

Patientsäkerhetsberättelse Region Jämtland Härjedalen 2016

Regionstyrelsen

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	SAMMANFATTNING.....	4
2	ÖVERGRIPANDE MÅL, STRATEGIER OCH HANDLINGSPLANER	5
3	ORGANISATORISKT ANSVAR FÖR PATIENTSÄKERHETSARBETET	5
4	STRUKTUR FÖR PATIENTSÄKERHETSARBETE, EGENKONTROLL OCH UPPFÖLJNING/UTVÄRDERING.....	6
4.1	EGENKONTROLL.....	6
4.2	UPPFÖLJNING/UTVÄRDERING.....	8
5	VAD HAR GJORTS UNDER ÅRET?	8
5.1	ÅTGÄRDER FÖR ÖKAD PATIENTSÄKERHET	8
5.1.1	<i>Utbildning</i>	<i>8</i>
5.1.2	<i>Nya arbetssätt</i>	<i>9</i>
5.1.3	<i>Standardiserade vårdförlopp (SVF).....</i>	<i>11</i>
5.1.4	<i>Cosmic.....</i>	<i>11</i>
5.2	SAMVERKAN MED PATIENTER OCH NÄRSTÅENDE	11
5.3	SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR	12
5.4	RISKANALYS.....	13
6	HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS RAPPORTERINGSSKYLDIGHET	13
7	VÅRDGIVARENS UTREDNINGSSKYLDIGHETER	13
7.1	SKADOR OCH VÅRDSKADOR.....	13
7.2	HANTERING AV KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER.....	14
7.2.1	<i>Klagomål som kommer via patientnämnden.....</i>	<i>14</i>
7.2.2	<i>Enskilda klagomål via IVO.....</i>	<i>14</i>
7.2.3	<i>Handläggning av klagomål och synpunkter.....</i>	<i>14</i>
8	RESULTAT OCH ANALYS	15
8.1	ÖVERGRIPANDE HANDLINGSPLAN FÖR PATIENTSÄKERHET 2016	15
8.2	INTERNKONTROLL	16
8.3	ÅTERINSKRIVNINGAR, UTLOKALISERINGAR OCH ÖVERBELÄGGNINGAR	16
8.4	PATIENTSÄKERHETSKULTUR	17
8.5	AVVIKELSER	18
8.5.1	<i>Avvikelse inom Region Jämtland Härjedalen.....</i>	<i>18</i>
8.5.2	<i>Avvikelse mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner</i>	<i>19</i>
8.6	MARKÖRBASERAD JOURNALGRANSKNING	19
8.7	VÅRDRELATERADE INFEKTIONER.....	20
8.7.1	<i>Basala hygienrutiner.....</i>	<i>21</i>
8.7.2	<i>Hygienronder</i>	<i>21</i>
8.8	VÅRDPREVENTION	21

Område Patientsäkerhet

8.8.1	Trycksår.....	22
8.8.2	Fallhändelser.....	22
8.9	LÄKEMEDEL	23
8.9.1	Läkemedelshantering.....	23
8.10	ALLVARLIGA VÅRDSKADOR (LEX MARIA)	24
8.11	KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER FRÅN PATIENTER.....	26
8.12	ENSKILDAS KLAGOMÅL FRÅN IVO.....	26
8.13	PATIENTNÄMNDENSÄRENDEN	26
8.14	PATIENTFÖRSÄKRINGEN LÖF	27
8.15	SAMMANFATTNING RESULTAT OCH ANALYS.....	27
9	ÅTGÄRDER NÄSTKOMMANDE ÅR	28

1 Sammanfattning

Region Jämtland Härjedalen har en nollvision för vårdskador.

Från 2016 har regionen en ny organisation med en förvaltning för hälso- och sjukvård, en förvaltning för regionalutveckling och en regionstab. Stabsfunktionen patientsäkerhetsenheten flyttades till hälso-och sjukvårdsförvaltningen och är nu ett verksamhetsområde. Den nya organisationen har skapat bättre förutsättningar för ett fördjupat patientsäkerhetsarbete inom regionen.

Viktiga åtgärder under 2016 för att öka patientsäkerheten har varit breddinförande av daglig styrning och påbörjad implementering av Gröna korset som en visuell metod för att minimera vårdskador och förbättra patientsäkerhetskulturen. NEWS som är en kontroll av vitalparametrar för att tidigt identifiera patienter som försämras har införts inom slutenvården. Utbildning och förbättringsarbeten kring blåsöverfyllnad, som under 2016 var den vanligaste vårdskadan vid markörbaserad journalgranskning, har genomförts. Införande av infektionsverktyget fortsätter och ses som en viktig framgångsfaktor i arbetet att minska vårdrelaterade infektioner.

Lokala förbättringsarbeten har genomförts för att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner, trycksår och fall. Ett flertal nya arbetsmetoder som förbättrar patientsäkerheten har införts inom verksamheterna. Utredningsmetodiken vid allvarliga vårdskador har förbättrats för att få fram mer effektiva åtgärder och effektivare lärande och spridning.

Egenkontroll bedrivs på flera nivåer, bland annat genom patientsäkerhetskulturmätning, avvikelserapportering, markörbaserad journalgranskning, punktprevalensmätningar, händelseanalyser, patientenkäter, kontroll över antibiotikaförskrivning, registrering i "Senior alert", hygienronder och granskning av läkemedelshantering.

Risikanalyser med bäring på patientsäkerhet har genomförts. Patienter och närståendes synpunkter och klagomål som rör patientsäkerhet tas tillvara i risk- och händelseanalyser. De erbjuds att, om möjligt, delta i patientsäkerhetsarbete vid klagomålshantering och utredningar av vårdskador.

Patientsäkerhetskulturmätning 2016 visar ett något förbättrat resultat i ett flertal parametrar jämfört med 2014. Vårdskador har minskat enligt resultaten i den markörbaserade journalgranskningen men ligger fortfarande något högre än övriga landet. Förekomsten av allvarliga vårdskador har inte ökat men antalet lex Maria-anmälningar har ökat under 2016 vilket ses som ett resultat av ökad uppmärksamhet, medvetenhet och rapportering.

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

2 Övergripande mål, strategier och handlingsplaner

Regionplanen 2016-2018 anger under målet "trygga patienter" att Region Jämtland Härjedalens verksamhet ska kännetecknas av ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Utvecklingsarbetet med effektiva processer ska bland annat fokusera på god patientsäkerhet där visionen att inga undvikbara skador (vårdskador) ska uppstå.

Regiondirektören hade i sin verksamhetsplan 2016 fyra fokusområden

- Tillgänglighet
- Effektivitet = kvalitet och produktivitet
- Attraktiv arbetsgivare
- Mest sjuka äldre

I verksamhetsplanen sammanfattas regionplanens strategiska mål inom området patient med "*Patientsäker vård av god kvalitet efter behov*".

I november 2014 godkände Landstingsstyrelsen *Patientsäkerhetsstrategi för Region Jämtlands Härjedalen*. Strategins vision är att inga människor skadas inom hälso- och sjukvården eller tandvården. Till visionen har fem långsiktiga och patientfokuserade målområden knutits:

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

Övergripande handlingsplan för patientsäkerhet 2016 – 2018 omfattade mål och aktiviteter inom strategins fem målområden. Planen har reviderats inför 2017.

3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ny tjänstemannaorganisation inom regionen trädde i kraft 1 januari 2016.

