

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE

2018



Patientsäkerhetsberättelse 2018 för beslut av regionfullmäktige den 11 april 2019
Diarienummer RS/190118

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	4
ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER.....	5
ORGANISATION OCH ANSVAR.....	6
SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR.....	8
PATIENTERS OCH NÄRSTÅENDES DELAKTIGHET	11
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS RAPPORTERINGSSKYLDIGHET	13
KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER.....	14
EGENKONTROLL.....	15
ÅTGÄRDER FÖR ATT ÖKA PATIENTSÄKERHETEN.....	16
RISKANALYS	25
UTREDNING AV HÄNDELSER – VÅRDSKADOR	26
INFORMATIONSSÄKERHET	29
RESULTAT OCH ANALYS.....	30
MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR.....	45
BILAGOR	46

SAMMANFATTNING

Hög patientsäkerhet är en av våra allra viktigaste prioriteringar och inga vårdskador är ett av våra centrala resultat- och kvalitetsmål.

Det är viktigt att vi har ett systematiskt arbetssätt kring patientsäkerhet och att medarbetare och chefer 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.

Patientsäkerhetscentrum är den verksamhet som strategiskt och operativt ska stödja hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete. Under det gångna året har vi etablerat nya arbetssätt inom patientsäkerhetscentrum. Genom teamarbete med chefläkare, utvecklingsledare och farmaceuter har vi mött efterfrågan från olika verksamheter och kunnat erbjuda riktade stödinsatser efter behov. Samarbetet med HR har under året utvecklats och vi har arbetat gemensamt med säkerhetsfrågor som berör både arbetsmiljö och patientsäkerhet.

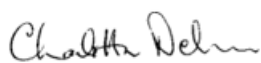
Med idogt förbättringsarbete har man kunnat minska frekvensen av trycksår påtagligt vid flera somatiska vårdavdelningar. Det är ett gott exempel på att det finns goda förutsättningar att nå resultat när vi prioriterar och avsätter resurser för förbättringsarbete.

Trots svårigheter att bemanna vårdavdelningarnas alla vårdplatser kan vi konstatera att belägningsgraden övergripande varit lägre än tidigare år. Detta innebär att vi har haft en riskfaktor mindre för uppkomst av vårdskador. Våra journalgranskningar visar dock att frekvensen av vårdskador ligger kvar på samma nivå som tidigare, vilket indikerar att patientsäkerhetsarbetet behöver fortsätta och utvecklas för att vi ska kunna upprätthålla patientsäkerheten.

Ett målmedvetet patientsäkerhetsarbete är en viktig del i strävan mot ett minskat lidande för patienterna. Ledningens uttalade stöd och prioritering utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv är därför avgörande för att vi ska kunna erbjuda en säker vård även i tider av ekonomiska utmaningar.

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.



Charlotta Nelsson
Chefläkare och chef för patientsäkerhetscentrum

ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER

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

För att en verksamhet ska kunna arbeta med ständiga förbättringar krävs både en riskmedvetenhet och att man lär av sina avvikelser. Inom landstinget i Värmland liksom i resten av Sverige, är rapporteringsfrekvensen av avvikelser tämligen låg. Användarna av systemet för avvikelser uttrycker att det inte är tillräckligt användarvänligt. Ett av fokusområdena för patientsäkerhetsarbetet under året var därför att utveckla arbetet med avvikelser. För att processer och användargränssnitt skulle vara mer ändamålsenliga krävs en uppgradering av landstingets tekniska plattform. Av olika anledningar blev arbetet uppskjutet och när vi närmade oss regionbildning fick detta projekt stå tillbaka. Det innebär att vi lyfter över arbetet med uppgradering till planeringen för 2019.

Ett annat av årets huvudområden var att vidareutveckla samarbetet med HR kring det gemensamma områden arbetsmiljö och patientsäkerhet. Forskning visar att det finns en nära koppling mellan de två områdena och vår egen erfarenhet talar för att enheter med god arbetsmiljö också har en bra patientsäkerhet. Under 2018 har samarbetet mellan patientsäkerhetscentrum och arbetsmiljöstrategerna vid HR fördjupats, med gemensamma besök på många enheters arbetsplatsträffar och planering av säkerhetsenkäten som ska genomföras under våren 2019. Tillsammans har vi träffat flera landsting och regioner för att lära och inspireras av andras arbete med säkerhetskultur. Arbetet har också lett fram till att vi kommer att pröva att ta med patientsäkerhetsfrågor i den checklista som används vid skyddsronder.

I uppdraget till patientsäkerhetscentrum ligger att stödja verksamheternas patientsäkerhetsarbete. Under 2018 etablerades områdesteam i syfte att stödja område slutenvård respektive öppenvård med riktade insatser utifrån deras behov. Det arbetet har inneburit såväl stöd till förbättringsarbete på enhetsnivå som utbildning och diskussion i olika chefsgrupper. Områdesteamen bidrar också till den utvecklade resultatuppföljningen som varit ett annat fokusområde under 2018. Under året har det gjorts en särskild uppföljning av det förändrade uppdraget vid sjukhuset i Arvika. För att följa patientsäkerhetsläget prövades där ett delvis nytt arbets sätt som innebar att resultat kopplade till patientsäkerhetsområdet regelbundet sammanställdes och presenterades för verksamhetsansvariga. Målet var att skapa en samlad helhetsbild som skulle möjliggöra löpande konsekvensanalyser och anpassningar i takt med att verksamheten utvecklades. Detta föll väl ut, uppskattades mycket och gav ett bra beslutsstöd till ansvariga för verksamheten.

Utifrån dessa erfarenheter kommer patientsäkerhetscentrum att arbeta vidare tillsammans med planerings- och uppföljningsenheten för att vidareutveckla metoder, verktyg och relevanta indikatorer kring resultatuppföljning.

Landstinget i Värmland - organisatorisk indelning

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 stöd: Ansvar för fastigheter, drift, service och IT

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

ORGANISATION OCH ANSVAR

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

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

Landstingsfullmäktige och landstingsstyrelse

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

Landstingsdirektör och hälso- och sjukvårdschef

Den högsta tjänstemannaledningen utgör operativ ledning för hälso- och sjukvården och fördelar resurser, ansvar för arbetsuppgifter och befogenheter till verksamhetsområdena.

Verksamhetschefer

Verksamhetschefen 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 förbättringsarbete.

Medarbetare

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

Patientsäkerhetscentrum

Patientsäkerhetscentrums uppdrag är att strategiskt och operativt stödja landstingets patientsäkerhetsarbete. Ingående enheter är chefläkarfunktionen, patientsäkerhetsenheten inklusive anmälningsansvarig, läkemedelsenheten, avvikelshanteringsfunktionen och utredningstandläkare.

Chefläkare

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, den instans som tar beslut om anmälningar och utredningar i samband med allvarliga vårdskador, risk för allvarliga vårdskador samt anmälan av legitimerad personal.

Patientsäkerhetsenheten

Patientsäkerhetsenheten arbetar med övergripande kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor, där man utgör stöd till de patientnära verksamheternas patientsäkerhetsarbete. Enheten leder händelseanalyser vid vårdskadeutredningar och koordinerar landstingets rapportering av journalgranskning och egenkontroller. Arbetet sker i nära samarbete med chefläkarna.

Anmälningsansvarig

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

Informationssäkerhet

Landstinget 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

Läkemedelsenheten ska tillsammans med läkemedelskommittén verka för en rationell, säker och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning samt en optimal läkemedelshantering i hela vårdkedjan. Enheten ansvarar bland annat för klinisk farmaci, läkemedelsförsörjning, beredning, statistik, budget samt för ordinationsmallar och generella direktiv i landstingets journalsystem.

Läkemedelskommitté

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

Smittskydd Värmland

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

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

Kunskapscentrums uppdrag är 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 stödjer och stimulerar klinisk forskning och forskarutbildning 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.
- Utbildningscentrum bedriver och utvecklar klinisk utbildning i syfte att ge en patientsäker vård i framtiden.

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.

Nationell kunskapsstyrning

Landstinget i Värmland deltar aktivt i det nationella arbetet med det gemensamma systemet för kunskapsstyrning för en mer kunskapsbaserad, jämlik, resurseffektiv och högkvalitativ vård. I den nationella samverkansgruppen för patientsäkerhet representeras Uppsala-Örebroregionen av verksamhetschefen för patientsäkerhetscentrum, som också är ordförande för gruppen.

Sammanhållen vård och omsorg

Den 1 januari 2018 infördes en ny lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. I Värmland påbörjades ett arbete 2015 för att hitta bättre former för samverkan. Gemensamt med kommunerna har Överenskommelse om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Värmland samt Riktlinje för samverkan vid utskrivning från sluten vård i Värmland tagits fram.

I början av 2018 startade den nya utskrivningsprocessen i Värmland utifrån framtagna riktlinjer, med undantag för individer inskrivna i rättspsykiatrisk vård samt barn och unga under 18 år. En arbetsgrupp med länets kommuner som bildades för att gemensamt ta fram överenskommelsen och riktlinjen har under 2018 fortsatt sitt arbete med att följa upp hur arbetet fortskrider. En av aktiviteterna har varit att följa avvikelser kopplat till utskrivning från slutenvården.

Samverkan har skett på olika nivåer och ett gemensamt implementeringsarbete har under 2018 genomförts där både personal från kommunerna och landstinget deltagit. Workshops, samverkansmöte, salsutbildningar är exempel på aktiviteter. I december ersattes systemet Meddix med Cosmic Link som stöd vid informationsöverföring mellan olika aktörer i processen.

Arbetet pågår med att fullt ut implementera och effektivisera arbetssätten som möjliggör en sömlös vård. På samtliga vårdcentraler har funktionen samordnande sjuksköterska fått ett utökat uppdrag att utgöra patientens fasta vårdkontakt. Flera avdelningar har också inrättat funktioner med uppdraget att samordna utskrivningen.

Regional samverkansgrupp för suicidprevention

I Värmlands regionala samverkansgrupp för suicidprevention ingår representanter från länets kommuner, Region Värmland, Svenska kyrkan, Trafikverket, Polisen, Suicide Zero samt Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (Spes). En handlingsplan har tagits fram för att inrikta arbetet mot att öka samverkan och samarbete mellan olika organisationer, genomföra insatser för identifierade riskgrupper, främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa. Vidare ska samverkansgruppen arbeta för att höja personalgruppers kompetens inom området suicidprevention, och öka engagemang och kunskap hos befolkningen.

Vårdinformationssystem

Ett flertal problem och risker kring vårt vårdinformationssystem har identifierats, vilket även gjorts hos andra vårdgivare som använder samma system. Detta har under året lett till att det bildats ett chefläkarnätverk som ska sammanställa och prioritera de problem som uppdagats och därefter tillsammans med projektägarna och leverantörerna arbeta för minskade risker och ökad användarvänlighet. Arbetet fortsätter under 2019.

Området arbetsmiljö och patientsäkerhet

Kunskapen om sambandet mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet är väl känd. Kontinuitet och stabilitet i arbetsgrupper påverkas på många enheter av hög personalomsättning. Hur kompetensförluster ska hanteras innebär uppenbara utmaningar, både för chefer och medarbetare. Patientsäkerhetscentrum har genom Team öppenvård tillsammans med HR varit ute i verksamheterna och diskuterat patientsäkerhet och arbetsmiljö. Team slutenvård har på försök genomfört en medarbetarutbildning tillsammans med HR på två avdelningar. Syftet är att inte bara fokusera på chefsleden utan även visa på vad som åligger varje medarbetare. Här är det givetvis svårt att mäta resultat men med ett mera aktivt medarbetarskap tror vi att säkerhetskulturen stärks och engagemanget till förbättringsarbeten bör förbättras. Under 2019 kommer även en utbildning i förbättringsarbete att erbjudas, riktad framför allt till slutenvården, där chef tillsammans med medarbetare deltar.

