Patientsäkerhetsberättelse
Division Länssjukvård 2
2022

Datum 2022-12-16
Ansvarig för innehållet:
Ingela Johansson, verksamhetsutvecklare
Jonas Sandberg, Kvalitetsansvarig

Diarienummer

Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.
Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §
Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska 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 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.

Innehåll

SAMMANFATTNING 4

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD 5
Engagerad ledning och tydlig styrning 5
Övergripande mål och strategier 5
Organisation och ansvar 5
Samverkan för att förebygga vårdskador 6
Informationssäkerhet 7
Strålskydd 8
En god säkerhetskultur 8
Adekvat kunskap och kompetens 9
Patienten som medskapare 10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD 11
Öka kunskap om inträffade vårdskador 15
Tillförlitliga och säkra system och processer 16
Säker vård här och nu 17
Riskhantering 17
Stärka analys, lärande och utveckling 18
Avvikelser 18
Klagomål och synpunkter 20
Öka riskmedvetenhet och beredskap 21

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR 22

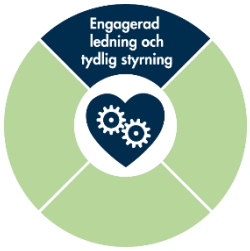
SAMMANFATTNING

Det stora inom divisionen har varit bristen på personal vilket gjort att patientsäkerheten har påverkats negativt. Vårdplatser har behövts stängas och fler patienter har blivit satellitpatienter inom andra kompetensområden. Personalbristen och Covid pandemin har gjort att vårdköerna växer och patienterna får vänta längre tid på åtgärd. Utifrån det rådande läge i verksamhetsområdena har man arbetat med att skapa struktur och arbetssätt som säkrar upp vården för patienterna. För att säkra att det finns kompetens har man bland annat schemalagt erfarna undersköterskor och sjuksköterskor med mindre erfarna, kompetensöverföring sker mellan läkare under operationer, rutin för introduktion av ny personal finns och utbildningar genomförs som är specifikt för verksamhetsområdet.
För att öka kunskapen om inträffade vårdskador genomförs dagligen, i nästan alla verksamheter, pulsmöten, Gröna Korset och SE UPP ronder.
Negativ händelse och tillbud identifieras genom att medarbetarna skriver avvikelser som sedan hanteras enligt verksamhetens avvikelserutin. Patientsäkerhet är en punkt på ledningsgrupper och på arbetsplatsträffarna. Vid allvarliga vårdskador genomförs händelseanalys. Vid förändring av verksamhet genomförs riskanalys. Risker hos patienterna identifieras via riskbedömning och/eller triagering.
Alla verksamheter deltar i de årliga punktprevalensmätningarna (PPM), trycksår, vårdrelaterad infektion (VRI) och basal hygien- och klädregler (BHK). Under året har andelen rapporterade enheter i BHK ökat men resultatet är som tidigare år, att man missar desinfektion innan handskpåtagning. Andelen patienter med trycksår har minskat i divisionen. Antalet registrerade avvikelser har ökat under året med 29% vilket kan bero på att patientsäkerheten hos personalen ökat och fler avvikelser skrivs eller att fler patienter har skadat sig. Under året har 8 händelseanalyser genomförts och 7 ärenden har blivit anmälda till IVO enligt Lex Maria.
Utmaningarna nästa år blir att fortsätta rekrytera personal så att vårdplatser kan hållas öppna. Verksamheterna fortsätter genomföra BHK mätningar månadsvis samt delta i PPM mätningarna som Regionen genomför samt fortsätter kompetenshöja personalen och öka patienternas delaktighet.

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

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

De övergripande patientsäkerhetsmålen tar sin utgångspunkt i Regionfullmäktiges strategiska plan som via regionstyrelsens mål mynnar ut i Patientsäkerhetsplanen och handlingsplaner som ligger till grund för respektive Divisions- och verksamhetsplaner.

Verksamheterna ska använda resultat från mätningar för att utveckla och förbättra vården. En samordnad vård utifrån individens behov får man genom ett personcentrerat förhållningssätt där patienten är en aktiv och självklar partner. Patientmedverkan sker bland annat genom Nationell patientenkät. Arbetet med Nationell kunskapsstyrning och daglig styrning ska fortsätta implementeras där målet är en hållbar verksamhet med hög säkerhet.

Övergripande mål för Regionen

- Andelen vårdskador ska minska under året från ingångsvärde 6.7%, 2021
- Vårdrelaterade fallskador hos äldre ska minska med 50% jämfört med 2021.
- Vårdrelaterade infektioner (VRI) minska med 5 % från ingångsvärde 12.9%, 2020
- Trycksår ska minska med 5 % från ingångsvärde 21.5%, 2021
- Följsamheten till basala hygien- och klädrutiner (BHK) 100%

Divisionsspecifika mål

- 70% av utskrivna patienter i målgruppen 75 år och äldre med mer än 5 läkemedel ska ha fått en läkemedelsberättelse
- Alla verksamheter ska införa Gröna Korset för att synliggöra risker för vårdskador.

Organisation och ansvar

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

I Regionens ledningssystem finns anvisningar gällande organisation, roller och ansvar.
Regionen har en Patientsäkerhetsstrateg och Lex Maria-läkare som driver patientsäkerhetsfrågorna.
Divisionernas kvalitetsansvariga deltar i LSG patientsäkerhet. Divisionschefen är ytterst ansvarig

för att patientsäkerhetsarbetet tillämpas i verksamheten. I divisionens Närstöd finns verksamhetsutvecklare som stödjer cheferna med bland annat händelseanalyser. Verksamhetsområdeschefer/verksamhetschefer har ansvaret för planering, ledning, styrning och egenkontroll. De ansvarar tillsammans med övriga chefer för att ta fram läns-/klinikgemensamma rutiner och regler, uppföljning och utvärdering. Enhetscheferna ansvarar för att driva, leda och följa upp patientsäkerheten i den dagliga verksamheten. Varje enhet har en avvikelseansvarig. Medarbetarnas roll är att identifiera, åtgärda samt rapportera risker och vårdskador.

Länssjukvården är indelade i 8 verksamhetsområden som vardera leds av verksamhetsområdeschef.

- VO Allmänkirurgi/Urologi
- VO Hjärtsjukvård
- VO Infektion/Hud/Reuma/Lunga
- VO Obstetrik/Gynekologi
- VO LSS/Syn/Hör
- VO Ortopedi
- VO Paramedicin
- VO Ögon/ÖNH/Käkkirurg

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Divisionerna har arbetat internt och externt med kunskapsstyrning med stöd av Nationellt kliniskt kunskapsstöd, nationella vårdprogram samt personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.
För att säkra vårdens övergångar vid utskrivning från slutenvården samt att underlätta den samordnade planeringen mellan kommun och region har alla somatiska och psykiatriska verksamheter infört samordnad planering och IT systemet Lifecare.
Alla verksamhetsområden (VO) som har vårdplatser deltar dagligen på sjukhusets dagliga styrningar.

