

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE

2019



Patientsäkerhetsberättelse 2019 för fastställande i regionfullmäktige den 21 april 2020
Diarienummer RS/192811

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE 2019	1
Sammanfattning	4
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	10
Patienters och närståendes delaktighet	13
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	14
Klagomål och synpunkter	16
Egenkontroll	18
Åtgärder för att öka patientsäkerheten	19
Risikanalys	27
Utredning av händelser – vårdskador	28
Informationssäkerhet	31
Resultat och analys	32
Mål och strategier för kommande år	49
Bilagor	51

SAMMANFATTNING

Region Värmland strävar efter att erbjuda en vård som är säker, tillgänglig och av god kvalitet.

För att uppnå detta är det viktigt att vi har ett systematiskt arbetssätt kring patientsäkerhet, att ledare på alla nivåer prioriterar säkerhetsarbetet och att medarbetare känner ett engagemang och motivation för att arbeta patientsäkert. Vi behöver alla bidra på olika sätt för att vården ska få en stark säkerhetskultur och för att våra patienter ska slippa drabbas av vårdskador som hade kunnat undvikas om vi gjort annorlunda. Ett aktivt arbete för en god arbetsmiljö är en av de grundläggande förutsättningarna för en patientsäker vård.

Patientsäkerhetscentrum är den verksamhet som strategiskt och operativt ska stödja hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete. Under 2019 bildades ett nytt område - område Vårdkvalitet - där även Kunskapscentrum ingår. Det nya området ger ännu bättre förutsättningar för ett samlat stöd till vårdens kvalitetsarbete, vari såväl patientsäkerhet som kompetensfrågor, forskning och kunskapsstyrningsarbete ingår. Även HR är viktiga aktörer i patientsäkerhetsarbetet eftersom det finns många beröringspunkter mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet.

Under året som gått har vi fokuserat vårt stöd inom olika huvudområden; säkerhetskulturarbete, där ett samarbete med regionens HR-avdelning i genomförande av en gemensam medarbetar- och säkerhetskät varit ett stort och viktigt arbete. Patientsäkerhetsdialoger har genomförts inom många verksamheter i område öppenvård. Utbildningen Fokus patientsäkerhet "examinerade" sina första 9 deltagande grupper, som under året arbetat med ett förbättringsarbete på egna enheten, med stöd från patientsäkerhetscentrum.

I denna patientsäkerhetsberättelse kan du bland annat läsa om:

- hur vi arbetar ur ett organisatoriskt perspektiv med patientsäkerhet
- hur vi identifierar och hanterar vårdskador och följer upp patientsäkerhetsarbetet i organisationen
- resultat som uppnåtts inom de olika patientsäkerhetsområdena
- hur våra medarbetare och patienter bidragit till ökad patientsäkerhet genom avvikelser, synpunkter och klagomål
- hur vi vill arbeta vidare kommande år med patientsäkerhet.

ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

Målet för regionens patientsäkerhetsarbete 2019 har varit att vidareutveckla det verksamhetsnära stödet inom patientsäkerhetsområdet. Eftersom olika verksamheter har olika behov och utmaningar för att kunna bedriva en säker vård behöver metoder och verktyg utvecklas och anpassas för att göra största möjliga nytta. Ett sådant arbete är patientsäkerhetsdialoger som genomförts på drygt 30 enheter inom område öppenvård. Målet med dialogerna har varit att höja kunskapsnivån när det gäller patientsäkerhet och inspirera till egen reflektion och initiativ till fortsatt arbete. Dialogerna har blivit ett uppskattat sätt att få diskutera patientsäkerhet och givit möjlighet att knyta kontakter för fortsatt arbete. Ett liknande initiativ är under planering inom folktandvården, som en del i att fortsätta stärka patientsäkerhetsarbetet i denna del av regionens verksamhet. Ambitionen är att utveckla och etablera gemensamma arbetssätt när det gäller patientsäkerhet för både tandvård och hälso- och sjukvård.

Ett sätt att stödja vårdens verksamheter är att utbilda och coacha i förbättringsarbete. Under 2019 genomfördes första utbildningen Fokus patientsäkerhet, där chef och medarbetare från nio enheter utbildades både i patientsäkerhets- och förbättringskunskap och samtidigt genomföra ett självvalt förbättringsarbete på den egna enheten. Utbildningen blev mycket uppskattad och kursomgång 2 blev snabbt fulltecknad. Målet är att erbjuda ytterligare kurstillfällen under 2020.

När det gäller avvikelsearbetet så drog projektet med uppgradering av processerna i systemet igång under året. Arbetet har letts från IT och deltagare har varit personer både från övergripande strategisk nivå och chefer i vården. I skrivande stund är beslut fattat kring hur uppgradering ska ske, men själva arbetet återstår. Detta innebär att vi även 2020 behöver ha fokus på att implementera de uppgraderade processerna och stärka arbetet med avvikelser i vårdens verksamheter.

En annan typ av avvikelser är patienters och närståendes synpunkter och klagomål. För att leva upp till lagstadgade krav på klagomålshanteringen initierades under hösten 2019 ett arbete för att skapa ett systemstöd där regionens samtliga synpunkter och klagomål ska dokumenteras. Det återstår några tekniska detaljer men målet är att det nya arbetssättet ska vara implementerat under första delen av år 2020.

För att arbetet med avvikelshantering ska bli det värdefulla redskap i verksamheternas kvalitets- och förbättringsarbete krävs en verksamhet som präglas av en god säkerhetskultur, där rapportering av risker och oönskade händelser uppmuntras. Säkerhetskulturen påverkar såväl arbetsmiljön som patientsäkerheten och vice versa. Därför har patientsäkerhetscentrum och HR arbetat gemensamt under året, bland annat i genomförandet av medarbetar- och säkerhetsenkäten. Resultatet av samarbetet har varit positivt, regionen hade en hög svarsfrekvens och varje enhet hade möjlighet att få stöd ur både ett arbetsmiljö- och patientsäkerhetsperspektiv i uppföljningen av enkätresultatet. Samarbetet mellan patientsäkerhetscentrum och HR har även lett till andra gemensamma insatser, bland annat en gemensam händelseanalys (se under åtgärder för att öka patientsäkerheten). Målet är att ytterligare utveckla samarbetet under kommande år, för att kunna ge ett samlat stöd till vårdens chefer.

Ett annat område som knyter an till våra övergripande mål och strategier är uppbyggnaden av det nationella systemet för kunskapsstyrning, vilket Region Värmland deltar aktivt i. Kunskapsstyrningsarbetet bygger på nationell, sjukvårdsregional och regional samverkan och handlar

om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap vid varje patientmöte i hälso- och sjukvården. Systemet för kunskapsstyrning bygger på tre delar: kunskapsstöd, uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap. Målet är att vårdens kvalitet ska öka och att vård ska bli mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv.

Den nationella organiseringen med ett drygt trettiotal programområden och samverkansgrupper speglas på lokal nivå genom etableringen av en kunskapsstyrningsorganisation med kliniska företrädare. Dessa sakkunniga processansvariga tar med metodstöd från utvecklingsledare (processstödjare) emot och implementerar olika former av kunskapsstyrning. Som stöd för det lokala arbetet har ett kunskapsstyrningsråd, tillika styrgrupp för kunskapsstyrningsarbetet, inrättats och påbörjat sitt arbete.

Region Värmland och regionbildningen

Den 1 januari 2019 gick Landstinget i Värmland, det tidigare kommunalförbundet Region Värmland, Värmlandstrafik och Karlstadsbuss samman och bildade en gemensam organisation, Region Värmland, med ansvar för insatser inom områden som hälso- och sjukvård, tandvård, kollektivtrafik, infrastruktur, näringsliv, arbetsmarknad, jämställdhet, kompetensförsörjning och kultur. Regionen ansvarar också för fem av länets sex folkhögskolor.

Hälso- och sjukvården i Region Värmland

På följande sätt har regionen organiserat sig inom hälso- och sjukvård samt tandvård.

Område slutenvård

Ansvar för allmän och specialiserad vård inklusive kirurgisk och medicinsk behandling samt verksamheter som stöttar kliniska utredningar.

Område öppenvård

Ansvar för primärvård, psykiatri, habilitering och rehabilitering.

Område vårdkvalitet

Ansvar för samordning, utveckling och stöd i vårdens patientsäkerhetsarbete, kunskapsstyrning, klinisk forskning, utbildning och kompetensutveckling.

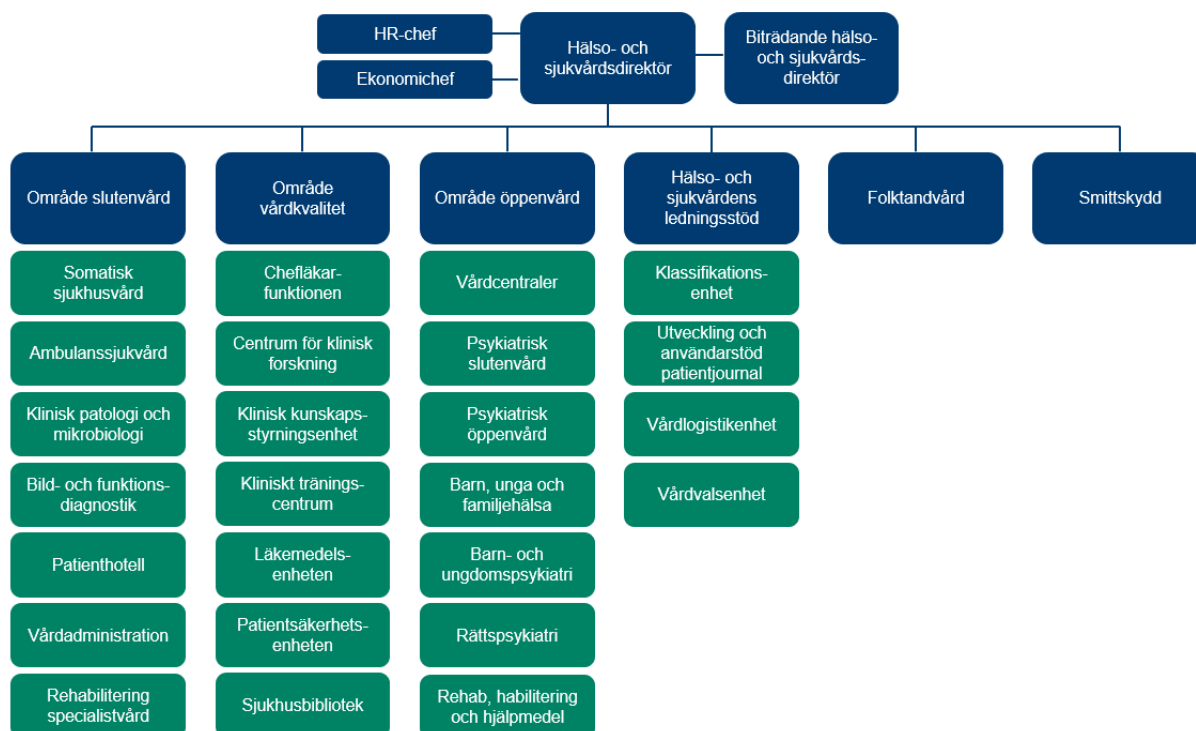
Folktandvården

Ansvar för tandvård till barn och unga samt patienter med särskilda behov, allmän- och specialisttandvård.

Smittskydd Värmland

Ansvar för stöd till vården inom smittskyddsområdet, information till allmänheten om förebyggande åtgärder samt råd och anvisningar till utsatta grupper.

Organisationsskiss



ORGANISATION OCH ANSVAR

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

Ansvaret för patientsäkerheten följer regionens linjeorganisation. Utöver detta är ansvaret för patientsäkerhetsarbetet fördelat på flera nivåer och områden inom organisationen.

Regionfullmäktige och regionstyrelse

Den politiska ledningen, där regionstyrelsen är regionfullmäktiges verkställande organ tillika vårdgivare, fastställer hälso- och sjukvårdens övergripande mål. I uppföljnings- och beslutsprocessen sker en kontinuerlig resultatuppföljning via månadsrapporter, delårsrapporter och årsrapport.

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Planerar hälso- och sjukvården samt tandvården ur ett övergripande befolkningsperspektiv i samverkan med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

Regiöndirektör och hälsa- och sjukvårdsdirektör

Den högsta tjänstemannaledningen utgör operativ ledning för hälsa- och sjukvården och fördelar resurser, ansvar för arbetsuppgifter och befogenheter till vårdens verksamhetsområden.

Hälso- och sjukvårdens verksamhetschefer

leder arbetet inom respektive verksamhetsområde, vilket omfattar skyldighet att rapportera och utreda allvarliga skador samt risk för allvarlig skada, uppföljning av beslut, klagomål och avvikelser, att analysera avvikelser samt initiera förbättringsarbeten.

Medarbetare

Det är alla medarbetares ansvar att aktivt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet och att anmäla händelser eller risker som rör patientsäkerheten.

Område vårdkvalitet

omfattar verksamhetsområdena patientsäkerhetscentrum och kunskapscentrum från och med september 2019. Chef för området ingår i hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsgrupp.

Patientsäkerhetscentrum

har uppdraget att strategiskt och operativt stödja regionens patientsäkerhetsarbete. Ingående enheter är chefläkarfunktionen, patientsäkerhetsenheten inklusive funktion för anmälningsansvar och avvikelshantering, läkemedelsenhet och utredningstandläkare.

Chefläkare

ansvarar för att leda och samordna det strategiska patientsäkerhetsarbetet, bistår med råd och sakkunskap kring patientsäkerhetsarbetet samt initierar utbildnings- och andra stödinsatser. Chefläkare leder etikkommittén, läkemedelskommittén och lex Maria-rådet, vilken är den instans som tar beslut om anmälningar och utredningar i samband med allvarliga vårdskador eller risk för allvarliga vårdskador, samt vid anmälan av legitimerad personal.

Patientsäkerhetsenheten

arbetar med övergripande kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor och stöd till de patientnära verksamheternas patientsäkerhetsarbete. Enheten leder händelseanalyser vid vårdskadeutredningar, ansvarar för avvikelshanteringsfunktionen och koordinerar regionens resultatrapportering från journalgranskning och egenkontroller. Arbetet sker i nära samarbete med chefläkarna.

Anmälningsansvarig

ingår i patientsäkerhetsenheten och utses av hälso- och sjukvårdsdirektören genom ett personligt förordnande. Uppdraget omfattar att i samverkan med chefläkare ansvara för att regionen följer lag och föreskrifter om anmälan av allvarliga vårdskador (lex Maria), hantering av enskildas klagomål och anmälan av legitimerad personal.

Informationssäkerhet

Regionen har som vårdgivare ett ansvar för informationssäkerheten. För att informationen ska kunna skyddas krävs att samtliga verksamheter har kontroll över den egna säkerheten och tar ansvar för informationssystem som används i verksamheten. Ansvaret för informationssäkerheten följer därmed verksamhetsansvaret.

Läkemedelsenheten

verkar tillsammans med läkemedelskommittén för en rationell, säker och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning- och hantering i hela vårdkedjan. Enheten ansvarar bland annat för klinisk farmaci, läkemedelsförsörjning, läkemedelsberedning, läkemedelsstatistik, läkemedelsbudget samt för ordinationsmallar och generella direktiv i hälso- och sjukvårdens journalsystem.

Läkemedelskommittén

med dess tillhörande terapigrupper är ett rådgivande expertorgan i läkemedelsfrågor som bland annat ska värdera nya och gamla läkemedel och dess plats i terapin.

Smittskydd Värmland

har det övergripande ansvaret för arbetet med smittskydd, vårdhygien och samverkan mot antibiotikaresistens (Strama) och arbetar fortlöpande för att minska smittspridning i vården, förebygga vårdrelaterade infektioner och tillse god följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Smittskydd Värmland har en väl utvecklad samverkan med länets kommuner genom avtal.

Strålsäkerhet

Verksamhet med strålning är reglerad i svensk lag och för att bedriva verksamheten krävs tillstånd med tillhörande villkor för medicinsk och odontologisk verksamhet med joniserande strålning. Strålsäkerhetsarbetet övervakas i strålsäkerhetskommittén och ansvar och samspel i organisationen beskrivs i strålsäkerhetsorganisationsplanen. Arbetet sammanställs årligen i strålsäkerhetsbokslutet.

