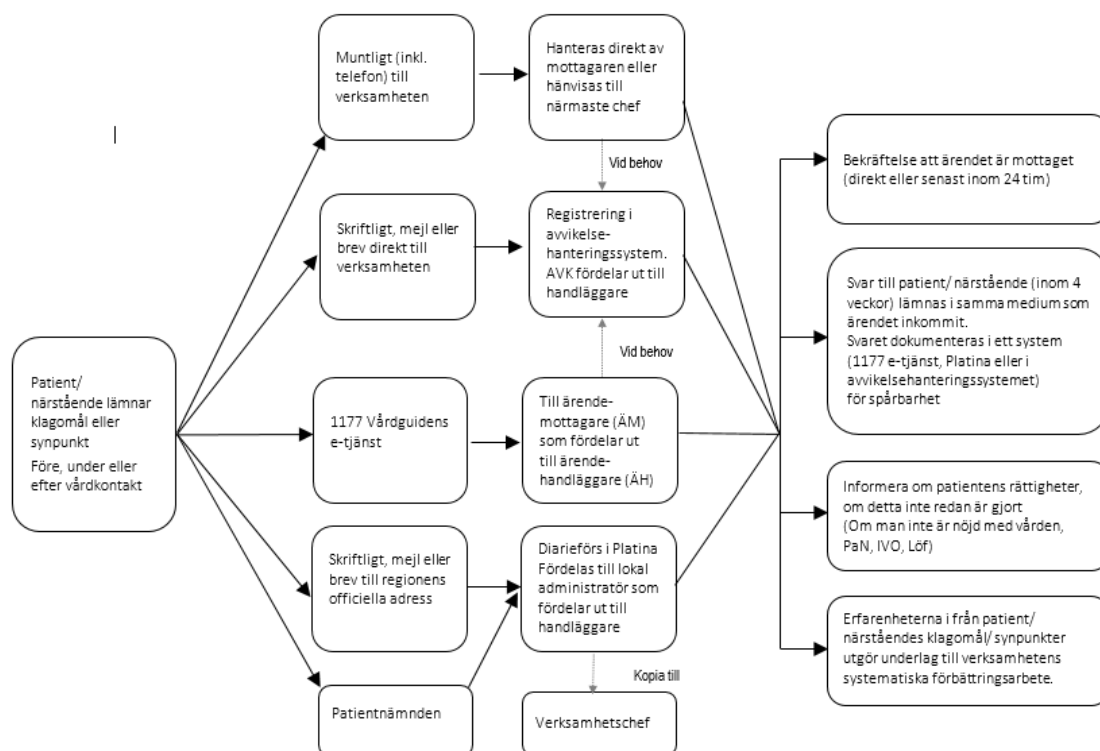
Patienten som medskapare

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



Patienten som medskapare: Patienter och närståendes synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål från patienter och närstående inkommer till regionens verksamheter på flera olika sätt:



Figur 2: Schematisk översikt, hantering utifrån hur ärende inkommer till verksamheten

Att patient/ närstående rapporterar sina synpunkter och klagomål i samband med vårdkontakt är oerhört viktigt. Verksamheterna får via dessa ärenden ett unikt underlag till det förbättringsarbete som gör vården säkrare.

I första hand ska de synpunkter och klagomål som framförs till medarbetare lösas direkt på plats. Om det inte är möjligt uppmanas patient att använda e-tjänsten för Synpunkter och klagomål, då det är en säker tjänst med skydd av personuppgifter och annan känslig information via inloggning med bank-id eller Freja e-id.

Synpunkter och klagomål är även den enda e-tjänst där det är möjligt att rapportera via ombud, tex via en närstående. För de som inte kan använda e-tjänsten (tex saknar bank-id) och inte har någon närstående som kan agera ombud, går det även bra att kontakta vården via mejl eller brev.

Ibland kan det upplevas känsligt för patient/ närstående att kontakta vården direkt. Då finns alternativet att kontakta Patientnämnden, som erbjuder patient/ närstående stöd i kontakten med berörd vårdverksamhet.

Som patient/ närstående finns även möjlighet att påverka vården genom att lämna medborgar-

förslag eller genom att lämna in ett så kallat "enskilt klagomål" direkt till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Tabell 1: Antal inkomna ärenden från patient/ invånare, per kontaktväg.

Klagomål från patient, via 1177 e-tjänst	Direkt till verksamhet	1662
	Via Patientnämnden	201
Klagomål från invånare, via mejl/ brev	Till Hälso- och sjukvårdsnämnd	24
	Till övriga nämnder	15

I samband med vårdskadeutredningar samt vid utredningar enligt händelseanalys metodik, efterfrågas patient/ närstående beskrivning av det inträffade samt vad de anser vara orsaken samt vilka åtgärder de anser behöver vidtas för att förhindra att något liknande inträffar igen.

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

Patienten som medskapare: Patientmedverkan i utveckling av processer och arbetssätt

Den 11 september uppmärksammade Regionen den Internationella patientsäkerhetsdagen med temat patienten som medskapare. Under eftermiddagen deltog drygt 100 medarbetare vid presentation från verksamheter som berättade om förbättringsarbeten där de tillsammans med patienter utvecklat vården för att öka patientsäkerhet. Presentationer från endoskopienhetens arbete med självsedering, dialysenhetens arbete med hemdialys, Frösö hälsocentrals hemmonitorering av högt blodtryck, psykiatrins morgonmöte tillsammans med patienterna och cancerrehabteamets arbete med förbättrad rehabilitering, stod på programmet.

I Regionen pågår inom flera områden så kallade genombrottsarbeten där patienter framförallt deltar via intervjuer, dialoger och enkäter för att ta reda på vad som är viktigt för dem. Inom LPO rörelseorganens sjukdomar finns patientrepresentant i arbetsgrupp. Opererande verksamhet har använt digitalt verktyg för patientmedverkan och planering i samband med operation, DISPPPO. Inom primärvården har så kallade medborgardialoger genomförts och fler planeras kommande år. Delatagande i olika möten med patientföreningar är andra sätt att ta med patienter i utveckling av processer och arbetssätt. Patientnämnden har kunnat se att verksamheter under året i ökad omfattning tar stöd av/erbjuder patienter i olika typer av utvecklings- och förbättringsarbeten.

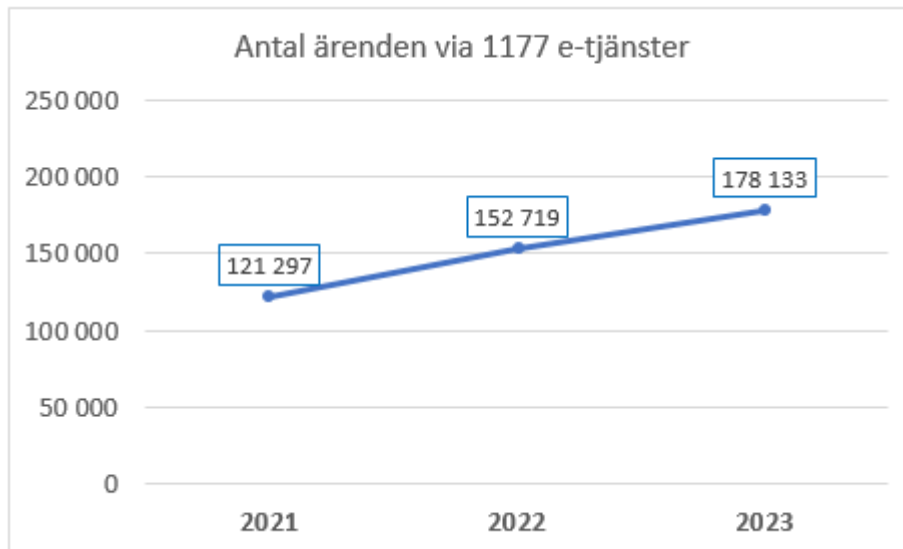
Patienten som medskapare: Patienters delaktighet i den egna vården

1177 e-tjänster

Idag är 121 440 invånare i Jämtland Härjedalen användare av 1177.se, vilket motsvarar ca 92 procent av befolkningen. Detta är ett mycket bra resultat och en ytterligare ökning bedöms inte som sannolik.

De invånare som är anslutna kan sköta vissa av sina vårdärenden själva och då e-tjänsterna kan användas dygnet runt, blir det enklare för dem som inte har möjlighet att ringa under tele-

fontid. Anslutna invånare ökar stadigt sitt användande, vilket illustreras i figurer nedan.



Figur 3: Antal ärenden som hanteras via 1177 e-tjänster

De tre e-tjänster som används mest frekvent är Förnya recept, Av- och omboka tid samt Beställa tid. Några e-tjänster är nyligen införda, tex digital Hälsodeklaration.

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

(e-tjänsten för "Synpunkter och Klagomål" ingår i totalsumman, men redovisas separat under punk 4.4.3).