VO Ortopedi
Verksamheten samverkar med andra regioner via RPO som är ett samråd för strategiska frågor för olika sjukdomsgrupper. Där följer man upp och analyserar behandlingsresultat och verkar för förbättringar i vården. För att få säker kirurgi sker samverkan med kirurgen och man använder sig av checklistan Säker kirurgi.
VO LSS/Syn/Hör
Ett pilotprojekt tillsammans med hälsocentral har genomförts där man tillsammans har gått igenom svåra ärenden för att hitta rätt åtgärder på rätt vårdnivå för patienterna vilket förhindra att patienterna ”bollas” mellan verksamheterna. Arbetssättet har varit lyckat och fler hälsocentraler har efterfrågat denna konsultation.
VO Infektion/Hud/Reuma/Lunga
Verksamhetsområdet fortsätter samverkan med kommunerna. Utökningen av kontaktssjuksköterskorna på lungmottagningen har gjort att övergångarna mellan Sunderby sjukhus och länsklinikerna fungerar bra. Fibrosrond (1 ggr/månad) sker mellan reumatologmottagningen

och lungmottagningen**.** Hälsocentralen får hjälp via video av en hudspecialist. Samverkan mellan lungmottagningen och länsservice har skett för utbyte av CPAP utrustning.
VO Ögon/ÖNH/Käk
Under året har man startat upp samarbete med andra vårdgivare som tar emot ÖNH patienter som behöver operation i syfte att stärka läkarnas operationskompetens. För att minska köerna till operation har extern upphandling genomförts. Divisionerna har arbetat internt och exernt med kunskapsstyrning, nationella vårdprogram samt personcentrerade och sammanhållna vårdprocesser.
VO Obstetrik/Gynekologi
Verksamheten fortsätter att samverka med andra aktörer såsom barnklinik, centraloperation och primärvård för att säkerställa att patienternas flöde i vården förbättras och patientdelaktigheten ökar. Under året har man startat bäckenbotten team där fysioterapeut numera ingår.
VO Allmänkirurgi/Urologi
Klinikerna deltar i lokal samverkansgrupp med Boden- och Luleås kommuner. Endoskopienheten på Sunderby sjukhus deltar i en lokal samverkansgrupp mellan kirurgi och gastromedicin. Cytostatika enheten som ger behandling till urologiska och kirurgiska cancerpatienter har en regional samverkansgrupp. ERAS certifierade har samarbete mellan kirurgi, anestesi- operation och intensivvård. Upplevelsen är att samverkan mellan slutenvård och öppenvård saknas samt önskar man en bättre samverkan med bild- och funktionsmedicin.
VO Paramedicin
Dagligen sker samverkan mellan paramedicin och övriga verksamhetsområden på sjukhuset. För att säkra patientförflyttningar genomför personal från paramedicin förflyttningsutbildning för all vårdpersonal. Samverkan mellan sjukhusens och kommunens fysioterapeuter och arbetsterapeuter sker bland annat kring hjälpmedelsförskrivning.
VO Hjärtsjukvård
Vid behov sker samverkan med andra verksamheter.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

I regionens ledningssystem finns anvisningar och rutiner gällande informationssäkerhet som verksamheten arbetar utifrån. Ledningssystem - Informationssäkerhet (nll.se)

Verksamheterna arbetar med följande för att bibehålla en god informationssäkerhet.
- Patienter får skriftligt begära journal kopior eller via 1177.
- Vid nyanställning kontrolleras legitimationen, legitimation gentemot socialstyrelsen och personalen informeras om sekretess och tystnadsplikt samt får skriva under ett sekretessavtal.
- Årliga stickprov/loggkontroller i patientjournaler genomförs.
- Spårbarhet av special anpassade hjälpmedel inom ortopedin.

- Vid avslutad anställning tas behörigheter bort.
- Rutin är framtagen att alltid pausa datorn när man lämnar den utan uppsikt
- Allt arbetsmaterial med sekretessuppgifter, som skapas på papper, ska förvaras i låsbara arkivskåp

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Inom hjärtsjukvård, kirurgi och käk kirurgi förekommer genomstrålning för patienter. I verksamheterna finns tydliga instruktioner/checklistor för ny personal och skyddsutrustning för personal och patienter är inköpt. Utbildning av personal är genomförd inom endoskopin. Hjärtsjukvården har gjort en översyn av anställdas strålskyddsutbildning. Om verksamheten har genomlysningsutrustning sker regelbundna kontroll av medicinsk teknik.

En god säkerhetskultur

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

Divisionernas verksamheter har följt Regionens handlingsplan för patientsäkerhet och har deltagit i Nationella punktprevalensmätningar (PPM). Verksamheterna har också deltagit i obligatoriska samt flera frivilliga Nationella patientenkäter (NPE) för att använda resultatet i sina verksamheter.
I samband med medarbetarundersökningen som genomfördes hösten 2022 genomfördes även en säkerhetskulturmätning hos varje medarbetare. Resultat har ännu inte publicerats.

Mottagningsverksamheterna och vårdavdelningarna har kontinuerliga mötes forum där dialog om patientsäkerhet sker. Verksamheterna genomför kontinuerligt puls- och förbättringsmöten. På avdelningar sker pulsmöten dagligen och på mottagningar en gång i veckan. För lärande i organisationen tar verksamheterna upp aktuella händelser och avvikelser på arbetsplatsträffar och i ledningsgruppen. Patientsäkerhet är inom flera verksamhetsområden en stående punkt på ledningsgruppen.
Vårdavdelningarna genomför Gröna Korset dagligen. I dessa forum sker dialog om uppkomna händelser, risker och vårdskador som inträffat under arbetspasset. Beslut tas om händelserna ska hanteras som förbättringsförslag eller om de ska betraktas som avvikelser. Hälften av divisionens mottagningar har kommit igång med Gröna Korset.
Alla verksamhetsområden har hygienobservatörer och resultatet från BHK lyfts på arbetsplatsträffarna. Vissa avdelningar har infört SE UPP ronder som innebär att personalen kontinuerligt besöker patienterna i syfte att minimera risken att vårdskador uppstår.

VO Ortopedi
Summering av patientsäkerhetsrisker och vårdskador från Gröna korset sker varje månad via Gröna brevet som skickas ut till medarbetarna.

VO Ögon/ÖNH/Käk
Inom verksamhetsområdet har man utsett patientsäkerhetssamordnare som i samverkan med verksamhetschef och enhetschef ansvarar för att stötta och utveckla patientsäkerhetsarbetet.
VO Infektion/Hud/Reuma/Lunga
På vårdavdelningarna arbetar man i team och under dagen genomför teamet ministopp för att planera och revidera arbetet.
VO Allmänkirurgi/Urologi
Covid pandemin, omställningen och bemanningsproblematiken har gjort att man under året inte kunna genomföra förbättringsarbeten strukturerat.

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.

Patientsäkerheten har även under 2022 påverkats av Covid bl a genom fortsatt riktade resurser mot vaccination. Även den relativt höga sjukfrånvaron påverkar bemanningen.