Etikkommittén

stödjer dialog och kunskapsutveckling i etiska frågor, initierar nya frågor av etisk karaktär och vägleder diskussion kring dessa. Etikkommittén är underställd chefläkarfunktionen och ordförande är chefläkare. Etikkommitténs arbete sammanställs i en egen årsrapport.

Kunskapscentrum

har ett uppdrag att bidra till en evidensbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård genom att samordna och utveckla kunskapsstyrning, klinisk forskning, utbildning och kompetensutveckling. Kunskapscentrum består av fem enheter:

- Centrum för klinisk forskning och utbildning stödjer, stimulerar och utvecklar klinisk forskning och utbildning för en kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård.
- Kliniskt träningscentrum, KTC, bidrar till ökad patientsäkerhet genom att möjliggöra kontinuerlig klinisk kompetensutveckling för personal inom hälso- och sjukvården.
- Kliniska kunskapsstödsenhetens uppdrag är att processorienterat stödja kunskapsstyrning för bästa vårdkvalitet utifrån patienternas behov, krav och förväntningar.
- Sjukhusbibliotekens uppdrag är att stödja en god hälso- och sjukvård genom att ge kunskapsstöd och vara en källa till lärande, kultur och rekreation.



SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR

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

God samverkan nationellt och inom sjukvårdsregionen och länet, mellan sluten och öppenvård, inom och mellan sjukhusen är av stor betydelse för att hälso- och sjukvården ska uppnå hög kvalitet och ett effektivt resursutnyttjande. Några av strategierna är att dela kunskap, erfarenheter och målbilder, etablera tydliga roller och ansvar och att sträva mot enhetlighet och därmed undvika oönskade variationer.

Samverkan mellan regionen och länets kommuner på strategisk nivå

Samverkansforumet *Nya Perspektiv* är samverkan och samordning på högsta nivå mellan Värmlands 16 kommuner och regionen, ett forum för dialog med befolkningsperspektiv mellan förtroendevalda och tjänstemannaledning. Arbetet leds av en politisk styrgrupp med politiker från kommuner och regionen. Nya Perspektiv har en beredningsgrupp, som hanterar samverkans- och gränssnittsfrågor på en strategisk nivå mellan kommunerna och regionen och särskilt berörda är barn- och utbildning, socialtjänst, vård och omsorg, hälso- och sjukvård inklusive tandvård. Uppdraget är att koordinera, samordna, initiera samverkan i länet.

Samverkan vid utskrivning från slutenvården

Beredningsgruppen har utsett en arbetsgrupp "Samverkan vid utskrivning från slutenvård". Sammansättningen har varit lika många representanter från kommunerna som regionen. Denna arbetar på uppdrag av Beredningsgruppen med att bland annat att följa upp den överenskommelse som togs fram vid införandet av Lagen om Samverkan vid utskrivning från slutenvård samt riktlinjer kopplat till denna. Utifrån uppföljning har revideringar av överenskommelsen och riktlinjer kommit till stånd. Arbetsgruppen har även till uppdrag att gemensamt arbeta för intentionen i lagstiftningen. Gruppen har anordnat olika former av workshops med olika tema tex utskrivning från somatisk och psykiatrisk slutenvård. Ett återkommande tema har varit fokus på vad händer med samverkan alla de dagar patienten/individerna inte befinner sig i slutenvården hur kan vi gemensamt arbeta proaktivt utan att låta de organisatoriska gränserna vara ett hinder. Fortsatta utmaningar finns till exempel inom ändringar av beräknat utskrivningsdatum, tillräcklig samt rätt information vid utskrivning och delaktighet för den enskilde samt närstående.

Samverkan mellan regionen och länets kommuner genom en patientsäkerhetskommitté

Under våren 2019 har en länsgemensam patientsäkerhetskommitté formats. I gruppen ingår MAS och MAR från tre av länets kommuner samt representanter från regionen (chefläkare och utvecklingsledare). Gruppens uppdrag är att ur ett patientsäkerhetsperspektiv har fokus på vårdens övergångar med inkomna avvikelser som underlag. Utgående från en inträffad allvarlig händelse har man tagit fram ett förslag till gemensamt arbetssätt vid utskrivning av patienter med kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet. Man har också påbörjat arbetet med en revidering av rutinen vid avvikelser mellan region och kommun, i syfte att förenkla hanteringen och öka lärandet av inträffade avvikelser.

Mobila närsjukvårdsteam – Arvika och Torsby

Region Värmland har under året infört mobila närsjukvårdsteam utgående från Arvika och Torsby sjukhus. Syftet är att genom närsjukvårdsteam och hemsjukvårdsläkare erbjuda en individanpassad och säker vård i ordinarie boendemiljö i samarbete med kommunal hemsjukvård. I oktober 2018 skrevs den första patienten in i teamet och efter 2019 kan första årets verksamhet summeras.

Karlstad Universitet har gjort en utvärdering av det mobila närsjukvårdsteamet i Arvika. Kvalitativ utvärdering har genomförts med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Resultatet visar att det mobila närsjukvårdsteamet utgör en vårdform som upplevs positivt av patienterna. Flera patienter lyfter att det är en stor skillnad mot hur kontakter med vården sett ut tidigare, bland annat när det kommer till relationsskapandet mellan patient och medarbetarna i teamet (helhetsperspektivet och engagemanget), tiden som avsätts för patienterna, kontaktvägarna och tillgängligheten. Kontinuiteten bland personalen i det mobila närsjukvårdsteamet tillsammans med den täta kontakten och det förtroende som byggts upp har lett till att patienterna (och anhöriga) känner ökad trygghet.

Utvärderingen sammanfattar det mobila närsjukvårdsteamets positiva inverkan på patienterna i följande tre slutsatser:

- Att det ger personcentrerad vård
- Att det ger tid och lyssnar in
- Att det skapar förtroende och trygghet

Statistiken visar att besöken på akutmottagningen i Arvika för patienterna som ingår i det mobila närsjukvårdsteamet har minskat från 72 till 12 (-83 procent), och antal vårdtillfällen i slutenvården har minskat från 53 till 15 (-72 procent) i en jämförelse före- och efter anslutning.

Regional samverkansgrupp för suicidprevention

I Värmlands regionala samverkansgrupp för suicidprevention ingår representanter från alla kommuner i Värmland, Region Värmland, Svenska kyrkan, Trafikverket, Polisen, Räddningstjänst, Försäkringskassan, Länsstyrelsen, Suicide Zero, EBLskolan, (H)järnkoll, Anonym Alkoholister, RSMH Kalstasola samt Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (Spes). Under 2019 har samverkansgruppen planerat och drivit utbildningar och föreläsningar samt arrangerat en stor länskonferens (Suicidprevention i Värmland: unga liv kan räddas) med drygt 400 deltagare. Handlingsplanen för suicidprevention har gått ut 2019 och ska utvärderas under våren 2020. En ny handlingsplan ska tas fram under hösten 2020. Vidare ska samverkansgruppen arbeta för att höja personalgruppers kompetens inom området suicidprevention, och öka engagemang och kunskap hos befolkningen.

Vårdinformationssystem

I dagens hälso- och sjukvård är stabila, fungerande och samverkande IT-system av största vikt, både för patienter och medarbetare. Med hjälp av dessa ska patienter uppleva en god tillgänglighet och trygghet, medarbetare ska kunna planera, utföra och dokumentera, uppföljning ska kunna ske. Att se till att detta är så är ett uppdrag som delas mellan flera olika enheter inom Region Värmland. Chefläkare deltar i detta ständiga arbete, under året har exempelvis arbete utförts för att möjliggöra att patienter kommer att kunna ta del av ännu fler journaluppgifter via 1177, även så har regionens medarbetare har tillfrågats om förbättringsförslag i journalsystemet Cosmic, flera av dessa är redan införda och flera planeras att införas under 2020.

Läkemedelskommittén

För att kunna erbjuda en god och nära vård är en god samverkan mellan kommuner och regionen av största vikt. I läkemedelskommittén sker redan ett sådant arbete då två representanter från MAS-gruppen deltar i kommitténs arbete. En tät samverkan sker också mellan läkemedelskommittén och de personer inom område öppenvård som arbetar med analys och uppföljning inom läkemedelsområdet. Under året påbörjades också arbetet att med att utöka samverkan mellan läkemedelskommittén och den nya kunskapsstyrningsorganisationen.

Området arbetsmiljö och patientsäkerhet

Det nära sambandet mellan områdena arbetsmiljö och patientsäkerhet är kända och därför finns en etablerad samverkan kring dessa frågor inom regionen. Förutsättningarna för en god arbetsmiljö sammanfaller till stor del med förutsättningarna för en säker vård och en utvecklad säkerhetskultur fångar upp och hanterar risker och andra oönskade händelser, inom arbetsmiljön såväl som i vårdmiljön. Under 2019 har en stor insats genomförts i samverkan mellan patientsäkerhetscentrum och HR genom att gemensamt planera och genomföra stödinsatser till chefer i vården i uppföljning av årets medarbetar- och säkerhetsenkät.

Expertgrupper för nutrition, trycksår och fall

De tvärprofessionella expertgrupperna för riskområden nutrition, trycksår och fall arbetar kontinuerligt med utbildning, informationsinsatser och följer aktuell forskning. Samarbete kring riskområdena sker tillsammans med Värmlands kommuner och Karlstad Universitet via gemensamma föreläsningar, för att nå ett enhetligt evidensbaserat arbetssätt över vårdgränserna.

Expertgruppen för fallprevention arbetar mot målet att minska fall och fallskador. Expertgruppen har under året bland annat arbetat med att färdigställa vårdprogram för fall- och fallskadeprevention. Gruppen har testat Socialstyrelsens webbutbildning för fallskadeprevention och deltagit på utvecklingsträff. Under 2020 kommer vårdprogrammet som utgår från ett teambaserat arbetssätt att implementeras. Syftet är att i samverkan mellan regionen, kommunerna, friskvården, universitetet och olika föreningar i civilsamhället, tillsammans arbeta fall- och fallskadeförebyggande för medborgarna.

Vid den nationella kampanjen *Balansera mera* ansvarade Region Värmland för att hålla samman arbetet med kommuner, friskvård och olika pensionärsföreningar i länet.

Folktandvården och kommunerna

För att kunna ge de multisjuka och äldre i kommunernas vårdboenden daglig förbyggande och lindrande tand- och munbehandling har samverkan etablerats mellan folktandvården och länets kommuner, där folktandvården utbildar vårdpersonalen i munhygien. Tandhygienister utför även uppsökande munhälsobedömningar liksom vård och behandling. Samverkan regleras genom skriftliga överenskommelser mellan klinikchefen på ansvarig folktandvårdsklinik och respektive kommun som tydliggör vem som ansvarar för vad och hur uppföljning ska ske. Folktandvården har också utökat antalet utrustningar som kan placeras direkt i boenden, som en fast utrustning i ett rum eller som mobil utrustning.

PATIENTERS OCH NÄRSTÅENDES DELAKTIGHET

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

I patientsäkerhetsarbetet samverkar regionen med patienter och närstående på flera sätt. Samverkan sker bland annat via patientforum, utbildningar, patientföreningar och patientmedverkan vid händelseanalyser.

Patientforum

Syftet med patientforum är att utgöra en kontaktyta och mötesplats för patienter, närstående och medarbetare för frågor, information och mottagande av synpunkter som rör hälso- och sjukvården. Patientforum bemannas delar av veckan vid huvudentrén på Centralsjukhuset i Karlstad och i receptionen på Sjukhuset i Arvika för personliga besök. Andra kontaktvägar är via regionens växel, eller att lämna kontaktuppgifter i postlådor vid entréerna på sjukhusen i Arvika och Karlstad. Beslut har tagits om att utvärdera och utveckla patientforum. Detta arbete påbörjades under året och kommer att fortsätta under 2020.

Patientmedverkan i utredning av allvarlig vårdskada

Under utredning efter allvarlig vårdskada involveras patienten i stor utsträckning, oftast via en intervju kring hur patienten uppfattade det inträffade. När det är möjligt bjuds patient och närstående även in när analysen är klar för att gå igenom vad som hände och möjliga orsaker till det inträffade.

Patient- och närståendemedverkan i utbildning

Med ett sjukdomsbesked, fysiskt eller psykiskt, är det nödvändigt att få kunskaper, tips och idéer för att bättre kunna bemästra och hantera vardagen. Vid långvarig sjukdom, skada eller funktionsnedsättning behöver både patient och närstående kunskap för att kunna leva sitt liv med bästa möjliga hälsa och livskvalitet. Vid grupputbildningar möts patienter, närstående, vårdpersonal och erfarna brukare i mindre grupper för att lära av varandra i ett ömsesidigt kunskaps och erfarenhetsutbyte. Utbildningen utgår från modellen Lära och bemästra och deltagarna har ett stort inflytande på utbildningens innehåll.

Exempel på patientmedverkan inom hälso- och sjukvården

Ett exempel på framgångsrik samverkan där patientmedverkan är central är verksamheten *Förgätmigej*, en verksamhet där personer som har egen erfarenhet av psykisk ohälsa eller har erfarenhet av att vara närstående till person med psykisk ohälsa kan mötas. Hit kan inläggande patienter, utskrivna, närstående och vänner till patienterna komma för samtal. Verksamheten har ett eget rum i psykiatrihuset och en samordnare som är anställd inom psykiatrin som medarbetare med brukarerfarenhet finns på plats fem dagar i veckan. De finns på plats för att lyssna, prata, ge andrum och stöd och kan också ge tips om olika former av stöd som är kopplat till psykiatri, psykisk hälsa och återhämtning.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS RAPPORTERINGSSKYLDIGHET

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Alla medarbetare har en lagstadgad skyldighet att rapportera observerade avvikelser. Varje verksamhetschef eller motsvarande har ansvaret för avvikelshantering inom sitt verksamhetsområde och för att lokala rutiner finns. Chefer på alla nivåer är ansvariga för att analysera, sammanställa, följa upp avvikelser och vidta åtgärder inom respektive ansvarsområde. Sammanställning av regionens avvikelser under 2019 finns under avsnittet avvikelshantering

Avvikelsehantering

Varje vårdgivare är enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldiga att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

I Region Värmland strävar vi efter att avvikelshantering ska vara ett viktigt verktyg för att förbättra och utveckla verksamhetens kvalitet. En fungerande avvikelse- och riskhantering är en förutsättning för att öka organisationens säkerhetsmedvetande och lärande genom att den egna verksamhetens risker fortlöpande följs upp och utvärderas och förebyggande åtgärder sätts in.

Kvalitetsarbetet sker genom att systematiskt identifiera, rapportera, analysera, åtgärda, återföra och utvärdera avvikelser såväl som risker samt återföra resultatet till medarbetarna. Rapporteringen syftar aldrig till att leta syndabockar utan ska bidra till en säker och trygg miljö för vårdtagarna och personalen.

Under 2019 har patientsäkerhetscentrum erbjudit utbildningsinsatser framför allt inriktat mot område öppenvård i form av ett 30-tal patientsäkerhetsdialoger, samt riktade utbildningar till distriktsköterskor och vårdadministratörer. Utbildningstillfällena har sannolikt bidragit till att antalet avvikelser i område öppenvård har ökat och att det totala antalet avvikelser i regionen för första gången passerat 9000 i antal.

På så vis är antalet registrerade och hanterade avvikelser en indikator på vilken nivå av säkerhetsmedvetenhet som råder i verksamheten. Avvikelser ska rapporteras i regionens avvikelssystem AHA.

Patientsäkerhetscentrums bedömning är att årets insatser har bidragit till att ansvariga chefer mer systematiskt arbetar med sina avvikelser. Cheferna efterfrågar och erhåller mer utbildning och support i syfte att ta ut statistik inom sina delar av verksamheten.

Under 2019 har ett intensivt arbete gjorts för att få till stånd en uppgradering och förbättring av avvikelshanteringssystemet. Arbetet fortsätter och kommer att genomföras under 2020. Detta kommer att öka användarvänligheten och effektivisera arbetet med avvikelser som underlag till förbättringar i verksamheterna.

Avvikelse rapporter som kommer in ska bearbetas och analyseras på ett systematiskt sätt för att kunna vara underlag för förbättring. Samtidigt möjliggör en systematisk hantering att regionen kan se mönster och trender som kan indikera brister i verksamhetens kvalitet. De avvikelser som inneburit att en vårdskada drabbat, eller riskerat att drabba en patient ska lämnas för bedömning till regionens lex Maria-råd där ställning tas till anmälan om vårdskada.