Området nutrition

Expertgruppen nutrition har arbetat med ett länsövergripande vårdprogram rörande behandling av undernutrition, likartad bedömning och riskvärdering av patienterna samt profylaktiska åtgärder. Programmet involverar hela hälso- och sjukvården inklusive kostenheten. Kommunerna är involverade bland annat via gemensamma utbildningstillfällen, för att säkra att patientens adekvata nutrition beaktas i hela vårdkedjan.

Området vårdrelaterade infektioner (VRI)

Inom VRI-området har en förhöjd frekvens protesinfektioner observerats under ett antal år. Nu görs en kraftansamling inom området som gäller hela vårdkedjan och samtliga inblandade professioner. Arbetet bygger på rekommendationerna från PRISS-projektet (Protes-Relaterade Infektioner Ska Stoppas) och involverar flera berörda verksamheter för att nå implementering i vårdkedjans samtliga led. Förutom ortopedkliniken och Smittskydd deltar patientsäkerhetscentrum och Område stöd.

Området trycksår

Expertgruppen för riskområdet trycksår är tvärprofessionellt sammansatt och genomför utbildningar och informationsinsatser. Ett uppdrag är att stödja arbetet med egenkontroller och kunskapsstyrning, där evidensbaserad kunskap om trycksårprevention och behandling sprids och implementeras i verksamheten.

Området fall och fallskador

Landstingets tvärprofessionella expertgrupp arbetar för att förebygga fall och fallskador. Expertgruppen har under året bland annat arbetat med vårdprogram för fall- och fallskadeprevention. Gruppen har bland annat testat Socialstyrelsens webbutbildning för fallskadeprevention och deltagit på utvecklingsträff med Socialstyrelsen. Under år 2019 kommer expertgruppen att implementera vårdprogrammet där även webbutbildningen, som utgår från ett teambaserat arbetssätt ingår. Expertgruppen för fallprevention arbetar mot målet att minska fall och fallskador. Syftet är att i samverkan mellan landstinget, kommunerna, friskvården, universitetet och olika föreningar i civilsamhället, tillsammans arbeta fall- och fallskadeförebyggande för medborgarna 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 gör 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 landstinget 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 etablera en kontaktyta 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 landstingets växel, eller att lämna kontaktuppgifter i postlådor vid entréerna på sjukhusen i Arvika och Karlstad.

Patientmedverkan vid händelseanalyser

Vid händelseanalyser involveras patienten i stor utsträckning, oftast via en intervju om 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 troliga 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

Patient- och anhörigdelaktighet inom kirurgin

Mot bakgrund av resultatet i den nationella patientenkäten identifierades ett behov av förbättrad patient- och anhörigdelaktighet inom kirurgin. Målet var att patienten skulle få bättre information, minskad vårdtid och minskade komplikationer. Ett förbättringsarbete har genomförts och ett standardiserade förlopp som utgår från ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) har implementerats. Metoden är evidensbaserad och omfattar standardiserade inskrivnings- och utskrivningssamtal, vårdplanering samt tydligt beskrivna förväntningar, bland annat gällande patientens delaktighet och ansvar kring födointag och mobilisering. Arbetet har lett till lägre medelvårdtid och ökad upplevd trygghet hos patienterna.

Asyl- och flyktinghälsa

Inom området asyl- och flyktinghälsa har insatser gjorts för att stärka kunskapen om målgruppen för att skapa respektfulla möten, alltid använda tolk vid mötet och tydlighet vid informationsträffar där man informerar om regelverk kostnader etc. För att säkerställa att patienter och närstående är informerade använder man sig av Teach me back-metoden.

Utvecklad delaktighet i vårdplanering

Genom ett utvecklingsarbete med förbättrad information till patienter/brukare och anhöriga skapat bättre patientmöten och ökad delaktighet. Informationsmaterial på olika språk, inklusive bildstöd har tagits fram. Utformningen av vårdplan för och tillsammans med patient och ibland anhöriga, är ett annat viktigt redskap för att stärka patientens delaktighet i sin egen vård och behandling, men även för att skapa trygghet för patienten då hen genom att läsa vårdplanen kan se hälso- och sjukvårdens planerade och utförda insatser, men framförallt vad patienten själv ska göra för att uppnå uppsatta delmål och mål som utvärderas under behandlingsperioden.

Tillgång till egen journal

Informationsinsatser har genomförts för att uppmuntra patienter att ta del av sin journal på 1177 journalen via nätet. Mikroutbildningar till hälso- och sjukvårdspersonal om journaldokumentationens betydelse för patienternas delaktighet och trygghet.

Patienternas upplevelse av arbetsväxling

Ett nära samarbete har etablerats med brukarorganisationerna i länet, vilka ingår i delar av område öppenvårds utvecklingsarbete, bland annat i utvecklingen av primärvårdsrehabiliteringens artrosskolor och bästa effektiva omhändertagandenivå (BEON). I och med arbetsväxlingen med BEON genomförde utvecklingsenheten ett antal patientintervjuer för att samla in patienternas upplevelse av att det kunde vara en annan profession än läkare som gjorde primärbedömningen. Resultatet från patientintervjuerna var positivt, och patienterna upplevde sig lyssnade på och väl informerade kring och delaktiga i sin egen vård och behandling.

Tjänstedesign

Flera medarbetare har deltagit i utbildningar i tjänstedesign vilket är en process, där man har ett "utifrån och in-perspektiv", och genom denna specifika arbetsmetod ta reda på vad patienten/brukaren själv upplever sig ha behov av.

Ökad kunskap om psykisk ohälsa

Psykiatrin har genomfört öppna föreläsningar i ämnena i äldres psykiska ohälsa och neuropsykiatriska tillstånd hos vuxna för att öka kunskaper och förändra synen på psykisk ohälsa.

Självvald inläggning

Självvald inläggning har införts inom den psykiatriska slutenvården, som bygger på en hög grad av delaktighet från patientens sida.

Brukarerfarenhet

Medarbetare med brukarerfarenhet har anställts vid den psykiatriska slutenvården. Med sin erfarenhet från psykiatrisk sjukdom bidrar de till dialog, samtal och aktiviteter med både patienter och anhöriga/närstående.

Närståendebildning inom dialektisk beteendeterapi

Arbetet med dialektisk beteendeterapi (DBT) inom psykiatrisk öppenvård, syftar till att minska självskadande beteende hos personer med emotionellt instabil personlighetsstörning. Flera av patienterna har en samsjuklighet med framförallt en förstärkningsdiagnos och/eller ADHD eller autismspektrumstörning. För den sistnämnda gruppen arbetar vi nu mer aktivt med att involvera omgivningen redan från start då vår erfarenhet är att effekterna av behandlingen annars tappas efter avslutad behandling. Närståendebildning kallad Familjeband erbjuder gruppssammanskomster för närstående så att de får lära sig DBT färdigheter.

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 landstingets avvikelser under 2018 finns under avsnittet avvikelshantering

Avvikelsehantering

Att hantera avvikelser är en viktig del av landstingets förbättringsarbete. Syftet med avvikelshandlingen är att ge kunskap om skador, tillbud och risker ur ett patientsäkerhets- och arbetsmiljöperspektiv. På så vis är antalet registrerade och hanterade avvikelser en indikator på vilken nivå av säkerhetsmedvetenhet som råder i verksamheten. Avvikelser ska rapporteras i landstingets avvikelssystem AHA.

Kunskapen ska vara ett underlag för ständiga förbättringar för att förhindra att avvikelser eller liknande händelser upprepas. En viktig framgångsfaktor vid hantering av avvikelser är återkoppling till och uppföljning tillsammans med medarbetare, men också att sprida kunskapen till andra verksamheter.

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 landstinget 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 landstingets lex Maria-råd där ställning tas till anmälan om vårdskada.

Avvikelsehanteringsprocessen



Under 2018 har patientsäkerhetscentrum, där processtöd för avvikelshandlingen återfinns, planerat en större satsning inom avvikelseområdet, där fokus kommer att vara kunskapshöjande insatser, förbättrat processtöd och större användarvänlighet. Detta arbete kommer att påbörjas under första kvartalet 2019.

KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6§§, 7 kap 2 § p 6,

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.

Patienter och närstående kan lämna sina klagomål och synpunkter till respektive enhet via telefon eller brev. Lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården tydliggör att patienten ska få svar så snart som möjligt när klagomål eller synpunkter lämnats. Svaret ska lämnas på ett sätt så att patienten förstår det. Klagomål och synpunkter och svaren på dessa ska användas i utvecklingen av vården i respektive verksamhet. Respektive chef ansvarar för att det finns rutiner för hur klagomål och synpunkter ska tas omhand.

Inom tandvården inkommer klagomål främst till berörd klinik, som hanterar ärendena. För att man ska kunna jämföra frekvensen mellan åren infördes under 2018 en rutin om central diarieföring.

Patientnämndsärenden hanteras i regel av berörd klinikchef. I förekommande fall konsulteras utredningstandläkare eller tandvårdschef. IVO-ärenden hanteras av utredningstandläkaren som är placerad hos patientsäkerhetscentrum.

Synpunkter och klagomål som inkommer till respektive verksamhetsområde hanteras löpande och patienterna får sina frågor besvarade. Dock kvarstår ett förbättringsarbete gällande hur dessa synpunkter och klagomål ska sammanställas, för att kunna genomföra analyser på aggregerad nivå. En tydligare och mer enhetlig hantering av inkommande ärenden skulle kunna utvecklas för patienter och närstående, exempelvis genom att använda e-tjänster på 1177 Vårdguiden samt genom att dokumenteras i avvikelshanteringssystemet.

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”.

I tabellen nedan redovisas de uppföljningar och mätningar som genomförs inom landstinget.

Uppföljning och mätning	Omfattning och frekvens	Källa
Markörbaserad journalgranskning på sjukhus- och verksamhetsnivå	Månadsvis	Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
Basala hygienrutiner och klädregler.	Nationell mätning en gång per år och 10 observationer/månad/avdelning och mottagning.	SKL och interna register.
Vårdrelaterade infektioner.	Nationell mätning en gång per år och landstingsmätning tertialvis.	SKL
Följsamhet blododlingsrutin.	Landstingsmätning tertialvis.	Interna register.
Antibiotikaförskrivning	1. Månadsvis 2. Kvartalsvis	1. Folkhälsomyndigheten 2. Läkemiddelsenheter
Trycksår	Nationell samt landstingsmätning två gånger/år, lokala mätningar månadsvis inom delar av somatisk slutenvård.	SKL och interna register.
Avvikelser inom landstinget.	Antal följs löpande i landstingets avvikelshanteringssystem.	Interna register.
Patientrelaterade avvikelser inom landstinget.	Antal följs löpande i landstingets avvikelshanteringssystem.	Interna register.
Avvikelser gällande samarbetet landstinget 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	Landstingets datalager
Överbeläggningar av patienter.	Antal följs dagligen per sjukhus inom all slutenvård.	SKL och landstingets datalager.
Utlökaliserade patienter.	Antal följs dagligen per sjukhus inom all slutenvård.	SKL och landstingets datalager.
Väntetid till tandvård.	Antal kliniker med handlingsplan för förbättrad tillgänglighet.	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.