Samtliga anställda har en individuell kompetensplan där man tittar på utbildningsbehov och önskemål hos de anställda. Inom ortopedin och inom infektionsavdelningen har man anställt utvecklingssjuksköterskor som har i uppdrag att planera, leda och bedriva förbättrings- och implementeringsarbeten tillsammans med enhetscheferna. Mentorskap till nyanställda medarbetare utses i flera verksamheter.
Arbetsgruppen på mottagningarna har lång erfarenhet medan på vårdavdelningarna arbetar personal med kortare erfarenhet. Problemen med kompetensförsörjningen och inhyrning av personal (läkare, sjuksköterska) är en patientsäkerhetsrisk då de inte känner till rutiner i verksamheten samt teamet som verkar kring dem. För att säkerställa att det finns kompetens på avdelningarna schemalägger man erfarna sjuksköterskor och undersköterskor med oerfarna samt har man rutiner för inskolning av ny personal. Inom förlossningsvården har man koordinatorer som är erfarna barnmorskor. De förlöser riskförlossningar efter triagering av patienterna.

För att säkra kompetensen i verksamheterna har följande aktiviteter genomförts;

- Internutbildningar, specifikt för verksamhetsområdet
- Flera sjuksköterskor har gått vidareutbildning i reumatologi.
- Betalning av barnmorskeutbildning
- Utbildat 3 nya ultraljudsbarnmorskor
- ProACT och HLR utbildning för nyfödda, barn och vuxna
- Chefer har genomgått utbildning i ”systematiskt patientsäkerhetsarbete”, internanalys och uppdatering av avvikelsesystemet ”Synergi”
- Etikgrupp inom ortopedin
- Traumamanual och traumaövningar har utarbetats inom kirurgin.

- Ensat rutiner, PM och har infört samma material och utrustning i länet på Ob/Gyn
- Standarder för insatser och åtgärder inom LSS/Syn/Hör
- Alla nya medarbetare inom paramedicin erbjuds patientssäkerhetsutbildning

Patienten som medskapare

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

PSL 2010:659 3 kap. 4 §
Beskriv struktur och aktiviteter för ***hur*** *patienter, brukare och närstående erbjuds möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.*

Samverkan med patienter och närstående sker i form av, patient- och närståendemöten, patientenkäter, inkommande klagomål och deltagande i händelseanalyser. För cancerpatienter genomförs kontinuerligt PROM/PREM enkät. I divisionen har nationell patientenkäter genomförts inom Länsenheten Särskilt Stöd (habilitering och rehabilitering) och inom Paramedicin (länslogopedin, fysioterapeuter och kuratorenheten).
Verksamheten hanterar alla klagomål från patient/anhörig som avvikelser. I samband med händelseanalyser erbjuds patient och/eller anhörig att delta via intervjuer.

VO Ögon/ÖNH/Käk
Patienterna får skriftlig information som komplement till den muntliga informationen. Glaukom kafé har anordnats. Samarbete med lokala patientråd och funktionsrättsorganisationer sker vid behov med olika diagnosgrupper. Patienterna kan vara delaktiga via 1177 och vårdguiden.
VO Infektion/Hud/Reuma/Lunga
Journalen finns tillgänglig för patienten via 1177. På reumatologmottagningen träffar vissa patientgrupper ett team besående av sjuksköterska, kurator, arbetsterapeut, fysioterapeut. Efter besöket fångas deras upplevelse upp via en enkät.
VO LSS/Syn/Hör
Patienternas/brukarnas nöjdhet och delaktighet fångas upp via en enkät efter genom insats/åtgärd. Vid framtagande av patientinformation/utbildningsmaterial involveras patienterna. En spetspatient har varit delaktig i att utveckla en diagnosutbildning för personer med autism. Vid översyn och framtagande av riktlinjer för hjälpmedel involveras intresseorganisationer.
VO Hjärtsjukvård
På hjärtintesiven har man patientnära rond för att göra patienten mer delaktig och informerade i sin vård.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Egenkontroll i divisionens verksamheter fokuserar på regionens strategiska mål samt patientsäkerhetsmål. Verksamhetsspecifika mål följs upp och återkopplas i linjeorganisationen samt redovisas i respektive verksamhets patientsäkerhetsberättelse.
Alla vårdverksamheter deltar i de årliga nationella punktprevalensmätningarna (PPM) för trycksår, vårdrelaterade infektioner (VRI) och basalhygien och klädregler (BHK). Under året har PPM-mätningar för trycksår, VRI och BHK genomförts. Månadsvis genomför verksamheterna egenkontroll av BHK. Inom ortopedin sker också månatliga trycksårsmätningar. Operation och sterilcentralen mäter CFU (bakteriebärande partiklar på operationssalen).
Inom regionen sker månadsvis markörbaserad journalgranskning (MJG) av ett centralt journalgranskningsteam. MJG sker via slumpvist utvalda journaler under året där Länssjukvård 2 verksamhet igår.
För att säkra upp vården har vårdavdelningarna återupptagit Gröna korset efter Covid pandemin. Omvårdnadsronder enligt modellen SE UPP genomförs. Vid inskrivning av patienter över 70 år genomförs riskbedömning för fall, trycksår, nutrition, munstatus och blåsöverfyllnad. Rutiner finns för bladderscanning efter operation och kateterdragning.
Inom LSS/Syn/Hör finns checklistor och patientinformation som används vid hjälpmedelsförskrivning inom Regionen och Kommunerna för att få likvärdiga bedömningar oavsett vem som bedömer behovet.
Nya bristningsregistret har implementerats på Ob/Gyn där bristning även grad 2 och perneotomi registreras. En operationssnurra har införts för att bibehålla och kompetens överföra kunskap inom opererande behandlingar och åtgärder i läkargruppen på Ob/Gyn.
För att minimera fallrisken vid träning av gång och förflyttning gör paramedicin en bedömning om behov finns av hjälpmedel och dubbelbemanning under träning.

Vårdskador

Mål: Regionens mål är att andel personer som drabbas av vårdskador ska minska under året från ingångsvärde 6,7%, 2021.