Avvikelsehanteringsprocessen



Identifiera

Någon observerar en händelse som innebär att en patient, medarbetaren själv, någon annan person, verksamhet eller miljö har skadats eller har riskerat att skadas. Detta är alla medarbetares ansvar.

Rapportera i avvikelshanteringssystemet AHA

Den observerade händelsen beskrivs av medarbetare i regionens avvikelshanteringssystem där avvikelserna skickas till närmaste chef för handläggning.

Analysera

Närmaste chef tar emot avvikelserna och beslutar vem som ska handlägga den. Därefter kartläggs orsaker och en riskbedömning genomförs. Arbetet med att analysera avvikelser och identifiera lösningar på problem kan genomföras tillsammans med chefer och medarbetare.

Åtgärda

Föreslagna åtgärder genomförs.

Följa upp

Närmaste chef följer upp genomförda åtgärder genom att till exempel analysera statistik eller intervjua patienter och medarbetare i verksamheten och tar sedan ställning till om dessa åtgärder har haft avsedd effekt.

Återföra erfarenhet

Erfarenheterna ska användas i förebyggande arbete, i förbättringsarbete samt i planering av nya och förändrade arbetssätt med syfte att ständigt förbättra kvaliteten i verksamheten.



KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6§§, 7 kap 2 § p 6,
SFS 2010:659, 3 kap. 8§*

Vårdgivaren ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, vårdgivare, de som bedriver socialtjänst, de som bedriver verksamhet enligt LSS, myndigheter och föreningar, andra organisationer och intressenter.

Under året har ett utvecklingsarbete genomförts med fokus på hantering av de synpunkter och klagomål som inkommer direkt till vårdens verksamheter. Arbetet följer den inriktning som angivits av Socialstyrelsen och finns med i överenskommelsen mellan staten och Sveriges kommuner och regioner (SKR) om ett enkelt, enhetlig och säkert klagomålssystem¹.

En ny process har tagits fram i regionens avvikelshanteringssystem där de synpunkter och klagomål från patienter och närstående som inkommer direkt till vården kan registreras, kategoriseras och hanteras. Systemet möjliggör aggregering av data på regional nivå och bygger på att varje verksamhetsområde har en utsedd synpunktshandläggare. Den funktion som har åtkomst både till synpunktshanteringssystemet och till personalverktyget i 1177 för hantering av de ärenden som kommer in den vägen. Den nya processen och hanteringen sattes i drift vid årsskiftet 2019/2020.

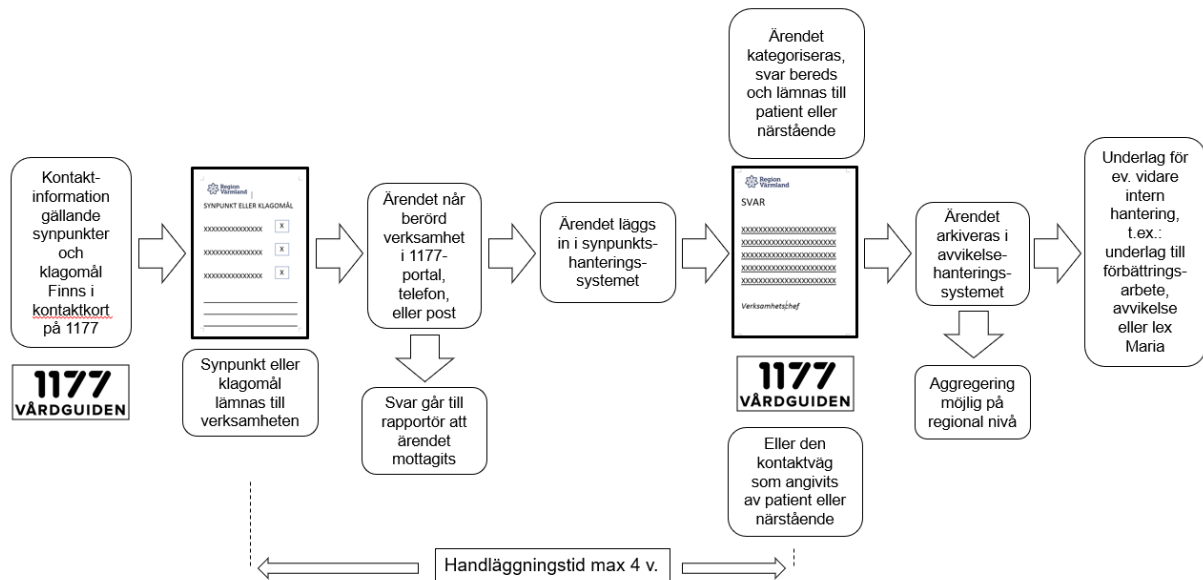
Under året har både en regionövergripande riktlinje och en rutin för hälso- och sjukvården arbetats fram. Dessa två styrande dokument, som fastställs i början av 2020 tydliggör ansvaret för verksamhetschef, vårdenhetschef och synpunktshandläggare, samt syftet med den enhetliga ärendehantering i synpunktshanteringssystemet. Vilket är att möjliggöra aggregering och analys av data på olika nivåer för att bidra till lärande.

Region Värmland följer utvecklingen av arbetet med synpunkter och klagomål på nationell nivå. En större nationell enhetlighet gällande information till patient och närstående, samt tydliga kontaktvägar och en integrering mellan 1177 och regionens avvikelshanteringssystem skulle förbättra hanteringen av synpunkter och klagomål ytterligare.

¹ Ärendenr: 19/00653

Synpunkts- och klagomålsprocessen

Processen för hantering av synpunkter och klagomål som inkommer till verksamheterna inom hälso- och sjukvården utgår från att det inom varje verksamhet finns en synpunktshandläggare som tar emot, kategoriserar och fördelar ärenden till ansvarig chef. Processen beskriver att en synpunkt eller ett klagomål kan komma in antingen via ett formulär i 1177, genom samtal eller brev.



EGENKONTROLL

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

Att mäta och följa upp patientsäkerhet handlar om att upptäcka risker och att följa förekomsten av vårdskador i vården. För att identifiera dessa används olika metoder och mätningar. Uppföljningen ligger till grund för förbättringsarbete i syfte att nå det övergripande målet ”inga vårdskador”.

Uppföljning och mätning	Omfattning och frekvens	Källa
Markörbaserad journalgranskning på sjukhus- och verksamhetsnivå	Månadsvis	Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
Basala hygienrutiner och klädregler	Nationell mätning en gång under året. Regionmätning tertialvis. Enheter under 70 procents följsamhet 1ggr/mån	SKR och interna register
Vårdrelaterade infektioner	Nationell mätning en gång per år och regionmätning tertialvis	SKR
Följsamhet blododlingsrutin	Regionmätning tertialvis	Interna register
Antibiotikaförskrivning	1. Månadsvis 2. Kvartalsvis	1. Folkhälsomyndigheten 2. Läkemiddelsmyndigheten
Trycksår	Nationell samt regiongemensam mätning två gånger/år, lokala mätningar månadsvis inom delar av somatisk slutenvård	SKR och interna register
Avvikelser inom regionen	Antal följs löpande i regionens avvikelshanteringssystem	Interna register
Patientrelaterade avvikelser inom regionen.	Antal följs löpande i regionens avvikelshanteringssystem	Interna register
Avvikelser gällande samarbetet mellan regionen och kommunerna i Värmland	Antal följs löpande	Interna register
Händelse- och riskanalyser	Antal följs tre gånger per år	Interna register
Beläggningsgrad	Följs dagligen inom all slutenvård	Regionens datalager
Överbeläggningar av patienter	Antal följs dagligen per sjukhus inom all slutenvård	SKR och regionens datalager
Utlökaliserade patienter	Antal följs dagligen per sjukhus inom all slutenvård	SKR och regionens datalager
Väntetid till tandvård	Antal kliniker som har högst 6 månaders väntetid kontrolleras tertialvis.	Interna register

ÅTGÄRDER FÖR ATT ÖKA PATIENTSÄKERHETEN

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Här följer en sammanställning av exempel på åtgärder som har vidtagits kopplat till mål, strategier och resultat för att förbättra patientsäkerheten under året.

Utbildning - Fokus patientsäkerhet, genomförande och lärdomar

För att ytterligare stärka och utveckla patientsäkerhetsarbetet har patientsäkerhetscentrum erbjudit utbildning i förebyggande patientsäkerhetsarbete. Arbetet har varit verksamhetsnära och patientrelaterat där teori har omsatts i praktiskt förbättringsarbete.

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

- | | |
|---|--|
| 1. Identifierat förbättringsbehov <ul style="list-style-type: none">Behov av att öka chefer och medarbetares kompetens om förbättringskunskap och patientsäkerhet i syfte att begränsa vårdskadorna i regionen | 2. Mål <ul style="list-style-type: none">Ökad kunskap i förbättringsarbete samt ge medverkande verksamheter möjlighet att arbeta under handledning med ett för verksamheten viktigt riskområde |
| 3. Metod och åtgärd <ul style="list-style-type: none">Utbildningen har genomförts i form av 4 seminarier med teori, egna presentationer och inspirationsföreläsningarMellan seminarierna har teamen genomfört eget förbättringsarbete under handledning10 verksamheter har deltagit vid varje utbildningsomgångNätverk för deltagare och chefer | 4. Uppföljning och utvärdering <ul style="list-style-type: none">Hittills har 21 team påbörjat varsitt förbättringsarbeteFör att stödja och stimulera fortsatt förebyggande patientsäkerhetsarbete kommer nätverksträffar att erbjudas två gånger per år |

Kommentar: Utbildningens andra omgång nu påbörjad.

Patientsäkerhetsdialoger i öppenvård

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

- | | |
|--|---|
| 1. Identifierat förbättringsbehov <ul style="list-style-type: none">Öka kunskapen hos medarbetare och ledning om betydelsen av god säkerhetskulturAtt se avvikelshantering som kvalitetsarbete | 2. Mål <ul style="list-style-type: none">Upptäcka risker och minska allvarliga vårdskador genom god dialog och icke skuldbeläggande förhållningssätt |
| 3. Metod och åtgärd <ul style="list-style-type: none">Chefläkare och utvecklingsledare har under året genomfört ett 30-tal patientsäkerhetsdialoger vid arbetsplatsträffar i område öppenvård | 4. Uppföljning och utvärdering <ul style="list-style-type: none">Arbetet fortsätter under 2020 och utvärdering kommer att ske senare |

Kommentar: Detta arbetssätt är att betrakta som en del av att långsiktigt stödja utvecklingen av en starkare säkerhetskultur.

Frakturprevention och behandling för osteoporospatienter

Under 2019 har journalgranskning genomförts på osteoporosrelaterade handledsfrakturer för att tillse hur primär och sekundär frakturprevention sker.

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

- | | |
|--|---|
| 1. Identifierat förbättringsbehov <ul style="list-style-type: none">Behov av att se över fyra styrande dokument som gäller olika för de tre sjukhusen i länet | 2. Mål <ul style="list-style-type: none">Jämlig vård för länets medborgare med osteoporosfraktur. Göra vården säker för patienterna enligt nationell riktlinje |
| 3. Metod och åtgärd <ul style="list-style-type: none">Revidera och ensa dokumenten för likriktad vård i länet. Implementera efter beslut | 4. Uppföljning och utvärdering <ul style="list-style-type: none">Tillse att dokumenten är tydliga och implementerade över hela länet |

Kommentar: Rapporten är presenterad för primärvårdsrehabiliteringen och för frakturkedjegruppen i länet där ortoped ansvarar för gruppen. Det är inskickat ett HCL ärende om översyn av dokumenten.

Kvalitetssäkra hantering av hälso- och sjukvårdens styrande dokument

Region Värmland har sedan 2017 ett övergripande standardiserat arbetssätt för hantering av hälso- och sjukvårdens styrande dokument, vilka är publicerade i dokumenthanteringssystemet VIDÅ. Under 2019 utarbetades en handlingsplan för det fortsatta kvalitetsarbetet avseende styrande dokument. Handlingsplanen antogs av hälso- och sjukvårdsledningen och en person rekryterades till uppdraget att verkställa handlingsplanen inom hälso- och sjukvården.

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

- | | |
|--|---|
| 1. Identifierat förbättringsbehov <ul style="list-style-type: none">Behov att öka kvalitet och säkerhet av dokumenthantering för hälso- och sjukvården styrande dokumentBehov av standardiserat strukturerat arbetssätt för hantering av hälso- och sjukvårdens styrande dokument | 2. Mål <ul style="list-style-type: none">Öka sökbarhet i dokumenthanteringssystemet VIDÅSkapa standardiserat arbetssätt för hantering av styrande dokument |
| 3. Metod och åtgärd <ul style="list-style-type: none">Styrande dokument avpubliceras bort från intranät och externa webbplatserAvsluta gamla och utgångna dokumentTillskapa en regionövergripande process för riktlinjer och rutiner och övriga styrande dokumentEnsning av lokala vårdutiner och dubblettedokument i VIDÅ | 4. Uppföljning och utvärdering <ul style="list-style-type: none">Påbörjad rensning under hösten. De verksamheter som rensat klart har ökat.Genomgång av dubletter har gjorts och respektive dokumentägare har uppmanats att ta bort aktuell dublettPå intranätet fanns övergripande "Lista med styrande dokument". Från början 160 dokument, nu 12Regionövergripande process finns inte än men arbete pågårEnsning av snarlika dokument kvarstår, chefläkargruppen har involverats |

PRISS (Protes-Relaterade Infektioner Ska Stoppas)

PRISS pågick mellan 2009–2013 och återupptogs 2019. Syftet med projektet var att minska den reala infektionsfrekvensen vid elektiva protesoperationer med minst 50 procent. Projektet resulterade bland annat i fyra expertgruppsdokument med bästa praxis inom fyra viktiga områden. Med detta som utgångspunkt har ett förbättringsarbete genomförts inom ortopedin i Region Värmland.

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

- | | |
|--|--|
| 1. Identifierat förbättringsbehov <ul style="list-style-type: none">• Utifrån förhöjd frekvens av höftprotesinfektioner initierades ett genomgripande arbete inom ortopedverksamheten angående efterlevnad av PRISS-dokumenterna | 2. Mål <ul style="list-style-type: none">• Att förändra processen kring patienterna för att helt efterfölja rekommendationerna i PRISS |
| 3. Metod och åtgärd <ul style="list-style-type: none">• Arbetet leddes av chefläkare och indelades i tre arbetsgrupper, pre-, per- och postoperativt. Arbetet innebar en grundlig genomgång av patientens resa från ställningstagande till operation fram till rehabilitering | 4. Uppföljning och utvärdering <ul style="list-style-type: none">• Under 2019 halverades frekvensen höftprotesinfektioner gentemot ursprungsvärdet och 2020 fortsätter förändringsarbetet inom ortopedverksamheten som även involverar stödverksamheter |

Kommentar: PRISS-arbetet har även lett till två projekt i patientsäkerhetscentrums utbildning Fokus Patientsäkerhet.

Trycksårsprevention

Det krävs ett krafttag för att minska trycksårsförekomsten i regionen. Ett projekt med syfte att korta tiden från identifiering av riskpatient till insättande av trycksårsförebyggande åtgärder startades vid akutmottagningen och de medicinska vårdavdelningarna vid Centralsjukhuset Karlstad.

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

- | | |
|--|---|
| 1. Identifierat förbättringsbehov <ul style="list-style-type: none">• Trycksårsfrekvensen under 2019 var fortsatt hög, framför allt inom de medicinska specialiteterna vid Centralsjukhuset Karlstad. Det tar lång tid innan riskpatient identifieras tills trycksårsförebyggande åtgärder vidtas | 2. Mål <ul style="list-style-type: none">• Minskad förekomst av sjukhusförvävade trycksår |
| 3. Metod och åtgärd <ul style="list-style-type: none">• Utbildningsinsatser och implementering av infektionskliniken arbetssätt vid akutmottagningen samt de medicinska vårdavdelningarna, med fokus på tidig hud- och riskbedömning samt trycksårsförebyggande åtgärder | 4. Uppföljning och utvärdering <ul style="list-style-type: none">• Resultaten kommer att följas upp på verksamhetsnivå och i områdesledning. Uppföljning av trycksårsfrekvensen ska ingå verksamhetens dagliga styrning och visualiseras på förbättringstavlor |

Kommentar: Infektionskliniken på Centralsjukhuset tilldelades utmärkelsen årets vägvisare för sitt systematiska förbättringsarbete vilket har resulterat i att inga sjukhusförvävade trycksår uppkommit hos patienterna.