HR/ARBETSMILJÖ

Under året har fokus legat på att tydliggöra samband mellan områdena arbetsmiljö och patientsäkerhet. En utgångspunkt har varit aktuell forskning som slår fast att följande faktorer är viktiga för att ett bra säkerhetsklimat ska utvecklas, för både patienter och medarbetare:

- goda arbetsresurser
- arbetskrav som går att hantera
- tillit till sin närmaste chef
- god sammanhållning i arbetsgruppen

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

1. Identifierat förbättringsbehov

- Utökad samarbete för att hitta gemensamt systematiskt arbetssätt. Ökad förståelse för sambanden ger högre motivation att arbeta med ingående delar.

2. Mål

- HR och patientsäkerhetsenheten ska få en ökad förståelse för varandras uppdrag för att förena dessa.
- Verksamheterna ska uppleva att de får ett bättre enat stöd.

3. Metod och åtgärd

- Gemensamt arbete med patientsäkerhetsmånaden, t ex studiebesök och material till APT-besök.
- Gemensamt arbete med medarbetarenkät med patientsäkerhetsfrågor, för genomförande under 2019.
- Påbörjat arbete med att integrera det systematiska patientsäkerhetsarbetet med det systematiska arbetsmiljöarbetet.

4. Uppföljning och utvärdering

- Resultatet av APT-besök har följts upp genom intervjuer med avdelningschefer.
- Förslag finns på att införa årlig uppföljning av arbetsmiljöarbetet och patientsäkerhetsarbetet.

Kommentar: En lärdom är vikten av att fler medarbetare från HR och patientsäkerhetsenheten behöver involveras i utvecklingsarbetet.

KOMPETENSFÖRSÖRJNING

Under 2018 har landstinget fokuserat på att ta fram en kompetensförsörjningsprocess för att säkerställa att rätt kompetens finns för att uppnå verksamhetens mål.

En prioriterad insats under 2018 har varit att skapa ett systematiskt arbetssätt kring kompetensutveckling och planering av framtida kompetensbehov. Detta har gjorts genom att samordna landstingets interna utbildningar för hälso- och sjukvårdspersonal och att ta kompetensverktyget från projektform till förvaltning.

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

- | | |
|--|--|
| 1. Identifierat förbättringsbehov <ul style="list-style-type: none">Verksamhetsförlagd utbildning (VFU), lärande i arbetslivet (LIA), arbetsplatslärande (APL) och praktik är viktiga delar i utvecklingen av professionell kompetens. God klinisk utbildning skapar goda förutsättningar för en långsiktig kompetensförsörjning.Utbildningscentrums uppdrag är att tillsammans med berörda lärosäten och de kliniska verksamheterna skapa förutsättningar för att studenter ska utveckla kunskap och kompetens i det dagliga arbetet. | 2. Mål <ul style="list-style-type: none">Ett kontinuerligt inflöde av nya medarbetare som matchar den kompetens som behövs för att bedriva patientsäker vård.Kompetensförsörjningsprocessen ska bidra till en kvalitetssäkring av kompetensförsörjningsarbetet på alla nivåer. |
| 3. Metod och åtgärd <ul style="list-style-type: none">Ny utbildning har tagits fram för specialistutbildade undersköterskor inom barn- och ungdomsmedicin. De första eleverna är färdigutbildade sommaren 2019.Nytt avtal med Mälardalens högskola har upprättats som ger fysioterapeuter möjlighet att göra sin VFU vid Landstinget i Värmland från och med 2019.Efter genomförd behovsanalys har närmare 50 nya specialistutbildningstjänster tillsatts. | 4. Uppföljning och utvärdering <ul style="list-style-type: none">De olika satsningarna följs upp genom mätningar av hur många personer som nyanställs från respektive utbildning. |

Kommentar: Närmare 100 sjuksköterskor genomgår specialistutbildning med finansiering av landstinget.

KOMPETENSUTVECKLING – FOKUS PATIENTSÄKERHET

Mycket kunskap finns idag om hur vårdskador kan begränsas men denna kunskap används inte fullt ut av olika anledningar. Därför har patientsäkerhetscentrum under året arbetat fram ett nytt utbildningskoncept i patientsäkerhets- och förbättringskunskap kallat Fokus patientsäkerhet.

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

- | | |
|---|--|
| 1. Identifierat förbättringsbehov <ul style="list-style-type: none">Kompetensutveckling och handledning inom förbättringsarbete behöver stärkas i arbetet med att begränsa våra vårdskador. | 2. Mål <ul style="list-style-type: none">Öka kunskapen inom praktiskt förbättringsarbete i vården.Öka förutsättningarna för implementering av verksamheternas förbättringsarbeten. |
| 3. Metod och åtgärd <ul style="list-style-type: none">Utbildning av chef och utsedd kliniskt verksam personal.Handledning under förbättringsarbetet.Skapa nätverk för erfarenhetsutbyte. | 4. Uppföljning och utvärdering <ul style="list-style-type: none">Tio förbättringsarbeten kommer att följas upp under genomförande. Kriterier för utvärdering är under framtagande. |

Kommentar: Utbildningen har arbetats fram under 2018 för genomförande under 2019.

KOMPETENSUTVECKLING – GENERELLT

Att utveckla och behålla befintliga medarbetare är viktigt för att säkerställa av verksamheterna har rätt kompetenser som kan bidra till en hälso- och sjukvård med hög patientsäkerhet. Detta kräver en god överblick över medarbetarnas kompetens och framtida kompetensutvecklingsbehov.

Som ett led i detta har landstinget sedan ett antal år tillbaka ett Learning managementsystem, LMS (kompetensverktyget). Systemet innehöll inte alla hälso- och sjukvårdsutbildningar som erbjuds och det behövdes tas från att hanteras i projektform till att gå i förvaltning. Vidare saknades en helhetsbild av vilka utbildnings som gavs och en samordning av dessa. Därmed saknas även en övergripande analys av framtida behov av kompetensutveckling.

Under 2018 har patientsäkerhetscentrum tillsammans med HR och vårdavdelningarna medicin- och ortopedkliniken identifierat att undersköterskor med intresse av att arbeta som vikarier i stor utsträckning saknar kompetens för uppgiften. Ett förslag på förbättring har tagits fram som går ut på att skapa en funktion för samordning av vikarier, som identifierar kompetensbehov redan från rekryteringen och säkerställer att vikarierna får den kompetensutveckling de behöver.

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

1. Identifierat förbättringsbehov

- Helhetsbild av vilka utbildningar som erbjuds och samordning av dessa saknades.
- En övergripande analys av framtida behov av hälso- och sjukvårdsutbildningar saknades.
- Ett samlat stöd för hälso- och sjukvårdens chefer vid planering, samordning och utvärdering av interna kurser, utbildningar och kompetensutveckling saknades.

2. Mål

- Alla medarbetares kompetensutveckling baseras på landstingets övergripande strategiska mål.
- Landstingets chefer har tillräckligt stöd i prioriteringen av kompetensutveckling för medarbetarna.
- Resurserna (interna och externa) för kompetensutveckling är samordnade.

3. Metod och åtgärd

- Utbildningssamordnare tillsattes med ansvar att utveckla, strukturera och samordna administration av interna hälso- och sjukvårdsutbildningar.
- De flesta hälso- och sjukvårdsutbildningarna administreras i kompetensverktyget och utbudet samlas i en kursutbudskatalog
- En pedagogisk utbildningsgrupp bildades hösten 2018 för att stödja hälso- och sjukvårdens verksamheter med planering, samordning och utvärdering av interna kurser, utbildningar och kompetensutveckling.

4. Uppföljning och utvärdering

- Trafiken till kursutbudskatalogen på intranätet kommer att mätas.
- Pedagogiska gruppen kommer att följa upp antal förfrågningar och upplevd nöjdhet från verksamheten.

Kommentar: Möjligheter att ge stöd med att systematisera och skapa effektivare kurser och inlärningsmetoder diskuteras.

AVVIKELSEHANTERING INOM PRIMÄRVÅRD

Avvikelsehantering är ett viktigt verktyg i det systematiska arbetet för att nå en högre kvalitet och säkerhet i landstingets alla verksamheter. Att rapportera tillbud, negativa händelser och skador som avvikelser, samt att analysera och åtgärda dessa är en förutsättning för att undvika att händelsen upprepas. För att undvika att händelser inte rapporteras behöver landstinget säkerställa att verksamheterna har tillräcklig kunskapsnivå kring avvikelsehanterings syfte och koppling till en god säkerhetskultur.

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

- | | |
|--|--|
| 1. Identifierat förbättringsbehov <ul style="list-style-type: none">Låg avvikelserapportering inom primärvården.Behov av kompetenshöjande åtgärder gällande avvikelsehantering hos verksamhetsledningarna och medarbetarna. | 2. Mål <ul style="list-style-type: none">Öka kompetensen hos chefer och medarbetare om patientsäkerhet.Öka kunskaperna om att använda avvikelserapporteringen i syfte att förbättra vårdkvaliteten.Öka medvetenheten om betydelsen av god patientsäkerhetskultur. |
| 3. Metod och åtgärd <ul style="list-style-type: none">Utbildningsmaterial togs fram och presenterades till berörda verksamhetsledningarna.Utbildning för medarbetarna, särskilt riktad mot sjuksköterskor.Besök vid verksamheternas arbetsplatsträffar där chefläkare och utvecklingsledare har haft dialog med medarbetare om patientsäkerhet. | 4. Uppföljning och utvärdering <ul style="list-style-type: none">Samtliga verksamhetsledningarna har fått information om patientsäkerhet vid tillfällen med möjlighet till diskussioner.Antal deltagare vid föreläsningar och workshops har räknats. |

Kommentar: Avvikelseapportering i hela område öppenvård har ökat under 2018.

FÖLJSAMHET TILL RÅDGIVNINGSSTÖD VID TELEFONI

Landstinget har tagit beslut om journalgranskning av telefonrådgivningssamtal. Bakgrunden är att område öppenvård under 2017 hade ett antal lex Maria-fall som väckte frågor om följsamheten till telefonrådgivningsstödet.

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

- | | |
|--|--|
| 1. Identifierat förbättringsbehov <ul style="list-style-type: none">Behov av mer kunskap om följsamheten till telefonrådgivningsstödet för att minska antalet vårdskador. | 2. Mål <ul style="list-style-type: none">Ta fram underlag för bedömning av följsamhet till rådgivningsstöd och behov av ytterligare implementering. |
| 3. Metod och åtgärd <ul style="list-style-type: none">Slumpvis valda journaler där vårdkontakt-telefon-sjuksköterska registrerats kommer att analyseras och jämföras med rådgivningsstödet. | 4. Uppföljning och utvärdering <ul style="list-style-type: none">Granskningen som påbörjades under 2018 kommer att fortsätta under 2019 och redovisas till verksamhetsansvariga tertiär 1, för ställningstagande till åtgärder. |

Kommentar: Efter att 75 % av journalunderlaget granskats pekar resultaten mot att förbättringsinsatser behöver göras för att rådgivningsstödet ska kunna sägas vara implementerat fullt ut.

SÄKER LÄKEMEDELSHANTERING

Landstingets läkemedelsstrategi 2018 – 2020 utgör ett underlag för prioriterade insatser och förbättringsområden inom läkemedelsområdet. Varje år tas det fram en handlingsplan kopplat till strategin, med olika aktiviteter och uppföljning av dem.