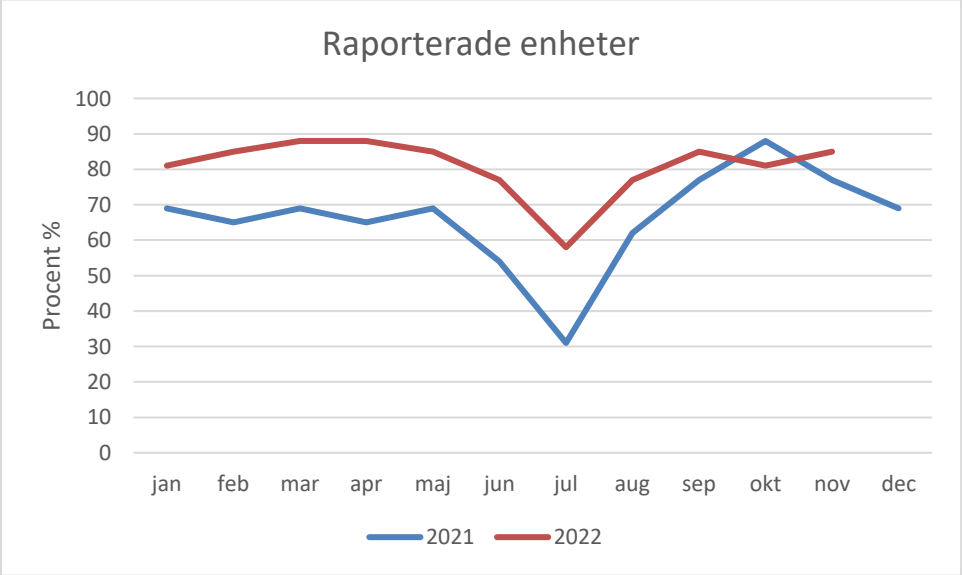
Resultat:
Regionen mäter vårdskador via markörbaserad journalgranskning. Eftersom det är en journalgranskning sker eftersläpning av resultatet så det resultat som redovisas är för 2021. Då låg vårdskadorna på 6,6%.

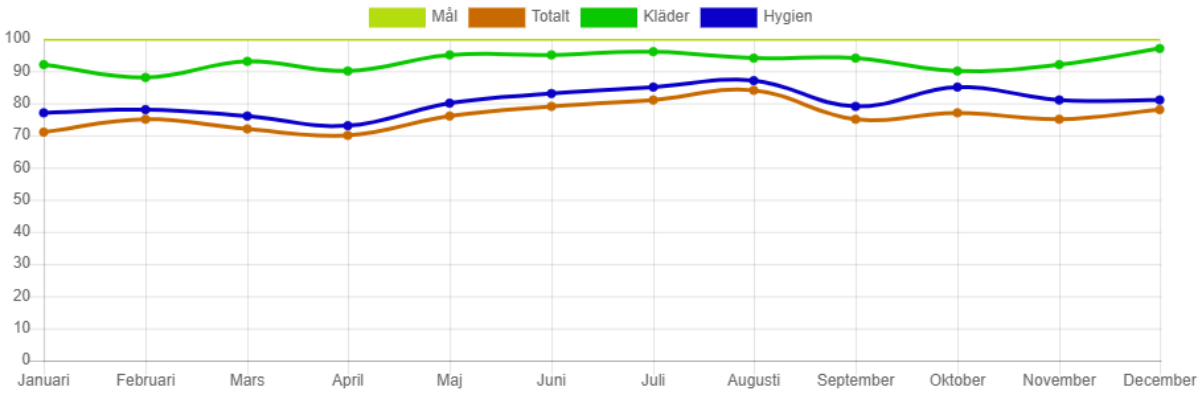
Analys av resultat: På Regionnivå är trenden att vårdskadorna ligger på samma nivå som året innan. Resultat för länssjukvård 2 kan inte redovisas eftersom granskningen grundar sig på specialiteter. De verksamheter som ingår i specialitet Internmedicin ägs både av Länssjukvård 1 och Länssjukvård 2 och enheterna kan inte separeras i resultatet.

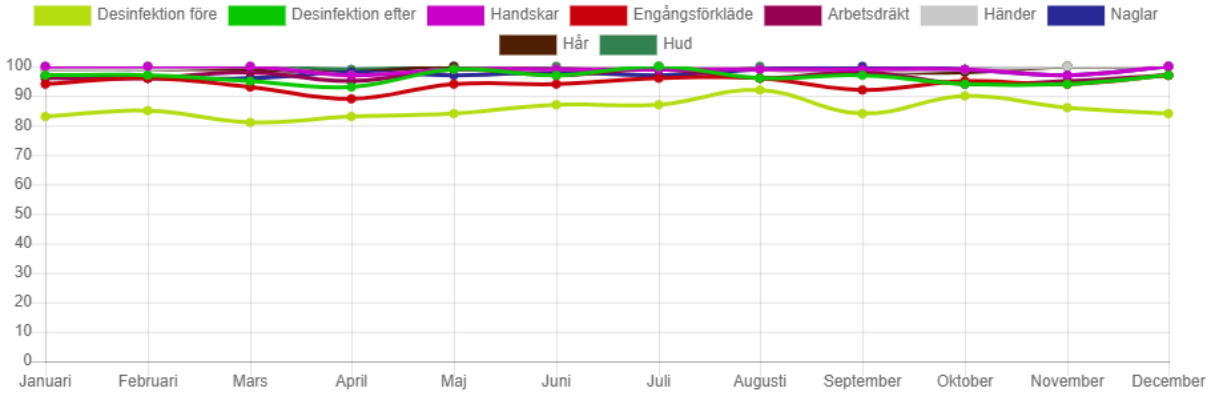
BHK månadsmätning

Mål: Regionens mål är att basala hygien- och klädrutiner ska följas till 100% av samtliga medarbetare.

Resultat:







Analys av resultat: Resultatet grundar sig på andelen rapporterade enheter. Under 2022 har andelen rapporterade enheter ökat i divisionen. Samma resultat ses som under 2021, bristerna är inom hygien främst desinfektion före man tar på sig handskar.

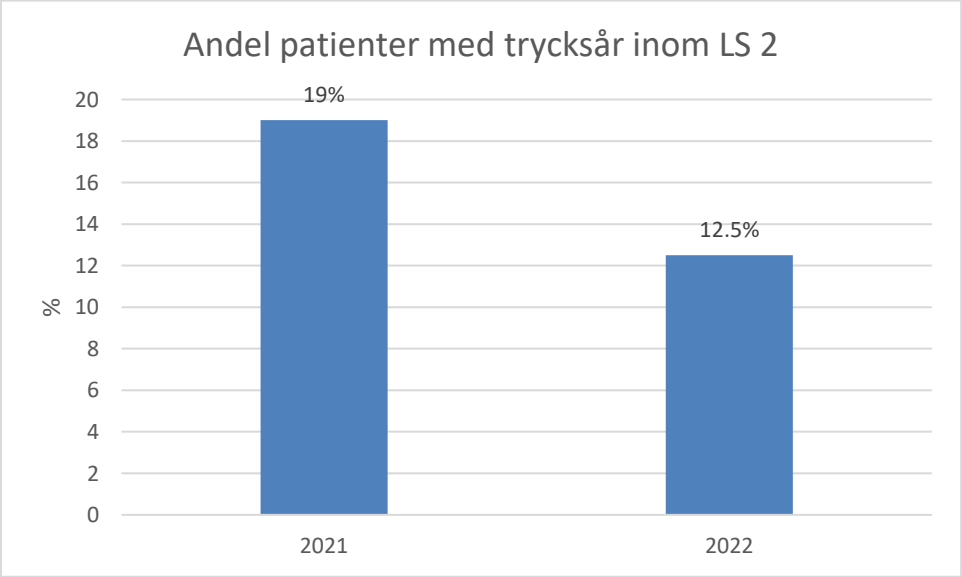
Åtgärd: Resultatet på andel rapporterade enheter samt desinfektion före patientnära arbete samt före användning av handskar visualiseras på divisionsledningen varje månad. Varje månad informeras VO cheferna om vilka enheter som inte har genomfört mätningen föregående månad.