Flödestyp	Antal inkomna ärenden
Invånarinitierat	147 978
+ Förnya recept	46 373
+ Kontakt	42 217
+ Övrig	18 575
+ Av/omboka tid	14 475
+ Beställ tid	13 364
+ Rådgivning	4 463
+ Förnya hjälpmedel	2 512
+ Fråga sjuksköterskan	1 258
+ Beställ journalkopia	584
+ Inför besök	514
+ Egenremiss	505
+ Begär intyg	490
+ Skicka fråga	275
+ Förläng sjukskrivning	109
+ Remissfråga	60
+ Skicka meddelande	30
+ Hälsodeklaration	4
Vårdinitierat	30 155
+ Övrig	10 801
+ Meddelande	9 724
+ Övrigt	4 606
+ Fråga	1 188
+ Provsvar	1 112
+ Kallelse	957
+ Information inför besök	740
+ Remiss	516
+ Enkät	494
+ Uppföljning	17

I det vardagliga mötet med patienten kan vårdpersonal engagera patienten att ta ansvar för sin

egen vård och behandling. Att patienten ges möjlighet att delta i planeringen och utformning i hur vården ska genomföras genom att delges olika behandlingsförslag. Att förbättra vårdplaner och patienters delaktighet när dessa skapas, är andra exempel där patient kan göras delaktig i sin egen vård. Barn- och ungdomshabiliteringen samt vuxenhabiliteringen arbetar med habiliteringsplanering där patient och närstående är aktiva i planering för innehållet i insatser det kommande året. Vidare uppmanas patienten att läsa sin egen journal – via 1177.se. Patienter med cancerdiagnos erbjuds "min vårdplan" via 1177.se alternativt i pappersform för att ge goda förutsättningar att vara delaktig i sin vård och behandling.

Egenmonitorering är andra exempel där patienter görs delaktiga i sin vård. Digital hälsodeklaration inför operation, stöd till verksamheter som vill komma igång med patientstyrd sedering är några andra exempel för att öka patienters delaktighet i den egna vården.

Inom akutsjukvården sker ett strukturerat arbete med så kallade mångbesökare, där syftet är att tydliggöra patientens behov av vårdplan och fast vårdkontakt. Väsentligt i arbetssättet är att identifiera patienter i behov av SIP.

Genom arbetssätt med personcentrerad vård får inläggande patienter bland annat själva fylla i nutritionsregistrering, kontroller sitt eget blodsocker. Implementering av "Meningsfull heldygnsvård" är exempel där patienter involveras i den egna vården. Vid kirurgiska slutenvårdsenheter genomförs både bedside- rapport samt bedside-rond dagligen, för att stärka patientens delaktighet i den egna vården. Inom förlossningsvården används genom ett forskningsprojekt, ett arbetssätt, teamfödelse, där patienten är en naturlig medskapare i sin vård. Ungdomsmottagningen använde samtalsmetodik liknande MI, med öppna frågor i kombination med dialog, vilket kan öka patienters delaktighet i sin egen vård.

Patienten som medskapare: Patientperspektiv i analys, lärande och utveckling

För att säkerställa en god och säker vård behöver patientperspektivet ingå i uppföljning, analys och lärande. Därför är det viktigt att patienter ska få möjlighet att medverka och bidra i arbetet med inträffade vårdskador, i utveckling av säkra system och process och för att öka riskmedvetenheten och beredskapen. Detta är till exempel möjligt genom kontinuerligt inhämtande av erfarenheter av vården från patienter och närstående. Detta sker både i dagliga möten men också med resultat från kvalitetsregister och patientenkäter. Patienter som genomgått SVF-förlopp erbjuds besvara PREM- mäter patienter upplevelse av och tillfredsställelse med vården och PROM- som är ett mått på hur patienterna själva upplever sin sjukdom och hälsa. Resultaten används efter analys för att utveckla verksamheten. Ur graviditetsregistret hämtas uppgifter för analys av patientperspektivet, för såväl omvårdnad som medicinska patienterfarenheter.

Inom kunskapsstyrningen finns patientrepresentanter med som deltagare i GAP-analyser. Omställningen till Nära vård beskrivs av flera verksamheter som ett av flera sätt att arbeta patientnära, få med patientperspektivet på ett sätt för lärande samt att utveckla arbetsätt. Nära vård beskrivs också av verksamheter som ett sätt att närma sig ett mera personcentrerat arbetssätt.

Från verksamheterna efterfrågas möjligheter till så kallade patientbibliotek/levande bibliotek till vilka de kan vända sig för att få deltagare till förbättringsarbeten. Via de olika genombrottsarbeten som pågått i Regionen har patienters perspektiv tagits tillvara under utvecklingsarbetet.

Via synpunkter och klagomål som kommer till vården från patienter och närstående får verksamheterna underlag för lärande och utveckling.

Patienten som medskapare: Patientmedverkan för ökad riskmedvetenhet och beredskap

Kunskapen från patienters och närståendes erfarenheter av risker i vården ger underlag för en ökad riskmedvetenhet och utformning av åtgärder för att minska risker i vården.

Vid vårdskadeutredningar inhämtas och dokumenteras patienters och närståendes erfarenheter av händelsen. Då efterfrågas också deras förslag på förbättringsåtgärder för att undvika att liknande händelser inträffar igen. Arbetet med klagomål och synpunkter är en del i att öka medvetenheten kring risker och ha en ökad beredskap för till exempel sällanhändelser.

Bedside foldrar, tex "Din säkerhet i vården" med information till patienter kring risker och vad de själva kan påverka under tiden de befinner sig på vårdavdelning, är exempel för att öka riskmedvetenheten. Under året har en version av "Din säkerhet i vården" tagits fram för användande i öppenvård.

Patienter kan vidare göras delaktiga i Gröna korset, genom att fråga om de har uppmärksammat några risker. Patienters och närståendes erfarenheter och perspektiv kan bidra till en ökad riskmedvetenhet och beredskap vid vårdens övergångar. Vissa verksamheter lyfte patientkontrakt som ett led i patientmedverkan för ökad riskmedvetenhet och beredskap.

Agera för säker vård - fem fokusområden

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

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



1. Identifiering

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

2. Analys

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

3. Åtgärder

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

4. Uppföljning av åtgärd

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

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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



Har vården varit säker

Implementering av det avvikelshanteringssystem som regionen upphandlat, har inte slutförts då samarbetet med leverantör inte framskridit enligt plan. Orsaker till detta återfinns hos båda parter, och för regionens del handlar det bland annat om resursbrist, såsom tillgång till teknisk kompetens.

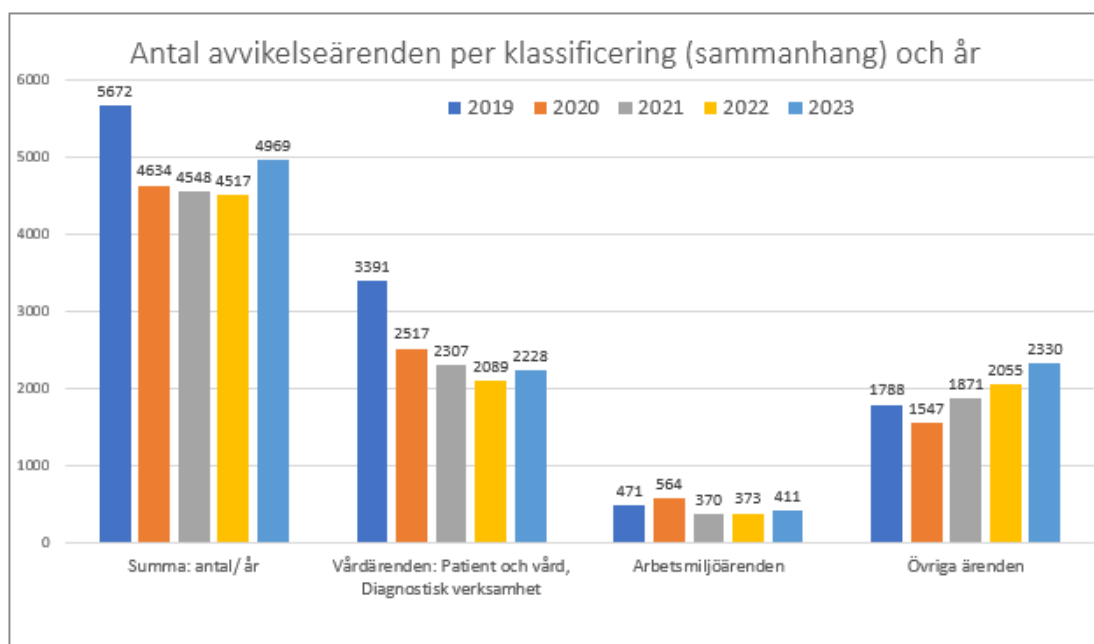
Regionens befintliga avvikelshanteringssystem är av en äldre version som inte längre uppdateras av leverantören. Tidigare har vi själva kunnat göra vissa anpassningar (tex uppdatera hjälptexter, revidera kategoriseringar) samt göra visst datauttag då det inom systemförvaltningen funnits tillgång till teknisk kompetens. Den möjligheten har nu efter en övergångsperiod helt försvunnit, då aktuell medarbetare bytt tjänst och inte ersatts.

I nuvarande system är automatiserat datauttag begränsat. Det som fås ut automatiskt är antal ärenden och en kategorisering av sammanhang per enhet, medan tex identifierade orsaker och beslutade åtgärder endast kan tas fram manuellt. Viss utdata kan beställas via leverantör, utanför avtalad support. Sammantaget innebär detta att möjligheterna till analys är kraftigt begränsade.