I mars 2017 tog en ny extern apoteksaktör över ansvaret för landstingets läkemedelsförsörjning och läkemedelshantering. Från deras övertagande hände det vid flera tillfällen att läkemedel skickades till fel verksamheter eller inte skickades alls, vilket fick till följd att patienter vid ett fåtal fall blev utan läkemedel. Landstinget sade upp avtalet hösten 2017 och beslutet verkställdes våren 2018. Den uppkomna situationen krävde en stor arbetsinsats för att säkerställa en god övergång av verksamhet till en ny apoteksaktör, med minsta möjliga påverkan för patienter och vårdverksamheter.

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

1. Identifierat förbättringsbehov

- Brister i överensstämmelse mellan landstingets läkemedelslistor och ordinationslista, vilket kan leda till felaktig information om läkemedelsbehandling där fler vårdgivare är inblandade.
- Stöd till förskrivare i landstingets läkemedelslista saknas. Risken är att lämpliga val inte görs utifrån läkemedelskommitténs rekommendationer och/eller landstingets upphandlade sortiment.

2. Mål

- Landstinget ska ha en ändamålsenlig läkemedelsförsörjning och läkemedelsberedning.
- Patienten ska ha en ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling.
- Det ska vara enkelt att göra lämpligt läkemedelsval i journalsystemet.

3. Metod och åtgärd

- Beredningsverksamheten (cytostatika och övrig steril extempore) övertogs i egen regi. En ny upphandling av tjänsten läkemedelsleveranser genomfördes samtidigt.
- Beredningsverksamheten har utvecklats och ger ett utökat stöd till vårdverksamheten, t. ex. med förfyllda sprutor.
- Central förvaltning av landstingets cirka 2 500 ordinationsmallar och generella direktiv för bland annat standardisering.

4. Uppföljning och utvärdering

- Antalet läkemedel på generella direktiv har minskats genom central förvaltning och rekommenderade läkemedel används i större utsträckning.
- 701 fördjupade läkemedelsgenomgångar har genomförts med farmaceutstöd för patienter på särskilt boende eller i hemsjukvården (inkl. mobilt team).
- 2 215 läkemedelsrelaterade problem identifierades. Av dessa åtgärdades 66,5 % på plats.
- I slutenvård har farmaceut funnits på avdelningarna 8, 9 och 31/32 vid Centralsjukhuset i Karlstad samt på närvårdsavdelningarna i Säffle och Kristinehamn. Här har 1 471 patienter fått läkemedelsgenomgång av farmaceut. Hos dessa identifierades 2 224 avvikelser i läkemedelslistan där 71,9 % åtgärdades samt 1 643 läkemedelsrelaterade problem där 67,8 % åtgärdades.

Kommentar: Landstinget arbetar sedan flera år tillbaka med kliniska farmaceuter i vården. Det kliniska arbetet redovisas i rapporten Årsrapport klinisk farmaci 2018.

STRÅLSÄKERHET

Brister har identifierats på strålningsintensiv röntgenutrustning i det kontinuerliga optimeringsarbetet. En säkerhetslucka identifierades i samband med underhållsarbete på röntgenutrustning. Behov av förbättring gällande dokumentation och beräkningar inom nuklearmedicin har också identifierats.

En översyn av optimeringsarbetet har genomförts vilket lett till förbättrade rutiner för service och hantering av radioaktivitet.

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

- | | |
|--|---|
| 1. Identifierat förbättringsbehov <ul style="list-style-type: none">Ett utbyte av strålningsintensiva utrustningar inom röntgenområdet har genomförts.En säkerhetsrisk kopplat till underhåll av röntgenutrustning har identifierats och korrigerats.Inom nuklearmedicin har många protokoll och formulär kopplat till radioaktiva läkemedel hanterats i pappersform. Det ökar risk för misstag som kan leda till felaktiga doser. | 2. Mål <ul style="list-style-type: none">Öka aktiviteten inom protokolloptimering för datortomografin inom regionen och bedriva kontinuerligt förbättringsarbete allteftersom möjligheterna förbättras.Öka transparensen i underhållsarbetet på utrustningen så att oavsiktliga ändringar undviks.Minska risken för misstag kopplade till radioaktiva läkemedel genom att standardisera arbetsuppgifterna. |
| 3. Metod och åtgärd <ul style="list-style-type: none">En översyn av befintligt optimeringsarbete på datortomografin har genomförts. Likriktning av frekventa undersökningsprotokoll kommer att göras när utrustningarna uppgraderas.Alla externa insatser ska stämmas av med medicinsk teknik, som bedömer om utrustningen behöver kontrolleras av sjukhusfysiker efter genomfört arbete.Digitalisering av formulär har genomförts för att garantera att delsteg går till på samma sätt varje gång. | 4. Uppföljning och utvärdering <ul style="list-style-type: none">Resultaten av dosoptimering på datortomograferna följs upp i ett automatiskt dosrapporteringsystem efter genomförd förbättringsinsats. Förväntat resultat är minskat antal incidenter kopplade till oönskat beteende hos utrustning efter service.Kontrollmätningar görs av beredningar för att minimera risk för feldosering till patient. |

IT-SÄKERHET - RISKANALYSER

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 in 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: Följande riskanalyser har genomförts som berör patientsäkerhet under 2018: Insight, Patientonline, Cosmic Link2, Doctrin, LifeNet EKG Rapport, Telecare och zzzPat.

IT-SÄKERHET - NÄTSEGMENTERING

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

- | | |
|--|---|
| 1. Identifierat förbättringsbehov <ul style="list-style-type: none">IT har tagit fram en nätsegmenteringsstrategi för utökad segmentering av nätverket. Genom segmentering kan tillgängligheten till informationssystem och medicintekniska system ökas och på så sätt öka patientsäkerheten. | 2. Mål <ul style="list-style-type: none">Att skydda system från obehörig åtkomst samt minska risken för att problem sprids i nätverket.Att ökad tillgängligheten till system genom utökad segmentering. |
|--|---|

Kommentar: Segmentering finns redan delvis och ska utökas fortlöpande under 2019.

INTERNREVISION

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

- | | |
|--|--|
| 5. Identifierat förbättringsbehov <ul style="list-style-type: none">Uppföljning av hur verksamheterna arbetar med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Syftet är att identifiera förbättringsområden så att åtgärder kan vidtas för att öka kvaliteten och därmed patientsäkerheten. | 6. Mål <ul style="list-style-type: none">Att följa upp och synliggöra hur gemensamt beslutade arbetssätt och riktlinjer efterlevs.Att följa upp hur väl hälso- och sjukvårdens ledningssystem för kvalitet är implementerat i de olika verksamheterna. |
| 7. Metod och åtgärd <ul style="list-style-type: none">Rutin för internrevision har utarbetats utifrån SOSF 2011:9.Fyra internrevisorer har utbildats.Ett revisionsprogram har utarbetats och fastställts av hälso- och sjukvårdsledningen.Internrevisionerna kan genomförts i verksamheterna genom att ledning och medarbetare intervjuas. | 8. Uppföljning och utvärdering <ul style="list-style-type: none">Utvärdering och uppföljning sker till respektive verksamhetsledning samt till hälso- och sjukvårdens ledning. |

Kommentar: På av hälso- och sjukvårdsledningens uppdrag har under 2018 sammanlagt åtta interna revisioner genomförts på verksamhetsnivå.



PATIENT- OCH NÄRSTÅENDEUTBILDNING

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

1. Identifierat förbättringsbehov

- Patienter som lever med neurologiska sjukdomar och skador har behov av en ökad pedagogisk förståelse om fatigue/hjärntrötthet. Behovet har även identifierats hos närstående samt vårdpersonal som möter patienter med fatigue/hjärntrötthet.
- Närstående har efterfrågat mer fokus på anhörigfrågor vid patient- och närståendebildningarna.
- Reumatikerförbundet i Värmland har lyft frågan om behovet av ökad kunskap hos vårdpersonal om patienter med långvarig smärta och vad den enskilde kan göra för att hantera smärtan. Förbundet efterfrågar patient- och närståendebildning i ämnet.
- Deltagare inom patient- och närståendebildningar vill ha mer kunskap om hur man söker kvalitetssäkrad information på nätet.

2. Mål

- Målet är att underlätta för patient och närstående att lära sig leva med långvarig sjukdom eller skada, öka patientens delaktighet i sin egen vård, ge möjlighet till erfarenhets- och kunskapsutbyte och återföra värdefull kunskap in i vårdarbetet.

3. Metod och åtgärd

- Erfarna patienter och neuropsykolog har tagit fram ett pedagogiskt material som vänder sig till både barn och vuxna.
- En utbildningsfilm om hjärntrötthet som vänder sig särskilt till barnfamiljer är framtagen och har skickats för spridning till samordnare för patient- och närståendebildningar i andra landsting, regioner och till Nationellt anhörigcentrum.
- För att fokusera mer på anhörigfrågor inbjuds nu kommunens anhörigstöd till alla patient- och närståendebildningar för att informera och fånga upp anhörigfrågor samt vägleda om kommunens stödinsatser.
- Smärtenheten kommer i början av 2019 genomföra kompetensutbildning om smärta för reumatologens personal som förberedelse för att starta patient- och närståendebildning inom reumatologen.

4. Uppföljning och utvärdering

- Alla patient- och närståendebildningar följs upp med utvärderingar efter varje kurstillfälle samt vid avslut. Förbättringsförslag fångas upp och omsetts i olika åtgärder.

Kommentar: Sjukhusbiblioteket deltar i patient- och närståendebildningarna och ger information om källkritik. Information om fatigue/hjärntrötthet ingår numera även i KUP för nyanställda sjuksköterskor.

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 2018 är Klinisk patologi med denna motivering:

" Utifrån remittenternas behov och krav har engagerade ledares och medarbetares enträgna och systematiska förbättringsarbete resulterat i snabbare provsvar och diagnosunderlag av god kvalitet. Ett föredöme i landstinget!"

Kvalitetsutmärkelsen har reviderats inför 2018, vilket innebär att Kvartalets idé inte har delats ut under året 2018. Årets vägvisare kommer att delas ut för sista gången 2019 och därefter kommer beslut att tas om annan eller andra utmärkelser utifrån Region Värmlands strategier för att synliggöra goda exempel på förbättringsarbete.



Frida Ljungkvist, biomedicinsk analytiker, Susanne Eriksson, sekreterare, Anja Solterbeck, läkare, Charlotta Gestblom, verksamhetschef, och Cecilia Rolandsson, enhetschef, tog emot Årets vägvisare å klinisk patologis vägnar.

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 t.ex. arbetsmiljö, IT och informationssäkerhet. Däremot har inte patientsäkerhetsperspektivet systematiskt beaktats t ex. 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 landstingets utvecklingsenhet och genom teamets tvärprofessionella sammansättning säkerställs att kompetens finns inom arbetsmiljö, patientsäkerhet, barn och unga, jämlikhet, miljö och IT/informationssäkerhetsfrågor

Under året har teamet inventerat befintliga metoder och utarbetat en struktur för ärendehantering. Riskanalysteamet kommer även själva att genomföra mera övergripande riskanalyser i samverkan med berörda verksamheter inför större förändringar i verksamheten.

Uppföljning och Utvärdering

Teamet träffas regelbundet och utvärdering sker fortlöpande. Det som från början var ett uppdrag att tydliggöra ärendehantering vid verksamheternas förfrågan om stöd vid riskanalyser, har utvecklats till att även belysa behovet av systematiska övergripande riskanalyser. Således har även funktion för ledningssystem involverats/adjungerats. Exempel på en övergripande riskanalys som genomförts är att utarbeta struktur för återkommande bedömningar av patientsäkerhetsrisker i samband med uppgradering av Windows 10 var sjätte månad.