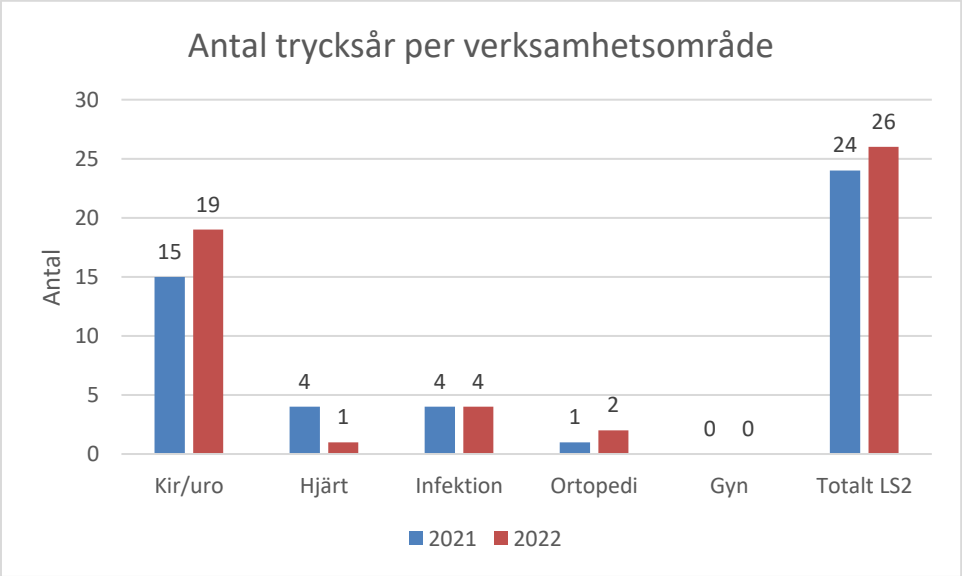
Uppföljning av åtgärd: Varje månad på divisionsledningen.

Trycksår

Mål: Minska med 5 % från ingångsvärde 21,5%, 2021

Resultat: Regionen hade 19,2% trycksår.





Analys av resultat: LS 2 har nått Regionens mål att minska med 5% från ingångsvärdet 21,5%. Trycksåren i divisonen har minska från 19% till 12,5%. Kirurgi/urologi bedömer att man inte redovisar resultaten relevant för kliniken eftersom patienter med trycksår läggs in på kliniken för att åtgärda trycksåren.

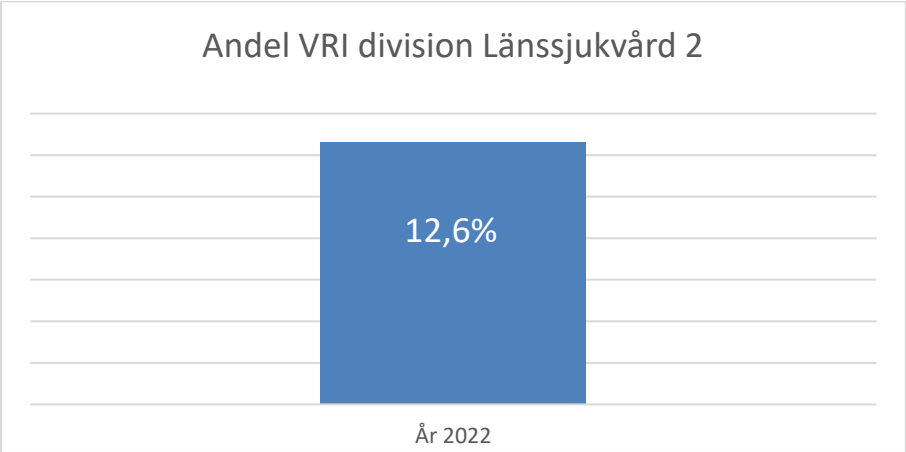
Åtgärd: Innan reslutatet kommit presenterades det preliminära resultatet för VO- cheferna på ett divisionsledningsmöte. Respektive enhet fick tillbaka bedömningsmallen på patienter som hade trycksår med syfte att reflektera över resultatet utifrån frågeställningarna:
Orsaken till trycksåret?
Hade vi kunnat undvika att patienten fick trycksår?

Har vi goda rutiner i verksamheten för att förebygga trycksår?

VRI

Mål: Minska med 5 % från ingångsvärde 12,9%, 2020.

Resultat: Resultatet för Regionen var 14,2%, 2022 och länssjukvården hade 12,6%.

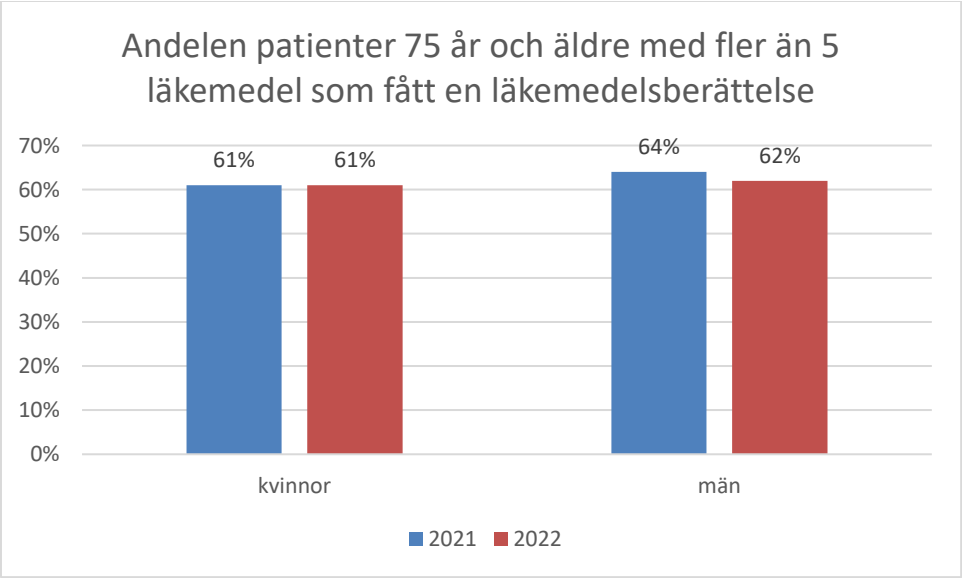


Analys av resultat: Under 2021 genomfördes ingen PPM VRI mätning därför kan inte resultat i divisionen jämföras. Ingen minskning av resultatet har skett jämfört mot målet däremot har länssjukvården ett bättre resultat än Regionen. Den vanligaste diagnosgruppen där VRI förekommit är inom hud och mjukdelar.

Läkemedelsberättelser

Mål: 70% av utskrivna patienter i målgruppen 75 år och äldre med mer än 5 läkemedel ska få en läkemedelsberättelse

Resultat:



Analys av resultat: Trenden är som tidigare år, ca 60% av patienterna får en läkemedelsberättelse. Ingen skillnad mellan kvinnor och män.