Förvaltningschefen för hälso- och sjukvård ansvarar för övergripande patientsäkerhetsarbete inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen avseende hur

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

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

Verksamhetschefen ansvarar för att hög patientsäkerhet tillgodoses inom området genom att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete som innefattar riskanalys, egenkontroll, utredning av rapporter, klagomål och synpunkter, förbättrande åtgärder och förbättring av processer och rutiner. En ny funktion i form av medicinskt ledningsansvarig läkare (MLA) har införts som stöd till verksamhetschefen.

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

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

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

4 Struktur för patientsäkerhetsarbete, egenkontroll och uppföljning/utvärdering

4.1 Egenkontroll

Inom regionen deltar respektive område i aktuella nationella kvalitetsregister. Data från olika kvalitetsregister finns tillgängliga med olika tidsintervall, vilket medger

Område Patientsäkerhet

att resultat för jämförelser får göras på olika sätt beroende på vilket register det handlar om.

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

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

Utifrån resultat av Patientsäkerhetskulturmätningen 2014 och 2016 sker fortsatt uppföljning.

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

Markörbaserad journalgranskning sker inom slutna somatisk vård. Återrapportering sker regionsövergripande och områdesindelad varje halvår. Metoden används också för ämnesvisa granskningar inom respektive område.

Andra modeller av journalgranskning används inom flera verksamheter utifrån lokala behov.

NEWS har en tvärprofessionell förvaltningsgrupp som har tagit fram kvalitetsparametrar som verksamheterna kan följa upp i uppföljningssystemet Diveport beslutsstöd. Vidare görs journalgranskningar för att kontrollera följsamheten till NEWS-rutinen och därmed identifiera förbättringsområden.

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

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

Riskområdena fall, trycksår och undernäring följs och åtgärdas via Senior Alert. Trycksår följs även via punktprevalensmätning.

4.2 Uppföljning/utvärdering

Regionsövergripande uppföljning och internkontroll sker mot de fyra fokusmålen i regiondirektörens verksamhetsplan och regionövergripande handlingsplaner, där handlingsplan för patientsäkerhet är en av dessa. Genomgång av måluppfyllelse gentemot verksamhetsplanen sker vid varje ledningsgrupp och handlingsplanerna vid två tillfällen per verksamhetsår. Särskild uppföljning med fokus patientsäkerhet sker en gång per år.

- Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete 2011:9 följs upp vid tre tillfällen per verksamhetsår. I uppföljningen ingår rapporterade avvikelser.
- Internrevision är ett instrument för regiondirektören och högsta ledningen att få kunskap om hur regionens ledningssystem gällande kvalitet (innefattande patientsäkerhet), miljö, arbetsmiljö och informationssäkerhet används och dess effekter på organisationens arbetssätt och metoder.
- Uppföljning av mål och aktiviteter sker också genom månadsrapporter, delårsbokslut samt årsbokslut
- Negativa händelser och tillbud rapporteras i avvikelssystemet, återkopplas till berörda och handläggs enligt gällande rutin. Återkoppling sker bland annat på arbetsplatsträffar för att händelserna ska leda till ett lärande
- Allvarliga vårdskador anmäls enligt Lex Maria
- Klagomål och synpunkter hanteras fortlöpande enligt gällande regionövergripande rutin och följs upp med årlig analys
- Regelbunden återföring från Patientnämnden
- Patientsäkerhetsdialoger ska genomföras en gång per år på områdesnivå under ledning av område patientsäkerhet. Inom några områden finns patientsäkerhetsforum. Patientsäkerhetsronder genomförs vid samtliga hälsocentraler
- Läkemedelsfrågor samordnas och följs upp av Styrgrupp läkemedel. Uppföljning av handlingsplan sker tre gånger per år

5 Vad har gjorts under året?

5.1 Åtgärder för ökad patientsäkerhet

Under 2016 har HLR-organisation och omhändertagande av akut sjuk inom sjukhuset lokaler utretts och åtgärdsförslag kommer att presenteras under våren 2017.

5.1.1 Utbildning

Under året har ett antal utbildningstillfällen med fokus patientsäkerhet genomförts, exempelvis vid information till nyanställda, AT-introduktion, chefsaspirantutbildning, Ny som chef och till sommarvikarier. Riktade utbildningssatsningar har gjorts kring blåsöverfyllnad samt Gröna Korset. Händelseanalysutbildning för nya

analysledare. Informations och utbildning för implementering av ny regionövergripande rutin för anafylaxibehandling. Läkemedelsstämma för sjuksköterskor genomfördes med över 200 deltagare.

Förslaget att inom regionen genomföra en obligatorisk utbildning i patientsäkerhet för chefer och medarbetare har inte prioriterats under 2016.

5.1.2 Nya arbetssätt

”Gröna Korset” (en visuell metod för att minimera vårdskador och förbättra patientsäkerhetskulturen) har börjat användas inom några områden.

NEWS (kontroll av vitala parametrar) används nu inom hela specialistvården. Gemensam rondrutin har införts för de akuta vårdlagen inom område ortopedi. En rapportmall uppbyggt utifrån SBAR har upprättats, för att standardisera och kvalitetssäkra rapporteringarna. Det regionövergripande arbetet kring blåsoverfyllnad resulterade i en ”minnessticka” att ha i fickan för att vårdhandbokens rutiner skulle vara lättillgängliga. För ortopediska patienter har man infört en mer standardiserad smärtskattning av patienterna.

För att förbättra vården kring ”De mest sjuka äldre” arbetar flera vårdavdelningarna med att förbättra vårdpreventionen (fall, nutrition, trycksår och munhälsa).

Inom område ortopedi finns ett ortogeriatriskt team sedan 2015. Detta leds av en allmänspecialist som tillsammans med andra professioner ständigt utvecklar vården för de mest sjuka äldre. Sedan hösten 2016 finns också en sjuksköterska med särskilt uppdrag för de ortogeriatriska patienterna. Detta uppdrag består av att vara koordinator för de ortogeriatriska patienterna som vårdas på andra vårdlag än ortogeriatriskt team.

Inom flera områden används numera ”Bedside rapportering”. Det innebär att överrapportering vid skiftbyte sker inne på rummet tillsammans med patient vilket ger en ökad delaktighet för patienterna.

Under 2016 har arbete påbörjats för att kunna införa NOVA (en digital patienttavla), under 2017. NOVA är ett hjälpmedel för att säkerställa kommunikation och aktiviteter som rör patienterna.

För den stafettpersonal som arbetar inom medicinkliniken har man skapat en lättillgänglig ”stafettpärm” med rutiner och information som uppdateras löpande.

Akuten utvecklade under 2016 arbetet kring teamarbete vilket innebär att varje medarbetare har färre patienter att ansvara för vilket leder till högre patientsäkerhet. En ledningssjuksköterska finns i tjänst varje pass för att överblicka hela mottagningen och omfördela resurser.

Område Patientsäkerhet

Centraloperation har arbetat med ett förebyggande arbete kring tryckskador med registrering av hudkostym före- under- och efter operation. Ett nytt arbetssätt med införande av teamträffar för salsteamerna varje morgon för att optimera patientomhändertagande och operationsflöde på respektive operationssal har också införts.

Mekaniskt bröstkompressionssystem har införts inom helikopterverksamheten för effektivare hjärtkompressioner vid hjärtstopp.

Barn- och ungdomsmottagningen har under 2015/2016 inrättat en s.k. expressmottagning i syfte att korta väntetiderna men även för att kunna prioritera vilka patienter som behöver tider snabbare till utredningar osv.

Inom strokesjukvården infördes en åtgärd som möjliggör för ambulanspersonal att direkt kunna kontakta avdelningens trombolysjuksköterska för att vid behov föra patienten direkt till vårdavdelningen eller röntgen för fortsatt behandling.