UTREDNING AV HÄNDELSE – 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 landstingets 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 landstinget, minska vårdskador och garantera en god och säker vård. Syftet är att uppmärksamma orsaken till att problem uppstår. Genom att vi blir riskmedvetna, lär av misstagen – likaväl som vi dokumenterar framstegen – når vi en säkrare hälso- och sjukvård.

Nedanstående sammanfattningar av händelseanalyser speglar några av dessa problem. Det är händelser som varje enhet bör ta till sig och fundera på. Kunde detta hänt hos oss?

FALL 1

<i>Vad som hände</i>	<p>En man sökte besökte vårdcentralen med bettskada över ena handen, orsakat av en hund. Där såg man märken på handryggen, såren såg fina ut och tvättades rena. Om punktionsskada fanns anges inte i journalen, ingen läkare såg på skadan och profylaktiska antibiotika gavs inte.</p> <p>Dagen efter sökte patienten på nytt med infektionstecken, fick intravenöst antibiotika samt gjorde återbesök på akuten.</p> <p>Dagen efter fanns infektionen kvar. Eftersom man misstänkte septisk artrit (bakterieinfektion i en led) undersöktes handen mycket noga men man fann enbart mjukdelinfektion. Patienten fick därefter ett långt vårdförlopp där det växte både stafylokokker och pasteurella i såret (bakterie som kan finnas vid kattbett, men även vid hundbett).</p>
<i>Fallet belyser följande problem</i>	<p>Bettskador kan ibland se beskedliga ut men 30–50 procent av dem leder till infektion. Vi bör således ta dessa skador på stort allvar eftersom konsekvensen av en led- eller senkidesinfektion ofta blir stor för patienten.</p>
<i>Hur ska vi minska risken för upprepande?</i>	<p>Strama Värmland har på landstingets externa hemsida direktiv för profylax vid bettskador där man bland annat kan läsa följande:</p> <ul style="list-style-type: none">• Djurbett nära leder, senor och djupa punktionssår ska frikostigt och tidigt behandlas med antibiotika.• Immobilisering och högläge rekommenderas.• Vid djurbett utan infektionstecken efter ett dygn behöver antibiotika oftast inte ges.

FALL 2

<p><i>Vad som hände</i></p>	<p>En kvinna som behandlades med Levaxin för hypotyreos (brist på sköldkörtelhormon) blev gravid och besökta mödrahälsovården. Mödrahälsovården beställde blodprover och svaren visade på kraftigt avvikande tyroideaprover (tyroidea = sköldkörtel). Det talade för att kvinnan tog för låg dos av Levaxin.</p> <p>Eftersom det är brist på ordinarie läkare inom mödrahälsovården kontaktade barnmorskemottagningen en vårdcentral. En tillfällig läkare utan erfarenhet av mödravård fick hand om fallet.</p> <p>Mödrahälsovården har en metodbok som beskriver rutiner vid utredning och behandling av vissa tillstånd under graviditet. I detta fall tog läkaren inte del av metodboken.</p> <p>Läkaren ordinerade ökad dos av Levaxin, men höjningen blev för låg. Metodboken rekommenderar remiss till specialistmödrahälsovården vid kraftigt förhöjda tyroideavärden men remiss skrevs inte. Dessutom tog det lång tid innan kvinnan fick uppföljning av hypotyreosen.</p> <p>Det ledde till att större delen av graviditeten gick innan kvinnan fick normal sköldkörtelfunktion och rätt behandling. Risken att barnet skulle skadas bedömdes som liten men kan avgöras först efter en längre tids observation.</p>
<p><i>Fallet belyser följande problem</i></p>	<p>Det är mycket viktigt att gravida kvinnor får regelbundna kontroller när de behandlas för hypotyreos, men:</p> <ul style="list-style-type: none">• Alla läkare har inte rätt utbildning för behandling av gravida kvinnor men kan vid personalbrist ändå få ansvar för sådan behandling• Följsamheten till rutiner och riktlinjer är inte alltid god• Många kvinnor som har hypotyreos är omedvetna om riskerna vid graviditet.
<p><i>Hur ska vi minska risken för upprepande?</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• Vid vakans eller annan personalbrist krävs en noggrann analys av risk för vårdskador.• Vi behöver säkerställa organisationen, så att personal med bristande kompetens och erfarenhet inom mödrahälsovård inte ställs inför ansvaret att handlägga svåra frågeställningar kring graviditet och hälsa.• Vi behöver öka medvetenheten om mödrahälsovårdens metodbok och dess innehåll. Metodboken finns på intranätet.• När fertila kvinnor får diagnosen hypotyreos och behandlas för det behöver vi informera dem om att de ska kontakta mödrahälsovården vid eventuell framtida graviditet – och att de behöver ta kontakten så tidigt som möjligt.

LÄR DIG AV VÅRA
VÅRDSKADOR

FALL 3

<i>Vad som hände</i>	<p>Felmärkta eller omärkta prover kommer till laboratoriet från både område slutenvård och område öppenvård. Grundregeln för alla omärkta prover är att de ska kasseras. Det gör att patienter blir utan provsvar.</p> <p>Det är inte alltid som det upptäcks att ett prov är felmärkt, vilket kan leda till att patienten blir utan svar, får fel svar eller att svaret går till fel patient.</p> <p>Ett icke analyserat prov, eller ett felaktigt svar kan få enormt stora konsekvenser för den drabbade individen.</p>
<i>Fallet belyser följande problem</i>	<p>Varje vecka felmärks ett antal prover. På ett år blir det en mängd prover och risken för allvarlig vårdskada är stor.</p> <ul style="list-style-type: none">• Provtagarens ansvar är att försäkra sig om patientens identitet samt att uppgifter på remiss och provmärkning stämmer överens, så att kopplingen mellan prov och patient blir korrekt.• Prover ska märkas i direkt anslutning till provtagningstillfället.• Märkningen ska uppfylla de rutiner som gäller.
<i>Hur ska vi minska risken för upprepande?</i>	<p>Mikrobiologen försöker i görligaste mån spåra prov med bristfällig märkning men det är inte möjligt alla gånger. Därför måste alla följa de rutiner och riktlinjer som finns.</p> <ul style="list-style-type: none">• Provet ska vara märkt enligt rutin och remiss ska vara skickad i Cosmic.• Anamnes måste finnas med i remissen. Annars kan svaret på till exempel en odling bli ofullständigt och analysen inte helt optimal eller i värsta fall utebli.• Chefer inom hälso- och sjukvården måste försäkra sig om att medarbetarna följer riktlinjer och rutiner för provtagning och införa egenkontroller på följsamheten.• Med tanke på personalomsättning behöver informationen ständigt upprepas.

FALL 4

<i>Vad som hände</i>	<p>En patient fick tand nummer 38 uttagen utan att man tog i beaktande att han 11 år tidigare blivit högdosstrålad mot käken i samband med en cancerbehandling. Patienten fick en lång efterbehandling av den oläkta alveolen vilket gjorde att patienten inte kunde sköta sitt jobb ordentligt. Därefter fick patienten halva underkäken bortopererad och ett ben i vaden fick senare transplanteras.</p>
<i>Fallet belyser följande problem</i>	<ul style="list-style-type: none">• Vid strålad käke ska alltid Specialistkliniken i kirurgi kontaktas som börjar med att undersöka vilken stråldos patienten har fått eftersom en maxdos av strålning mot käken innebär hög risk för osteoradionekros livet ut.• Extraktioner ska undvikas och om det finns tvingande indikation så ska remiss till käkkirurgin skrivas.• Dessutom avvaktade man lite väl länge med att skriva remiss till specialistkliniken när inte alveolen läkte som den skulle.
<i>Hur ska vi minska risken för upprepande?</i>	<p>Det finns alltid en risk att patienten själv missar att berätta om tidigare behandlingar och sjukdomar, och i det här fallet ställdes aldrig den specifika frågan "Har du tidigare fått strålbehandling mot ansiktet eller käkarna?". Fallet har lett till att en specifik fråga om strålning mot ansikte och hals har lagts till i journalens anamnesformulär.</p>

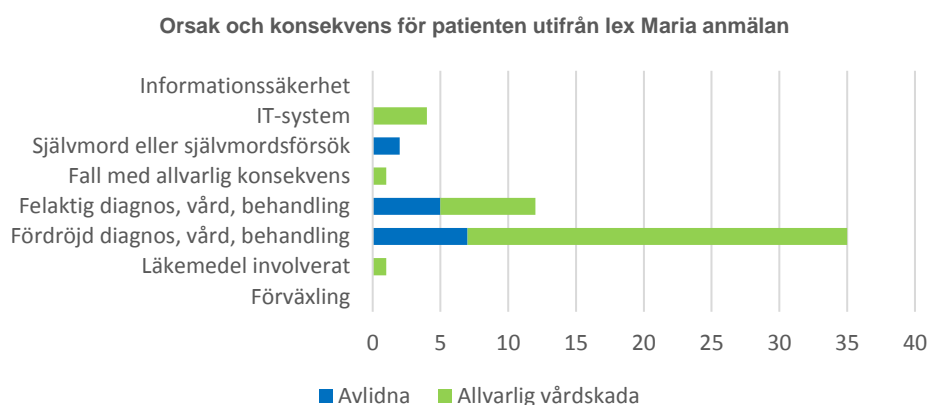
RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Händelser och vårdskador

Lex Mariarådet har under året granskat 148 händelser och beslutat att 55 av dessa bedöms som allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada och ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (lex Maria). Fördelning av antalet anmälda allvarliga vårdskador mellan område slutenvård och öppenvård har förändrats under året och minskat rejält inom område öppenvård med 10 anmälningar mot 41 inom område slutenvård. En förklaring är att skyldigheten att anmäla alla självmord har tagits bort i och med nya föreskriften men kan inte förklara hela skillnaden. Självmord ska nu bedömas på samma sätt som andra allvarliga vårdskador och anmäls om de av lex Mariarådet bedöms som undvikbara. Fyra ärenden har handlat om vårdinformationssystem och berör både område slutenvård och öppenvård

Registrering utifrån orsak och konsekvens för patienten sker i de lex Maria anmälningar som genomförts under året, figur 1. Den vanligaste konsekvensen för patienterna är fördröjd diagnos, vård och behandling. Under året registrerades allvarlig vårdskada för 41 patienter och av dessa avled 14 patienter eller fick sin återstående livslängd påverkad av vårdskadan.



Registrering av orsak och konsekvens för patienten utifrån lex Maria anmälningarna inom Landstinget i Värmland 2018.

Antal rapporterade lex Maria-ärenden för folktandvården uppgick 2018 till tre stycken medan enskilda klagomål till IVO var sex stycken.