Gröna korset

Mål: Alla verksamheter ska införa Gröna Korset för att synliggöra risker för vårdskador.

Resultat: Alla vårdavdelningar och hälften av mottagningarna använder Gröna Korset dagligen. Aggregering av risker och vårdskador på divisionsnivå går inte att presentera då beslut saknas att verksamheterna ska rapportera data.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

För att verksamheterna ska öka kunskaperna om inträffade vårdskador har Gröna korset och SE UPP ronder införts på vårdavdelningar samt har även hälften av mottagningarna infört Gröna korset. Dagligen genomförs pulsmöten där händelser lyfts.
Verksamheterna har rutiner för hur avvikelser hanteras. Avvikelser tas upp, analyseras och diskuteras på ledningsgruppen. För att öka lärande sker återkoppling av avvikelserna och händelseanalys till medarbetarna på arbetsplatsträffarna.

VO Ortopedi
För att öka kunskapen hos medarbetarna sammanställs ett Grönt brev över enhetens vårdskador under månaden.
VO Allmänkirugi/Urologi
De flesta avvikelserna under året har handlat om lång väntan på akutmottagningen.

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.

För att säkra upp system och processer har verksamheterna infört stödstrukturer. Man har bland annat infört Gröna Korset, SEUPP ronder, anställt utvecklingssjuksköterskor, mentorskap för ny personal, deltar i kvalitetsregister, arbetar efter skapade rutiner, genomför årliga utbildningar inom kompetensområdet och HLR-utbildning till all personal. Verksamheterna har hygienombud som gör månadsvisa BHK mätningar. Resultatet tas upp på ledningsgruppen och återkopplas till medarbetarna på arbetsplatsträffen.

VO Ortopedi
Bladderscanner (mätning av resurin) genomförs på alla patienter vid inskrivning, efter operation, kateteterdrag samt om patienten har resurin. Säker kirurgi, LÖF:s checklista används. På dagkirurgiska enheten har man infört strikta regler för arbetet på operationssalarna, standardiserade vårdförlopp och LÖF:s checklista för ECT-behandlingar och blockader. Ortopedtekniska har infört ett system för registrering och spårbarhet av specialanpassade hjälpmedel. Mottagningen har tagit fram lathundar till de vanligaste momenten och man har standardiserat rutiner för mottagningsverksamhet.
VO Obstetrik/Gynekologi
Inom förlossningen har man gjort omtag av Gröna Korset och det har fungerar bättre när man valt att koncentrera sig på ett område. Under 2021 har man börjat följa blåsöverfyllnad och under 2022 har man utökat att även följa stora blödningar efter förlossning. Vårdskador som inträffat sammanfattas i ett Grönt brev och skickas ut till medarbetarna.
VO Paramedicin
Medarbetare medverkar i bedömning inför utskrivning av patienter som har behov av fortsatta insatser inom region och kommun.
VO Hud/Infektion/Lunga/Reuma
Verksamhetsområdet utför ganska lite egenkontroller i dagsläget eftersom man tagit fram statistik via Uppföljningsportalen som inte fungerar. Även dashboard i IT stödet Synergi fungerar inte som tidigare.

VO LSS/Syn/Hör
Verksamheten har skapat en standard för vägledning som beskriver hur man ska agera om man möter patient/brukare som uttrycker risk eller man misstänker att det finns risk för suicidförsök.

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.

Det som påverkar patientsäkerheten negativt är bristen på personal. Det gör att vårdplatser måste stängas och patienterna blir liggande kvar på akuten i väntan på vårdplatser. Vårdplatsbristen gör även att fler patienter blir satellitpatienter/utlokaliserade inom annat kompetensområde. Detta kan leda till fördröjd vård och att vårdskada uppstår. Kommunerna har under året haft svårigheter att erbjuda patienter korttidsplatser vilket gjort att de blivit kvar och uppehållit en vårdplats efter att de är utskrivningsklara. Bristen på personal och Covid pandemin har gjort att vårdköerna växer och patienterna får vänta längre på åtgärd. På vårdavdelningarna arbetar personal med kortare erfarenhet vilket gör att kompetensen hos medarbetarna varierar. Utifrån detta rådande läge har divisionens verksamheter tagit fram rutiner och strukturer för att i möjligaste mån försökt säkra upp vården för patienterna. Alla verksamheter deltar i för dem relevanta kvalitetsregister. Kontinuerligt analyseras resultatet och åtgärder genomförs. För att säkra upp medarbetarnas kompetens genomförs kontinuerligt utbildningar i verksamheterna. Genom att man genomför pulsmöten, gröna korset och SE UPP ronder dagligen kan man identifiera risker och vårdskador i vardagen som åtgärdas eller rapporteras vidare. Negativ händelse och tillbud identifieras genom att medarbetarna skriver avvikelser som sedan hanteras enligt verksamhetens avvikelserutin.

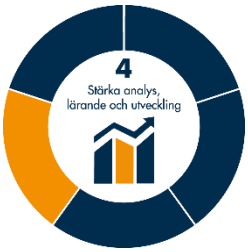
VO Allmänkirurgi/urologi
Har skapat en ny rutin för utlokaliserade patienter. Den ökade andelen satellitpatieter har medfört att rondteam fått stärkas upp med läkarbemanning. Man har arbetet med att stötta läkare på akuten. En verksamhetskritisk fråga har varit restnoterade läkemedel som gjort att de fått leta efter ersättning läkemedel och licenspreparat.
VO Hjärtsjukvård
På klinisk fysiologi har man arbetar med produktions- och kapacitetsplanering vilket gjort att 40% av den uppskjutna vården har kunna elimineras.

Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4
Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Riskhantering sker på personnivå genom riskbedömning och på enhetsnivå genom Gröna korset, avvikelsehanteringssystemet Synergi och internutredning/händelseanalys. Vid förändringar i verksamheten genomförs riskanalyser.

Stärka analys, lärande och utveckling

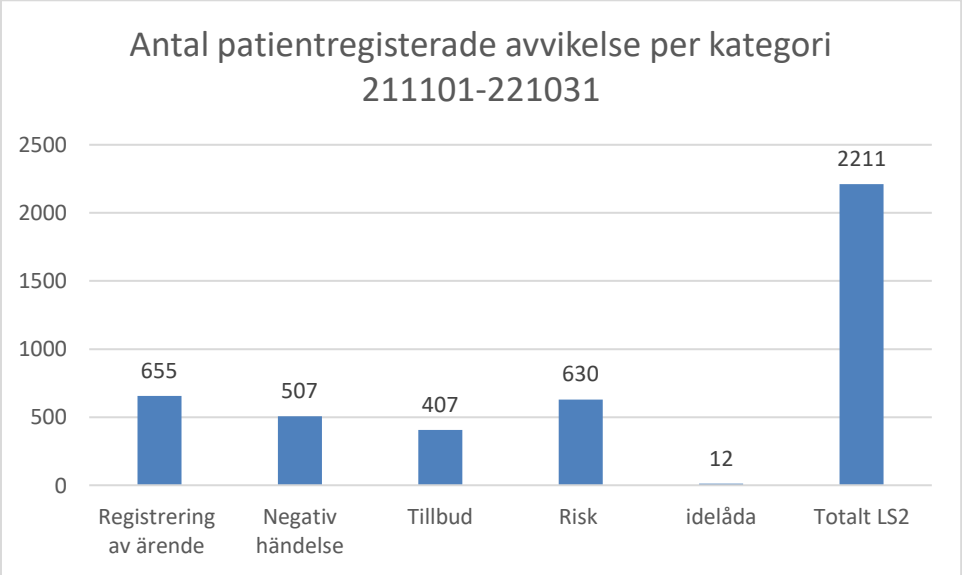


Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för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