Flertalet verksamheter kompenserar för denna begränsning genom att avvikelsekoordinator (den funktion som mottar ärenden inom ett område och fördelar ut till lämplig handläggare) gör egna kategoriseringar. Dessa görs dock i huvudsak innan handläggning slutförts, varför den utredning och analys som handläggaren gör inte kommer med (tex bakomliggande orsaker, åtgärder).

Avvikelseärenden

Resultat



Figur 4: Avvikelseärenden, antal per klassificering och år

Analys: Det totala antalet inrapporterade avvikelseärenden har ökat jämfört med tidigare år. Ökningen är procentuellt jämförbar för vård- och arbetsmiljöärenden (ca 9 procent för båda). Den största ökningen (ca 11procent) ses i kategori övriga ärenden. Där ingår de ärenden som handläggaren varken registrerat avvikelsetyp eller sammanhang på (n=1 772). Att handläggaren inte gjort någon registrering innebär att ärendet är o-hanterat, då handläggnings- och utredningsdelen av formuläret inte öppnas förrän detta är gjort. Jämfört med tidigare år, har

andel o-hanterade ärenden ökat med ca 6 procent.

Under övriga ärenden ingår även händelser kategoriserade som Utrustning/ Produkt, Informationssäkerhet/ IT/ Telefoni, Anläggning/ Fastighet, Fordon, Kris- och katastrofmedicin, Miljö, Grundläggande säkerhet samt Annat. Bland dessa är det händelser relaterade till Utrustning och produkter som ökat mest, från fjolårets 66 ärenden till årets 165 ärenden.

Åtgärder: Under året har det erbjudits utbildningstillfällen för handläggare ca 1 ggr/ månad. Det har varit få deltagare per utbildningstillfälle varför andra aktiviteter i syfte att öka kvalitet i ärendehantering behöver tas fram under kommande år.

Hantering av negativa händelser och tillbud

Mål: Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada

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

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

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

Därutöver bedöms även sannolikhet (S) för att liknande ska inträffa igen, allvarlighetsgrad (A) samt görs en kategorisering av skada. Samtliga dessa parametrar bedöms i fyrgradiga skalor. När $S \times A$ är ≥ 6 eller när allvarlighetsgrad enskilt är 3-4 ska en utökad, intern vårdskadeutredning genomföras. Om verksamheten efter den interna vårdskadeutredningen gör bedömningen att det troligen handlar om en allvarlig vårdskada, kontaktas chefläkare. Chefläkare bedömer om utförd utredning är tillräcklig eller behöver kompletteras inför en eventuell anmälan till Ivo.

Analys: Ett extra datauttag för parametrarna negativ händelse, tillbud, skada samt undvikbarhets bedömning (vårdskada?) har beställts via systemleverantören. Vid analys av resultatet ses inkonsekventa bedömningar, varför stickprovskontroller med genomgång av hela avvikelseformulär genomförs av Patientsäkerhetssamordnare. De brister i handläggning (tex gjorda kategoriseringar) som identifieras är av den storleksordningen att en presentation av resultatet inte blir relevant.

Bristerna som identifierats är inte relaterade till nuvarande systemstöd. Bedömningen utifrån stickprovskontrollerna är istället att bristerna direkt kan korreleras till handläggarens nivå av erfarenhet och kompetens.

Åtgärd: Det har varit och fortsätter vara stor omsättning på medarbetare som tilldelas behörighet/ roll som handläggare av avvikelseärenden, vilket bidrar till att erfarenhet och kompetens inte hinner förvärvas eller vidareutvecklas över tid. Erfarna handläggare är för få eller saknas helt inom vissa verksamheter. Detta är ett fenomen som uppmärksammas även i andra regioner och som diskuterats i olika nätverk där representanter från regionens patientsäkerhetsenhet deltar.

- En riskbedömning/- analys planeras, gällande om samt hur handläggarens nivå av erfarenhet och kompetens påverkar avvikelseprocessen.
- Aktiviteter i syfte att öka kvalitet i handläggning (oavsett systemstöd) behöver identifieras och implementeras under kommande år.
- Det är helt nödvändigt att projektet för införandet av regionens nya avvikelsehanteringssystem tillförs resurser och slutförs så snart som möjligt.

Nationella och regionala mätningar

Regionen deltar i nationella punktprevalensmätningar (PPM) och registrerar resultat i SKR:s databas "Väntetider". Via så kallade kontrollmoment i Stratsys ska alla enhetschefer som bedriver hälso- sjukvård och tandvård besvara frågorna. För Vårdhygiensdel handlar frågorna omvårdrelaterade infektioner (VRI), basala kläd- och hygienrutiner (BHK). Det finns även ett kontrollmoment kopplat till trycksår. Utifrån resultatet på respektive kontrollmoment, ska verksamheterna göra en prioritering och arbetamed förbättrande åtgärder.

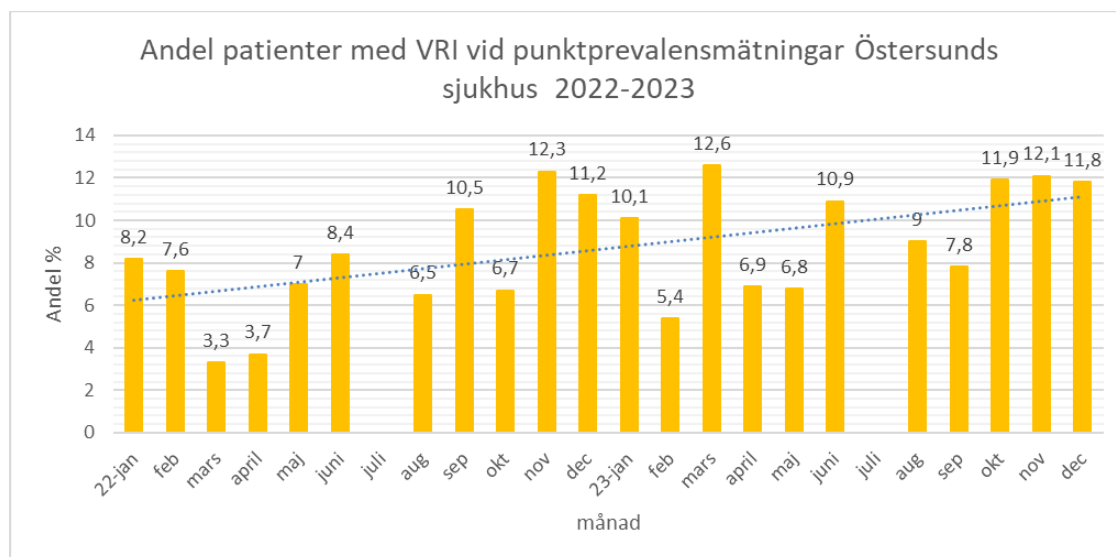
VRI

Kontrollmoment	Påstående för kontrollmomentet	Kontrollstatus, Antal	Åtgärd
Riskbedömning VRI	Personal känner till risker och arbetar med att förebygga Vårdrelaterade infektioner(VRI).		
		På plats 92 (st)	
		Planerad 1 (st)	
		Ej svarat 54 (st)	

Kontrollmomentet riskbedömning VRI har ca en tredjedel av cheferna inte besvarat. Detta beror delvis på att systemet var nytt och frågorna inte blivit riktade endast till de enheter som frågorna gäller. Dessutom misstolkas påståendet i vissa fall som att själva punktprevalensmätningen av vårdrelaterade infektioner är det förebyggande arbetet istället för att åtgärder ska vidtas utifrån resultat av mätningen.

Resultat

Vid årets 11 PPM VRI observerades totalt 1923 patienter, av dessa drabbades 183 (9,6 procent) patienter av VRI. I april deltog regionen i den internationella ECDC (Europeiska smittskyddsmyndigheten) punktprevalensmätningen för vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning på akutsjukhus. I mätningen ingick 232 patienter från Östersunds sjukhus och 6,9 procent av dessa hade en VRI. Resultatet sammantaget för alla deltagande sjukhus låg på 10,3 procent. De vanligaste VRI var urinvägsinfektion, lunginflammation och hud- och mjukdelsinfektion.



Figur 5. Fördelning i procent, av VRI och trendlinje.

Analys

Den vanligaste typen av vårdskada i Sverige är vårdrelaterade infektioner (VRI).

Från januari 2022 till december 2023 har trendlinjen ökat, detta kan bero på låg följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Utlokaliserade patienter har en ökad risk för att drabbas av VRI. Då Regionen har stort behov av hyrpersonal finns risk för att förbättringsarbetet och följsamhet till rutiner brister eller inte hinns med.

Åtgärd

Övergripande resultat av mätningar har sänts via mail till berörda chefer efter varje månads-mätning. Dessa innehöll även förslag till förbättringsåtgärder för att minska VRI.

Övergripande resultat för VRI har redovisats för politiken samt högsta ledningen. Då Vårdhygien även påtalade vikten av att högsta ledningen efterfrågar resultat samt åtgärder utifrån dessa mätningar.

VRI kan förebyggas genom att bland annat öka följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler, tidig mobilisering av patienten, avveckling av urinkatetrar. För att upprätthålla en hög hygienisk standard behöver personalen få utbildning kontinuerligt inom det vårdhygieniska området. Genom att minska VRI minskas utvecklingen av antibiotikaresistens och kostnader för vården samt lidande för patienter.