Gröna korset – implementering av metod, Sjukhuset i Arvika

Under 2019 har ett arbete pågått med att införa Gröna korset, som är en visuell patientsäkerhetsmetod, på akutmottagningen och två vårdavdelningar på Sjukhuset i Arvika.

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

- | | |
|---|---|
| 1. Identifierat förbättringsbehov <ul style="list-style-type: none">Behov av ett arbetssätt för daglig identifiering av risker och vårdskador i realtid. Ytterst att göra vården säkrare för våra patienter | 2. Mål <ul style="list-style-type: none">Skapa ett underlag för systematiskt dagligt arbetssätt som möjliggör kontinuerlig utveckling av ökad patientsäkerhet och patientsäkerhetskultur |
| 3. Metod och åtgärd <ul style="list-style-type: none">Gröna korset är en enkel visuell metod för medarbetarna att dagligen identifiera risker och vårdskador i realtidDaglig styrning med Gröna korset tavlor patientsäkerhet och arbetsmiljö och förbättringsförslag till förbättringstavlor | 4. Uppföljning och utvärdering <ul style="list-style-type: none">Antalet rapporterade avvikelser har ökat. Uppföljning av förbättringsförslag sker på arbetsplatsträffar, förbättringsmöte och arbetsmiljömöte |

Kommentar: Fortsatt arbete med att införa Gröna korset på ortopedavdelning och intensivvårdsavdelning i Arvika under våren 2020. Arbetet har lett till att tidigt i vården upptäcka trycksår och fallskador på äldre och sköra patienter, eftersom hudbedömning och fallriskvärdering gjorts på akutmottagningen. Dokumentationen har förbättrats på akutmottagningen.

Interna revisioner

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

- | | |
|--|--|
| 1. Identifierat förbättringsbehov <ul style="list-style-type: none">Fortlöpande uppföljning av hur hälso- och sjukvårdens verksamheter arbetar med rutiner och riktlinjer kopplade till systematiskt kvalitetsarbete. Syftet är att identifiera förbättringsområden så att åtgärder kan vidtas för att öka kvaliteten | 2. Mål <ul style="list-style-type: none">Bidra till ständigt förbättringsarbete inom hälso- och sjukvårdenAtt följa upp och synliggöra hur gemensamt beslutade arbetssätt och riktlinjer efterlevsAtt följa upp hur väl hälso- och sjukvårdens ledningssystem för kvalitet är implementerat i de olika verksamheternaStöd till regionens certifierade och ackrediterade verksamheter |
| 3. Metod och åtgärd <ul style="list-style-type: none">Rutin för internrevision har utarbetats. Interna revisorer har utbildats. Ett revisionsprogram har utarbetats och fastställts av hälso- och sjukvårdsledningen som också är uppdragsgivare för revisionerna. Internrevisioner genomförts på plats i verksamheterna enligt metoder för revision och god revisionsledning | 4. Uppföljning och utvärdering <ul style="list-style-type: none">Återkoppling sker till respektive verksamhetsledning samt till hälso- och sjukvårdens ledningUppföljning av avvikelser sker inom ramen för fortsatt revisionsplan |

Kommentar: Under 2019 planerades nio verksamheter att omfattas av interna revisioner. Tre genomfördes inte.

Samverkan inom utredningsmetodik

Inom ramarna för ett fördjupat samarbete mellan patientsäkerhetscentrum och regionens arbetsmiljöstrateger, framkom ett förslag att undersöka framgångsfaktorer i den metod som används för att utreda oönskade händelser inom arbetsmiljöområdet gentemot metod inom hälso- och sjukvården.

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

- | | |
|--|---|
| 1. Identifierat förbättringsbehov <ul style="list-style-type: none">Utredningsmetodiken i de händelseanalyser som genomförs efter allvarliga vårdskador tenderar att ta mycket tid i anspråk. Med den bakgrunden framkom en idé att delta i en utredning efter en arbetsmiljöincident | 2. Mål <ul style="list-style-type: none">Att förutsättningslöst delta i respektive områdes utredningar och därefter identifiera och följa upp möjliga framgångsfaktorer. Målet är att nå större effektivitet med bibehållen kvalitet i utredningsresultat och åtgärdsförslag |
| 3. Metod och åtgärd <ul style="list-style-type: none">Utredningen genomfördes under tre tillfällen där verksamhetschef, representant från HR, chefsläkare, utvecklingsledare, involverade medarbetare deltogKartläggning och bakomliggande orsakerna identifieradesHandlingsplan utformades med syfte att förhindra upprepning av händelsenDe framtagna åtgärdsförslagen skulle komma att främja säkerhetskulturen till nytta både för patientsäkerhet och arbetsmiljö | 4. Uppföljning och utvärdering <ul style="list-style-type: none">Utredningen genomfördes under senare delen av året och lämnades in till Arbetsmiljöverket. Uppföljning och noggrann utvärdering kommer att ske under 2020. |

Kommentar: Vid årsskiftet 2019/2020 inkom Arbetsmiljöverket med krav på komplettering eftersom man ansåg att utredningen hade ett alltför stort fokus på patienten och inte på arbetsmiljö och medarbetare.

Överbelastningsskydd för Region Värmlands internet-förbindelse

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

- | | |
|--|--|
| 1. Identifierat förbättringsbehov <ul style="list-style-type: none">Bortkopplad internet-förbindelse under 20 minuter i och med en pågående överbelastningsattack (DDoS) mot regionvarmland.se. Konsekvensen blev förlorad kontakt med flera externa tjänster. Även extern röntgengranskning försvann, och medborgare kunde inte längre nå information via vår externwebb | 2. Mål <ul style="list-style-type: none">Att minska exponeringsytorna till våra tjänster och system så att de klarar sig vid en överbelastningsattack |
| 3. Metod och åtgärd <ul style="list-style-type: none">Med hjälp av en CDN-tjänst (Content Delivery Network) minska exponering genom att dela våra tjänster i leverantörens olika datacenter runt om i världen. På så sätt jämnas skadeverkningarna ut vid en överbelastningsattack | 4. Uppföljning och utvärdering <ul style="list-style-type: none">Efter driftsättning sker uppföljning av loggar fortlöpande för att fånga upp felaktigheter |

Risicanalyser inom IT-området

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

- | | |
|---|--|
| 1. Identifierat förbättringsbehov <ul style="list-style-type: none">Vid införande av nya system eller vid större förändringar utför IT riskanalyser. Detta främst ur ett IT-säkerhetsperspektiv, men även med patientsäkerhetsperspektivet | 2. Mål <ul style="list-style-type: none">Att systemlösningar och arbetssätt ska vara säkra ur ett patientsäkerhetsperspektiv |
| 3. Metod och åtgärd <ul style="list-style-type: none">Patientsäkerhetsrisker lyfts direkt i IT:s riskanalys eller lyfts till berörd verksamhet med rekommendation att göra riskanalys | 4. Uppföljning och utvärdering <ul style="list-style-type: none">Uppföljningsansvaret kring patientsäkerhet för berörda system åligger verksamheterna under det fortlöpande ansvaret för patientsäkerheten i sin verksamhet |

Kommentar: Riskanalyser som har genomförts under 2019: PACS Multimedia, Telia HomeCare, NPU, 1177 Kontaktcenter, Sectra Health Cloud, Labportalen, Ortodonti på distans, Lifenet EKG, PreHosp EKG,

Patient- och närståendeutbildning

Kliniska kunskapsstödsenheten har till uppdrag att på strategisk nivå samordna och stödja utveckling av patient- och närståendeutbildning i syfte att stärka patienternas egenvårdsförmåga.

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

- | | |
|---|---|
| 1. Identifierat förbättringsbehov <ul style="list-style-type: none">Behov av att öka tillgången till utbildningar i hela länetFörbättra och förenkla för patient, närstående och medarbetare att hitta information och kontaktvägarSamla in information om samtliga befintliga patient- och närståendeutbildningar i länetBehov av statistik nationellt på antal patienter som medverkat i utbildningar | 2. Mål <ul style="list-style-type: none">Underlätta för patient och närstående att lära sig leva med långvarig sjukdom eller skadaÖka patientens delaktighet i sin egen vårdGe möjlighet till erfarenhets- och kunskapsutbyte och återföra värdefull kunskap in i vårdarbetetFler utbildningar i hela länetUtföra samtalsledarutbildning |
| 3. Metod och åtgärd <ul style="list-style-type: none">Informationsmöten för linjechefer och medarbetare i hela länetPlanerat och startat sex nya utbildningarUtvecklat webbsidorna: Region Värmlands vårdgivarwebb, intranätet samt skapat en sida på 1177Uppdaterat och förbättrat informationsmaterial till patienter och medarbetareVia enkätundersökning kartlagt samtliga befintliga patient- och närståendeutbildningar i länetI nationellt nätverk ta fram KVÅ- koder för att kunna ta fram statistik nationellt på antal patienter som medverkat i utbildningar | 4. Uppföljning och utvärdering <ul style="list-style-type: none">Alla patient- och närståendeutbildningar följs upp med utvärderingar efter varje kurstillfälle samt vid avslut. Förbättringsförslag fångas upp och omsätts i olika åtgärderSamtalsledarutbildning genomfördes ej pga. avsaknad av kursledareAntal besökare på webbsidorna |

Läkemedelsstrategi

Region Värmlands läkemedelsstrategi 2018–2020 utgör underlag för prioriterade insatser och förbättringar inom läkemedelsområdet. Årligen tas en handlingsplan fram kopplat till strategin.

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

1. Identifierat förbättringsbehov

- Brister i överensstämmelse mellan regionens läkemedelslista och ordinationslista i journalsystemet, vilket kan leda till felaktig information om läkemedelsbehandling.
- Läkemedelslistorna är inte korrekt uppdaterade
- Leveransproblem (restnotering) av många läkemedel som är ett växande problem i hela landet
- Hantering av antibiotika i vårdverksamheten är bristfällig

2. Mål

- Det ska vara enkelt att göra lämpligt läkemedelsval i journalsystemet
- Patienten ska ha en ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling
- Läkemedelshanteringen ska vara ändamålsenlig, effektiv och säker

3. Metod och åtgärd

- Central förvaltning och utveckling av ordinationsmallar och generella direktiv i regionens journalsystem för standardisering
- Farmaceut har samverkat med vårdverksamheten för att öka kunskapen och tillämpning av ordinationsmallar
- Startat upp arbetet med införande av ePed och som en del av det infört rimlighetskontroll av läkemedelsordinationer till barn i journalsystemet
- Utvecklat arbetssätt inom kliniska farmaci. Farmaceut ingår i mobilt resursteam i Karlstad respektive multiprofessionellt team som gör CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) ronder vid geriatrisk klinik Karlstad
- Utökat farmaceutiskt stöd till verksamheten med förfyllda sprutor av exempelvis antibiotika
- Installation av läkemedelsautomater för säkrare läkemedelshantering exempelvis av kontrollvaror
- Etablering av arbetsgrupp för restnoteringar av läkemedel vars syfte är att bland annat informera vårdverksamheten, finna ersättningsprodukter och stötta med regionövergripande licenssökningar
- Läkemedelsenheten har en ändamålsenlig läkemedelsförsörjning och läkemedelsberedning, och som kontinuerligt utvecklas i samverkan med vårdverksamheten

4. Uppföljning och utvärdering

- Användning av ordinationsmallar har blivit bättre och enklare genom att farmaceut har arbetat mer vårdnära
- ePed varnar om en ordinerad dos inte är rimlig utifrån barnets vikt och ålder
- Patientens ordinationer i läkemedelslistan blir mer tydlig
- Arbete i det mobila resursteamet och CGA-ronder har lett till mindre sjukvårdskonsumtion genom exempelvis färre återinläggningar och färre akutbesök
- Genom förfyllda sprutor, läkemedelsautomater, arbetet kring restnoteringar frigörs tid för sjuksköterskor samt ökar säkerheten i läkemedelshanteringen

Kommentar: Genomförda aktiviteter redovisas i en årlig rapport (se under rubriken *Bilagor*).

Kvalitetsutmärkelse

Utmärkelsen Årets vägvisare delas ut till en verksamhet som uppnått bestående förbättringar för patienter och kunder genom systematiskt förbättringsarbete. Utmärkelsen delas ut en gång per år vid vårens chefskonferens. Mottagaren av utmärkelsen får ett diplom och en prissumma.

Mottagare av Årets vägvisare 2019 är infektionskliniken på Centralsjukhuset i Karlstad med denna motivering:

”Med beslutsamhet och engagemang har infektionsklinikens ledning och medarbetare utvecklat ett systematiskt arbetssätt som har lett till excellenta resultat på nationell nivå. Arbetet har resulterat i en säkerhetskultur som har medfört att inga undvikbara trycksår har uppstått hos patienterna. Då arbetssätten är generaliserbara både inom det trycksårsförebyggande arbetet och inom andra patientsäkerhetsområden finns goda förutsättningar för spridning till andra verksamheter. Infektionsklinikens målmedvetna och uthålliga förbättringsarbete är en förebild för alla verksamheter. Om arbetssättet sprids till fler verksamheter blir vi alla vinnare! Ett föredöme för hälso- och sjukvården i Region Värmland!”



Ann Kinell, Eva-Lena Scott, Tomas Ahlqvist, Eva-Lena Uhlin, Per Henriksson och Olga Svensson från infektionskliniken på Centralsjukhuset i Karlstad fick Årets vägvisare.

RISKANALYS

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

Risicanalyser genomförs när det finns behov av att identifiera risker i en verksamhet som kan medföra försämrad kvalitet eller patientsäkerhet. Det kan vara risker i den befintliga verksamheten, risker som uppstår vid förändringar eller risker vid införande av ny teknik. Riskanalys kan genomföras både på övergripande och på lokal nivå.

Identifierat förbättringsbehov

Risicanalyser genomförs sedan tidigare ur olika perspektiv till exempel arbetsmiljö, IT och informationssäkerhet. Däremot har inte patientsäkerhetsperspektivet systematiskt beaktats till exempel inför förändringar i verksamheten och kunskapen om hur riskanalyser genomförs har inte varit tillräcklig. Det har också varit otydligt vart verksamheterna kan vända sig för att få stöd att identifiera riskområden, vilka krav som finns på att genomföra riskbedömningar/risicanalyser eller stöd vid genomförande av riskanalyser.

Mål

Öka kunskapen om riskanalys, utveckla gemensam struktur för mer systematiska riskanalyser och erbjuda metodstöd vid genomförande av riskanalyser.

Metod och åtgärd

För att stödja arbetet med riskanalyser på olika nivåer i verksamheten, är ett tvärprofessionellt riskanalysteam under uppbyggnad. Dit kan verksamheterna vända sig för att få veta mer om riskanalyser/riskbedömning och få stöd i val av metod och hur en riskanalys genomförs. Teamets arbete hålls samman av regionens utvecklingsenhet och teamets tvärprofessionella sammansättning ska säkerställa att kompetens finns inom patientsäkerhet arbetsmiljö, barn och unga, jämlikhet, miljö och IT/informationssäkerhetsfrågor.

Under året har teamet inventerat befintliga metoder, utarbetat en struktur för ärendehantering och medverkat vid riskanalyser i samverkan med berörda verksamheter. Riskanalyserna har varit mera övergripande inför större förändringar i verksamheten men också på befintlig process. Några exempel är riskanalys inför patientens egen provtagning och strålbehandlingsenhetens process.

Uppföljning och Utvärdering

Från början var teamets uppdrag att tydliggöra ärendehanteringens vid verksamheternas förfrågan om stöd vid riskanalyser. Vid fortlöpande utvärdering av teamets arbete och erfarenheter framkommer att det finns ett stort behov av att stödja ett systematiskt arbete med riskanalyser på alla nivåer i verksamheten. Utifrån dessa erfarenheter och för att uppfylla de krav som ställs på vårdgivaren, har teamet utarbetat ett förslag till organisering, uppdrag och arbetssätt samt kompetensutveckling för att stödja ett systematiskt arbete. Enligt förslaget ska teamet utgöra en regiongemensam resurs, men i första hand rekommenderas att tillämpa förslaget arbetssätt inom hälso- och sjukvård.

UTREDNING AV HÄNDELSER – VÅRDSKADOR

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

När en patient skadas i vården är det viktigt att utreda vad som har gått fel så vi kan minska riskerna för att det händer igen. När händelseanalyser genomförts utifrån lex Maria-fall kan problemmönster synliggöras. Ett urval av inträffade och utredda vårdskador som utretts publiceras i form av ett nyhetsbrev på regionens intranät under rubriken "Lär dig av våra vårdskador".