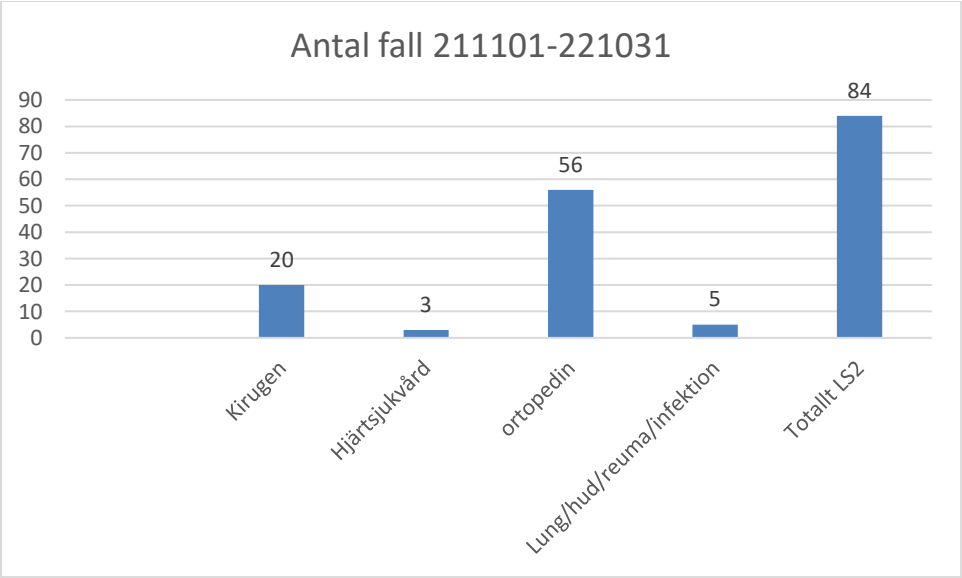
Avvikelser

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

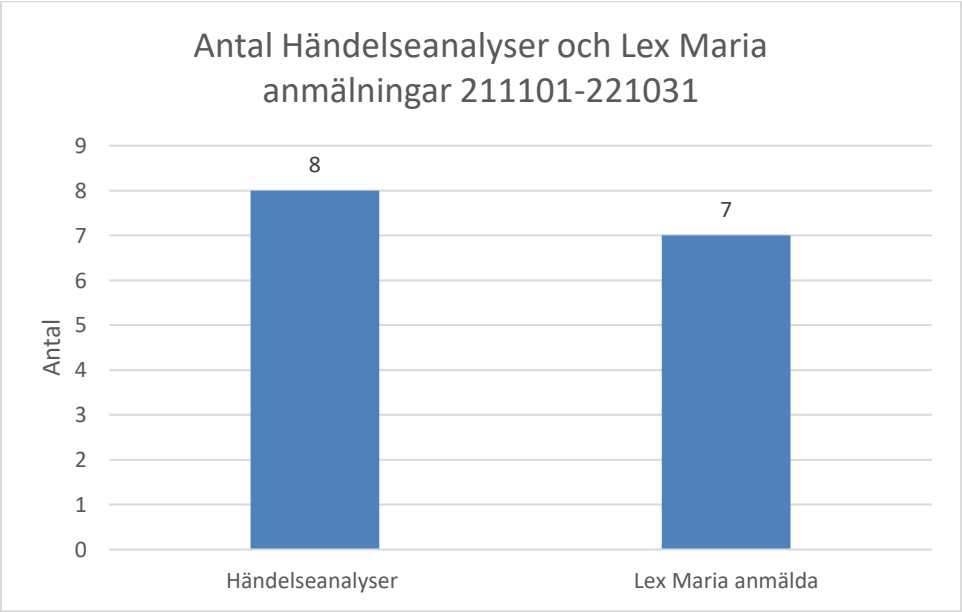
Alla verksamhetsområden har lokalt anpassade rutiner för avvikelsehanteringsprocessen och hur återkoppling ska ske till medarbetarna. Vid allvarligare händelser beslutas i samråd med chefsläkare om händelseanalys ska genomföras. Chefsläkare beslutar senare om ärende ska anmälas till IVO enligt Lex Maria.



Antalet registrerade avvikelser har ökat i divisionen med 29% under 2022. Ökningen kan bero på att kunskapen om patientsäkerhet ökat hos medarbetarna vilket gör att fler risker och vårdskador anmäls. En annan anledning kan vara att fler patienter skadar sig i vården då vi har en bristande bemanning, vårdplatsbrist och fler patienter i kö som väntar på åtgärd.



Under året har 84 avvikelser på patienter som fallit registrerats i avvikelsesystemet Synergi. Dessa avvikelser är avslutade eller under bearbetning.



Under året har 8 händelseanalyser genomförts och 7 Lex Maria anmälningar. Inga händelseanalyser ligger kvar i divisionen i väntan på hantering.

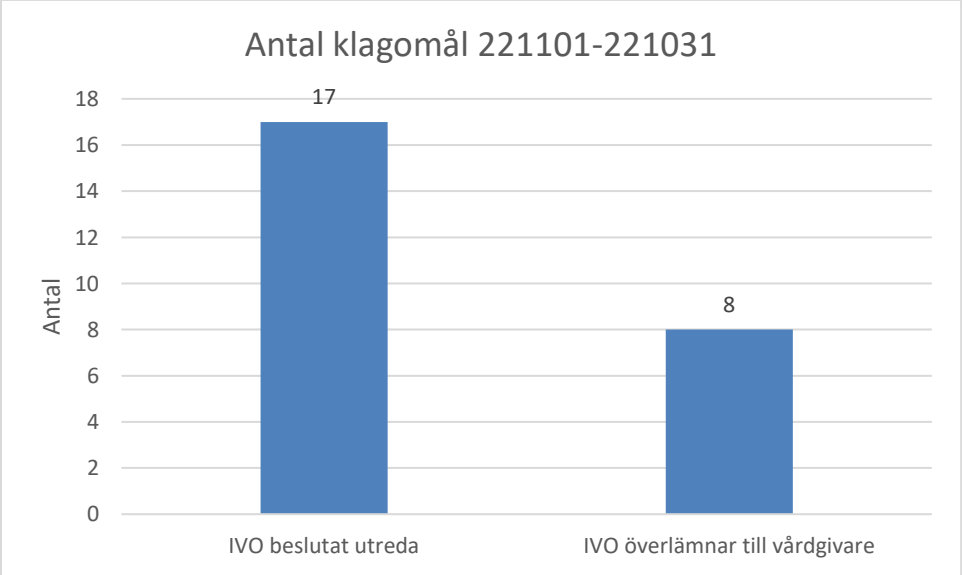
VO Hud/Infektion/Lunga/Reuma
Vid introduktionen av nyanställda sker information om avvikelser. På avdelningen sker dialog dagligen vid gröna korset. Läkemedesavvikelser tas upp på sjukskötersketräffar. Vid allvarlig händelse tas avvikelser upp på en gång.
VO Allmänkirurgi/urologi
Lärdomarna av avvikelser är att vi har för låg bemanning och en stor del av avvikelserna är kopplade till kompetensbrist.
VO Ögon/ÖNH/Käk