Basala Hygienrutiner och Klädregler (BHK)

Kontrollmoment	Påstående för kontrollmomentet	Kontrollstatus, Antal		Åtgärd
Mätning av Basala Hygienrutiner 4ggr/år	Ni har en 100 % följsamhet efter alla 4 mätningar . Enheten tar del av eget resultat via PPM databasen efter varje mätning och återkopplar till medarbetarna som vidtar åtgärder utifrån utfall.		På plats	60 (st)
			Under införande	12 (st)
			Plannerad	10 (st)
			Saknas	3 (st)
			Ej svarat	59 (st)

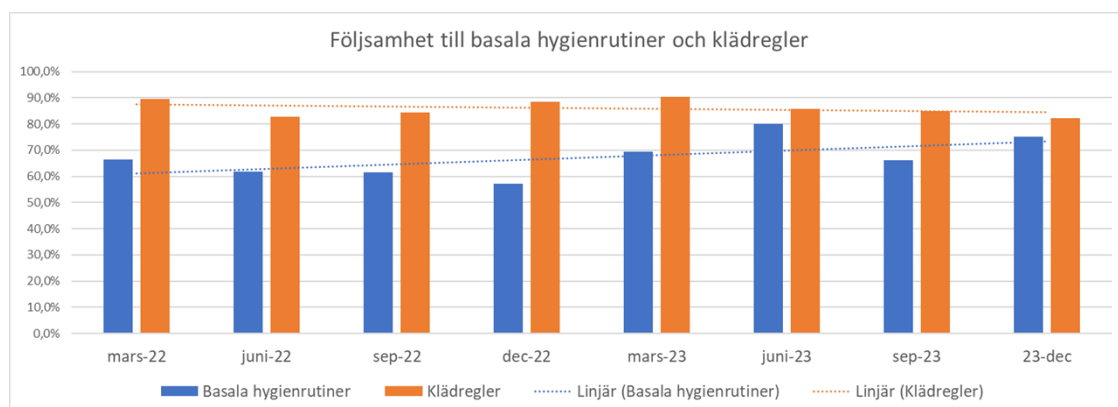
Fyra påståenden ingår i samma moment vilket gör det svårt för cheferna att besvara korrekt. Vårdhygien ser över detta till nästa år. Flera enheter svarar på plats trots att det i mätresultat framgår att de inte har 100% följsamhet till BHK. OP/IVA har fördömligt visat statistik i sin kommentar samt skrivit analys, åtgärder samt uppföljning. Även Ortopeden har lagt in statistik och skrivit bra kommentarer.

Resultat

Medelvärde av de fyra mätningarna 2022 för Basala hygienrutiner var 68 procent, för klädregler 87 procents följsamhet. För 2023 är resultatet Basala hygienrutiner 73 procent och klädregler 85 procent. Följsamheten till Basala hygienrutiner har ökat något medan följsamhet till klädregler (där bla klocka/ringar/nagellack ingår) har minskat.

Det moment som har lägst följsamhet i mätningar för BHK är liksom tidigare år fortsatt handdesinfektion, både före och efter patientkontakt. Bärande av av ringar, klockor och nagellack har ökat sedan tidigare år. Deltagandet i mätningarna har ökat under året.

Nationellt har Regionen de lägsta resultaten till följsamhet för Basala hygien och klädregler (BHK).



Figur 6. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, Region Jämtland Härjedalen

Analys

Det finns förbättringsarbete att göra kring både följsamhet av basala hygienrutiner och klädregler samt av arbetet kring detta i Stratsys. Flera enheter har inte momentet på plats i Stratsys och hos de som klarmarkerat påståendet finns inte en följsamhet på 100 procent vilket är kravet för att det ska anses vara på plats. Det saknas även kommentarer under åtgärder på de flesta enheterna.

Att personalen inte desinfekterar händerna före och efter patientkontakt samt bärande av ringar, klockor och nagellack medför en stor patientsäkerhetsrisk. Detta kan leda till smittspridning till patienter, kontaminering av omgivning/material samt risk för att smitta sig själv.

Åtgärd

Övergripande resultat av mätningar har sänts via mail till berörda chefer efter varje mätning.

Övergripande resultat för BHK har redovisats för politiken samt högsta ledningen. Då Vårdhygien även påtalade vikten av att högsta ledningen efterfrågar resultat samt åtgärder utifrån dessa mätningar.

Vid nyanställning skriver medarbetare inom hälso- och sjuk, tandvård på att de ska följa basala hygienregler samt klädregler. Denna blankett ändrades under 2023 till att vara ett avtal mellan vårdpersonal och enhetschef för att ytterligare trycka på vikten av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Basala hygienrutiner och klädregler ingår alltid i de utbildningar som Vårdhygien håller för vårdpersonal. Filmen angående basala hygienrutiner och klädregler i Kompetensportalen har uppdaterats.

Trycksår

Kontrollmoment	Påstående för kontrollmomentet	Kontrollstatus, Antal	Åtgärd
Riskbedömning - avd	Risikfaktorer och riskgrupper för trycksår är kända av all personal på enheten.	På plats 18 (st)	
	Hud- och riskbedömning genomförs på alla patienter inom 8 timmar efter inskrivning på slutenvårdsavdelning. Doku-	Ej svarat 17 (st)	

Kontrollmoment	Påstående för kontrollmomentet	Kontrollstatus, Antal	Åtgärd
	mentation av hud- och riskbedömning sker i Inskrivningsmall slutenvård omvårdnad i Cosmic inom 8 timmar. Hud- och riskbedömning genomförs på alla patienter inom 24 timmar efter inskrivning i Mobila närvårdsteamet MINT och Storsjögläntan. Dokumentation av hud och riskbedömning sker i Inskrivningsmall slutenvård omvårdnad i Cosmic efter inskrivning Uppdatering av hud- och riskbedömning görs efter behov. Som strukturerat riskbedömningsinstrument används den modifierade Norton-skalan som komplement till den kliniska bedömningen Riskfaktorer och riskgrupper för trycksår är kända av all personal på enheten.		

Kontrollmoment Trycksår

Mål: Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.

Resultat: Trycksår utgör en del av egenkontroll momenten i regionens verksamhetsplaneringssystem Stratsys, som en del i patientsäkerhetsarbetet. Utifrån resultatet på kontrollmomenten gör verksamheterna en prioritering och tar fram aktiviteter för förbättringar. 2023 är första gången som kontrollmomentet genomförts för trycksår och svarsfrekvensen var mycket låg.

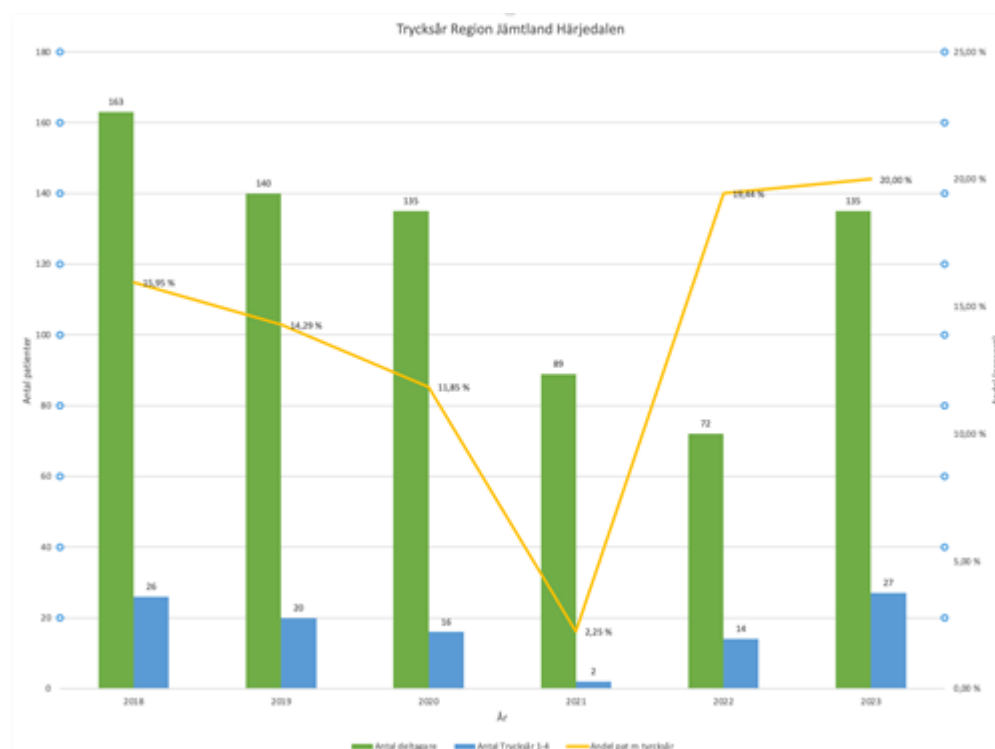
Analys: Förutsättningarna för lagefterlevnad behöver stärkas och förbättras. Kontrollmomentet innehåller många frågor och behöver koncentreras till att lyfta de mest avgörande momenten för ökad patientsäkerhet.