I slutet av året påbörjade PCI-lab ett test som innebär att patienter vid två utvalda hälsocentraler får möjlighet att pröva inskrivning på distans. Detta innebär att patienten inför angiografiundersökning kunde komma till sin hälsocentral för provtagning och samtal via videolänk med läkare på PCI-lab.

Inom öppenvård rehab har sjuksköterskemottagning startats i syfte att utföra uppföljning av ryggmärgsskador och hjärnskador på hemmaplan.

Ett nytt arbetssätt för glaukom- och maculapatienter har startat inom ögonsjukvården.

Folktandvården har under året påbörjat arbete med att ta fram formerna för hur en jourklinik skall kunna drivas i regionen, det kommer leda till mera tid för revisionsvård ute på allmänklinikerna.

Inom primärvården fortsätter implementeringen av Triage (en process för att sortera och prioritera patienter där syftet är att de mest allvarliga eller brådskande fallen ska behandlas först) på hälsocentralerna. Även utbyggnaden av distansoberoende teknik fortsätter.

Under våren genomfördes ett mindre test med klinisk farmaci, apotekare i vården, inom medicinområdet. Syftet var att genom att tillföra farmaceutisk kunskap till vårdteamet stärka arbetet med god, säker och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. Testet resulterade i att det inom ramen för Professionsmiljarden startades upp ett treårigt pilotprojekt för utvecklande av klinisk farmaci.

Inom Professionsmiljardens ram har även en rad andra projektet startat upp som har effekter som stärker patientsäkerheten. Det gäller bland annat utveckling inom IT, COSMIC, kompetensutveckling och tillgänglighet.

5.1.3 Standardiserade vårdförlopp (SVF)

SKL och staten har träffat en överenskommelse om att under 2015 – 2018 genomföra en nationella satsning för kortare väntetider och minskade regionala skillnader i cancervården. Arbetet med att förbättra tillgängligheten sker genom fortsätta införandet av det gemensamma nationella systemet med standardiserade vårdförlopp (SFV).

Region Jämtland Härjedalen startade arbetet med att införa SFV under hösten 2015. Arbetet har fortsatt under 2016 med en genomlysning för att förbättra arbetssättet vad gäller patientflöden.

2016 implementerades 13 ytterligare SVF och Region Jämtland Härjedalen har nu 18 SVF igång. Patienter med allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer utreds nu inom det nystartade "Diagnostiskt centrum", vilket bidragit till en förbättring avseende väntetider.

5.1.4 Cosmic

Den gemensamma förvaltningen av Cosmic (IT + verksamheten) hittade under 2016 allt bättre samarbetsformer och kunde arbeta för att gradvis förbättra användbarhet och säkerhet i journalsystemet. En uppgradering till en modernare och förhoppningsvis enklare och snabbare version planeras ske i maj 2017. Under 2016 startade ett arbete med att se över generella prestanda i Cosmic i syfte att snabba upp systemet och göra det mindre instabilt vilket förväntas få effekt under 2017.

5.2 Samverkan med patienter och närstående

Vid klagomål, händelseanalyser och lex Maria ärenden erbjuds alltid patienter och närstående att medverka i patientsäkerhetsarbetet utifrån att lämna sina synpunkter på händelsen. Inom olika vårdverksamheter ser delaktighet för samverkan med patienter och närstående olika ut. Där barn vårdas är medverkan av närstående rutin.

När patienten skrivs ut till hemmet eller annat boende från område HIM sker överrapportering och utbildning till anhöriga eller annan personal som sedan blir delaktiga i patientens vård eller rehabilitering. Utbildningen kan gälla allt från förflyttningar till kostrådgivning. Anhöriga och annan vårdgivares delaktighet ses som en viktig del i rehabiliteringen och i förlängningen vårdpreventiva arbetet kring patienten.

Patienter/närstående och vårdgivarna inom folktandvården har en dialog om vården, informeras om olika behandlingsalternativ, kostnader och får lämna samtycke innan vård utförs. Alla patienter ska också erbjudas ett undersökningsprotokoll.

Flera verksamheter har samarbete med olika patientorganisationer. Inom Område kirurgi/ögon/öron har varje avdelning och de flesta mottagningar brevlådor där anhöriga och patienter uppmanas att lämna synpunkter på vården samt förslag på förbättringsåtgärder. Inom de medicinska specialiteterna är det vanligt att patienter blir tillfrågade att delta med sina synpunkter och erfarenheter. Det sker bland annat genom enkäter till patienter där synpunkter och tips efterfrågas och genom träffar med patientföreningar. Införandet av bedside-rapportering har bidragit till att patienterna blir mer delaktiga i sin vård och behandling.

På område ortoped finns en gång i veckan områdeschefen på plats på enheterna för att kunna tala med patienter i specifika ärenden.

Inom område primärvård har vid en hälsocentral ett patientråd bildats. Det ger möjlighet till dialog med olika patientföreningar och äldregrupper. Rådet träffas 2 ggr/ år. På ungdomsmottagningen gjordes ett försök under HT-15 och 2016 att starta ett "ungdomsråd". Några träffar genomfördes med ca 2-4 ungdomar. Bra möten, men det var svårt att få till kontinuitet. Inom närvård Frostviken finns ett lokalt brukarsamråd som träffas två gånger per år.

5.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

Regionen och länets kommuner har en gemensam rutin för utbyte av avvikelser och uppföljning sker två gånger per år. En rutin för gemensam händelseanalys vid risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada har utarbetats och börjat tillämpas under 2016.

Tjänstemannagrupperingar på olika nivåer finns för samverkan mellan hälso- och sjukvård och kommunerna.

Fredagsgruppen som är en beredningsgrupp till den politiska samverkansgruppen SVOM i länet, har representation av hälso- och sjukvårdsdirektör, områdeschefer, vårdstrateg samt chefer för vård och omsorg inom kommuner för övergripande samverkan mellan huvudmännen.

Torsdagsgruppen är en samverkansgrupp med medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), område patientsäkerhet och regionens vårdstrateg. Gruppens uppdrag är samverkan i patientsäkerhetsfrågor, att bidra med systematiskt förbättringsarbete och att utarbeta förslag till Fredagsgruppen.

Samordnad vårdplanering mellan länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen följs upp regelbundet.

Primärvården har lokala samverkansgrupper med företrädare från respektive kommun.

Samverkan mellan primärvård och den specialiserade vården sker genom bland annat upprättande av handläggningsöverenskommelser och framtagande av kortfattade vårdprogram "Zamsyn".

Verksamhetscheferna inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen har möten varje månad kring informationssäkerhet och patientsäkerhet med stöd av respektive stabsfunktion.

Arbetsgrupp inom regionen för sommarplanering som bildades för 2014 fortsätter sitt arbete. Samverkan sker med länets kommuner.

5.4 Riskanalys

Verksamhetsområdena har under året genomfört ett flertal riskanalyser. Några riskanalyser är gjorda i samband med planering inför sommarperioden. Ytterligare exempel är;

- Hjälpmedelsförskrivning
- SMS/E-post påminnelser
- Ljusbehandlingslampa
- Journal på nätet
- Robotkirurgi
- Ensamarbete
- Flytt av hälsocentral

6 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

I de fall ytterligare utredning krävs går rapporten till verksamhetschef för fortsatt handläggning

7 Vårdgivarens utredningsskyldigheter

7.1 Skador och vårdskador

I de fall ytterligare utredning krävs utifrån rapporterade avvikelser ska verksamhetschef, läkare med medicinskt ledningsansvar respektive ledningsuppdrag samt chefläkare tillsammans fatta beslut om att göra en risk- eller händelseanalys.