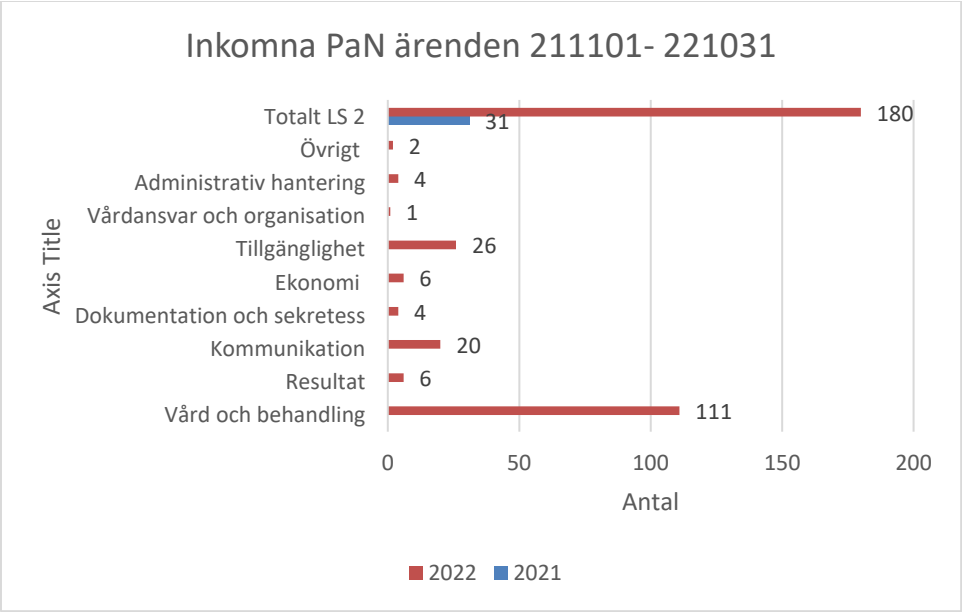
Enheten har genomfört analys av avvikelser vilket har visat att kösituationen i vården är en patientsäkerhetsrisk. Andra lärdomar som har dragits är svårigheten med kommunikation och information samt att under korta mottagningsbesök skapa en miljö där patienten känner sig delaktig. Avsaknad av eller bristande rutiner är ett annat område som behöver förbättras.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6
*Beskriv **hur** klagomål och synpunkter som kommer till verksamheten, via patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg, sammanställs och analyseras. Beskriv era samlade analyser av klagomål och synpunkter samt några exempel på åtgärder som vidtagits och lärdomar som har spridits. Beskriv gärna i en tabell med antal och typ av klagomål och synpunkter.*

Patienter och närstående kan ge förslag till förbättringar eller lämna klagomål via; direkt kontakt till verksamheten, 1177.se, e-tjänst på Regionens hemsida samt via Patientnämnden och IVO. Klagomål och synpunkter hanteras som en avvikelse. Verksamhetsområdena lyfter upp klagomålen på ledningsgruppen och informera vidare på arbetsplatsträffar.





VO Ögon/ÖNH/Käk
Inom ögonsjukvården har avvikelserna mest handlat om lång väntan och bristande tillgänglighet. Man fortsätter att eliminerar köerna genom inhyrd personal, rekrytering och köp av vård hos andra vårdgivare.
VO Allmänkirurgi/urologi
Inkomna klagomål handlar ofta om bristande information. Kontinuerligt arbetas med patientinformation.

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.

Verksamhetsområdena kommer att fortsätta genomföra kontinuerliga utbildningar inom deras kompetensområde. Inom patientsäkerhet kommer man fortsätta prioritera kompetensutveckling för både chefer och medarbetare.
Verksamheterna deltar i PPM-mätningar, reviderar rutinerna i VIS kontinuerligt och genomför utbildningar inom kompetensområdena. Nyutbildad personal får mentorer och vid schemaläggning tas hänsyn till personalens erfarenhet. Alla verksamheter ingår i olika kvalitetsregister som man kontinuerligt följer upp och genomför åtgärder. Införandet av Gröna Korset, SEUPP-ronder och riskbedömningar av patienterna ökar personalens riskmedvetenhet och förhindrar vårdskador.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

- Verksamheter kommer fortsätta med att rekrytera personal samt köpa in vård för att minska på köerna
- Genomföra nationell punktprevalensmätningen inom trycksår, VRI och BHK
- Genomföra månadsvis mätning av BHK
- Genomföra nationell patientenkät för öppen- och slutenvård
- Eliminera undvikbara vårdskador genom att alla patienter 70 år och äldre ska riskbedömas
- Fortsätta använda Gröna Korset dagligen i samtliga verksamheter
- Aktiv avvikelsehantering

VO Infektion/Hud/Reuma/Lunga
För att säkra patientövergången mellan barnmottagningen och reumatologmottagningen ska ett förbättringsarbete påbörjas. Fortsätta vidareutbildning för sjuksköterskor i Reumatologi. Omtag kommer att göras med patientnära rapportering. På avd 35 kommer patienterna få en enkät angående upplevelsen av sin vårdtid.
VO LSS/Syn/Hör
Bredda införandet till andra hälsocentraler vad gäller konsultation mellan hälsocentraler och LSS kring svåra patienter. Fortsätter i samverkan med patienterna att ta fram fler digitala utbildningar/behandlingar via 1177. Ta fram standardiseringar och analysera vilka risker som finns i verksamheten och hur dessa ska dokumenteras och följas upp.
VO Obstetrik/Gynekologi
Man kommer införa ett nytt arbetssätt för avvikelser som innebär att respektive enhetschef varje månad träffar ledningen för att gå igenom sin enhets ärenden. I Gröna Korset kommer man börja följa stora blödningar efter förlossningen. I december 2022 inför man tidigt ultraljud. Man fortsätter följa resultatet i bristningsregistret samt följa BOBSON statistik. Starta Gröna slingan på kliniken med fokus på arbetsmiljörisker.
VO Hjärtsjukvård
Planerar att bjuda in strålfysiker till arbetsplatsträffarna 1 ggr/termin. Arbeta vidare med patientmedverkan.