Åtgärd: Under 2024-2025 kommer ett trycksårsprojekt att genomföras för att förbättra förutsättningarna inom slutenvården gällande metodstöd, utbildning, riskbedömning och uppföljning. En översyn av kontrollmomentet trycksår kommer också genomföras kopplat till projektet.

PPM Trycksår

Mål: Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada

Resultat: Regionen deltar årligen i de nationella PPM mätningarna för trycksår som SKR samordnar. Under oktober 2023 genomfördes mätningen med 135 deltagare från region Jämtland Härjedalen. Nationellt ligger trycksår på 13,7 procent och regionen har det nationellt högsta värdet på 20 procent i år. För de sjukhusförvärvade trycksåren har riket 10 procent medans regionen har 16,7 procent. Regionen utför inga lokala eller regionala mätningar.



Figur 7. Antal deltagare(patienter), antal med trycksår kategori 1-4 och andel patienter med trycksår.

Analys: Regionen saknar fungerande systematiskt kvalitetsarbete gällande trycksår.

Åtgärd: Under 2024-2025 kommer ett trycksårsprojekt att genomföras för att förbättra förutsättningarna inom slutenvården gällande metodstöd, utbildning, riskbedömning och uppföljning.

Anmälningar till IVO - Lex Maria

Anmälan till Ivo (lex Maria)

Resultat: Under 2023 har regionen anmält tolv ärenden till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Flera utredningar avslutades sent på året och kommer anmälas i början på 2024. Som jämförelse anmälde regionen åtta ärenden under 2021.

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

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

En generell problem är att utredningar startar med stor fördröjning efter att en händelse har uppmärksammats samt att utredningar tar orimligt lång tid att slutföra. Många av förbättringsförslagen är inte tillräckligt effektiva och/eller sprids inte i verksamheten vilket leder till att liknande händelser fortsätter inträffa. Detta bedöms bland annat bero på att resurser till utredningar och implementering av beslutade åtgärder inte avsätts på adekvat sätt, då andra

arbetsuppgifter prioriteras högre i verksamheterna. Detta belystes i samband med "Ledningens genomgång" december 2023 och en gemensam strävan mot ett effektivare utrednings- och förbättringsarbete finns i regionen.

Åtgärd: Patientsäkerhetsenheten har i år inte publicerat någon ny "Lär av lex Maria", vilket annars varit tradition för ett ökat lärande utifrån avvikelseärenden och för ökad spridning av beslutade åtgärder och förbättringar. En intern dialog pågår kring informationsspridning och lärande i organisation framgent.

Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag - LÖF

Till LÖF inkom under 2023 totalt 263 anmälningar från Jämtland Härjedalen. Anmälningarna gäller all verksamhet (sjukhusvård, primärvård, psykiatri och FTV). Det är en minskning jämfört med föregående år, då antalet anmälningar var 298. Januari 2024 är 32 anmälningar ersatta, 68 ej ersatta och resterande 163 under handläggning.

Tillförlitliga och säkra system och processer

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



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Punktprevalensmätningar (PPM)

Vid årsskiftet 2023-2024 lade SKR ner databasen för punktprevalensmätningar VRI, BHK och trycksår. Regionen stod då utan system för fortsatta mätningar. Arbete pågår för att lösa detta i egen regi.

Kontinuerlig övervakning av vårdrelaterade infektioner

Regionen saknar en kontinuerlig övervakning av vårdrelaterade infektioner. Det nationella systemet för kontinuerlig övervakning som finns är Infektionsverktyget. Det finns brister i detta system, så som att det är svårarbetat, har fokus på antibiotikaanvändning och inte VRI. Infektionskliniken kommer dock att göra en pilotstudie i början av 2024.

Suicid

Under 2022 togs arbetssätt fram kring suicidbedömningar och kompetenshöjande åtgärder genomfördes om psykisk ohälsa. Akutmottagningen har under 2023 inte kunnat prioritera detta arbetet i tillräckligt hög omfattning på grund av resursbrist. Det finns således inte en tillförlitlig arbetsprocess och rutiner som fungerar av sig själv, utan det kräver fortlöpande utbildning och informationsinsatser.

Inom psykiatrin har verksamheten identifierat utvecklingsområden inom suicidriskbedömningar och hur krisplanering journalförs. Under 2023 har uppstart av arbete påbörjat kopplat till säkerhetsplanering. Arbetssättet utgår från ett utbildningspaket där en särskild arbetsbok används. Arbetsboken är framtagen för att vara ett stöd för vårdpersonal i samtal med vuxna patienter med suicidtankar. Tanken är att den ska underlätta arbetet med suicidprevention genom att ge en struktur för hur en sådan insats kan se ut och vad den bör innehålla.

Materialet togs ursprungligen fram för att användas inom specialistpsykiatri, men eftersom patienter med suicidtankar och suicidalitet finns överallt inom och utanför sjukvården har önskemål framkommit om att bredda användningsområdet till att även kunna omfatta primärvård och övrig sjukvård. För personal inom specialistpsykiatri kan materialet användas för patienter som har eller har haft en aktiv suicidalitet, och där det finns interprofessionella team med tillgång till specialistläkare inom psykiatri att kontinuerligt konsultera vid behov.

Under året har en ny journalmall för BUP:s läkare implementerats, där strukturen vad gäller sökorden för suicidriskbedömningar har förbättrats.

Suicidutbildning, uppdaterad gemensam rutin har genomarbetats inom PV med representanter från områdets PLA tillsammans med övriga NV områden och Psykiatri.

Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsbedömning görs vid inläggning samt dagligen vid rond samt vid utskrivning, dock har verksamheterna inget säkert system för detta då Cosmic och Pascal inte är integrerade med varandra. Det finns ett pågående arbete via LAG korrekt läkemedelslista, som kan komma att innebära förbättrande förslag/arbetssätt.

Läkemedelsgenomgångar genomförs för samtliga SÄBO. Genomgångar bokas in på enhetsnivå tillsammans med läkare från Läkemedelsenheten. Antibiotikaföreskrivning sker enligt riktlinjer.

Läkemedel

Policy	Kontrollmoment	Påstående för kontrollmomentet	Kontrollstatus, Antal	Åtgärd
Läkemedel	Narkotikakontroll	Narkotikakontroll utförs regelbundet minst en gång per månad	På plats 66 (st) Under införande 1 (st) Planerad 1 (st) Saknas 2 (st) Ej svarat 58 (st)	
	Åtgärder vid svinn	Enhetsschef och verksamhetschef får rapport vid svinn av narkotikaklassade läkemedel	På plats 70 (st) Saknas 2 (st) Ej svarat 57 (st)	
	Lokal rutin för Introduktion och fortbildning	Enheten har utarbetade rutiner för att introducera nyanställda samt ge fortlöpande information om de lokala rutinerna för läkemedelshantering till all personal som berörs av läkemedelshante-	På plats 59 (st)	

Policy	Kontrollmoment	Påstående för kontrollmomentet	Kontrollstatus, Antal	Åtgärd
		ring.	 Under införande 7 (st)  Planerad 1 (st)  Saknas 3 (st)  Ej svarat 59 (st)	
	Aktuella ordinationer finns i läkemedelslistan COSMIC/Pascal	Det finns beskrivet i kommentar till vald kontrollstatus hur det säkerställs att patienten har aktuella ordinationer i COSMIC/Pascal läkemedelslista när den är inläggande och/eller lämnar vårdenhet/mottagning. Ange vad som eventuellt saknas för att kunna säkerställa det.	  På plats 62 (st)  Under införande 5 (st)  Planerad 1 (st)  Saknas 7 (st)  Ej svarat 65 (st)	

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

Att utföra kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen, genom att vissa moment besvaras i Stratsys egenkontroll, infördes i slutet av 2023. Målet har varit att kontrollmomenten ska besvaras av alla som hanterar läkemedel på ett eller annat sätt (ordination, iordningställande, administrering, överlämnande, förvaring). I denna omgång har flera som inte hanterat läkemedel fått frågor då systemet utgått från kostnadsställen. Det är bra att vi nu identifierar alla som hanterar läkemedel och kan justera mottagarna tills nästa kvalitetsuppföljning.

Totalt i regionen är svarsfrekvensen ca 55 procent. Per verksamhetsområden är svarsfrekvensen 0 -100 procent.

Alla frågor skulle besvaras med kommentarer till påståendena om vad som finns på plats eller saknas. Detta har dock inte nått fram till alla och systemet skulle behöva underlätta mer för användaren så det blir utfört.

Kontrollmomenten har innefattat frågor om *Ansvar, Delegering, Narkotikahantering, Lokala rutiner för läkemedelshantering, Introduktion och fortbildning, Ordinationer, Akut behov av läkemedel och Dosjustering*.

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

Narkotikakontroll

Merparten av slutenvårdens avdelningar, mottagningar och hälsocentraler (66 st) har rutiner på plats, 32 stycken beskriver om vad som är på plats alternativt saknas.

- Läkemedelsenheten ser i sina kontakter med verksamheterna, att problem med narko-

tikasvinn kan uppstå på olika ställen över tid, så även detta år. Det kan vara av olika allvarlighetsgrader. Allt från slarv med dokumentationen till stöld förekommer, det kan även innebära att patienter inte får det läkemedel som den ska ha. Det är viktigt att narkotikahanteringsrutinerna är kända och följs för att snabbt kunna fånga upp mönster och vidta åtgärder.