Finns det risk för och inträffade allvarliga vårdskador ska dessa utredas och anmälas till IVO enligt lex Maria. Chefläkare ansvarar för vårdgivarens

anmälningsskyldighet, beslutar om utredning/anmälan och ger uppdrag till verksamhetschef att genomföra utredningen. Patient/närstående och medarbetare informeras så snart som möjligt.

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

7.2 Hantering av klagomål och synpunkter

Alla medarbetare är skyldiga att lyssna och ta emot synpunkter och klagomål från patient/närstående och rapportera dessa om de bedöms vara en avvikelse. Ärenden rörande omvårdnad och/eller medicinskutredning, diagnostik och behandling ska dokumenteras i patientjournal om det bedöms vara relevant för patientens vård och ska också rapporteras i avvikelshanteringssystemet Klagomål som kommer direkt till enheterna åtgärdas omgående av mottagande personal eller dennes chef. Enhetschef eller verksamhetschef handlägger avvikelser/ärendet, vidtar lämpliga åtgärder och ger återkoppling till patient/närstående och berörd personal i lämpliga fora, t ex på arbetsplatsträff.

7.2.1 Klagomål som kommer via patientnämnden

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

7.2.2 Enskilda klagomål via IVO

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

7.2.3 Handläggning av klagomål och synpunkter

Inkomna klagomål och synpunkter sammanställs årligen och återkopplas i lämpliga forum, t ex på arbetsplatsträffar eller i ledningsgrupper. Beroende på vad klagomålen handlat om kan mer övergripande åtgärder bli aktuella. Patient/närstående får ofta återkoppling i samband med hantering av ärendet antingen via patientnämnden eller via enhetschef, verksamhetschef eller läkare med medicinskt ledningsuppdrag.

8 Resultat och analys

8.1 Övergripande handlingsplan för patientsäkerhet 2016

Handlingsplanens aktiviteter och mål sammanfattas kort och för mer utförlig beskrivning och analys hänvisas till respektive avsnitt.

Målområde 1: God patientsäkerhetskultur ska genomsyra all verksamhet

Högsta ledningens stöd har ökat och former för återkoppling har utvecklats, bl. a genom införande av Gröna Korset. Patientsäkerhetsronder genomförs till viss del inom regionen. Målet att alla avvikelser ska avslutas inom 12 veckor efter rapporteringsdatum har inte nåtts.

Målområde 2: Frekventa eller allvarliga vårdskador ska identifieras och förebyggas

Markörbaserad journalgranskning har genomförts och verksamheterna rapporterar genomförda förbättringsarbete. Implementering av infektionsverktyget pågår. Läkemedelsgenomgångar sker och har ökat.

Målområde 3: Patientsäkerhetsarbetet ska utgå från evidensbaserade metoder

Patientsäkerhetsvecka har inte genomförts under 2016. Arbetet med analys och användning av resultat som redovisas i kvalitetsregister utifrån patientsäkerhetsperspektiv och arbetet med att utvärdera effekter av genomförda åtgärder som resultat av utredningar av allvarliga vårdskador har inte påbörjats enligt plan under 2016.

Målområde 4: Patienten ska vara delaktig i sin egen vård och behandling

Återinskrivning har minskat något, minskningen syns tydligast under årets sista månader. Andel patienter som fått utskrivningsinformation ligger för 2016 på 30 %, jämförande data för 2015 saknas på grund av journalsystemsbyte.

Användningen av "bedside-rapport" har ökat. Arbetet med att tillvarata resultat och patienters synpunkter i patientenkäter fortsätter.

Arbetet med att förbättra hemsidan för att underlätta medborgarnas möjligheter att hitta information samt kunna lämna förbättringsförslag på vården har påbörjats.

Patient/närstående informeras om sina rättigheter och skyldigheter t ex angående patientlagen i samband med att en patient ska ta ställning inför ett beslut om vård. Inga regionövergripande informationsinsatser riktade till personal i syfte att sprida kunskap till patienter har skett under 2016.

Målområde 5: Vård ska ske inom den kompetensnivå som situationen kräver

Introduktion i patientsäkerhet ges till nya medarbetare. Arbetet med bemanningsmodell för att säkerställa nödvändig kompetens för att minimera vårdskador har inte startat enligt plan under 2016.

Antalet apotekarutförda läkemedelsgenomgångar har ökat.

8.2 Internkontroll

Den interna revisionen under hösten 2016 granskade graden av egenkontroll inom de olika verksamheterna. Det gällde bland annat patientsäkerhet, vidare valde man att ställa frågor blåsöverfyllnad, VRI och läkemedelsordination. Det saknas en samlad bedömning avseende graden av egenkontroll av patientsäkerhet i rapporten.

8.3 Återinskrivningar, utlokaliseringar och överbeläggningar

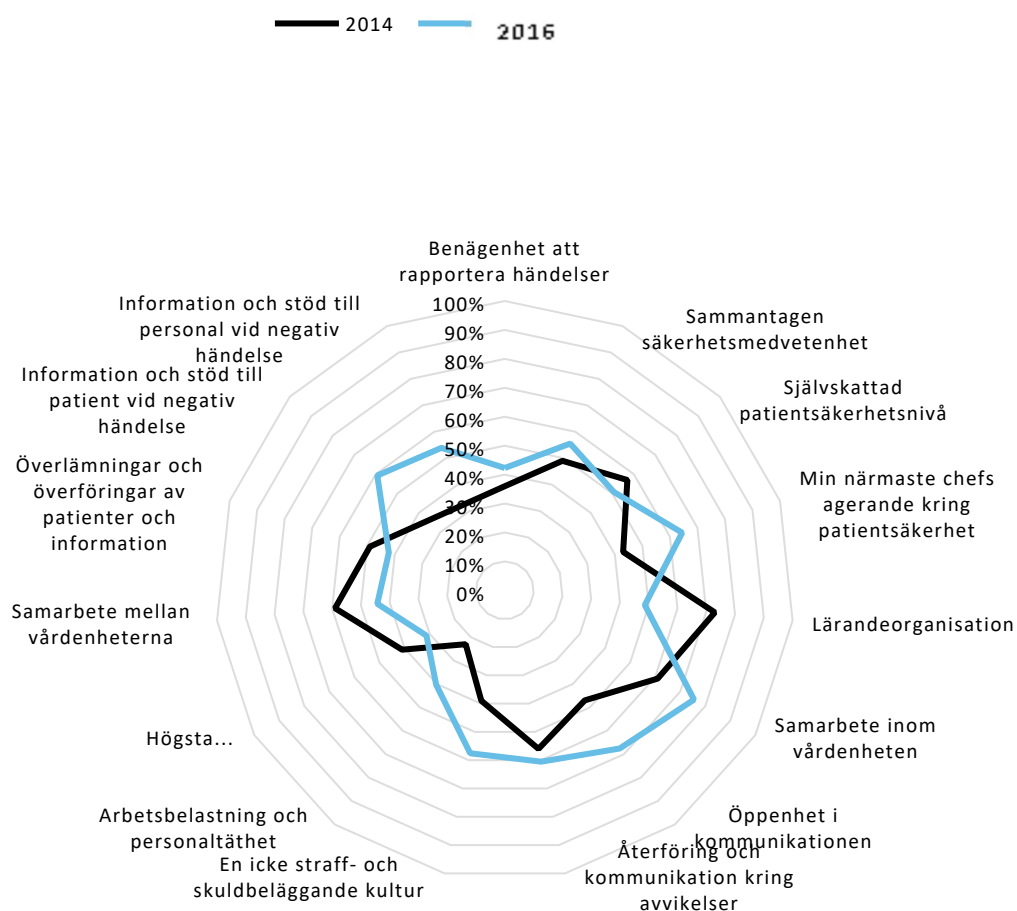
Data från 2016 inrapporterade till vården i siffror. Resultat anges per 100 vårdplatser.