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 Landstingets övergripande mål är att andelen vårdtillfällen med vårdskador ska minska.</p>	<p>Strategier Uppföljning med markörbaserad journalgranskning sker fortlöpande på sjukhus- och verksamhetsnivå. Påbörjad 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 ett antal egna indikatorer lagts till för att ytterligare utvärdera följsamhet till rutiner inom kända riskområden. Resultatet från granskningen används som ett underlag för få kunskap och att prioritera förbättringsåtgärder inom patientsäkerhetsområdet.</p>
<p>Åtgärd Identifierade förbättringsområden utifrån tidigare resultat av journalgranskning var vårdrelaterade infektioner, överfyllnad av urinblåsa och läkemedelsrelaterade skador. Arbetssätt har utvecklats och riktade utbildningsinsatser har genomförts till exempel inom läkemedelsområdet.</p>	<p>Resultat Trots pågående förbättringsarbeten har totala andelen vårdskador inom somatisk slutenvård ökat från 12 procent 2017 till 13 procent 2018. Det är främst de omvårdnadsrelaterade vårdskadorna som ökar, så som överfyllnad av urinblåsa, fall, hudskada eller yttlig kärlskada. Denna utveckling ses även på nationell nivå.</p>
<p>Analys Andelen identifierade vårdskador genom markörbaserad journalgranskning har legat stabilt kring 12–13 procent i Värmland senaste åren. Metoden möjliggör inte fullt ut jämförelser med andra landsting eller regioner eftersom att det finns bedömningskillnader i den granskning som respektive analysteam gör i ställningstagandet till om en vårdskada har uppstått. Därmed är metoden främst användbar för varje landstings eller regions egen uppföljning över tid.</p>	

Markörbaserad journalgranskning i somatisk vuxenvård - granskade vårdtillfällen (VT) och vårdskador									
	2018 (januari-oktober)			2017 (helår)			2016 (helår)		
	Granskade VT	VT med vårdskada	Andel	Granskade VT	VT med vårdskada	Andel	Granskade VT	VT med vårdskada	Andel
Landstinget i Värmland	699	94	13%	837	104	12%	837	97	12%
Centralsjukhuset i Karlstad	302	40	13%	360	43	12%	359	47	13%
Sjukhuset i Arvika	198	27	14%	239	25	10%	240	22	9%
Sjukhuset Torsby	199	27	14%	238	36	15%	238	28	12%

Avvikelsehantering inom hälso- och sjukvården

Mål Antalet rapporterade avvikelser i landstinget ska öka genom högre säkerhetsmedvetande och därmed högre rapporteringsbenägenhet	Strategier Att genom kunskapshöjande insatser skapa förståelse för avvikelsearbetet, stödja säkerhetskulturen i verksamheterna.
Åtgärd Utbildnings- och informationsinsatser har genomförts med fokus på betydelsen av att använda avvikelser i förbättrings- och utvecklingssyfte. Utbildningsinsatserna har riktats till såväl chefer som till medarbetare.	Resultat Antal anmälda avvikelser har de senaste åren ökat från 7237 (2016) till 8946 (2018). Antal avvikelser där patienten är involverad har ökat från 4840 (2017) till 5660 (2018).
Analys En del av ökningen bedöms bero på de utbildningsinsatser som genomförts.	

Kommentar: Handläggningstiden för avvikelser där patient är involverad har minskat betydligt. Hela processen tar nu i genomsnitt 70 dagar, vilket är i nivå med handläggningstid för avvikelse där medarbetare är involverad. Vid sidan av handläggning av enskilda ärenden, används avvikelser dessutom i sammanställd form i landstingets uppföljning inom olika områden.

Fördelning av anmälda avvikelser där patient är involverad				
Typ	Negativ händelse	Tillbud	Risk	Störning
Antal	1471	1975	1950	251

I nedanstående tabell visas de fem mest frekventa orsaksområdena som avvikelserna avser, där patient var involverad:

	Kommunikation, information, muntlig eller skriftlig	Utbildning, kompetens	Omgivning, organisation fysisk eller psykisk	Teknik, utrustning, apparatur	Procedurer, rutiner, riktlinje
Negativ händelse	243	42	64	23	351
Tillbud	294	82	72	43	495
Risk	365	55	89	37	771
Störning	70	6	10	2	79

Definitioner:

Negativ händelse	Händelse som har medfört skada/ohälsa
Tillbud	Händelse som hade kunnat medföra skada/ohälsa
Risk	Möjlighet att en negativ händelse ska inträffa
Störning	Ekonomiska eller tidsmässiga resurser krävs för att rätta till störning

Avvikelsehantering inom tandvården

Antal rapporterade patientrelaterade avvikelser uppgick 2018 till 184 stycken. Det ökade antalet inom vissa områden beror på ökad benägenhet att rapportera in avvikelser. Detta var ett av de kvalitetsmål i områdesplanen som folktandvården arbetat med under 2018.

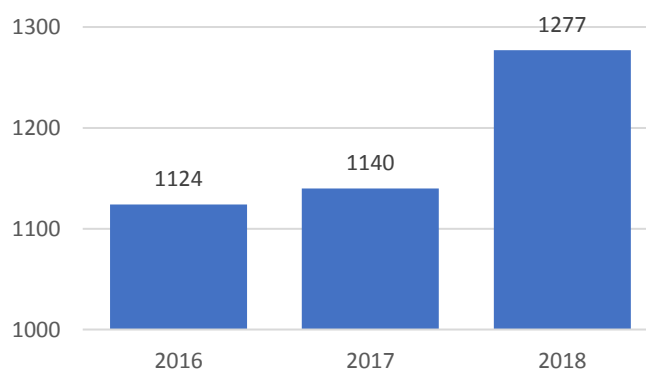
Det totala antalet inrapporterade avvikelser uppgick till 272 stycken, vilket är en ökning med 49 procent jämfört med 2017.

Inrapporterade avvikelser till tandvården 2018	Antal
Missad kariesdiagnostik med komplikationer som följd	18
Missad diagnostik av retinerade överkäkshörntänder	7
Missad remisshantering	14
Missade kallelser	15
Behandling på fel patient eller tand	7

Klagomål och synpunkter

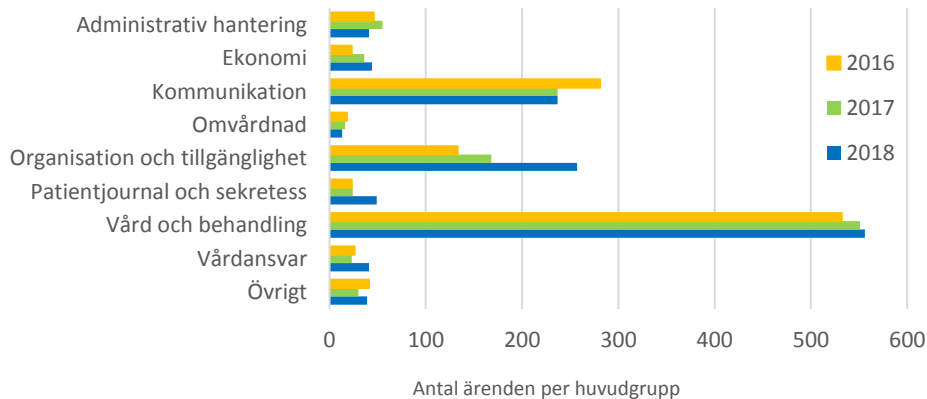
En viktig del i patientnämndens arbete är att stärka patienternas rättsliga ställning i vården. Den samlade informationen som levereras till sjukvården är en viktig del i kvalitets och patientsäkerhetsarbetet. Det är därför av stor vikt att uppmärksamma sjukvården om händelser som påverkat patienter på ett negativt sätt samt påtala behov av förändring utifrån patientsäkerhet och kvalitet.

Antal ärenden till patientnämnden



Antal inkomna ärenden till patientnämnden fortsätter att öka.

Antal ärenden per huvudgrupp



Vård och behandling, kommunikation samt organisation och tillgänglighet är fortfarande de områden med flest ärenden. Inom vårdansvar samt patientjournal och sekretess har en fördubbling skett.

Under 2018 har många patienter upplevt avsaknad av fast vårdkontakt. Behov av hyrläkare beskrivs av patienten som en stor kvalitets och kontinuitetsbrist, vilket ger en känsla av att man "bollas runt i systemet". Telefontillgängligheten är ett annat problem enligt patienten, många säger att det är svårt att nå vården via de etablerade kanalerna.

Informationen till patienten påverkar känslan av delaktighet till den egna vården, på samma sätt som brist på information kan leda till att patienten får andra förväntningar på vården, än vad vården kan erbjuda. För att patienten ska känna förtroende och tillit behöver patienten mötas med respekt och i dialog få välgrundad information.

Tillgänglighet till den egna journalen är en positiv utveckling som ger patienten möjlighet att på ett enkelt sätt ta del av sin journal. Tillgängligheten kan ha en negativ effekt då patienter uppfattar uppgifter i journalen som felaktiga eller att obehörig personal har tagit del av journalhandlingen. Avsaknad av tillräcklig kommunikation i samband med vårdmötet kan vara en bidragande orsak.

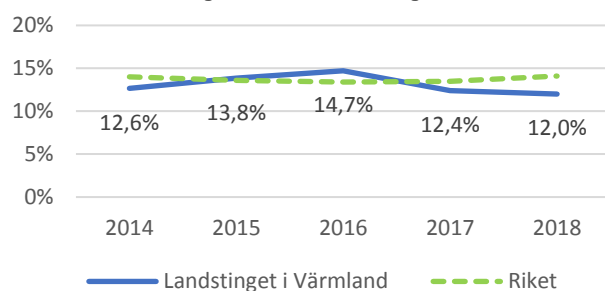
Patientens klagomål och synpunkter är en betydelsefull pusselbit i utvecklingen av hälso- och sjukvården och patientens delaktighet behöver värderas som en viktig resurs och en tillgång i utvecklingsarbetet.

Trycksår

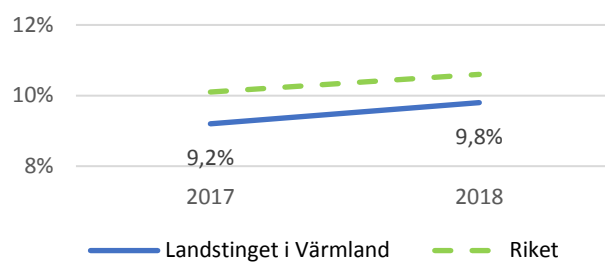
Trycksår är en vanlig vårdskada som orsakar ett stort lidande för patienten och höga kostnader för hälso- och sjukvården. För att minska antalet patienter som drabbas av trycksår under sin sjukhusvistelse krävs att riskpatienter tidigt identifieras och att trycksårspreventiva åtgärder vidtas.

<p>Mål</p> <p>Andel patienter i slutenvård med trycksår, samt andel sjukhusförvärvade trycksår ska minska i jämförelse med föregående år.</p>	<p>Strategier</p> <p>2018 genomförde samtliga somatiska slutenvårdsavdelningar och närvårdsavdelningar två punktprevalensmätningar (nationell och landstingsgemensam). Resultatet analyserades och redovisades på enhet, verksamhet och landstingsnivå.</p> <p>Flera enheter har intensifierat sitt arbete kring trycksårprevention och valt att följa sitt resultat av genomförda förbättringsåtgärder genom månadsmätningar. Genomgående har deras resultat förbättrats och vid några enheter har arbetet varit så effektivt att sjukhusförvärvade trycksår inte längre förekommer.</p>
<p>Åtgärd</p> <p>Landstingets tvärprofessionella expertgrupp har under året fokuserat på att öka kunskapen kring trycksårsprevention och behandling. Utbildning har genomförts för medarbetare inom landstinget och Värmlands kommuner.</p> <p>Ett arbete har även initierats för rutiner kring central upphandling och hantering av madrasser och tryckavlastande hjälpmedel.</p>	<p>Resultat</p> <p>Förekomsten av trycksår inom slutenvården var 2018 12,0 %, vilket är en minskning från föregående år.</p> <p>Andel patienter med sjukhusförvärvade trycksår var 9,8 % vid årets nationella och landstingsgemensamma mätningar, att jämföra med rikets resultat på 10,6 %. Resultatet är en ökning mot höstens resultat 2017 då andelen sjukhusförvärvade trycksår var 7,9 %.</p>
<p>Analys</p> <p>Andelen riskpatienter har succesivt ökat i landstinget till 28 % vilket är högt i jämförelse med riket. Det är därför viktigt att tidigt identifiera riskpatienter redan vid ankomst till sjukvården så att trycksårsförebyggande åtgärder påbörjas. Ett arbete bör därför initieras vid samtliga akutmottagningar i länet för att redan där initiera hud- och riskbedömning och påbörja trycksårsprevention.</p>	

Andel patienter med trycksår eller tryckskada i de årliga nationella mätningarna 2014-2018



Andel patienter med sjukhusförvärvade trycksår i de årliga nationella mätningarna 2017-2018



Beläggning, överbeläggning och utlokalisering

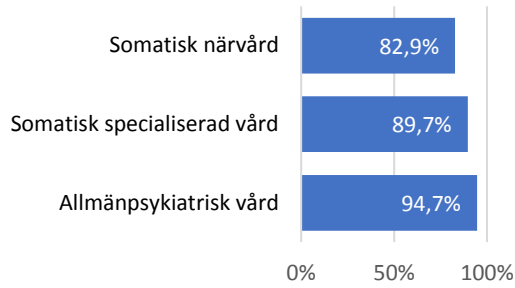
Överbeläggningar och utlokaliseringar är en patientsäkerhetsrisk och medför en försämring av patienternas vårdmiljö.