Att informera om utredning av händelser där en vårdskada drabbat patienten är en del i att förbättra patientsäkerheten i regionen, minska vårdskador och främja en god och säker vård. Syftet är att uppmärksamma orsaken till att problem uppstår. Genom att vi blir riskmedvetna, lär av misstagen och etablerar säkrare arbetssätt, når vi en säkrare hälso- och sjukvård.

Nedanstående sammanfattningar av händelser speglar några av dessa problem. Varje vårdenhet bör reflektera kring frågan - kunde detta hänt hos oss?

FALL 1

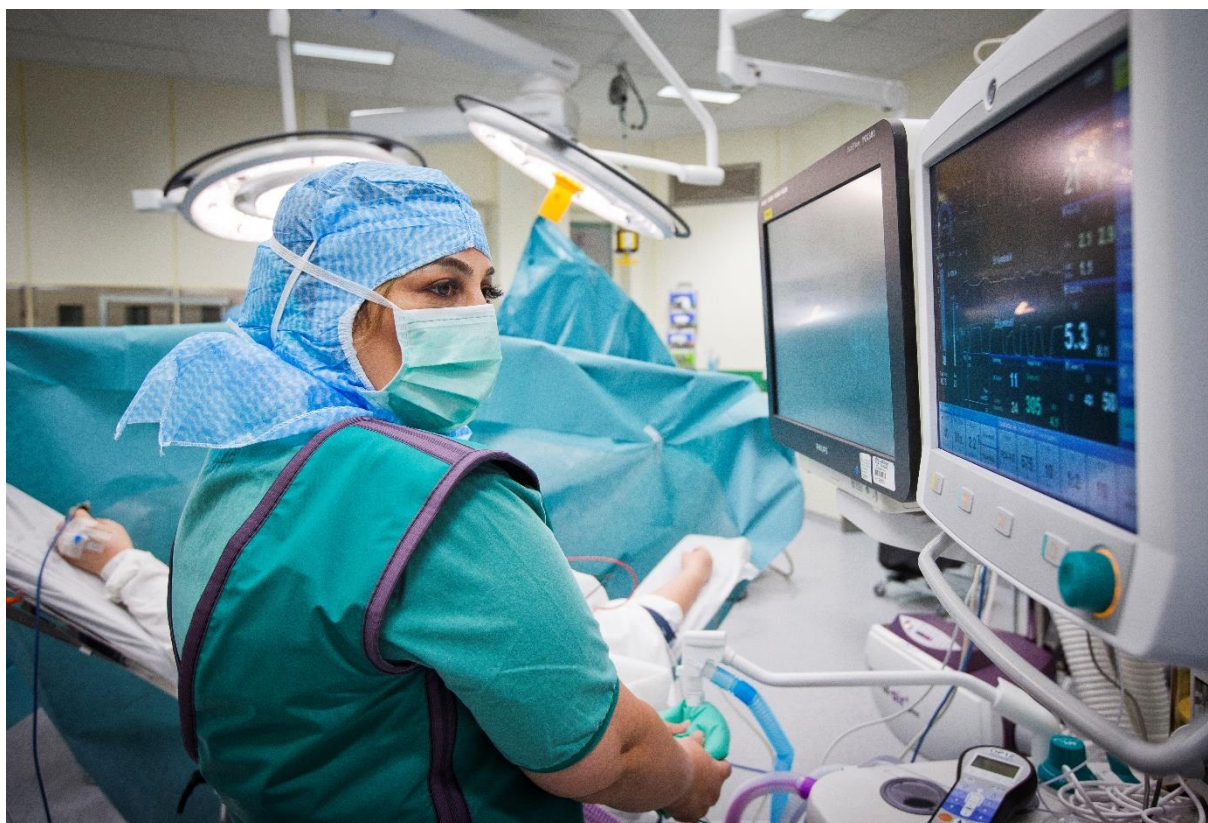
<i>Vad som hände</i>	Fördröjd vård och behandling i samband med diabetesdiagnostik En förälder ringer till vårdcentralen och önskar provtagning eftersom tonåringen har minskat i vikt sedan några veckor tillbaka, har ökad törst och kissar oftare. Föräldern är orolig för att det kan handla om diabetes mellitus. Telefonrådgivningssköterska meddelar patientens läkare via intern mailfunktion. Läkaren avläser meddelande under administrationstiden vid dagens slut, prover beställs till nästa dag. Efter att två dagar förlöper så ringer förälder åter till telefonrådgivningen för provsvar. Sjuksköterskan och läkaren uppmärksammar avvikande prover och patienten remitteras akut till barnakuten, där vård och behandling mot ketoacidosis påbörjas.
<i>Fallet belyser följande problem</i>	<ul style="list-style-type: none">• Det akuta i situationen uppfattas ej.• Individuella arbetssätt tillåts i verksamheten.• Avsaknad av systematisk hantering av provsvar i verksamheten.
<i>Hur ska vi minska risken för upprepande?</i>	Säkerställa följsamhet till telefonrådgivningsstödet. Säkerställa erforderlig kompetens om diabetes mellitus typ 1 och 2. Att verksamheten standardiserar arbetssätt vid hantering av provsvar.

FALL 2

<i>Vad som hände</i>	Andningsstödjande apparat slutar fungera i hemmet <p>Patient med en neuromuskulär sjukdom (ALS) som är beroende av utrustning för andningsstöd i hemmet. Tidigare fanns en apparat utan batteridrift men då patienten gradvis försämrats finns nu en apparat med reservkapacitet vid händelse av att nätströmmen bryts. Apparatbyten har skett under tiden på grund av funktionsproblem. Patientens kontroll och behandling fördelas framför allt på neurologen, lungmedicin och primärvården. En kväll hittar hemtjänsten patienten avliden. Det visar sig att patienten larmat i två timmar och därefter tog batteriet i apparaten slut då kabeln glappat och batteriet inte laddats. I utredningen framkommer brister i spårbarhet angående när och vilken apparat som lånats ut. Anmälan till Läkemedelsverket görs inte då glappet i nätverkskabeln inte ansågs vara apparatfel. Senare görs dock anmälan då hela apparaten men kringutrustning skall anses som en enhet. Anmälan skall då också göras till tillverkaren. Ärendet inspekterades av IVO.</p>
<i>Fallet belyser följande problem</i>	<p>Det är inte alltid klart vem som gör vad i uppföljningen av kroniska patienter i hemmet samt vem som ansvarar för den tekniska utrustningen. Enligt lag ansvarar den som lånar ut medicinteknisk produkt (verksamhetschef) för:</p> <ul style="list-style-type: none">• Funktion och driftsäkerhet och kontroller av produkten• Att tillräcklig kompetens kring apparaten finns<ul style="list-style-type: none">- Hos nyttjare och anhöriga- Hos vårdpersonal inkl. personal i Kommunen- Samt vem nyttjare och personal skall vända sig till vid problem <p>De senaste årtiondena har sjukvården utvecklats i riktning att kronisk sjuka patienter till stor del behandlas och övervakas i hemmet. Vårdtiderna i slutenvården är idag färre och kortare. Denna utveckling måste vi ta höjd för när det gäller planeringen av gruppen kroniskt sjuka. I fallet ovan framkom ottyligheter på flera punkter:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vem ansvarade för apparaten enligt punkterna ovan?• Vem ansvarade för övervakningen av patientens sjukdom?• Hur skulle övervakningen gå till och vem skulle reagera vid försämring och till vem?• Vem tar vilka beslut?
<i>Hur ska vi minska risken för upprepande?</i>	<p>Här är det väldigt viktigt med kommunikation över sjukvårdsgränserna. Kommunikationen behöver vara tydlig att någon annan tar över ett ansvar vad det gäller kontroll och behandling. Sannolikt handlägger slutenvården ofta medicintekniska produkter och kroniskt sjuka patienter utan att ovanstående punkter helt är belysta. Det är av yttersta vikt att alla verksamheter som lånar ut medicintekniska produkter samt har hand om svårt sjuka kroniker funderar på följande:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Hur ser rutiner ut vid utlåning av medicintekniska produkter?2. Vilka intressenter berörs och hur kommunicerar vi till dessa?3. Hur garanterar vi vårt långt gångna ansvar?4. Har vi tydliga, välkända rutiner och arbetssätt som tydliggör ansvaret, tekniskt och medicinskt, runt patienten <p>En grupp inom regionen och kommunerna har bildats för att arbeta fram en riskbedömning inför hemgång gällande patienter med medicintekniska produkter. Samt hur det ska inbegripas i befintliga rutiner och var bedömningen skall dokumenteras.</p>

FALL 3

<i>Vad som hände</i>	Fördröjd vård och behandling av ameloblastom i underkäke på grund av missad diagnostik. En kvinna söker akut sin folktandvårdsklinik p g a besvär från vänstersidas underkäke. Vid röntgenundersökning upptäcker tandläkare en mycket stor cystisk förändring som utbreder sig i stort sett hela vänstersidas underkäke. Förändringen kan ses på undersökningsbilder tagna redan 2015. Patienten remitteras genast till käkkirurgiska kliniken på CSK. Diagnos fastställs till ameloblastom och kvinnan behandlas under ett års tid innan operation kan göras. Fyra tänder extraheras och risk för fraktur, känselbortfall och efterbesvär har ökat då förändringen odiagnosticerad kunnat växa till sig i över 4,5 år.
<i>Fallet belyser följande problem</i>	Undersökning av visdomstånders läge ska enligt folktandvårdens rutin utföras av tandläkare vid 17–18 års ålder. Om tveksamheter finns kring deras läge eller eruption får de följas högre upp i åldern. Tandhygienisterna som regelbundet undersökt patienten uppmärksammade inte tillståndet vilket medförde att ingen tandläkare tittat på röntgenbilderna eller vänstra underkäkvisdomståndens läge eftersom den inte kom fram när andra sidans visdomstand hade gjort det.
<i>Hur ska vi minska risken för upprepande?</i>	Genom att följa de rutiner som finns för röntgenundersökningar skulle troligen förändringen upptäckts tidigare. Tandhygienister ska i enlighet med sin egen kompetens kunna diagnosticera förändringar i käken och därför ska en strategisk utbildning genomföras för att uppdatera deras kunskap i ämnet.



INFORMATIONSSÄKERHET

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Region Värmland har som vårdgivare ansvaret för informationssäkerheten. En övergripande säkerhetspolicy samt en riktlinje för informationssäkerhet i regionen har beslutats under året. Informationssäkerhetsrådet har haft regelbundna avstämningar.

En extern revision av IT-säkerhet som också innehöll informationssäkerhet gjordes i augusti, resultatet kommer att presenteras för ledningen. Informationssäkerhetssamordnare samt övriga involverade har bemött rapporten skriftligt innan presentationen. Revisionen är på så sätt en viktig del i kvalitetsarbetet.

En hel del ifrågasättande angående åtkomst till känslig information har framkommit under året men i de flesta fall så har det haft orsaker som varit giltiga eller resultatet av ett felaktigt arbetssätt. Punktinsatser med utbildningar har gjorts fortlöpande samt en översyn av behörighetstilldelning vilken kommer att fortgå under 2020.

Regionen drabbades i slutet av året av två misstänkta dataintrång som ledde till polisanmälan samt under resten av året, ett antal incidenter som lösts på lämpligt sätt. I övrigt har 114 anmälningar (43 gällde brister i informationssäkerhet) som har bäring på brister i informationssäkerhet registrerats i regionens avvikelshanteringssystem. Dock med en reservation för att alla är inte kategoriserade på rätt sätt. Under våren gjordes en informationskampanj för att få verksamheten att kategorisera sina avvikelser bättre, samt att meddela informationssäkerhetssamordnare via mejl. Detta gav ingen större effekt varför en ny kampanj ska göras i samband med uppdatering av avvikelssystemet under 2020.

Region Värmland var en av tre drabbade regioner när MedHelp läckte känslig information från en server. Lyckligtvis drabbades inte allmänheten av detta. Händelsen anmäldes till dataskyddsombudet som i sin tur anmälde till Datainspektionen.

Informationssäkerhet har fått en uppdaterad sida på intranätet. Där finns det bland annat länkar till rutiner samt utbildningar i Kompetensverktyget, som är regionens plattform för interna utbildningar och kompetensutveckling.

En samlad årsrapport om informationssäkerhetsarbetet inom regionen kommer att presenteras för regionstyrelsen under 2020.



RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Händelser och vårdskador

Region Värmlands lex Maria-råd har under 2019 granskat 172 händelser och i 63 av dessa fall gjort bedömningen att det som inträffat är en allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada och därmed ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg. Fördelningen gällande var i den värmländska sjukvården de allvarliga vårdskador inträffat har jämnats ut något och är detta år fördelat på 39 anmälningar inom slutenvården och 27 inom öppenvården. Skyldigheten att anmäla alla inträffade självmord har i enlighet med de senaste föreskrifterna tagits bort. Självmord ska nu bedömas på samma sätt som andra allvarliga vårdskador och anmäls först om de av lex Maria-rådet bedömts som undvikbara.

Registrering utifrån orsak och konsekvens för patienten sker i de lex Maria-anmälningar som gjorts under året. Den vanligaste konsekvensen för patienterna är fördröjningar och därefter felaktigheter i diagnos, vård och behandling. Under året registrerades 66 fall av allvarlig vårdskada. Av dessa avled 11 patienter eller fick sin återstående livslängd påverkad som följd av sin vårdskada.

Orsak och konsekvens för patienterna	Antal anmälningar	Varav avlidna
Fördröjd diagnos, vård, behandling	47	8
Felaktig diagnos, vård, behandling	10	1
Läkemedel involverat	5	0
Självmord eller självmordsförsök	2	2
Förväxling	1	0
Fall med allvarlig konsekvens	1	0
IT-system	0	0
Informationssäkerhet	0	0
Tandvård	2	0

Källa: Registrering av orsak och konsekvens för patienten utifrån lex Maria anmälningarna inom Region Värmland 2019.

Folktandvården

Två lex Maria-ärenden rapporterades från folktandvårdens verksamhet under 2019. Därutöver inkom två enskilda klagomål till IVO.

Definitioner:

Vårdskada: Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. (SFS 2010:659)

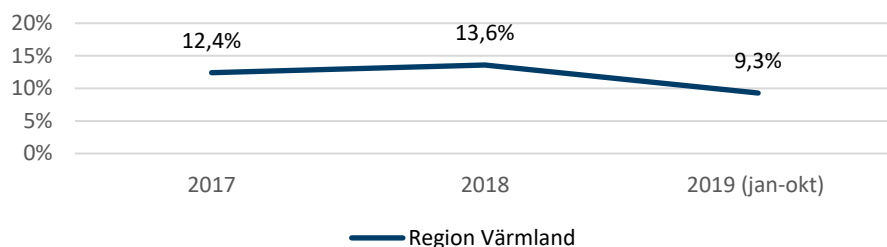
Allvarlig vårdskada: Vårdskada som är bestående och inte ringa eller som har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vård-behov eller avlidit. (SFS 2010:659)

Förekomst av vårdskador

Förekomst av vårdskador identifieras genom metoden markörbaserad journalgranskning på sjukhus- och verksamhetsnivå.