	RJH	Riket
Utlokaliserade patienter i somatisk slutenv	0,4	1,7
Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar	7,8	10,4
Överbeläggningar Sluten somatisk vård	2,7	4,1

Regionen uppvisar goda resultat i jämförelse med riket trots ökad användning av bemanningsföretag och periodvisa reduceringar av vårdplatser. I avvikelserapportering och i verksamhetsområdenas patientsäkerhetsberättelser kommenteras detta som en patientsäkerhetsrisk.

8.4 Patientsäkerhetskultur

Patientsäkerhetskulturmätningen som genomfördes 2016 visar på bättre resultat i alla dimensioner utom två där resultatet är lika jämfört med patientsäkerhetskulturmätningen 2014. Resultatet redovisas i dimensioner enligt spindeldiagram nedan.



Högsta ledningens stöd låg lågt 2014 men har nu förbättrats med 9 %, likaså har benägenhet att rapportera avvikelser har förbättrats.

För den dimension som följs upp i regionens årsbokslut kring *lärandeorganisation* var resultatet 49 % 2016 och har höjts från 43 % 2014.

Analys

Att totala resultatet förbättrats kan bland annat förklaras av att flera områdesledningarna tagit aktiv del i verksamheternas patientsäkerhetsdiskussioner för att fånga upp personalens syn på vad som är viktigt ur patientsäkerhetsperspektiv samt att det inom flera områden formades patientsäkerhetsforum.

8.5 Avvikelser

8.5.1 Avvikelser inom Region Jämtland Härjedalen

Under 2016 rapporterades 4259 avvikelser. Antalet avvikelser ligger på samma nivå som åren 2015 (4420 st.) och 2014 (4136 st.).

57 % av avvikelserna rör patient och vård.

Antalet avvikelser inom de olika områdena visar på viss variation mellan åren 2015 och 2016. Område akutvård och område HIM (hud, infektion, medicin) har den största minskningen av antalet rapporterade avvikelser medan område ortopedi har ökat sin rapportering mest.

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

Det är angett i 746 (17 %) avvikelserrapporter att patienten kommit till skada (lidande, lätt, svår eller dödlig). Det är en ökning med 18 % jämfört med 2015. Antalet lätt skada och lidande har ökat mest. Störst procentuell ökning har dödlig skada som ökat med 41 % jämfört med 2015 (2015: 17 dödlig skada, 2016: 24 dödlig skador).

Analys

27 % av avvikelserna är inte klassificerade av handläggare för år 2016 vilket gör att det är svårt att ta fram fullständig och tillförlitlig statistik. Avvikelsehanteringen upplevs som otillfredsställande av handläggarna framförallt på grund av ett omständligt handlägningsförfarande samt prestandaproblem i systemstödet (Centuri). Ett förbättringsarbete med fokus på att effektivisera avvikelshanteringen och systemstödet har pågått under hela 2016 och beräknas bli klart under 2017.

Dödlig patientskada: 24 skador klassificerades som dödlig under 2016. 60 % av de dessa var suicidhändelser. Inget samband kan ses i de övriga händelserna. Fler män än kvinnor hade enligt avvikelserapporter drabbats av dödlig skada. M

Majoriteten av suicidhändelserna utgjordes av män vilket kan förklara att det var fler män i patientgruppen med dödlig skada. Lex Maria anmälningar gjordes i samtliga fall där suicidhändelsen inträffade vid pågående vårdkontakt.

Svår patientskada: 33 skador klassificerades som svåra under 2016. Händelserna fördelar sig jämt mellan män och kvinnor. Missad eller fördröjd diagnos/behandling var den vanligaste orsaken (14 händelser) följt av trycksår (4 händelser) och fall (4 händelser). I ett flertal händelser gjordes Lex Maria anmälning och händelseanalys. Andra åtgärder var nya eller reviderade rutiner samt information/utbildning. Sannolikhet för upprepning bedömdes som liten eller mycket liten i de flesta händelserna.

Lätt patientskada: 200 skador klassificerades som lätta under 2016. Den enskilt vanligaste orsaken till lätt patientskada var en fallhändelse. 67 patienter drabbades av en lätt skada efter en fallhändelse. Fallhändelserna är ofta obevitnade och har skett när patienten själv klivit upp ur sängen för att ex. gå till toaletten.

Under 2016 har drygt 200 rapporter inkommit som klassificerats som bemanningsrelaterade varav ett flertal hänvisar till patientsäkerhetsrisker.

8.5.2 Avvikelser mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner

Region Jämtland Härjedalen skickade under året 92 avvikelser till länets kommuner vilket ligger i nivå med tidigare år. Hälften av dessa skickades till Östersunds kommun där flertalet handlade om trycksår.

Länets kommuner skickade 234 avvikelser till Region Jämtland Härjedalen, ingen ökning har skett jämfört med år 2015. Mer än hälften av avvikelserna skickades från MAS i Östersunds kommun. Vanliga orsaker var händelser i vårdens övergångar ex. rörande vårdplanering och läkemedel.

8.6 Markörbaserad journalgranskning

Område patientsäkerhet har sedan andra halvan av 2015 genomfört de regionövergripande slumpmässiga journalgranskningarna. För 2016 ska 276 slumpmässiga journaler granskas. Av dessa har under 2016 hittills 258 granskningar genomförts, 104 män och 154 kvinnor. Av de 258 granskade journalerna fann man 35 patienter med skador. Detta innebär att i 13 % (22 % 2015) av våra vårdtillfällen skadas en patient vilket är klart mindre än 2015. Andelen vårdskador (undvikbara skador) ligger på 9 %, vilket också är en klar minskning jämfört med 2015 när 17 % fick en vårdskada. Resultat för riket gällande skador är 12 % för samma period. Andel vårdskador för riket är inte tillgängligt.

Av de 35 patienter som skadades i vården hade varje patient i snitt 1,05 skada vilket är en förbättring jämfört med 2014 (1,3) och 2015 (1,26).

De vanligaste skadorna är blåsöverfyllnad (43 %), fall (16 %), trycksår (14 %) och postoperativa sårinfektioner (14 %). Av de granskade journalerna för 2015-2016 har inga skador orsakat permanent skada eller patientens död.

Område barn genomför sina egna slumpmässiga journalgranskningar och där har 12 granskningar genomförts 2016. Inga barn som skadades.

Analys

Mätning av skadenivån inom somatisk slutenvård med hjälp av strukturerad journalgranskning ingick i överenskommelserna om förbättrad patientsäkerhet under perioden 2012 – 2014. För att kunna följa den långsiktiga effekten av överenskommelserna har mätningarna fortsatt och är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet.

En jämförelse med riket för tiden 1 januari 2016 – 30 november 2016 visade att andelen skador var 12 % för riket och för Region Jämtland Härjedalen 13 % (29 % 2014 och 22 % 2015). Detta innebär att andelen skador inom Region Jämtland Härjedalen nu ligger i nivå med riket i övrigt.

Av de 258 granskade journalerna fann man 35 patienter (13 %) med skador. Detta innebär att i 13 % av våra vårdtillfällen skadas en patient vilket är klart mindre än 2015.

Kvinnor står för den dominerade andelen vårdskador men andelen granskade journaler överväger för kvinnor.

Tidigare år återfanns den största skadegruppen inom vårdrelaterade infektioner (VRI) men detta gäller inte för 2016 då den största andelen gällde blåsöverfyllnad.

För att minska blåsöverfyllnad initierades olika förbättringsarbeten och en workshop anordnades för att medarbetarna skulle få lära sig mer om blåsöverfyllnad och dess konsekvenser.