- 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.

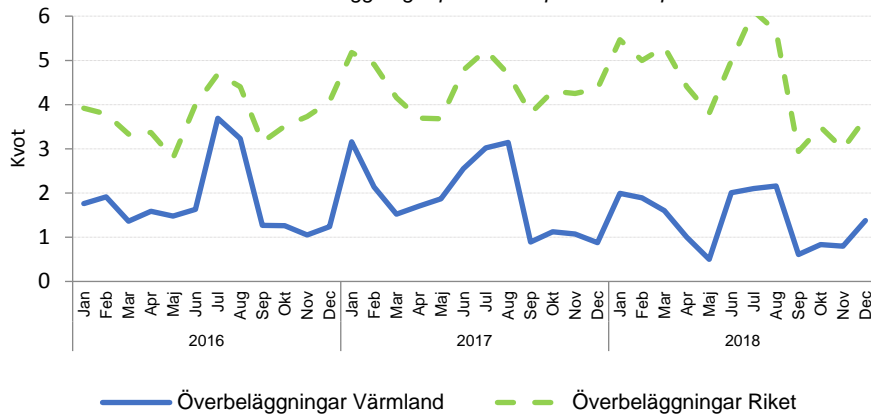
Process Landstinget följer dagligen antal överbeläggningar och utlokalisering.	Strategier Organisation och rutiner finns för koordinering av vårdplatser.
Åtgärd Rutiner kring hantering av överbeläggning har tydliggjorts inom flera verksamheter. Ett logistikprojekt, Getinge Insight har startats vid sjukhuset Torsby, ett samarbete med två kringliggande kommuner, där man med hjälp av ett IT stöd koordinerar flödet av patienter mellan kommun och sjukhus och inom sjukhuset.	Resultat Den totala beläggningsgraden under 2018 var 89,9% (89,4 % inom den somatiska vården, att jämföra med 93,9% 2017). Beläggningsgraden mellan vårdavdelningarna varierar mellan olika verksamhetsområden, från 76,8% till 98,7 %. Andelen överbeläggningar och utlokaliseringar har under 2018 minskat inom somatisk slutenvård men ökat något inom allmänpsykiatrisk vård. I nationell jämförelse är överbeläggningar och utlokalisering lägre i landstinget i Värmland än i riket.
Analys Trots tillfälliga neddragningar av vårdplatser på grund av ökande bemanningssvårigheter har överbeläggningarna minskat något under året. Orsaker till minskningen kan bero på kortare medelvårdtid som uppkommit till följd av att vård dagar för utskrivningsklara patienter minskat. Samtidigt ses även en ökande flexibilitet för att hantera vårdplatssituationen. Notabelt är att bemanningsproblem inom den psykiatriska slutenvården har gjort att man tvingats stänga vårdplatser, med en hög beläggningsgrad som följd. Ett stort förbättringsarbete pågår inom verksamheten, där förhoppningar finns om en förbättrad situation under 2019. Andelen utlokaliserade patienter inom somatisk slutenvård har minskat stort från juni 2018. Minskningen beror i huvudsak på det förändrade uppdraget för sjukhuset i Arvika, där akut kirurgi och ortopedi överflyttats till Centralsjukhuset i Karlstad.	

Beläggningsgrad 2018



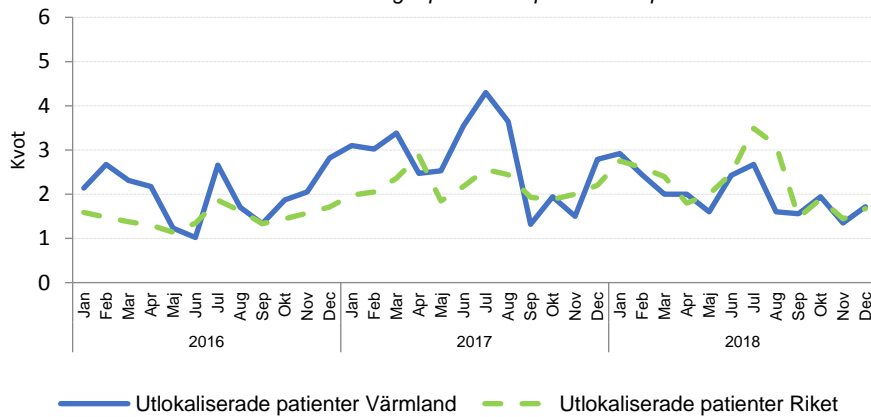
Överbeläggningar i somatisk slutenvård 2016-2018

Kvot: antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser



Utlokaliserade patienter i somatisk slutenvård 2016-2018

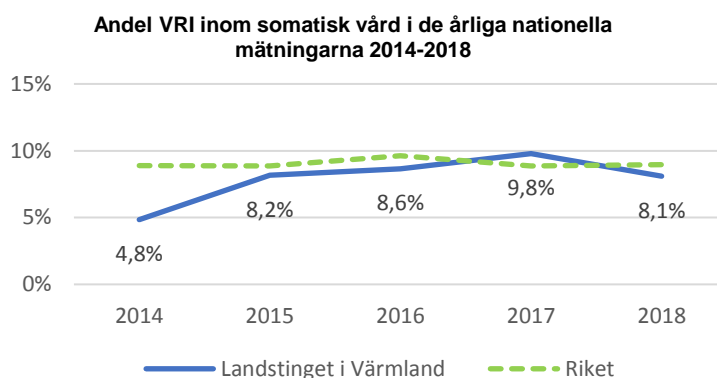
Kvot: antal utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser



Vårdrelaterade infektioner

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

Mål Max 7 % 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, t ex ortopedverksamheter med hög frekvens djupa protesinfektioner.	Resultat Medelvärde 7,4% under året från de tre genomförda punktprevalensmätningarna inom somatiska vårderna.
Analys Punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner (PPM-VRI) är ett trubbigt verktyg då man enbart mäter VRI hos patienter som vårdas i slutenvården vid ett givet mättillfälle. Felkällorna är många och det är inte säkert att man får ett rättvisande resultat. Det är därför svårt att göra en analys enbart baserat på en PPM-mätning. Under 2019 tar Smittskydd Värmland över inmatning av resultat för att samtidigt kunna göra riktade journalgranskningar mot specifika diagnosgrupper.	

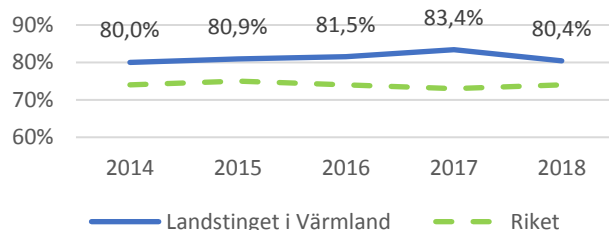


Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

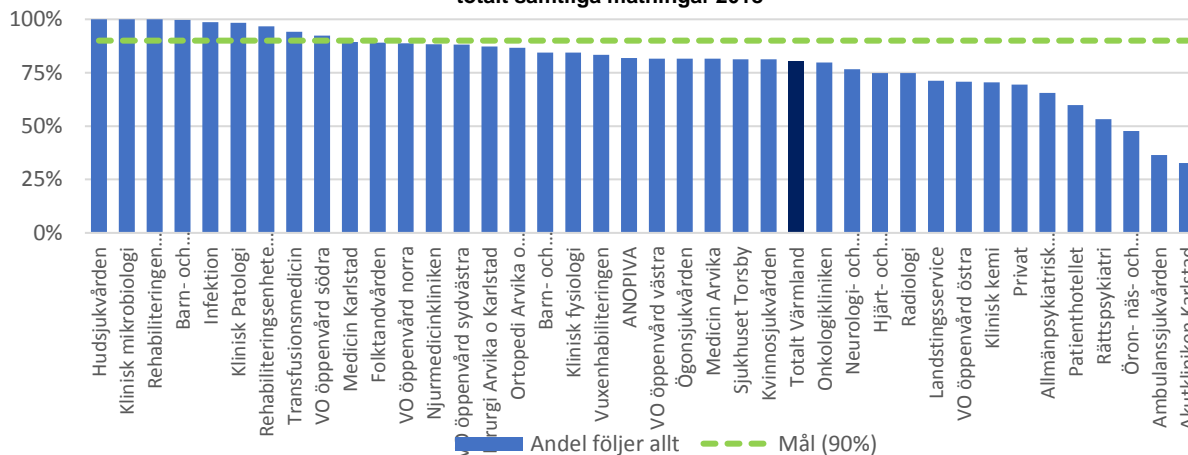
Under 2018 har man genomfört månatliga mätningar för väl medarbetarna följer basala hygienrutiner och klädregler. Mätningen består av observationer av åtta delmoment. Indikatornivån för följsamheten (d.v.s. att man följer rutiner och regler i samtliga åtta delmoment) höjdes inför 2018 från 85 till 90 procent.

<p>Mål Minst 90% total följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK).</p>	<p>Strategier Enheterna genomför egenkontroll enligt standardiserat protokoll. Utförs en gång/månad. 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 80,4 %. Resultat nedbrutet i varje enskild fråga (8 st.) visar >90 % följsamhet. 6 av 8 frågor visar >95 % 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. Under 2019 kommer resultaten att delas i två undergrupper; kläd- respektive hygienrutiner.</p>	

Följsamhet till samtliga hygienrutiner och klädregler i de nationella mätningarna 2014-2018



Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler per deltagande verksamhetsområde totalt samtliga mätningar 2018



Hygienronder

Mål Genomföra hygienrond en gång per år.	Strategier En gång per år ska alla enheter med patientnära vård genomföra hygienrond enligt standardiserat protokoll. Enhetens hygienombud och enhetschef genomför hygienrond.
Åtgärd Hygiensjuksköterska genomför uppföljande rond samt ger skriftlig återkoppling om förbättringsförslag.	Resultat Under året har uppföljande hygienronder gjorts på ett tjugotal enheter.
Analys Alla enheter har inte genomfört hygienrond. Förbättringspotential finns på flera områden. Enheterna fortsätter detta arbete.	

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.	

