



Patientsäkerhets- berättelse 2017

Patientsäkerhetsberättelsen 2017 godkändes av landstingsfullmäktige den 11 april 2018.

Diarienummer: LK/180363

Förord

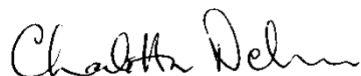
Landstinget i Värmlands patientsäkerhetsberättelse beskriver hur vi har arbetat med patientsäkerhet under det gångna året. Hög patientsäkerhet är en av landstingets viktigaste prioriteringar och inga vårdskador är ett av våra fyra resultat- och kvalitetsmål.

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.

I patientsäkerhetsberättelsen 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.

Jag hoppas att du via patientsäkerhetsberättelsen får en övergripande bild av hur vi arbetar med dessa frågor. Vill du fördjupa dig ytterligare i vad vi har arbetat med inom andra områden och vilka resultat som uppnåtts kan du ta del av det i landstingets årsredovisning för 2017.



Charlotta Nelsson
Chefläkare och chef för patientsäkerhetscentrum

Innehållsförteckning

Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten	6
Struktur för uppföljning, utvärdering och egenkontroll	8
Så arbetar vi med patientsäkerhet	10
Samverkan för att förebygga vårdskador	29
Samverkan med patienter och närstående.....	30
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	31
Riskanalys	34
Informationssäkerhet.....	35
Hantering av klagomål och synpunkter	36
Sammanfattning och analys	37
Övergripande mål och strategier för kommande år.....	39
Bilagor.....	41

Övergripande mål och strategier

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

Patientsäkerhetsarbetet bedrivs utifrån landstingets vision, effektmål samt inriktning utifrån målen och patientsäkerhetsstrategin.

Landstingets vision är en livskvalitet i världsklass. Den skapas för alla i Värmland i samverkan med andra aktörer. Landstingets sätt att bidra är att inrikta sitt arbete mot organisationens effektmål som är god folkhälsa, trygg befolkning och nöjda patienter.



Inriktning utifrån målen

I landstingets uppdrag ingår att varje dag säkerställa en vård som uppfyller kraven i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen. Landstinget arbetar därför systematiskt och uthålligt mot att nå en vård utan köer, bäst vårdkvalitet, inga vårdskador och respektfulla möten.

Målet inga vårdskador

Vårdskador orsakar lidande och ibland död för patienter och innebär stora kostnader. Patientsäkerhet är därför ett prioriterat område där landstingets patientsäkerhetsstrategi styr det interna arbetet. De vanligaste vårdskadorna inom sjukvården är vårdrelaterade infektioner, trycksår, fall och läkemedelsskador. Arbetet med att tydliggöra patientsäkerhetsrisker och involvera medarbetarna i det förebyggande arbetet ska utvecklas. Målet är att skapa förutsättningar för en patient-säker vård av hög kvalitet och en starkt patientsäkerhetskultur.

För folktandvårdens del har arbetet med att definiera och mäta vårdskador genomförts och effekter av vidtagna åtgärder följs upp kontinuerligt.

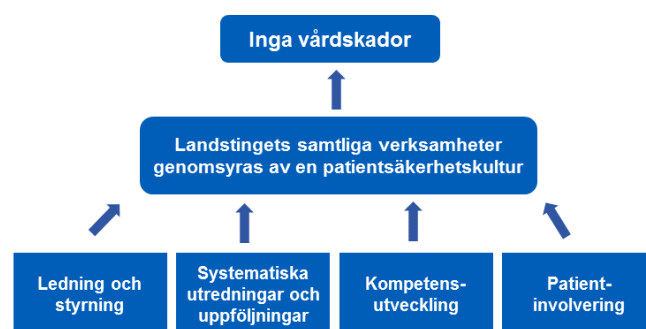
Därtill behöver såväl system som organisation och arbetssätt för hur landstinget registrerar och tar tillvara kunskap från inträffade avvikelser utvecklas. Detta för att hindra att liknande händelser inträffar på nytt.

Patientsäkerhetsstrategin

Varje patient ska vara trygg och säker i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en god och säker vård kan ges.

Patientsäkerhet handlar ytterst om skydd mot vårdskada. Vi ska arbeta för en säkrare vård för patienterna för att undvika de skador som orsakas av vården.

För att förebygga vårdskador har landstinget sedan 2013 en patientsäkerhetsstrategi för att förbättra patientsäkerhetskulturen. Den utgår från patientsäkerhetslagen och bygger på fyra fokusområden: ledning och styrning, systematiska utredningar och uppföljningar, kompetensutveckling och patientinvolvering. Patientsäkerhetsstrategin ligger till grund för det övergripande arbetet i landstinget och leds av chefläkarna.



Landstinget i Värmlands patientsäkerhetsstrategi.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten

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

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet fördelas på flera nivåer inom organisationen.