Åtgärder vid svinn

Svinn och felhantering rapporteras via avvikelssystem och till enhetschef för vidare åtgärd. När svinn upptäcks så görs det eftersökningar och om det ej går att spåra genomförs kontrollräkning med tätare intervall samt dubbelsignering. Det framgår dock inte i vilken utsträckning verksamhetschefer får information om det inträffade.

Läkemedelsenheten tillhandahåller:

- Framtagning av ny narkotikajournal där även tiden för uttaget ska registreras, vilket underlättar spårning vid svinn. (Tillgängligt 2024)
- Infört utbildningsträffar för narkotikaansvariga sjuksköterska. (Nytt 2023)
- Sakkunnigt stöd till verksamhetschefer, enhetschefer och läkemedelsansvariga i händelse av utredning av svinn.
- Rutin för narkotikahandtering
- Checklista för narkotikakontroll

Lokal rutin för Introduktion och fortbildning

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

- I de kontakter som läkemedelsenheten har med läkemedelsansvariga framgår att introduktion ofta inte hinns med och att det är för få seniora medarbetare som kan introducera. Det har också framgått att det är för lite introduktion till hyrpersonal för att de ska bli patientsäkert. Okunskap om journalsystemet COSMIC läkemedelslista är en källa till felhantering och avvikelser.
- Läkemedelsenheten erbjuder introduktion av läkemedelshandtering till Nyanställda sjuksköterskor och sjuksköterskans första år samt till AT-läkare och ST-läkare.
- Från och med 2023 erbjuds även undersköterskor utbildning vid sommarintroduktionen.

Aktuella ordinationer finns i läkemedelslistan COSMIC/ Pascal

För att säkerställa att patienten har aktuella ordinationer anger de flesta att rutiner finns, dock har inte alla kommenterat vad som är på plats. Område medicin anger att ordinationer ska kontrolleras vid inskrivning från akuten och dagligen gås igenom vid rond och vid utskrivning. Bristande följsamhet till rutinen förekommer vilket leder till att ordinationer i Cosmic och Pascal ej överensstämmer.

På medicin, barn och ortopedien pågår förbättringsarbeten.

Kommentarer från enheter som inte har allt på plats eller upplever att läkemedelslistan inte stämmer när den kommer dit:

“Tyvärr ofta har patienterna inte uppdaterad l.m lista när de kommer till enheten”

“Behöver följas upp”

“Patientosäkert att ändringar i Pascal inte automatiskt hamnar i Cosmic.”

“Bättre introduktion läkare”

Läkemedelsenheten ser i avvikelserapporterna att det i stor utsträckning är patientens läkemedelslistor som inte stämmer i slutenvården, det förekommer även inom primärvård. En stor källa till avvikelserna är att COSMIC inte överensstämmer med Pascal vid inläggning på sjuk-

hus med felmedicinering/utebliven dos som följd. Det är inte ovanligt att felet följer med även vid utskrivning. Inom LSG patientsäkerhet finns LAG korrekt läkemedelslista som flertalet gånger belyst problematiken och föreslagit ändrade arbetssätt. Förutsättningar för en helintegrerad läkemedelslista mellan COSMIC och Pascal kommer först 2028. För att göra det ännu tydligare att patienten har dosförskrivning har Cambio kontaktats om önskemål.

Uppföljning

Hösten 2023 innebar ett försök till att använda Stratsys för kvalitetsuppföljning av läkemedelshandtering, arbetssättet kommer utvecklas 2024.

Planen för läkemedelsenheten är att återkoppla till de verksamhetsområden som inte svarat på kontrollmomenten. Vid kommande fysiska kvalitetsgranskningar lyfts kontrollmomenten för att fånga upp om rutiner finns och ge stöd kring vad som saknas.

Säker vård här och nu

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



Är vården säker idag

Läkemedelsförsörjning

Utifrån att omvärlden förändrats, så har det varit stort fokus på att trygga läkemedelsförsörjningen. Antal restnoterade läkemedel har fortsatt ökat under året jämfört med tidigare år. Det har inneburit merarbete för forskrivare, patienter, övrig vårdpersonal, anhöriga, apoteken och för läkemedelsservice. Centralt har läkemedelsenheten försökt ge stöd i utbytesalternativ och centrala licensmotiveringar. Nationellt pågår ett intensivt arbete där bland annat Läkemedelsverket och en nationell koordineringsfunktion utsedd av regionerna, arbetar tätt med övriga aktörer.

Regeringen har gett direktiv om att ytterligare öka robustheten av läkemedel. Satsningen påbörjades 2022 och medel finns till och med 2026 för att öka lagernivåerna av läkemedel i regionen. För att inte normalflödet av läkemedel ska störas, samarbetar regionerna för att planlägga vilka inköp av vilka läkemedel som kan ske när under året.

Under året skiftade regionen dosleverantör. Det är ett känsligt skifte, då cirka 3500 av våra mest sköra patienters läkemedelsdispensering flyttas mellan olika leverantörer. Arbetet gick bra, tack vare bra samarbete mellan region, leverantör och kommuner.

Inhyrd personal

Regionens behov av hyrpersonal har ökat markant under 2023, i stort sett en fördubbling från 7- 8 procent under 2022 till att i slutet av 2023 landa på att 15 procent av bemanningen utgörs av hyrpersonal.

Överbeläggningar, utlokaliserade och utskrivningsklara patienter

Såväl överbeläggningar, som utlokaliseringar innebär patientsäkerhetsrisker, varför det är viktigt att följa trenderna, och agera så att patienter i så stor utsträckning som möjligt vårdas på ett säkert sätt. Som framgår av tabell 3, så har Regionen haft ungefär samma antalet unika disponibla vårdplatser under 2023 som under 2022. Beläggningsgraden har minskat något, andelen utlokaliserade patienter likaså, även andelen överbeläggningar var lägre 2023 jämfört med 2022. Andelen vårdplatser belagda med utskrivningsklara har ökat något under 2023 jämfört med 2022, se tabell 3.

Verksamheter med inläggande patienter har under 2023 ökat antal disponibla vårdplatser, vilket påverkat beläggningsgraden gynnsamt. Det har varit möjligt genom rekrytering av personal och organisatorisk förändringar. Antalet minskat utlokaliserade patienter är ett resultat av dessa åtgärder. Akutmottagningen har under året omarbetat sin belastningsplan för att säkra patientomhändertagande, undvika negativ inverkan på patientsäkerhet och arbetsmiljö. Planen är utgör ett stöd för vilka åtgärder ledningssjuksköterskan behöver sätta in vid olika belastningslägen.

Det saknas konsensus i den vetenskapliga litteraturen kring optimal beläggningsgrad, men tydliga samband visas mellan hög beläggningsgrad och tillgänglighets- och patientsäkerhetsrisker. Riskerna beskrivs ofta för en beläggningsgrad över 80 – 90 procent. Med utgångspunkt i kända tillgänglighets- och patientsäkerhetsrisker, och de skilda behov som ses för planerad respektive oplanerad vård, föreslår Socialstyrelsen ett riktvärde för genomsnittlig beläggningsgrad över ett år om 85 procent för oplanerad vård och 95 procent för planerad vård. Eftersom många verksamheter har både planerade och oplanerade inflöden beräknas sammanvägda regionala riktvärden för slutenvården som helhet, som ligger mellan 85 och 89 procent. För Regionen finns inga övergripande riktvärden fastställda.

Tabell 3. Jämförelse mellan 2021, 2022 och 2023 för Region Jämtland Härjedalen (både somatisk och psykiatrisk vård)

	2021	2022	2023
Antal unika disponibla vårdplatser	231	224	225
Beläggningsgrad	89%	90%	87%
Antal utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser	6,09	3,24	2,24
Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser	4,61	6,91	4,81
Andel vårdplatser belagda med utskrivningsklara patienter	3,60%	2,60%	3,1%

Riskhantering

Med stöd av ledningssystemet Stratsys genomförs riskbedömning och riskanalyser inför verksamhetsförändringar. I dessa analyser bedöms flera säkerhetsområden, arbetsmiljö, patientsäkerhet, informationssäkerhet och miljö. Inför varje sommar genomför verksamheterna riskanalyser. Nytt från 2024 är att verksamheterna kommer att kunna göra riskanalyser för både arbetsmiljö och patientsäkerhet i Stratsys, något som setts som en brist under 2023.

Gröna korset beskrivs av verksamheterna som en metod för att identifiera risker i realtid,

skapar ett underlag för riktat systematiskt förbättringsarbete som ökar patientsäkerheten och förbättrar patientsäkerhetskulturen.

Vid händelser som skett där uppenbara risker kan ses eller vid vårdskadeutredningar där risker kan ses som bifynd eller direkta fynd kan en riskanalys genomföras av dessa riskmoment. När det så behövs utförs en riskanalys sätts ett team ihop som leds av verksamhetsutvecklare och deltagande av andra funktioner så som MLA, MLU, specialistsjuksköterska, enhetschef eller annan.