<p>Mål Regionens övergripande mål är att andelen vårdtillfällen med vårdskador ska minska.</p>	<p>Strategier Uppföljning med markörbaserad journalgranskning sker fortlöpande på sjukhus- och verksamhetsnivå. Journalgranskning inom barn- och ungdomsmedicin och psykiatri har utvärderats och arbetet fortsätter som en viktig del i verksamheternas egenkontroll. I tillägg till metoden för journalgranskning har egna indikatorer lagts till för att ytterligare utvärdera följsamhet till rutiner inom kända riskområden. Granskningens resultat används som ett underlag för kunskap och prioritering av förbättringsåtgärder inom patientsäkerhetsområdet.</p>
<p>Åtgärd Identifierade förbättringsområden utifrån resultat av journalgranskningen är vårdrelaterade infektioner i samband med proteskirurgi, där ortopedin i regionen återupptagit PRISS-arbetet. Arbetsätt har utvecklats och riktade utbildningsinsatser har genomförts till exempel inom blåsoverfyllnad och trycksårsprevention.</p>	<p>Resultat Under 2019 har andelen vårdskador inom somatisk slutenvård minskat från 13 procent 2018 till 9 procent 2019. Fortsatt dominerar de vårdrelaterade infektionerna och omvårdnadsrelaterade vårdskador så som trycksår, hudskada eller yttlig kärlskada och blåsoverfyllnad.</p>
<p>Analys Andelen identifierade vårdskador genom markörbaserad journalgranskning har legat stabilt kring 12–13 procent i Värmland de senaste åren. Vid årets granskning ses en markant minskning av vårdskadorna till 9 procent. Största minskningen har skett vid sjukhuset i Arvika vilket kan bero på det förändrade uppdraget där akut kirurgi och ortopedi överflyttats till Centralsjukhuset i Karlstad.</p>	

Andelen vårdskador enligt markörbaserad journalgranskning 2017-2019



Källa: Markörbaserad journalgranskning, Signedatabasen (SKR)

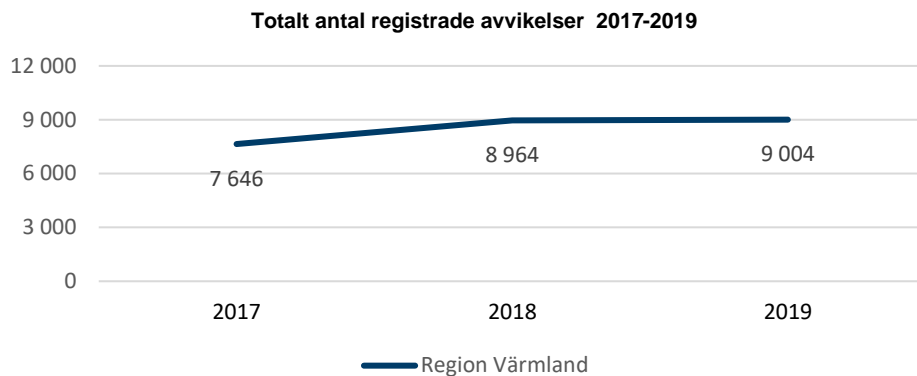
Markörbaserad journalgranskning i somatisk vuxenvård - granskade vårdtillfällen (VT) och vårdskador

	2017			2018			2019 (januari-oktober)		
	Granskade VT	VT med vårdskada	Andel	Granskade VT	VT med vårdskada	Andel	Granskade VT	VT med vårdskada	Andel
Region Värmland	837	104	12,4%	839	114	13,6%	700	65	9,3%
Centralsjukhuset i Karlstad	360	43	11,9%	362	48	13,3%	300	30	10,0%
Sjukhuset i Arvika	239	25	10,5%	238	32	13,4%	200	15	7,5%
Sjukhuset Torsby	238	36	15,1%	239	34	14,2%	200	20	10,0%

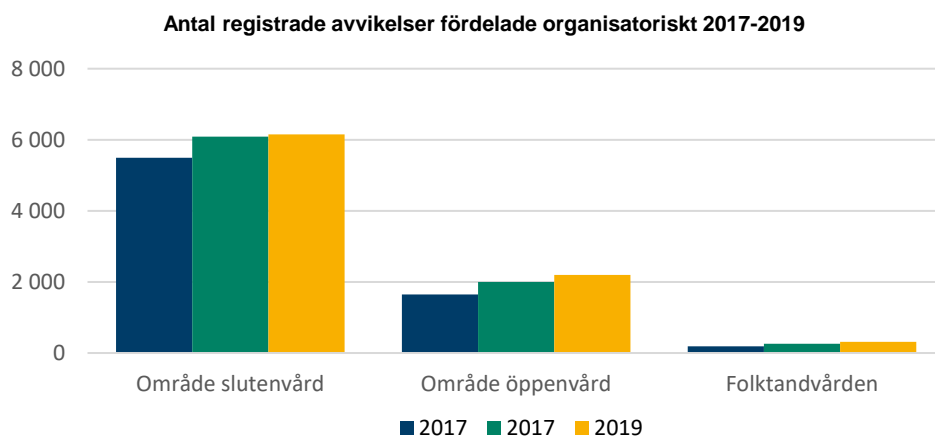
Källa: Markörbaserad journalgranskning, Signedatabasen (SKR)

Avvikelsehantering inom hälso- och sjukvården

<p>Mål Att antalet avvikelser skall öka under året och att fler av de registrerade avvikelserna går vidare i processen till åtgärdsgenombörande</p>	<p>Strategier I utbildningsinsatser riktade till de olika vårdområdena, samt i patientsäkerhetsdialoger har avvikelsehanteringsens betydelse tagits upp och diskuterats. Att tydliggöra att avvikelser är viktiga underlag till förbättringar.</p>
<p>Åtgärd Att se över användarvänligheten genom att göra en översyn av avvikelsehanteringssystemet samt att informera om förbättringskunskap och förbättringspotential</p>	<p>Resultat Antalet avvikelser har ökat men antalet som går vidare till åtgärd har inte ökat i takt med avvikelseantalet i flertalet av avvikelser avslutas de efter analys och inga åtgärder redovisas</p>
<p>Analys Avvikelsehantering - möjlighet till förbättring!</p> <p>Grunden till en effektiv hantering av avvikelser är hög användarvänlighet i systemet, bra analys och åtgärder samt tydlig uppföljning. Region Värmland har år för år succesivt ökat antal avvikelser och år 2019 har totalt 9004 avvikelser registrerats.</p> <p>Nästa steg i att utveckla arbetssättet med avvikelser är att på ett bättre sätt analysera inkomna ärenden, där regionen för närvarande når cirka 80 procent. Därmed är det 20 procent som ej har analyserats vid årets slut. Detta innebär att i ungefär 1800 avvikelser påbörjas analysen först efter årsskiftet vilket ger en fördröjning av effekter för de inrapporterade avvikelserna</p> <p>Av de 80 procenten så är det ungefär 17 procent som når steget <i>åtgärd</i> och det är här som förbättringspotentialen är som störst. I analysen anges som åtgärd att resultatet skall tas upp på APT och därefter avslutas. Det hade varit bättre om åtgärdsanalysen visat vad som framkommit på APT i fråga om förbättringsförslag och lärande. Detta är en av de viktigaste insatserna som behöver prioriteras under 2020.</p> <p>Under året har 632 rapporterade avvikelser inkommit från länets kommuner till Region Värmland.</p>	



Källa: Regionens avvikelssystem Aha



Källa: Regionens avvikelssystem Aha

Avvikelsehantering inom tandvården

Antal rapporterade patientrelaterade avvikelser uppgick 2019 till 221 vilket är en ökning med 20 procent jämfört med 2018. Det ökade antalet inom vissa områden beror på ökad kunskap om och benägenhet att rapportera in avvikelser. Detta var ett av de kvalitetsmål i områdesplanen som folktandvården arbetat med under 2018 och som vi ser resultat av i den här mätningen.

Exempel på inrapporterade patientrelaterade avvikelser till tandvården 2019	Antal
Missade kallelser	29
Missad kariesdiagnostik med komplikationer som följd	16
Behandling på fel patient eller tand	14
Missad remisshantering	9
Missad diagnostik av retinerade överkäkshörntänder	5
Missad diagnostik av cystaliknande förändringar	4

Källa: Regionens avvikelssystem Aha

Klagomål och synpunkter

Patientnämnden

En viktig del i Region Värmlands arbete är att stärka patienternas delaktighet i vården. De klagomål och synpunkter som inkommit till Region Värmland via patientnämnden från patienter, delges verksamheter och är en viktig del i verksamhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

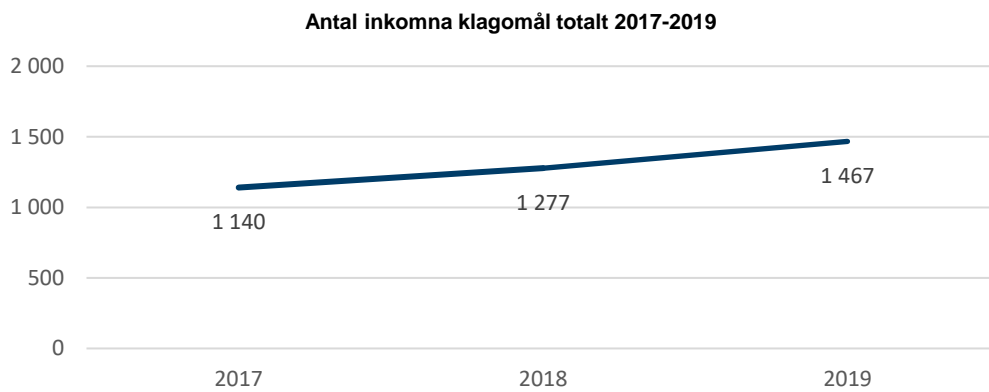
Antal inkomna ärenden till Region Värmland via patientnämnden fortsätter att öka. Flera faktorer kan ligga till grund för ökningen. Det kan bero på att möjligheterna för patienterna att lämna klagomål till patientnämnden utvecklats. Ökningen kan också bero på att det är svårt för patienter att nå verksamheten med sina klagomål.

Vård och behandling, kommunikation samt organisation och tillgänglighet är de områden med flest antal ärenden som inkommit till Region Värmland via patientnämnden. Av de har följande trender och tendenser identifierats under 2019:

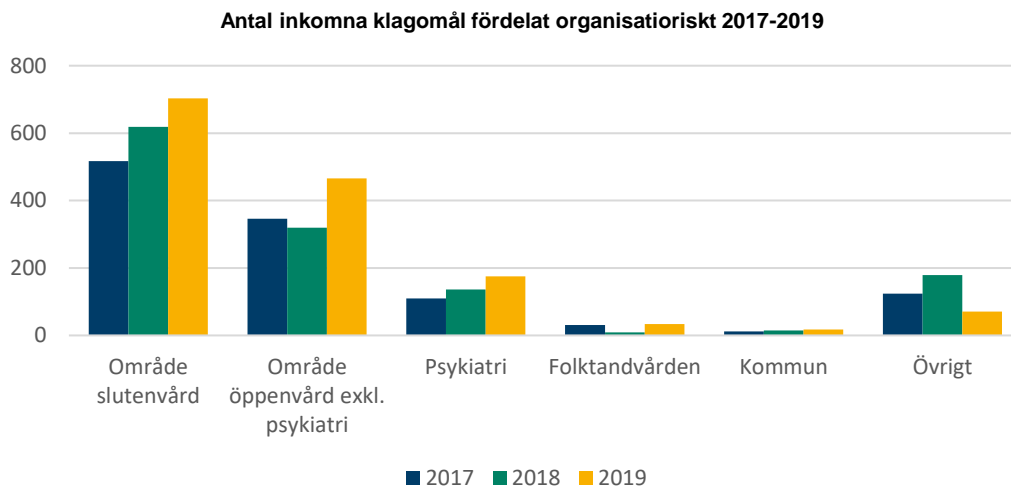
- Patienter upplever att de inte får utredning, undersökning och behandling. De upplever också att utredning, undersökning och behandling blir felaktig. Detta ger till följd att patienter upplever sig få en felaktig diagnos.
- Patienter upplever att kommunikationen brister främst när det gäller att få tillräcklig information och dialog. Detta ger till följd att patienter inte känner sig lyssnade till, delaktiga och respektfullt bemötta.
- Patienter upplever att tillgängligheten till vården brister. Det gäller både möjligheten att få ett vårdbesök och möjligheten att nå vården genom våra olika kanaler. Det är också vanligt att utlovad återkoppling uteblir. Patienter upplever även att verksamheterna har bristande kunskaper om vårdgarantin och att vårdgarantin inte följs. Sammantaget ger detta till följd att förtroendet för vården försämras.



Antal klagomål som inkommit till patientnämnden har ökat med 15 procent från föregående år, från 1 277 till 1 467. Flest antal klagomål under året berör område slutenvård, totalt 703.



Källa: Patientnämnden



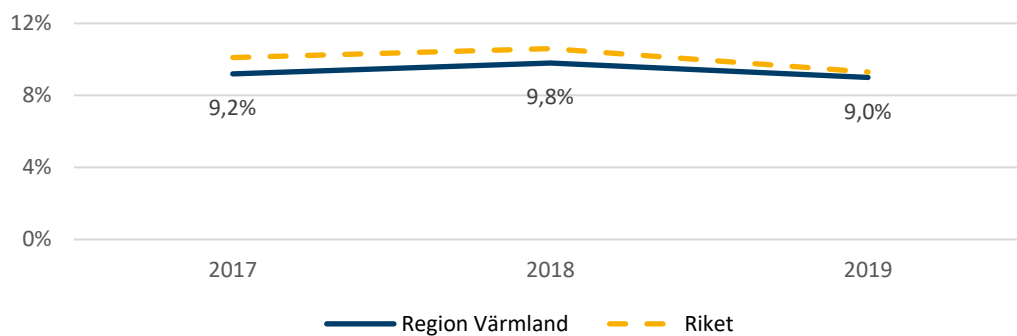
Källa: Patientnämnden

Trycksår

Trycksår är en vanlig vårdskada som orsakar ett stort lidande för patienten och höga kostnader för hälso- och sjukvården. För att minska antalet patienter som drabbas av trycksår under sin sjukhusvistelse krävs att riskpatienter tidigt identifieras och att trycksårspreventiva åtgärder vidtas.

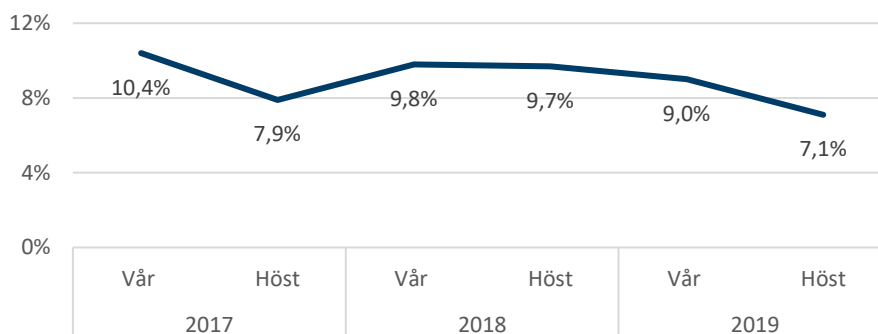
Mål Andel patienter inom somatisk slutenvård med sjukhusförvärvade trycksår ska minska i jämförelse med föregående år.	Strategier 2019 genomförde de somatiskt specialiserade slutenvårds- och närvårdsavdelningarna två punktprevalensmätningar (nationell och regiongemensam). Resultatet analyserades och redovisades på enhet, verksamhet och regionnivå. Ytterligare enheter har intensifierat sitt arbete kring trycksårsprevention och följer resultatet av vidtagna åtgärder genom månadsmätningar. Genomgående ses här en resultatförbättring avseende förekomst av sjukhusförvärvade trycksår.
Åtgärd Expertgruppen för trycksårsprevention har fokuserat på att öka kunskapen kring avlastning och positionering. Utbildning har genomförts för hälso- och sjukvårdspersonal i regionen och Värmlands kommuner. Flera verksamheter med hög trycksårsfrekvens har initierat förbättringsarbeten kring trycksårsprevention i anslutning till utbildning i förbättringskunskap - Fokus patientsäkerhet. Projekt för tidig hud- och riskbedömning vid akutmottagningen och medicinska vårdavdelningar Centralsjukhuset Karlstad.	Resultat Den totala förekomsten av trycksår inom somatisk slutenvård vid vårens nationella mätning 2019 var 12,3 procent, vilket är en mindre ökning mot föregående år. Andel patienter med sjukhusförvärvade trycksår var vid samma mätning 9,0 procent, att jämföra med rikets resultat på 9,3 procent. Vid regiongemensam mätning i oktober minskade andelen sjukhusförvärvade trycksår till 7,1 procent, vilket är det lägsta resultatet sedan mätningarna startade 2013.
Analys Andelen riskpatienter som vårdas i regionen är hög (24 procent) i jämförelse med riket (19 procent). Det är därför viktigt att tidigt identifiera riskpatienten redan vid ankomst till sjukvården. Arbetet har påbörjats vid länets samtliga akutmottagningar så att hud- och riskbedömning och trycksårspreventiva åtgärder initieras tidigt i patientens vårdförlopp. Detta i syfte att förebygga uppkomsten av sjukhusförvärvade trycksår.	