Antibiotikaanvändning, 1

Generell receptförskrivning

Mål Färre än 250 antibiotikarecept per 1000 invånare.	Strategier Terapiriktlinjer, utbildning i läkargrupper, återkoppling av förskrivning.
Åtgärd Uppdatering av terapiriktlinjer. Återkoppling varje kvartal. Det ska vidtas kompletterande åtgärder under 2019 genom läkemedelsmodulen i Cosmic.	Resultat 298 antibiotikarecept per 1000 invånare (kvartal 3).
Analys Stor variation mellan olika vårdcentraler, bedöms bero på hur återkoppling följs upp av chef och på vilken läkarbemanning som finns. <10% inom öppenvård (recept). Andel ciprofloxacin av antibiotika som används mot urinvägsinfektion, kvinnor 18–79 år.	

Antibiotikaanvändning, 2

Förskrivning av ciprofloxacin vid urinvägsinfektion

Mål <10% inom öppenvård (recept). Andel ciprofloxacin av antibiotika som används mot urinvägsinfektion, kvinnor 18–79 år.	Strategier Terapiriktlinjer, utbildning i läkargrupper, återkoppling av förskrivning.
Åtgärd Vid hög förskrivning från enstaka förskrivare sker återkoppling till ansvarig chef.	Resultat 12%
Analys I nivå med landet i övrigt bland de landsting/regioner med lägre förskrivning. Relativt stabilt jämfört med tidigare år.	

Antibiotikaanvändning, 3

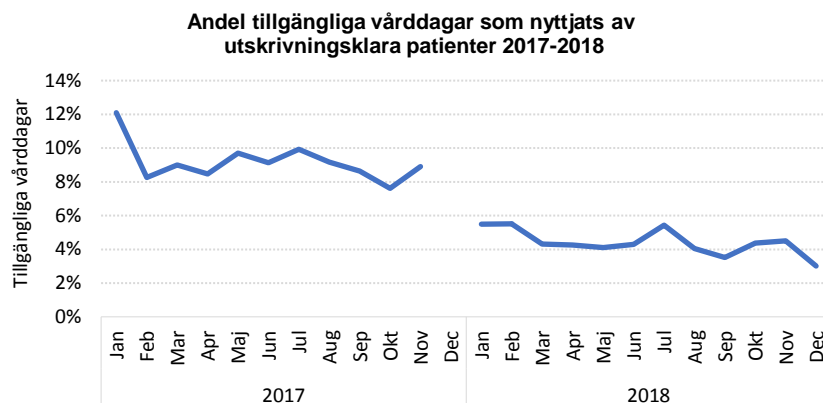
Förskrivning av Fenoximetylpenicillin (PcV) vid luftvägsinfektion

Mål >80% inom öppenvård (recept). Andel Fenoximetylpenicillin (PcV) av antibiotika som ofta används mot luftvägsinfektioner, barn 0–6 år.	Strategier Terapiriktlinjer, utbildning i läkargrupper, återkoppling av förskrivning.
Åtgärd Ingen ytterligare åtgärd.	Resultat 84%
Analys Bäst resultat i landet, har varit så en längre tid.	

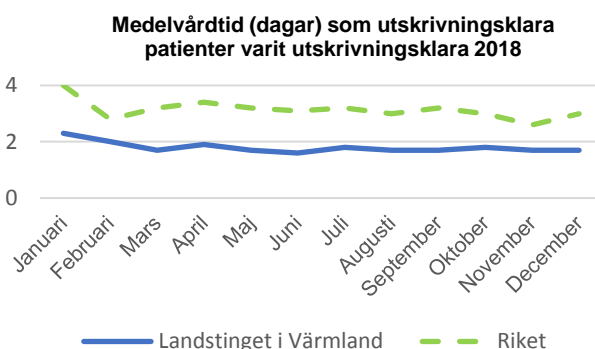


Sammanhållen vård – samverkan mellan landsting och kommuner

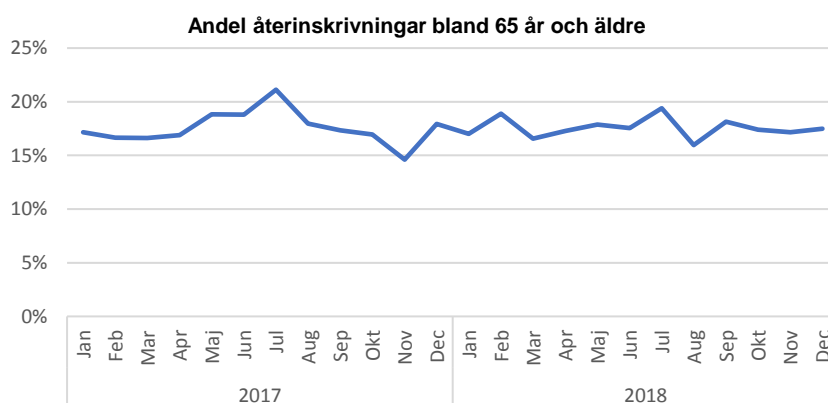
Under 2018 har andelen vård dagar som nyttjas av utskrivningsklara patienter minskat.



Nationellt använder man som indikator den medelvårdtid som utskrivningsklara patienter varit utskrivningsklara. Mätningen görs på alla vårdtillfällen som avslutats under aktuell månad och där patienten varit utskrivningsklar en (1) dag eller mer. I landstingets egna mätningar, inklusive grafen ovan, inkluderar vi även de vårdtillfällen med noll (0) dagar.



Återinskrivningarna inom 30 dagar för patienter 65 år och äldre har inte förändrats från 2017.



Fall och fallskador

Fallolyckor är den olyckstyp som leder till flest dödsfall, flest antal inläggningar på sjukhus och flest antal besök på akutmottagningar. Fallskador är också en av de vanligaste vårdskadorna inom hälso- och sjukvården och de allvarligaste, som frakturer, sker oftast när patienten vårdas inneliggande på sjukhus.

För att minska antalet fallskador i vården är det viktigt att fallrisk värderas, utreds och att sedan individanpassade multifaktoriella åtgärder vidtas och följs upp. Detta ställer krav på teamarbete och att patienten görs delaktig.

Resultat

År 2018 registrerades 670 fallavvikelser i avvikelshanteringssystemet jämfört med 669 registrerade fallavvikelser år 2017. I tabellen nedan ses hur andelen fallavvikelser i förhållande till totala antalet patientavvikelser har varierat över tid. Variationen mellan landstingets verksamheter är stor. Vissa verksamheter har inga fallavvikelser medan andra verksamheter har hög andel fall, upp till 78 procent. Vissa verksamheter rapporterar alla fall som inträffar medan andra enbart rapporterar fall som lett till allvarliga skador. Detta medför svårigheter att jämföra fallfrekvens och allvarlighetsgrad. Högst andel fall är registrerade inom närvården samt medicinkliniken på Centralsjukhuset i Karlstad.

När det nya vårdprogrammet är implementerat kommer uppföljningen att bli enklare, vilket kommer ske i början av 2019.

Fallavvikelser registrerade i landstingets avvikelshanteringssystem.			
År	Antal patientavvikelser registrerade i avvikelssystemet	Totalt antal registrerade fallavvikelser	Andel fallavvikelser i förhållande till totalt antal registrerade patientavvikelser
2013	4 437	753	17 %
2014	5 119	775	15 %
2015	4 527	702	16 %
2016	4 612	585	13 %
2017	4 773	669	14 %
2018	5670	670	12 %

Injury Data Base (IDB) som registrerade alla skador på länets akutmottagningar stängdes för gott i hela Sverige i och med att GDPR infördes 2018. De senaste rapporterade vårdkostnaderna för Värmlands fallskador är därför från 2017 då 3480 personer skadats av ett fall, av vilka 65 procent var kvinnor. Av samtliga fallskadade lades 43 procent in för vård vilket resulterade i nästan 13 000 vårddygn i Värmland till en kostnad i närheten av 9,500 kr per dygn. Vid sidan av det lidande som skadorna orsakar uppkommer alltså stora kostnader för samhället. Mot denna bakgrund behöver de fallpreventiva arbetet fortsatt att prioriteras.

MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR

Under det gångna året har vi tagit steg för att utveckla (dåvarande) landstingets patientsäkerhetsarbete och detta arbete kommer att intensifieras under kommande år. Inom några områden har vi inte kommit så långt som vi tänkte och något har tagit en annan vändning än den ursprungliga samtidigt som vi kommit längre än vi hoppades inom andra områden. Med de lärdomarna i bagaget ser vi att vi 2019 behöver fokusera på insatser inom följande områden.

Avvikelsehantering

Ett systematiskt kvalitetsarbete förutsätter att man tar tillvara de risker och negativa händelser som uppmärksammas och använder detta i sitt förbättringsarbete. Den planerade uppgraderingen av processen i vårt avvikelsehanteringssystem har ännu inte genomförts, vilket lett till att patientsäkerhetscentrum inte haft möjlighet att, utgående från ett mer användarvänligt verktyg, stödja implementeringen av förbättrade arbetsätt kring avvikelser. Detta måste genomföras under 2019.

Samarbete med HR

Vi har under året inlett och utvecklat ett mycket gott samarbete med HR inom området arbetsmiljö, där vi dragit nytta av och arbetat utifrån kunskapen att arbetsmiljö och patientsäkerhet är nära kopplade till varandra. Under 2019 kommer vi att genomföra en gemensam säkerhetsenkät till samtliga medarbetare i regionen och i uppföljningen av denna erbjuda stöd och dialoger ute på enheterna kring sambandet mellan en säker miljö för både medarbetare och patienter. Vi kommer också att testa att i samband med årlig skyddsrund även ta med ett par frågor som berör patientsäkerhet, för att på ett systematiskt sätt följa upp några aspekter av patientsäkerhetsarbetet.

Fortsatt arbete med resultatuppföljning och analys inom patientsäkerhetsområdet

Under 2018 gjordes ett framgångsrikt arbete att stödja den förändrade organisationen på Sjukhuset i Arvika med riktad och fördjupad uppföljning ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Denna modell kommer att ligga till grund för utveckling av uppföljning av patientsäkerhetsläget även inom andra verksamheter/områden, i nära samverkan med enheten för planering och uppföljning.

Följa det nationella arbetet inom patientsäkerhetsområdet

Vi har förmånen att ha medarbetare inom regionen som även sitter i nationella grupper, inom ramen för kunskapsstyrningsarbetet. Dessutom pågår ett arbete på Socialstyrelsen med att ta fram en nationell handlingsplan för patientsäkerhet, där verksamhetschefen för patientsäkerhetscentrum deltar. I det arbetet står det redan tydligt att patientsäkerhetsbegreppet behöver vidgas för att omfatta hela vården och följa vårdens utveckling. Det vi hittills framför allt fokuserat på är skador som uppkommer inom den somatiska slutenvården för vuxna. I och med utvecklingen mot Nära vård kommer vi att behöva lära oss mer om vad patientsäkerhet är utanför sjukhusen, inom den kommunala sjukvården och när patienter vårdas i hemmet. Där kommer en ökad patientinvolvering att vara helt avgörande för hur vi ser på patientsäkerhet framöver. Det nationella arbetet har som mål att utgöra stöd för ett nytt steg inom landets patientsäkerhetsarbete och Region Värmland kommer inte bara att följa det arbetet utan även aktivt bidra till att visa vägen mot det nya.

BILAGOR

Bilagorna finns i Region Värmlands diarium.

Årsrapport anmälningssärenden

Årsrapport 2018 med anmälningar till och beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO), inom hälso- och sjukvården. Diarienummer HSN/190064.

För årsrapporter etikkommitté, klinisk farmaci och informationssäkerhet, samt strålsäkerhetsbokslut

Kontakta diariet: diariet@liv.se



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