Under 2023 har ett flertal riskanalyser skett i verksamheterna, många av dem har berört anpassningar av schema med anledning av ändring i AB gällande 11 timmars vila, flytt av verksamhet, ny maskinpark- byte av hemodialysapparater, läkemedelsprocess vid inläggande vård, skyddsronder, hygienronder, ombyggnationer och förändringar av vårdplatsstruktur. Från de privata vårdgivarna nämns att begränsningar vad gäller tillgång till regionens IT-system i sig utgör en risk, som kan medföra vårdskada.

Stärka analys, lärande och utveckling

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



I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

De anmälningar Regionen gör enligt lex Maria tillsammans med riktade journalgranskningar hjälper oss att få en ökad förståelse för hur patientsäkerheten ser ut, vilka orsaker som finns bakom vårdskador och vilka faktorer som påverkar patientsäkerheten. Handlingsplaner som upprättats vid så kallade händelseanalyser följs upp efter sex till åtta månader, med syfte att se om föreslagna åtgärder fått effekt. Några exempel från verksamheterna är tvärprofessionella utbildningar där strukturerat arbetssätt för riskbedömningar genomförts med efterföljande simuleringsövning. Via nätverk för händelseanalysledare sprids goda exempel från genomförda analyser. Även resultat och föreslagna åtgärder av de avvikelser som utreds i verksamheterna återförs regelmässigt och diskuteras öppet i verksamheterna. Morbidity- och mortality konferenser hålls regelbundet inom vissa områden. Där diskuterar områdets läkare komplikationer som inträffat för att förbättra system, rutiner och arbetssätt och därigenom undvika liknande incidenter. Användandet av Cosmic Insight för att få en snabb överblick av till exempel väntelistor med mera är under utveckling. Inom primärvården utvecklas arbete via Medrave för att följa kvalitetsparametrar relaterade till säker vård.

Nationella kvalitetsregister används i begränsade omfattning av enskilda team i vården. Något som verksamheterna efterlyser är möjligheter till automatiska överföring till kvalitetsregister från journalsystem för att spara arbetstid.

I Regionen finns det utmaningar kring styrning, uppföljning och kontroll över kvalitet i vårdstatistik, något som framkommit i revision under 2023. Det saknas tydliga styrdokument, ansvar för övergripande vårddata är inte klargjort, det saknas resurser för att bedriva ett kvali-

tetsarbete kring vårddata och vårddata är inte tillförlitliga. Här pågår ett grundligt arbete för att säkra regionens datalager med relevanta data.

Avvikelser

Allt som avviker ska rapporteras och hanteras!

En av utmaningarna för region Jämtland Härjedalen är att rapportering och hantering av det som avviker idag sker i flera olika ärendehanteringssystem, beroende på vilken typ av avvikelse som uppmärksammas.

Genom införandet av Gröna korset finns ett möte (samarbetsyta) där medarbetare från alla yrkesprofessioner tillsammans med ledare och chefer kan träffas och diskutera de avvikelser som uppmärksammas, utbyta erfarenheter, skapa ett gemensamt lärande samt tillsammans besluta hur/ till vilket ärendesystem de uppmärksammade händelserna ska rapporteras.

En annan utmaning inom regionen är att nå acceptans för att inget av de ärendehanteringssystem som används är "bättre" eller "sämre" än något annat, utan att varje system är anpassat för den typ av avvikande händelse som hanteras där.

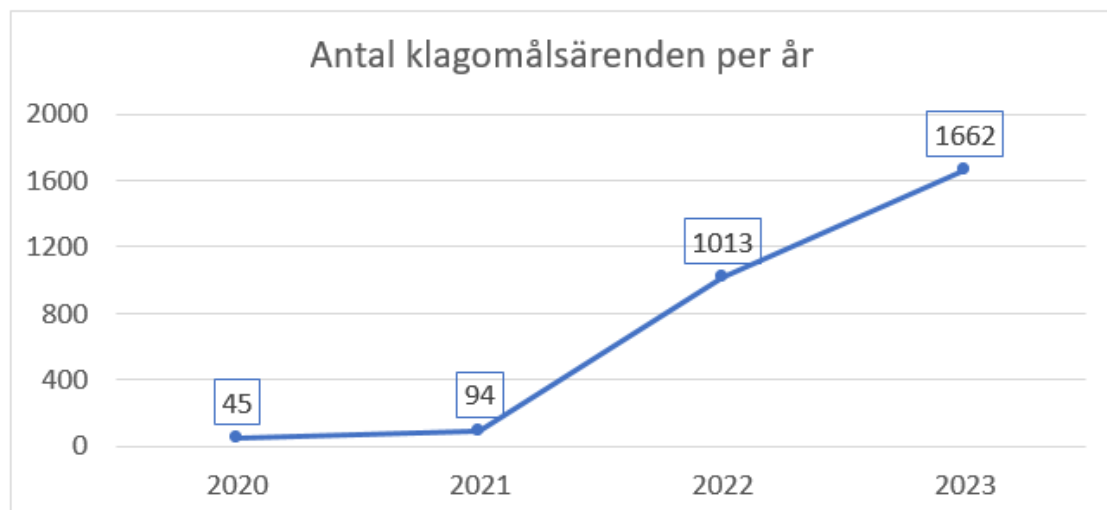
I övrigt se punkt 4.1.1.1 samt 4.1.1.2

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter till verksamheten

Antal ärenden som kommer in direkt till verksamheterna via e-tjänsten för Synpunkter och Klagomål fortsätter att öka. Jämfört med fjolåret ses en ökning med ca 650 ärenden.

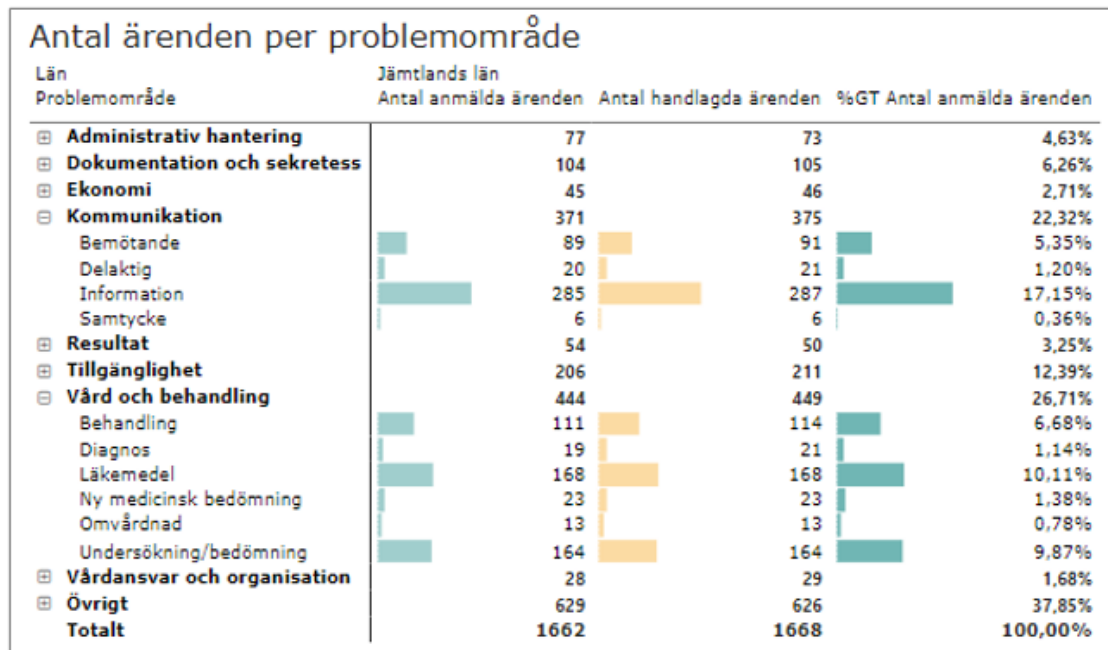
Under året har nya enheter anslutit sig, såsom Folktandvården samt Anestesi, operation och Iva. Det finns fortfarande enheter som av olika anledningar valt att stå utanför, men arbetet för att ansluta fler enheter fortsätter. Som patient kan man alltid välja att skicka in sitt ärende till Patientnämnden om man inte hittar önskad verksamhet.



Figur 8: Antal ärenden till verksamhet via e-tjänst för Synpunkter och klagomål, fördelat per år.

(Under 2020-2021 använde regionen en egenutvecklad e-tjänst, där endast ett fåtal enheter var anslutna. Från 2022 har regionen varit ansluten till Ineras 1177 e- tjänst)

I samband med att patient/ närstående rapporterar in ett ärende görs även en kategorisering genom att välja inom vilket problemområde man vill rapportera. Posten "Övrigt" är den enskilt största kategorin med 37,8 procent av ärendena. Erfarenheten från verksamheterna är att denna kategori ofta används när invånaren saknar eller inte hittar önskad e-tjänst. Därefter är det, liksom föregående år, inom problemområdena Information (17,1 procent), Läkemedel (10,1 procent) samt Undersökning/ bedömning (9,9 procent) som invånare har flest klagomål.



Figur 9: Ärenden inkomna via 1177 e-tjänst "Synpunkter och Klagomål". Fördelning enligt kategorisering gjord av patient/ invånare.