**Andel patienter med sjukhusförvärvade trycksår
2017-2019 från årliga nationella mätningen**



Källa: PPM-verktyget (SKR) och Värden i siffror

**Andel patienter med sjukhusförvärvade trycksår från de två
regiongemensamma mätningarna/år inom somatisk vård 2017-2019**



Källa: PPM-verktyget (SKR)

Beläggning, överbeläggning och utlokalisering

Hög beläggningsgrad, överbeläggning och utlokalisering är en patientsäkerhetsrisk och medför en försämring av patienternas vårdmiljö.

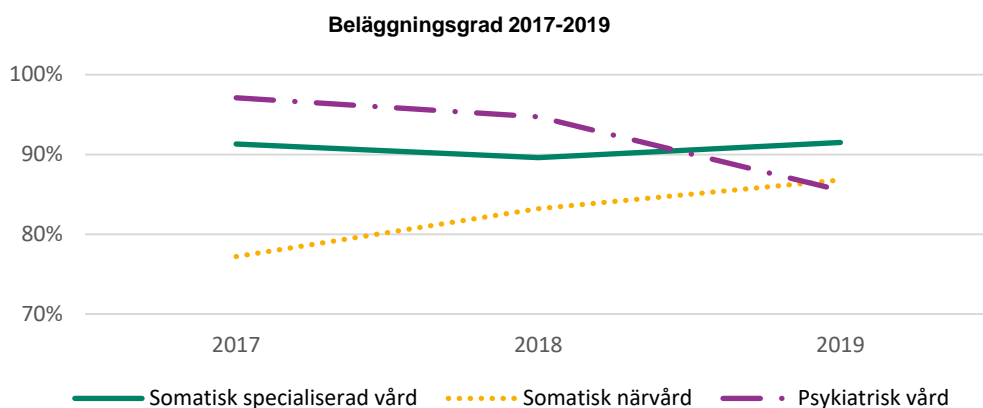
- Överbeläggningar innebär att patienten vårdas på vårdplats som inte uppfyller säkerhetskraven.
- Utlokalisering innebär att en patient vårdas på en avdelning som tillhör en annan medicinsk specialitet.

Exempel på risker vid överbeläggningar och utlokaliseringar är smittspridning, ökad infektionsrisk, felmedicinering, försenad behandling eller medicinering och en ökad dödlighet vid vissa sjukdomstillstånd.

Process Regionen följer dagligen beläggning, antal överbeläggningar och utlokalisering inom somatisk specialiserad slutenvård, psykiatrisk slutenvård och somatisk närsjukvård.	Strategier Organisation och rutiner finns för koordinering av vårdplatser inom Region Värmland.
Åtgärd Rutiner kring hantering av överbeläggning har tydliggjorts inom flera verksamheter. Centralsjukhuset Karlstad ingick under hösten i IVO:s nationella tillsyn av patientsäkerheten vid utlokalisering. Syftet med tillsynen var att bedöma om vårdgivaren planerar, leder och kontrollerar verksamheten så att kraven för god och säker vård upprättats för de patienter som utlokaliseras. Vid inspektionen framkom att överbeläggningsrutinerna bör förtydligas och att vårdpersonalen vid enheter med stor inlokalisering av patienter behöver kompetenshöjas.	Resultat Inom somatisk specialiserad slutenvård varierade beläggningsgraden mellan verksamheterna från 78,2 procent till 100,1 procent, där 65 procent (17 stycken) av vårdavdelningarna hade en total beläggningsgrad på över 90 procent under året. Andelen överbeläggningar har under 2019 ökat inom somatisk specialiserad slutenvård. Ökningen ses främst vid Centralsjukhuset Karlstad, där även utlokaliseringen ökade något. Däremot minskade andelen utlokaliserade patienter vid sjukhuset i Arvika. I nationell jämförelse är överbeläggning och utlokalisering lägre i Region Värmland än i riket. Inom psykiatrisk slutenvård har överbeläggning och utlokalisering minskat och ligger på en mycket låg nivå i jämförelse med riket
Analys Fortsatta bemanningssvårigheter har inneburit tillfälliga neddragningar av antal disponibla vårdplatser vid flera enheter under året inom somatisk vård. I december skedde neddragningar även inom psykiatrisk vård. En ökad beläggningsgrad med ökning av överbeläggningar som följd ses framför allt inom flertalet enheter vid Centralsjukhuset i Karlstad, samt vid sjukhuset i Torsby. Regionens minskning av utlokaliserade patienter beror främst på att det förändrade uppdraget för sjukhuset i Arvika, där akut kirurgi och ortopedi överflyttats till Centralsjukhuset Karlstad.	

Beläggingsgrad

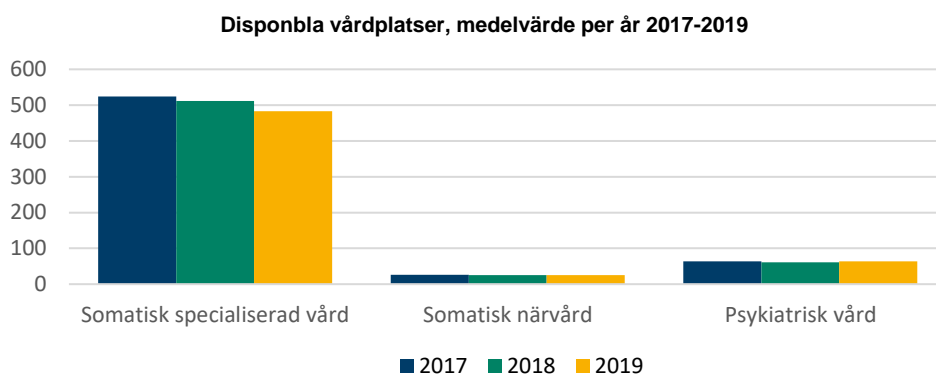
Beläggingsgraden beräknas genom antalet konsumerade/producerade vårddagar delat på antalet disponibla vårddagar under tidsperioden. Målnivån är högst 90 procent.



Källa: Cosmic/Regionens datalager

Disponibla vårdplatser

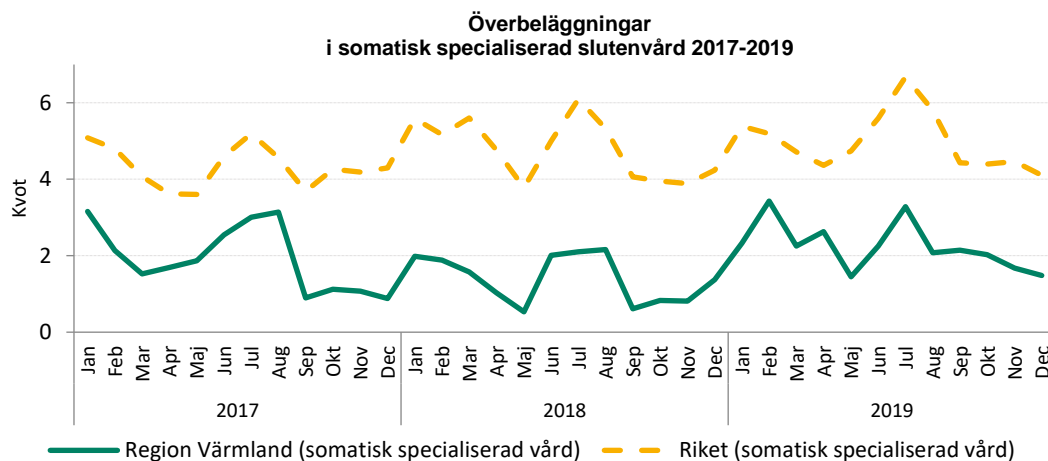
En disponibel vårdplats definieras som en vårdplats i slutenvård, med fysisk utformning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. Andelen överbeläggningar, utlokaliserade patienter och beläggingsgrad styrs av nämnaren disponibla vårdplatser.



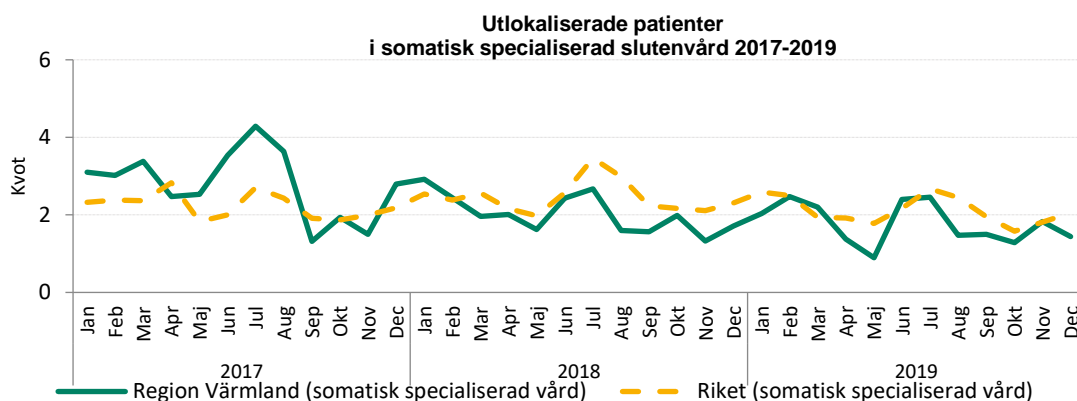
Källa: Cosmic, regionens datalager

Överbeläggningar och utlokaliseringar

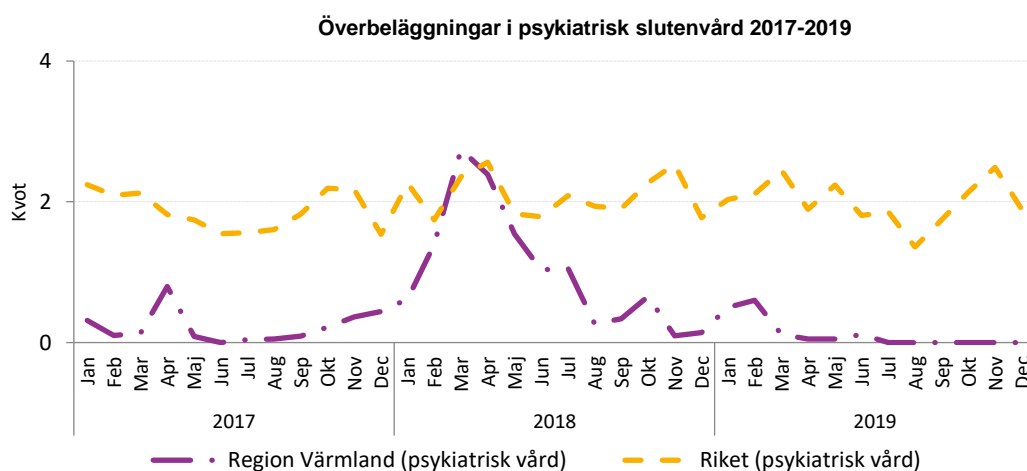
Överbeläggningar och utlokaliseringar visar förhållandet mellan antalet överbeläggningar/utlokaliseringar och antalet vårdplatser i slutenvård. Måttet definieras som kvoten av antalet överbeläggningar/utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser.



Källa: Signedatabasen (SKR)



Källa: Signedatabasen (SKR)



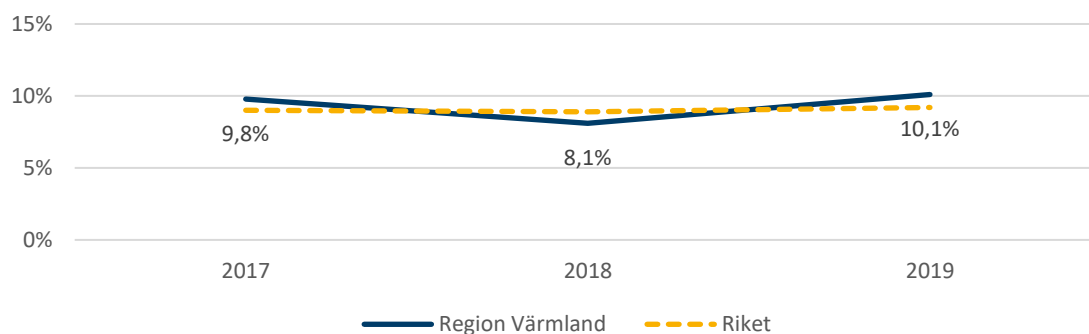
Källa: Signedatabasen (SKR)

Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner (VRI) vårdskada är infektioner som uppstår i samband med vård och är den vanligast förekommande vårdskadan.

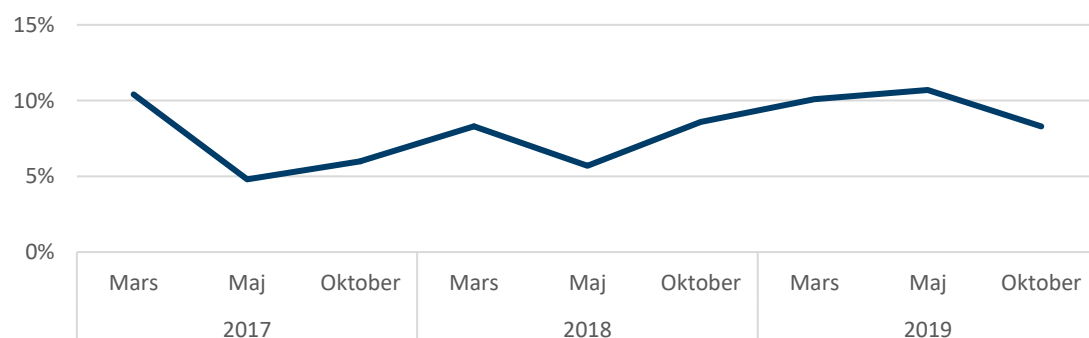
Mål Max 7 procent VRI (Medelvärde under året).	Strategier Genomföra punktprevalensmätningar (PPM) 3 gånger/år inom slutenvården enligt standardiserat protokoll.
Åtgärd Riktade insatser till enheter med hög VRI-förekomst, till exempel ortopedverksamheter med hög frekvens djupa protesinfektioner.	Resultat 10,1 procent i den nationella mätningen, och medelvärde 9,7 procent från de tre genomförda punktprevalensmätningarna inom somatiska vården.
Analys Under 2019 tog Smittskydd Värmland över inrapporteringen av resultat för att samtidigt göra riktade kvalitetsgranskningar av de kirurgiska enheternas resultat. I samband med kvalitetsgranskningen av VRI-registreringen fann man att ca 20 procent av VRI missades vilket kan vara en förklaring att resultaten under året är högre än tidigare. Kvalitetsgranskning kommer att fortsätta under 2020 på utvalda enheter.	