Om man tittar på vårdrelaterade infektioner utifrån Infektionsverktyget (nationell databas vid antibiotikaförskrivning) har 30-35 patienter den senaste månaden drabbats av någon form av vårdrelaterad infektion.

8.7 Vårdrelaterade infektioner

Resultaten från årets punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner, (VRI) förekomst bland patienter i slutet somatisk vård landade på 8,7 %, resultatet för 2015 var 8,1 %. Mätresultaten varierade över året med 6,4 % som lägsta och 10,8 % som högsta värde.

Liksom föregående år visar årets resultat att VRI är något vanligare hos män, 9,2 %, kvinnor 8,2 %.

Vanligast förekommande diagnosgrupper/infektionsfokus är lunginflammation, urinvägsinfektion och hud och sårinfektioner. 2016 drabbades 38 patienter av urinvägsinfektion och 40 patienter av lunginflammation vilket är i nivå som föregående år. Diagnosen hud och sårinfektioner har ökat från 32 infektioner 2015 till 40 infektioner 2016, 38 av dessa är registrerade som postoperativa sårinfektioner. Glädjande är att primär sepsis har minskat från 16 infektioner 2015 till 9 infektioner 2016.

8.7.1 Basala hygienrutiner

God följsamhet till basala hygien rutiner är en viktig komponent för att förebygga vårdrelaterade infektioner. I den nationella mätningen av korrekt följsamhet till BHK var nivå för riket 75,6 %, Region Jämtland Härjedalen nådde endast 72,5 %, vilket är oförändrat från 2015 då resultatet 20 var 73 %.

Flera verksamhetsområden följer BHK över året, exempelvis används måltavlor, daglig styrning och fokusveckor samt att man har flera mättillfällen under året där resultaten tas på APT eller andra lämpliga forum.

8.7.2 Hygienronder

Under året har 15 vårdhygieniska konsultronder genomförts. Dessa fördelades mellan sjukhuset, hälsocentraler och särskilda boenden (SÄBO) i kommunerna. Resultaten från ronderna sammanställdes och sändes ut till respektive enhet med råd och förslag till förbättringsåtgärder. Några av förslagen till förbättringar gäller ex. handhavande av sterila instrument, förbättringar gällande förrådshållning av förbrukningsmaterial, optimal följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Analys

Andelen VRI har legat inom samma nivå de senaste åren.

Punktprevalens mätning innebär att förekomst av VRI kontrolleras 1 gång per månad och även om månadsvisa mätningar ger en fingervisning om förekomsten behövs ett mätverktyg som visar resultat mer frekvent och kontinuerligt över tid. Infektionsverktyget ger, när det implementerats helt med elektronisk läkemedelslista i Cosmic, möjlighet till sådan uppföljning.

Under året har inga regionövergripande VRI-förebyggande insatser gjorts. Endast ett fåtal av verksamhetsområdena nämner i VRI arbete i sin egenkontroll i underlagen till patientsäkerhetsberättelsen. Det VRI-förebyggande arbetet bör under kommande år få ökad uppmärksamhet inom alla nivåer av vården.

8.8 Vårdprevention

Undernäring, fall, trycksår och munhälsa sammanfattas vanligen i begreppet Vårdprevention, områdena ingår i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert. Vårdavdelningarna inom specialiserade vården, en psykiatrisk avdelning samt Närvårdsavdelningen i Strömsund rapporterar i registret.

Vid jämförelse mellan 2015 och 2016 framgår att antalet registreringar i Senior Alert i stort sett är på samma nivå under de senaste åren, 4181 (2015) och 4146 (2016).

Båda åren har andelen kvinnor varit drygt 52 % av de registrerade patienterna.

Avseende patienter med risk för fall var det båda åren 54 %, och trycksår 16 %, medan andelen med risk för undernäring var 53 % (2015) och 49 % (2016).

Antalet patienter som fått en munhälsabedömning ökade 2016 jämfört med 2015 (1122/737). Av dessa framgår att nästan alla konstaterats ha risk för munohälsa.

Exempel från verksamheterna på hur resultaten används till förbättringsarbete är att avvikelser inom dessa områden analyseras av specialistsjuksköterska och återförs till medarbetarna i proaktivt syfte. Något område har svarat att de utbildat undersköterskor i screening och dokumentation. Ett av svaren har varit att kraften använts att öka registrering i kvalitetsregistret.

8.8.1 Trycksår

Punktprevalensmätning för trycksår genomförs en gång per år. Patienterna granskas efter om de har trycksår, vilka förebyggande åtgärder de har fått och bedöms efter risk för trycksår. Trycksåren delas in i fyra kategorier, där kategori 1 är minst skadlig och kategori 4 mest skadlig.

	Region Jämtland Härjedalen	Riket
Patienter med trycksår i slutenvård	13,5 %	13,2 %
Patienter i slutenvård med trycksår kategori 2-4	6,7 %	6,8 %
Patienter med ökad risk för trycksår som fått minst två av tre rekommenderade åtgärder.	62,5 %	60,3 %
Patienter med risk för trycksår som har minst ett trycksår inom kategori 2 - 4	25 %	19,7 %

Mätningen för 2016 visar att Region Jämtland Härjedalen inte avviker från riksgenomsnittet i tre av fyra parametrar. En högre förekomst av trycksår i kategori 2-4 kan ses hos patienter med känd risk för att utveckla trycksår. Siffrorna måste dock tolkas med en viss försiktighet då resultatet är baserat på endast en mätning.

8.8.2 Fallhändelser

En fallhändelse sker då en patient oavsiktligt hamnar på golvet, oavsett om en skada inträffar eller inte. Det är vanligt att fall inträffar under vårdtiden på sjukhus, särskilt bland äldre patienter och hos patienter med diagnoserna stroke, demens och höftfraktur. Fallen är dessutom ofta när patienten är ensam och främst vid

förflyttningar till eller från säng och stol, gång och toalettbesök. Fall som inträffar på sjukhus kan både leda till skador och till förlängd vårdtid.

Enligt avvikelserapporter är fallhändelser den enskilt vanligaste orsaken till skador av lättare karaktär hos patienter som vårdas inom regionen. Fall är dessutom den näst vanligaste orsaken till svåra patientskador i samband med vård.

Även i markörbaserad journalgranskning har flera fallhändelser uppmärksammats.

Analys

Resultaten i Senior Alert visar en liten förbättring avseende undernäring medan trycksår och fall ligger kvar på samma nivå. Trycksår är en vårdskada som orsakar stort lidande för patienten. Det medför dessutom en hög kostnad för vården. Nästan alla trycksår går att förebygga men det krävs ett långsiktigt systematiskt arbete. Fall är oftast obevittrade och kan leda till svår skada och förlängd sjukhusvistelse. Den samlade forskningen visar att flera åtgärder bör sättas in samtidigt och bör utgå från individens behov. Evidens finns för att fallprevention ger effekt i slutenvården. Teambaserat, multiprofessionellt och multifaktoriell individanpassad fallprevention kan ge en 30-60% reduktion av antal fall. Ökade preventiva insatser krävs för att minska förekomsten av fall och trycksår.

8.9 Läkemedel

8.9.1 Läkemedelshantering

Antalet avvikelser inom *Patient och Vård, Läkemedel* var 297, vilket är nivå med föregående år. Dessa handlar övervägande om administrering (40 %) och ordination (36 %).

Andel patienter som får utskrivningsbesked inkl. läkemedelsberättelse varierar stort mellan kliniker, några har inte kommit igång med arbetet medan andra kliniker rapporterar att 85 – 100 % av patienterna får utskrivningsinformation.