Under 2023 har process för hantering av synpunkter och klagomål förtydligats. Patientsäkerhetsenhetens verksamhetschef är utsedd till processägare och samordnare inom enheten till processledare. Ett processteam har utsett, med deltagare från alla de olika systemförvaltningar som hanterar klagomålsärenden tillsammans med en verksamhetsrepresentant utsedd av regionens divisionschefer. En av uppgifterna för processteamet är att under 2024 ta fram statistik från respektive systemförvaltning som de olika verksamheterna kan använda som underlag i det kontinuerliga förbättringsarbetet som utförs för att göra vården säkrare. En förhoppning är att under kommande år även kunna utöka processteamet med en patientrepresentant.

Patientnämnden

Patientnämndens årliga rapport visar att antal klagomål och synpunkter under året minskat mot året innan. Under 2023 tog patientnämnden emot 557 ärenden (2022 var det 637 ärenden). De vanligaste inkomna klagomålen handlade om brister i vård och behandling samt brister i kommunikation mellan vårdgivare och patient. Andra stora problemområden rör synpunkter på tillgänglighet samt brister i vårdansvar och organisation. Patientnämnden har under året särskilt uppmärksammat patienten som medskapare för en säker vård, vilket var årets tema för den internationella patientsäkerhetsdagen. Patientnämnden noterar att vårdgivare många gånger, utifrån en enskild synpunkt vidtar förbättringsåtgärder på en övergripande nivå, vilket ledar till att vården blir bättre och säkrare för många. Åtgärderna handlar bland annat om att utarbetar nya rutiner, förändra arbetssätt, vårdskadeutredningar, systematiskt lärande av inträffade händelser, eller att patienter involveras i förbättringsarbeten. Nämnden noterar att patientnämndsärenden efterfrågas i större utsträckning av olika verksamheter

inom regionen, där olika typer av patienterfarenheter efterfrågas för att utgöra en del av patientperspektivet i förbättringsarbeten och beslutsunderlag. Denna utveckling ses som mycket positiv, det stärker patientnämndens, och framförallt patienters och närståendes roll i patientsäkerhetsarbetet.

Inspektionen för vård och omsorg (Ivo)

Privatperson (patient/ närstående) kan anmäla klagomål direkt till Ivo. Om vårdgivaren inte fått möjlighet att hantera klagomålet, kommer Ivo att avsluta ärendet från patient/ närstående och skicka ett meddelande till vårdgivaren om att de överför ärendet för utredning. Idag saknas en samlad statistik för antal inkomna ärenden, då Ivo både skickar ärenden till regionens centrala diarium men även direkt till den enhet eller den medarbetare som är namngivna i ärendet.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Riskfylld läkemedelsbehandling

Insulin

Under året har det varit många avvikelser relaterat till insulinbehandlade patienter. Insulin är ett riskläkemedel och det är viktigt att kunna hålla samman blodsockervärden tillsammans med ordinerade doser vid ordination och administrering. Avvikelserna handlar om missade insulindoser relaterat till okunskap om insulinpatienter och stressig arbetsmiljö för sjuksköterskor där man inte hunnit ge patienten insulinet. Det har framkommit att vårdpersonal har bristande kunskap i hur insulin ordinerar på inlaggande patienter. En bidragande orsak är att insulin ordinerar på papper och att det inte är några utdelningstillfällen i journalsystemet Cosmic utan enbart en hänvisning till att följa diabeteslista på papper.

En ny rutin för att ordina och administrera insulin i journalsystemet testades på en pilotavdelning under hösten. I utvärderingen framkommer att det blev mycket bättre för sjuksköterskorna som administrerar, men läkarna får inte längre samma goda översikt som diabeteslistan på papper ger. Patientsäkerhetsrisken förflyttades, men kvarstår för patienten. I maj 2024 beräknas ny rutin för ordination av insulin elektroniskt vara tillgänglig tack vare en utveckling av analysytan i journalsystemet.

Syrgas

Felaktig syrgashantering har visat sig vara ett stort problem, vilket även syns i avvikelserna.

Det finns en stor okunskap om hur syrgas ska administreras, ordinationer saknas, felkoppling sker där patienten får luft i stället för syrgas och att patienter kan bli utan syrgas vid transporter då bärbara tuber inte innehåller tillräckligt med syrgas.

En arbetsgrupp håller på att ta fram övergripande rutiner för syrgashantering och utbildning. Ordinationsmallarna för syrgas har setts över och administreringssättet har redan ändrats.

Ordination

Regionen har arbetat med åtgärder kopplade till felaktiga läkemedelslistor. Avvikelser har visat att ordinationer saknas, felaktiga doser och/eller att dubbletter av läkemedel förekommer. Vanligt är att det förekommer vid inneliggande vård samt vid utskrivning och i vårdens övergångar.

Orsaker till detta kan vara att läkemedelsgenomgångar ej genomförs, tiden räcker inte till, okunskap i journalsystemet och/eller att IT-stöden inte är kompatibla (COSMIC/Pascal). Arbetet kommer att fortgå under kommande år.

Kompetensutveckling

Kompetensutveckling av medarbetare, arbeta för att behålla samt rekrytera krävs för att arbeta in goda rutiner och strukturer. Verksamheter har identifierat utbildningsbehov och planerar aktiviteter för att upprätthålla kvalitet och patientsäkerhet. Det handlar om allt från kompetenskort till specialistutbildningar, utbildning via regionens kompetensportal, simuleringsövningar vid KTC till föreläsningar på avdelningar.

Patientmedverkan

Inom kunskapsstyrningen finns en vägledning för patient- och närsteåndemedverkan i patientsäkerhetsarbetet som utgör ett konkret stöd för vårdgivare, patienter och närstående med en översikt av lämpliga metoder och arbetssätt för att öka förutsättningarna att arbeta aktivt med medverkan och delaktighet. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys kom vid årsskriftet med en promemoria kring erfarenheter av patientmedverkan i styrning och ledning av hälso- och sjukvården. I implementeringen av personcentrerade och sammansatta vårdförlopp (PSV) finns förutsättningar att stärka patientmedverkan ytterligare. Möjligheter till patientkontrakt-din överenskommelse med vården är goda.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

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

Regionens ansträngda ekonomi utmanar det fortsatta arbetet för Säker vård. Uppdraget för "Säker vård" behöver bli tydligare och finnas med som målområde i regionens verksamhetsplan. Revidering av den regionala handlingsplan för ökad patientsäkerhet kommer att ske med hänsyn till uppdatering av den nationella handlingsplanen, Agera för säker vård.

Nya förutsättningar för 2024 är att Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) inte längre förvaltar och utvecklar material som t ex utbildning, metodstöd och vägledning för patientsäkerhetsarbete. Nedstängning av databaser för PPM skapar utmaningar för Regionen att följa data regionalt men också att kunna göra nationella jämförelser.

Det vårdhygieniska arbetet kommer under 2024 behöva förutsättningar att omsätta och implementera vägledning för vårdhygieniskt arbete. Detta arbete kommer att behöva ske på flera nivåer inom Regionen, från huvudman till enskilda medarbetare och patienter. I arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner är tillgång till vårdhygienisk expertis ett grundläggande behov. Nu bemannar en Infektionsläkare hygienläkarrollen, efter sommaren 2024 kommer det troligen vara ett rullande schema på olika infektionsläkare som sköter uppgiften. Regionen behöver fortsatt arbeta med att anställa en hygienläkare som är eller är villig att utbilda sig till hygienläkare.

Regionens Kliniska tränings centrum (KTC) har fått ett större utbildningsuppdrag och en budget som säkerställer resurssättning. Förutsättningar att öka kunskap och erbjuda teamsimuleringar i kliniskt arbete för medarbetarna kommer gynnas.

Regionen behöver säkerställa kunskap inom IT-stöd för att skapa förutsättningar till ökad digitalisering inom hälso- och sjukvården där varje medarbetare ges möjlighet till utbildning inom de digitala systemen som ingår i det dagliga arbetet.

Tabell 4. Mål och aktiviteter i de fem fokusområdena.

Grundläggande förutsättning/ fokusområde	Mål	Aktivitet
1. Öka kunskap om inträffade vårdskador	Ökad resiliens genom lärande och spridning av inträffade händelser	Fortsätta arbetet med införande av nytt avvikelssystem
2. Tillförlitliga system och processer	Öka kunskap i digitala system samt tillgång till mer digitalt stöd	Utökad digital teknik (t ex. digitala patientbesök och egenmonitorering) Utbilda medarbetare i användandet i digitala verktyg
3. Säker vård här och nu	Minska vårdrelaterade infektioner	Personal utbildas i basala hygienrutiner samt hur VRI kan motverkas Medarbetardrivet förbättringsarbete via hygiengrupp och utbildningar

	Förbättra läkemedelsprocessen i vårdens övergångar	Skapa förutsättningar för läkemedelsgenomgångar Utbildning i journalsystem
4. Stärka analys, lärande och utveckling	Utifrån korrekt indata för avvikelser, klagomål och händelser göra analyser inför förbättringar Tillgång till IT- stöd och säkra system för korrekt indata och analys	Fortsätta belysa vikten av tillgång till IT -stöd som är kompatibla med befintliga system såsom t ex Pascal och Cosmic Utbilda medarbetare i användandet av digitala verktyg
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap	Tillgång till färdighetsträning och simulering för ökad beredskap	Planera och genomföra simuleringsövningar som är relevanta för verksamheterna -HLR utbildning -Instruktörsutbildning -simuleringar