Andel vårdrelaterade infektion inom somatisk vård 2017-2019 från den årliga nationella mätningen



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner

Andel patienter med vårdrelaterad infektion från de tre genomförda mätningarna per år inom somatisk vård 2017-2019



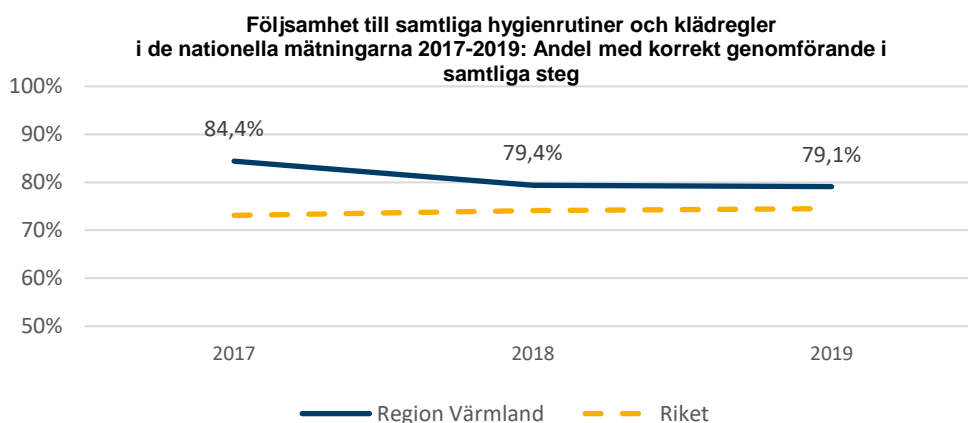
Källa: PPM-verktyget (SKR)

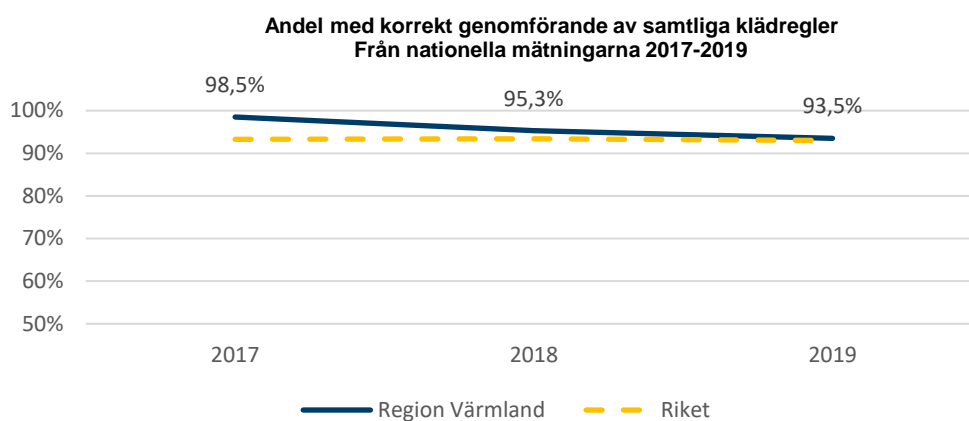
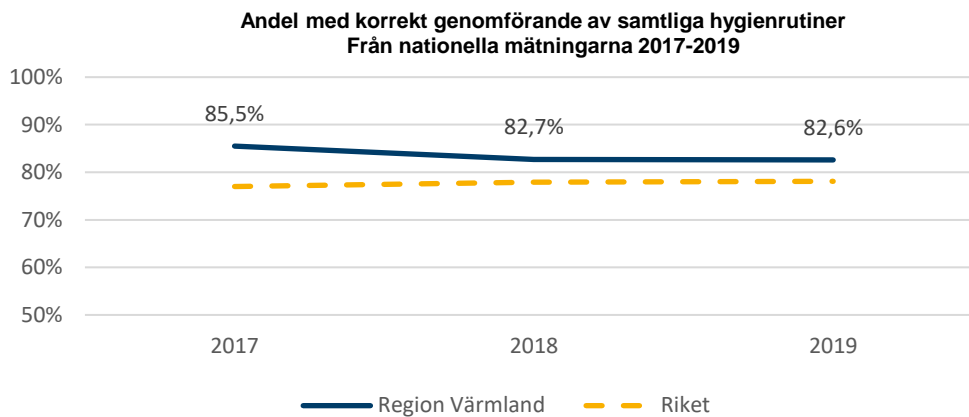
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Under 2019 har man genomfört 3 obligatoriska mätningar. De enheter som legat under 70 procent följsamhet har mätt 1ggr/mån. Mätningen består av observationer av åtta delmoment.

Indikatornivån för följsamheten (d.v.s. att man följer rutiner och regler i samtliga åtta delmoment) är 90 procent på de obligatoriska mätningarna.

<p>Mål Minst 90 procent total följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK).</p>	<p>Strategier Enheterna genomför egenkontroll enligt standardiserat protokoll. Vårdpersonal genomför BHK-utbildning vartannat år.</p>
<p>Åtgärd Riktade åtgärder till enheter med resultat under angivet mål.</p>	<p>Resultat Genomsnitt från de månatliga mätningarna under året var 79.1. Resultat nedbrutet i varje enskild fråga (8 st.) visar >90 procent följsamhet. 6 av 8 frågor visar >96 procent följsamhet. Värmland ligger därmed bra till i en nationell jämförelse.</p>
<p>Analys Totalsiffran för BHK innehåller 8 delfrågor. Att redovisa dessa siffror i en totalsiffra ger ingen rättvis bild på enheternas faktiska följsamhet. För att få en rättvis bild över enheternas följsamhet behöver man analysera enskilda enheter. Under året 2020 kommer ett arbete att göras tillsammans med akutmottagningen CSK och ambulansverksamheten för att öka följsamheten.</p>	





Källa: Sveriges Kommuner och Regioner

Hygienronder

<p>Mål Genomföra hygienrond en gång per år.</p>	<p>Strategier En gång per år ska alla enheter med patientnära vård genomföra hygienrond enligt standardiserat protokoll. Enhetens hygienombud och enhetschef genomför hygienrond.</p>
<p>Åtgärd Hygiensjuksköterska genomför uppföljande rond samt ger skriftlig återkoppling om förbättringsförslag.</p>	<p>Resultat Under året har uppföljande hygienronder slutförts inom allmänmedicin inkl. hälsoval samt Arvika sjukhus. På flertalet vårdval fysioterapi har hygienrond genomförts. Hygienronder har också genomförts inom psykiatri samt fysioterapeuter/arbetsterapeuter inom CSK.</p>
<p>Analys Alla enheter har inte genomfört hygienrond. Förbättringspotential finns på flera områden. Enheterna fortsätter detta arbete. Uppföljande hygienronder fortsätter.</p>	

Hygienombud

Mål Alla enheter ska ha hygienombud.	Strategier Utbilda och fortbilda hygienombud som driver kvalitetsförbättrande arbete på sina enheter.
Åtgärd Utbildning av nya hygienombud en gång per år, samt hålla hygienombudsträffar två till fyra gånger per år.	Resultat Hygienombud finns på i stort sett alla vårdenheter.
Analys Alla enheter avsätter inte tid för sina hygienombud att arbeta med hygienfrågor. Chefer kan bli bättre att stötta sina hygienombud.	

Strama Värmland

Samverkan mot antibiotikaresistens

De övergripande målen för att motverka antibiotikaresistens är att verka för en rationell användning av antibiotika och en effektiv resistensövervakning. Resistensövervakning görs av mikrobiologiska laboratoriet som dels rapporterar fortlöpande framför allt MRB enligt smittskyddslagen men även vissa andra multiresistenta bakterier som är lokalt överenskommet. Årssammanställningen presenterades i slutet av året på Stramamöte samt publicerades på Smittskydd Värmlands hemsida.

För att uppnå en rationell användning gör Strama Värmland kvartalsvis återkoppling av förskrivar- och rekvisitionsdata till verksamhetschefer samt direkt till allmänläkarna. Kvartal 1 kunde inte läkemedelsenheten ta fram rekvisitionsdata av olika skäl. Från och med kvartal 2 har data kunnat tas fram och återkopplingen från Strama Värmland till verksamheterna har kunnat återupptas.

När det gäller kvalitetsindikatorer ligger Värmland i topp medan när det gäller kvantitet så har Värmland halkat efter med att reducera antibiotikaförskrivningen.

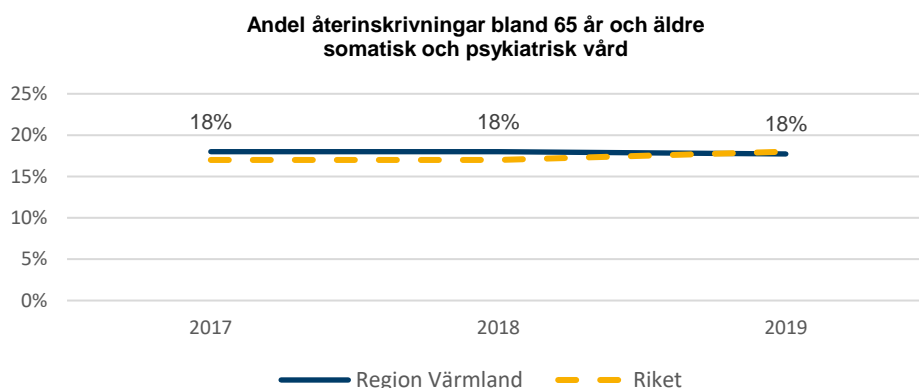
Under hösten och vid det lokala Stramamötet i december har vi haft dialog med ett par representanter för allmänmedicin som har månatliga återkopplingar av kvalitetsindikatorer till avdelnings- och enhetschefer. Syftet har varit att utvidga antibiotikadelen i deras återkoppling som sker i formatet spindeldiagram.

Uppdateringen av både lokal terapiriktlinje för hud- och mjukdelsinfektioner och terapiriktlinje för luftvägsinfektioner har under året fastställts i läkemedelskommittén. Det har skett en fortsatt uppdatering av flera delar i Strama Värmland app.

Under hösten har det på försök påbörjats ett nytt arbetssätt för att minska onödig och felaktig antibiotikaanvändning som kallas "Antibiotikasmarta sjuksköterskor" framtaget av nationella Strama. Det har hittills prövats på njurmedicin på Centralsjukhuset och ska utvärderas innan fler verksamheter involveras.

Sammanhållen vård – samverkan mellan region och kommuner

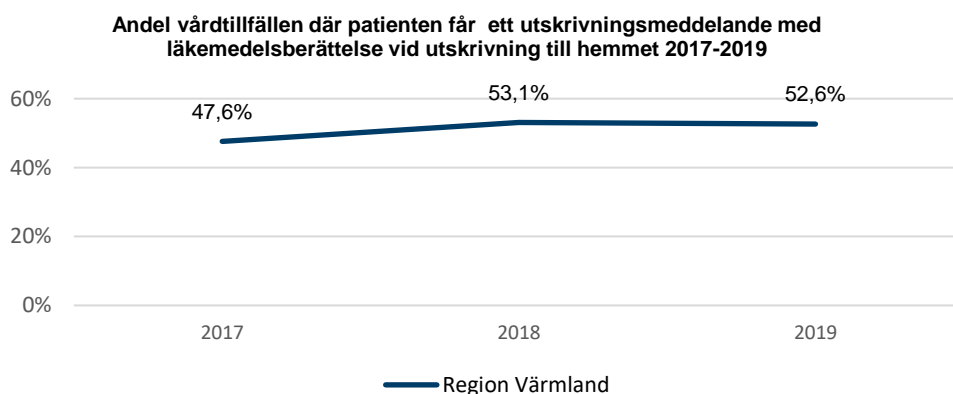
Under 2019 har andelen återinskrivningar 65 år och äldre varit oförändrat. Skillnader finns inom Värmland mellan tex kommuner, vårdcentraler utskrivande enhet.



Källa: Vården i siffror

Indikatorn för återinskrivningar visar andelen under mätperioden avslutade vårdtillfällen där patienter 65 år och äldre oplanerat återinskrivits på sjukhus 1 – 30 dagar efter ett tidigare slutenvårdstillfälle. Det är en ofta använd indikator som avser att beskriva kvaliteten i det sammanhållen vård- och omsorgssystemet och belyser utskrivning från slutenvård där uppföljning och fortsatt omhändertagande inte är tillräckligt samordnat.

Den totala andelen patienter som fick med sig utskrivningsmeddelande med läkemedelsberättelse i samband med utskrivning till hemmet var 52,6 under 2019 procent (inom somatisk vård 54,6 procent, och inom psykiatrisk vård 1,3 procent). Den totala andelen är relativt oföränderlig från föregående år (53,1 procent).



Källa: Cosmic/Regionens datalager

MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR

Under det gångna året har vi tagit steg för att utveckla regionens patientsäkerhetsarbete och detta arbete kommer att intensifieras under kommande år. Till hjälp i regionens fortsatta patientsäkerhetsarbete har vi från och med år 2020 den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, framtagen av Socialstyrelsen under 2019. Planen ska stödja, utveckla och samordna arbetet med patientsäkerhet runt om i landet och stärka kommuner och regioner i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Visionen för patientsäkerhetsarbetet är God och säker vård – överallt och alltid. Detta perspektiv måste genomsyra även Region Värmlands fortsatta patientsäkerhetsarbete.

I den nationella handlingsplanen har fyra grundläggande förutsättningar identifierats för det fortsatta patientsäkerhetsarbetet i Sverige;

Engagerad ledning och tydlig styrning

En engagerad ledning och tydlig styrning av hälso-och sjukvården är avgörande för säker vård på alla nivåer.

En god säkerhetskultur

En god säkerhetskultur kännetecknas av ett aktivt arbete med att identifiera och minimera risker och skador. Den innebär också ett arbetsklimat som är öppet och där personalen känner sig trygg att rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet och att man lär av både negativa och positiva händelser.

Adekvat kunskap och kompetens

För en säker vård behövs tillräckligt med hälso-och sjukvårdspersonal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Då kan de fatta beslut, bedöma risker samt föreslå och vidta åtgärder som bidrar till en god och säker vård.

Patienten som medskapare

När patienten är välinformerad, får delta aktivt i sin vård och ges möjlighet att påverka den utifrån sina önskemål och förutsättningar, kan vården bli ännu säkrare.

Handlingsplanen tar också sin utgångspunkt i ett utvidgat och fördjupat patientsäkerhetsbegrepp, där patientsäkerhetsarbetet inte bara är inriktat på frånvaro av skada utan minst lika mycket på närvaro av säkerhet. Patientsäkerhetsarbetet indelas i fem fokusområden;

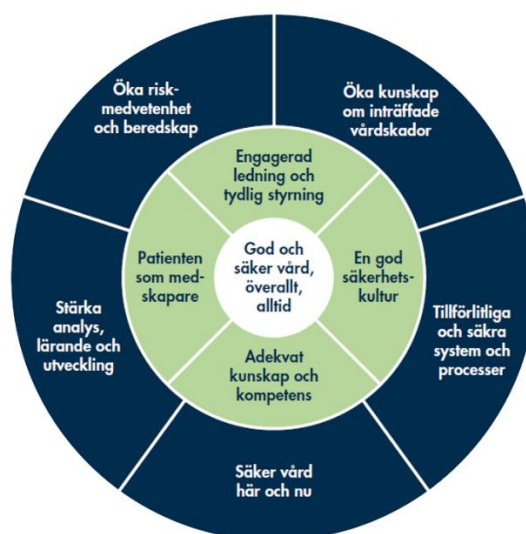
- Öka kunskap om inträffade vårdskador
- Tillförlitliga och säkra system och processer
- Säker vård här och nu
- Stärka analys, lärande och utveckling
- Öka riskmedvetenhet och beredskap

Vi behöver därför följa utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet så att våra insatser baseras på bästa tillgängliga kunskap och bidrar till förverkligande av den nationella handlingsplanen.

Under 2020 avser Region Värmland att i sitt patientsäkerhetsarbete fokusera på att påbörja implementering av inriktningarna i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, bland annat genom att utveckla en regional åtgärdsplan. Vi behöver under 2020 stärka de aktiviteter vi redan har inom fokusområdena och utveckla arbetet där vi idag inte är lika aktiva.

Detta innebär bland annat att vi under 2020

- i samverkan framför allt med HR fortsätter bygga en starkare säkerhetskultur. Genom att använda synergier mellan områdena arbetsmiljö och patientsäkerhet kan vi nå ännu längre i vår strävan att skapa säkra arbetsplatser för både patienter och medarbetare.
- ska fortsätta och utveckla det påbörjade förbättringsarbetet kring regionens avvikelshantering, såväl genom systemförbättringar och utbildningsinsatser som en förstärkt förvaltningsorganisation. Kopplat till arbetet med avvikelser identifierade av medarbetare behöver det systematiska arbetet med tillvaratagandet av patienters och närståendes erfarenheter och synpunkter utvecklas. Det görs bland annat genom implementeringen av nya arbetssätt och systemstöd för dokumentation av synpunkter och klagomål.
- i ännu högre grad än hittills ska sträva efter att ha med patienter och närstående i våra utvecklings- och förbättringsarbeten. Vi kommer under året att utreda möjligheterna för hur patienter och närstående kan anmäla intresse för att bidra i regionens kvalitetsarbete.
- ska följa arbetet inom ramen för kunskapsstyrningen, såväl nationellt som sjukvårdregionalt och lokalt, för att följa utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet och kunna införliva ny kunskap i vårt arbete.
- kommer att arbeta för att stärka kunskap och medvetenhet om kvalitets- och förbättringsarbeten inom hälso- och sjukvården. Inom vissa verksamheter kommer Gröna Korset att införas, som en metod att systematiskt identifiera risker, avvikelser och förbättringsförslag i verksamheten.
- fortsätter att genomföra patientsäkerhetsdialoger i verksamheterna, i syfte att sprida kunskap om patientsäkerhet, fånga upp specifika behov och kunna ge riktat stöd baserat på utmaningar och nulägesbild.



Den nationella handlingsplanens fokusområden

BILAGOR

Bilagorna finns i Region Värmlands diarium.

För att ta del av årsrapporter gällande anmälningsärenden, etikkommitté, klinisk farmaci och informationssäkerhet, samt strålsäkerhetsbokslut, kontakta diariet: diariet@regionvarmland.se



Region Värmland, 651 82 Karlstad
054-61 50 00 | www.regionvarmland.se | www.1177.se/varmland