Det har genomförts 18 kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering med besök på enheter. Kvalitetsgranskning har inte kunnat utföras utifrån verksamhetsbehov då arbetet med COSMIC tar mer resurser från läkemedelsteamet än vad planerats för. För att kompensera resursbristen för granskningar, har försök gjorts med enkäter för egenkontroll. Svarefrekvensen var dock mycket låg, endast 35 %. Resultaten från genomförda granskningar och de inkomna enkätsvaren visar på att det finns ett kunskapsbehov kring läkemedelshantering för att säkra god patientsäkerhet.

Under året har rutiner för narkotikahantering varit i fokus med anledning av inkomna avvikelserapporter. Det har resulterat i att nya rutiner har tagits fram, och stor vikt på dessa lagts vid informations- och utbildningstillfällen.

Analys

Bristande läkemedelshantering är ett riskområde som bland annat beror på hög personalomsättning och svårigheter att bemanna med ordinarie personal. Återkommande personliga granskningsbesök ger möjlighet till utbildning och information. Under 2017 planeras för ökat granskningsarbete.

8.10 Allvarliga vårdskador (lex Maria)

Under 2016 anmäldes från Region Jämtland Härjedalen sammanlagt 37 ärenden med inträffad eller risk för allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Antalet ärenden med allvarlig vårdskada var 32 och antalet ärenden med risk för allvarlig vårdskada var 5. Antalet ärenden har ökat jämfört med 2015 då 32 ärenden anmäldes till IVO. Trendkurva visar en svag ökning av antalet ärenden över tid.

I de beslut som inkommit 2016 så har den totala tiden från händelse till beslut från IVO varit i medeltal 6,7 månader.

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

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

Under 2016 var 18 av de beslutade lex Maria-anmälningar händelser med dödlig utgång, varav 14 fall var självmord. Psykiatri var huvudansvarig för utredning i 8 fall och primärvården i 6 fall.

Av resterande 24 ärenden som anmäls 2016 som risk för eller allvarlig vårdskada avser 3 ärenden fördröjd diagnos av elakartad tumörsjukdom (jmf 8 ärenden 2015).

Exempel på förbättringsåtgärder som blivit resultat av vårdskadeutredningarna under 2015-2016 är:

- Rutiner/implementering avseende behandling och uppföljning av hypertoni
- Diabetes typ 1 med syraförgiftning, förbättring av diagnostik - blodketonmätning på akutmottagning och alla HC, uppdatering av vårdprogram kring diabetes för vuxna och Zamsynsdokument för barn och ungdomar med nyupptäckt diabetes
- Triagering i primärvården
- Akutmottagning – teamarbete, traumaomhändertagande
- Suicidpreventivt arbete
- Sårvård i länet – gemensamt uppdrag region - och alla kommuner
- Samverkan och ansvarsfördelning vid vård av ortopedbarn på BUM
- Ökad säkerhet vid transfusion av blod/blodprodukter
- Införande av uppföljning av vitalparametrar, MEOWS inom förlossning/BB
- Övergripande rutin för inskolning av bemanningssjuksköterskor
- Regionövergripande vårdprogram vid tromboflebit, där koppling mellan tromboflebit/trombos samt uteslutande av djup ventrombos tydliggörs

Analys

Antalet lex Maria-ärenden 2016 visar en ökning och det ses nu en svag ökning av antalet anmälningar över tid. Det tolkas som en ökad rapportering och inte en ökad förekomst av allvarliga vårdskador. Antalet vårdskador minskar såväl i regionen som nationellt och andelen undvikbara skador som leder till bestående skada eller bidrog till patientens död ökar inte. Antalet anmälda allvarliga vårdskador svarar inte mot den faktiska förekomsten utan det föreligger en betydande underrapportering. En försiktig uppskattning är att det är cirka 10 % av de allvarliga vårdskadorna som anmäls utifrån resultaten i den markörbaserade journalgranskningen på nationell nivå.

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

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

13 anmälningar gällde suicid (inom område psykiatri 8 och inom primärvård 5) vilket är en fortsatt ökning. Resultatet av utredningarna 2016 har påvisat liknande brister som tidigare i säkerhet inom psykiatrisk slutenvård och brister i det suicidpreventiva arbetet inom regionen. Det ställer krav på ett fortsatt regionövergripande arbete med suicidprevention.

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

När det gäller bakomliggande orsaker är fördelningen mellan de fem områdena 2016 samma som för hela perioden 2012-2016. Det kan tala för att de förbättringsåtgärder som vidtas inte får den effekt som eftersträvas. Ett fortsatt arbete med att utveckla händelseanalyser behövs såväl lokalt som i samverkan på nationell nivå. Metodiken måste utvecklas för att få fram den information som bidrar till effektiva förbättringar.

Diagnostiska problem och misstag har kommit allt mer i fokus inom patientsäkerheten såväl nationellt som internationellt och vi ser motsvarande i våra utredningar.

Förbättringsområde på vårdgivarnivå är att följa och analysera effekterna av åtgärder som beslutas om i samband med utredningar av allvarliga vårdskador. Under 2017 planeras uppföljningsmöten i varje enskilt fall av allvarlig vårdskada 6-8 månader efter att anmälan är gjord. Former för lärande och spridning av resultat har diskuterats under 2016. Det har resulterat i strukturella förändringar med möjlighet att regelbundet återkoppla resultat och åtgärder på makro-nivå till förvaltningsledning.

8.11 Klagomål och synpunkter från patienter

Under 2016 har det registrerats ca 100 klagomål gällande patient och det ligger i samma nivå som de senaste åren. Det föreligger en betydande underrapportering till avvikelshanteringssystemet. En förklaring som ges är att synpunkter och klagomål tas emot och åtgärdas men att avvikelserapport inte skrivs enligt gällande regionrutin. I patientsäkerhetsberättelserna från områdena anges att synpunkter och klagomål gäller bemötande, tillgänglighet, information och kommunikation t ex i samband med inskrivning/utskrivning och vårdplaneringar. Inom område ortopedi testas ett nytt arbetssätt för att snabbt hantera klagomål genom att områdeschefen har tid avsatt för att samtal med patienter som har synpunkter och klagomål varje vecka.

8.12 Enskildas klagomål från IVO

Under 2016 mottog regionen 40 enskildas klagomål från IVO med begäran om underlag för utredning i form av journalkopior och yttranden samt redovisning av vårdgivarens utredningsskyldighet. Därutöver har IVO begärt kopior på journalhandlingar i 3 ärenden där annan vårdgivare har varit anmäld. Antalet ärenden har ökat jämfört med 2014- 2015 ärenden och närmar sig antalet ärenden under perioden 2012-2013.

Under 2016 fördelar sig klagomålen avseende somatisk sjukhusvård mellan de olika medicinska specialiteterna med relativt fler ärenden inom medicin, kirurgi och ortopedi. Enstaka ärenden finns inom ambulanssjukvård, barn- och ungdomsmedicin, BUP, kvinnosjukvård, ÖNH och röntgen.

Regionen har fått beslut i sammanlagt 37 ärenden under året och att kritik riktats mot vårdgivaren i totalt 11 ärenden varav kritik mot vårdgivaren i 8 fall och kritik mot enskild hälso- och sjukvårdspersonal i 3 fall. 22 ärenden är för närvarande under handläggning vid IVO varav 2 ärenden kvarstår från 2012 och 2013.

I 6 av klagomålen som inkommit från IVO 2016 har det påbörjats lex Maria-utredningar parallellt med att IVO utreder ärendena. I ett fall har lex Maria-anmälan initierats till följd av det enskilda klagomålet. I övriga fem fall har enskilt klagomål lämnats under pågående eller efter avslutad lex Maria-utredning.

Kritik på vårdgivarnivå i de ärenden från perioden 2015-2016 som avslutats 2016 omfattar bl. a brister i information till patient och närstående, brister i egenkontroll, bristfällig dokumentation vid telefonrådgivning och vid förskrivning av läkemedel samt utebliven uppföljning av avvikande cellprov.

8.13 Patientnämndsärenden

Under 2016 har 583 ärenden till patientnämnden inkommit. Detta är en ökning med 61 ärenden jmf med 2015. Ser man på ärenden som patientnämnden handlagt

sedan 2009 så är trenden uppåtgående Största andelen ärenden handlar om vård och behandling och kommunikation.

Analysen från patientnämnden visade att patienter upplever brister avseende kontinuitet, att tillgängligheten är dålig och att stafettläkarsystemet ibland ger upphov till brister i vården. Många ärenden belyser att patienter upplever att de blir "bollade fram och tillbaka" och att man efterlyser en koordinator som driver och bevakar. Det är oklart för patienten vem som ansvarar för vad. Vårdplaner saknas och i de fall det finns upprättade vårdplaner brister det i ibland i kommunikation och information mellan vårdgivare och patient. Det bör beaktas att det är särskilt angeläget att patientgrupper som av naturliga skäl har svårt att föra sin egen talan eller har komplexa vårdbehov får den vård de behöver på ett enkelt sätt. Otydlighet i kommunikation och bristande tillgänglighet beskrivs ofta av patienter och närstående.

Ytterligare information återfinns i patientnämndens årsberättelse.

8.14 Patientförsäkringen LÖF

227 ärenden har under 2016 inkommit till vår gemensamma patientförsäkring LÖF. Många ärenden är decenniegamla och innehållet i dessa händelser säger därför inte så mycket om det aktuella läget inom vården. Antalet ökade fram till 2013 men har sedan dess legat relativt konstant på mellan 200 och 300. Knappt 40 % får en ersättning av LÖF (30-43% de senaste fem åren).

8.15 Sammanfattning resultat och analys

Måloppfyllelsen i handlingsplanen bedöms som relativt god i fyra av fem målområden.

Patientsäkerhetkulturmätning 2016 visar ett något förbättrat resultat i ett flertal parametrar jämfört med 2014. Faktorer som bidragit till förbättrat resultat är ökat och synligt engagemang från högsta ledningen inom flera verksamheter. Införandet av daglig styrning med återföring och kommunikation av avvikelser har bidragit till en ökad sammantagen säkerhetsmedvetenhet.

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

Förekomsten av allvarliga vårdskador har inte ökat men antalet lex Maria-anmälningar har ökat under 2016 vilket ses som ett resultat av ökad uppmärksamhet, medvetenhet och rapportering.

Upprepade signaler från verksamheterna om att avvikelshanteringen upplevs som otillfredsställande av handläggarna framförallt på grund av ett omständligt

handläggningsförfarande samt prestandaproblem i systemstödet visar på tydliga förbättringsbehov vilket kan vara en förklaring till att 27 % av avvikelserna inte är klassificerade av handläggare för år 2016. Effektiva rutiner för avvikelserapportering är nödvändigt för förbättringsarbete och ökad säkerhet i en organisation.

Situationen inom vården med personalbrist och hög personalomsättning leder till att erfarenhetskunskapen minskar och informations- och utbildningsbehovet ökar. Behovsanpassade, genomarbetade och kontinuerligt återkommande kunskaps- och kompetensutvecklingsprogram behövs för att stärka patientsäkerheten.

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

9 Åtgärder nästkommande år

I den övergripande handlingsplanen för patientsäkerhet 2017-2019 anges som övergripande mål att andel vårdskador ska minskas. Patientsäkerhetskulturen ska förbättras och bli högre. Åtgärder ska vidtas för att minska vårdrelaterade infektioner, andel NEWS ska öka, andel åtgärder utifrån riskbedömningar för trycksår, fall, undernäring och munhälsa ska öka, andel patienter som får läkemedelsberättelse vid utskrivning från slutenvården ska öka, andel patienter som vid besök fått enkel läkemedelsgenomgång.

Den markörbaserade journalgranskningen kommer att utökas i omfattning inom specialiserad somatisk vård. Det kommer att ge ett bättre underlag för att följa vårdskadeförekomsten över tid inom regionen men också tjäna som underlag för ämnesvisa granskningar inom verksamheterna som underlag för åtgärder. Markörbaserad journalgranskning har påbörjats inom barn- och ungdomsmedicin och kommer att påbörjas inom vuxenpsykiatri under 2017.

Under våren 2017 ska ett förslag till plan för breddinförande av metoden Gröna korset presenteras för förvaltningsledningen vilket bedöms vara en viktig och effektiv metod att förbättra patientsäkerhetskulturen. I samma syfte kommer nya former för patientsäkerhetsdialoger och patientsäkerhetsronder att testas.

Åtgärder för att vidare analysera och åtgärda de inom regionen frekvent förekommande vårdskadorna planeras. Arbetet med att minska blåsoverfyllnad fortsätter utifrån påbörjade insatser under 2016. En minskning av förekomsten trycksår är ett prioriterat område och där planeras en gapanalys av totala vården av trycksår i länet tillsammans med kommunerna och utifrån analysens resultat ska åtgärder föreslås och prioriteras på makro-, meso- och mikronivå. För att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner sker dels en fortsatt implementering av infektionsverktyget och dels på motsvarande sätt som för trycksår ska en regionövergripande analys göras för att få underlag för prioritering av förbättringsåtgärder.

En översyn av arbetsprocess med registrering och analys av data från kvalitetsregistret Senior Alert planeras. Målsättningen är att registreringen

Område Patientsäkerhet

förbättras, att förebyggande åtgärder vidtas i det patientnära arbetet i högre omfattning och att underlag för aggregerade analyser av vårdskador nyttjas systematiskt.

Ny version uppgraderad version av Centuri avvikelssystem planeras införas under 2017. Arbetet om förenkling och förbättring av hantering som startade under 2016 fullföljs 2017.

Socialstyrelsens nya föreskrift "Vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete" förväntas träda i kraft under 2017. Det kommer att påverka regionens arbetsprocesser kring bland annat vårdskadeutredningar och ett arbete för anpassning till föreskrifterna kommer att ske under året.

Klagomålsutredningens förslag gått vidare som lagrådsremiss med tänkt ikraftträdande 1/1 2018. Den nya lagen kommer ställa förändrade och utökade krav på vårdgivarens ansvar för att hantera klagomål från patienter och kommer att kräva ett regionövergripande förberedelsearbete under 2017.

Förutom att arbeta för att fler patienter får utskrivningsberättelse och enkel läkemedelsgenomgång så kommer det ske fler kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering och en utveckling av klinisk farmaci.

Under våren uppgraderas COSMIC till R8.1, vilket framför allt innebär en helt ny läkemedelsmodul. Det medför bland annat att alla läkemedel behöver överföras manuellt till nya modulen. För att bibehålla patientsäkerheten är det viktigt att patienternas läkemedelslista är komplett. Alla patientens läkemedel ska föras över vid första patientkontakt när läkemedel förändras. Utifrån att det är en stor förändring av läkemedelsmodulen och för att övergången ska bli så smidig som möjlig, kommer samtliga förskrivare att få en central utbildning. Till hösten kommer slutenvården att gå över till elektronisk läkemedelsjournal för inläggande patienter. Det är en stor omställning för verksamheten som kommer att kräva förändring av de dagliga rutinerna samt en stor utbildningsinsats.

Hälsovalsuppföljning inom primärvården kommer att ske med fokus på patientsäkerhet 2017.