Landstingsstyrelsen

Vårdgivaren, det vill säga landstingsstyrelsen, är ytterst ansvarig för patientsäkerheten och har skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Verksamhetschef

Verksamhetschef ansvarar för att alla medarbetare engageras, har rätt kompetens och får ansvar och befogenheter för att kunna bedriva en god och säker vård.

Medarbetare

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

Patientsäkerhetscentrum

Sedan 1 januari 2017 finns inom patientsäkerhetscentrum flera av de enheter som arbetar på strategisk nivå med patientsäkerhetsarbete. Det är chefläkarfunktionen, patientsäkerhetsenheten inklusive anmälningsansvarig, läkemedelsenheten, avvikelshantering och utredningstandläkare.

Chefläkare

Chefläkare ansvarar för att leda och samordna det strategiska patientsäkerhetsarbetet, bistår med råd och sakkunskap kring patientsäkerhetsarbetet samt initierar utbildningsinsatser. Chefläkararen leder även lex Maria-rådet. Där beslutas 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. Arbetet sker i nära samarbete med chefläkarna.

Anmälningsansvarig

Anmälningsansvarig ansvarar i samverkan med chefläkare för att landstinget uppfyller Socialstyrelsens och Inspektionen för vård och omsorgs 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. Ansvar för informationssäkerheten följer därmed verksamhetsansvaret.

Läkemedelsenhet och läkemedelskommitté

Läkemedelsenheten arbetar tillsammans med läkemedelskommittén för en rationell, säker och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning samt en optimal läkemedelshantering.

Smittskydd Värmland

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

Strålsäkerhet

Verksamhet med strålning är reglerad i svensk lag och för att bedriva verksamhet med joniserande strålning krävs tillstånd med tillhörande villkor. Landstinget har genom fyra separata tillstånd från Strålsäkerhetsmyndigheten möjlighet att bedriva medicinsk och odontologisk verksamhet med joniserande strålning. Tillstånden avser områdena medicinsk röntgendiagnostik, nuklearmedicin, medicinsk extern strålbehandling och odontologisk röntgendiagnostik.

Strålsäkerhetsarbetet övervakas i strålsäkerhetskommittén där bland annat chefsläkaren är representerad. Ansvar och samspel i organisationen beskrivs i strålsäkerhetsorganisationsplanen. Strålsäkerhetsarbetet inom landstinget sammanställs årligen i strålsäkerhetsboks slutet, se bilaga.

Etikkkommittén

Etikkkommittén i Landstinget i Värmland stödjer dialog och kunskapsutveckling i etiska frågor,

initierar nya frågor av etisk karaktär och vägleder diskussion kring dessa. Etikkkommittén är underställd chefläkarfunktionen och ordförande är chefläkare. Under året har fem ärenden inkommit som besvarats av kommittén. Två seminarier har hållits, ett om prenatal fosterdiagnostik och ett om avslut av livsuppehållande behandling. Etikkkommitténs arbete sammanställs i en egen årsrapport, se bilaga.

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)

Struktur för uppföljning, utvärdering och egenkontroll

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

Uppföljning av patientsäkerhetsarbete genomförs utifrån landstingsplanen samt utifrån patientsäkerhetsstrategins fokusområden: ledning och styrning, utredningar och uppföljningar, kompetensutveckling och patientens delaktighet.

Uppföljningen speglar hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet bedrivs i landstinget och vilka förbättringsarbeten som genomförts och som pågår i verksamheterna.

Uppföljning inom tandvården sker genom såväl verksamhetsinterna granskningar som genom anmälningsansvarig utredningstandläkare, placerad i patientsäkerhetscentrum.

Landstingsledningens uppföljning

Planerings- och uppföljningsenheten ansvarar för resultatredovisning till landstingsledningen och landstingsstyrelsen med månadsvis rapportering av utvalda patientsäkerhetsindikatorer. Till landstingsfullmäktige rapporteras patientsäkerhetsarbetet tertialvis som en del av delårs- och årsrapporteringen.

Patientsäkerhetsenheten organiserar landstingsgemensamma mätningar och resultaten sammanställs, analyseras och presenteras för verksamheter och landstingsledningen.

Uppföljning av avvikelser

En avvikelshanteringsgrupp håller ihop och ansvarar för avvikelser ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Underlag för arbetet är bland annat:

- Avvikelse som rapporteras i landstingets avvikelshanteringssystem.
- Anmälningar enligt lex Maria.
- Synpunkter och klagomål från patienter.
- Resultat från markörbaserad journalgranskning.

- Avvikelse från vårdgrannar (kommuner).
- Övriga datakällor, till exempel nationella patientenkäten och punktprevalensmätningar som egenkontroller inom förekomst av trycksår, våldsrelaterade infektioner och följsamhet till basala hygienrutiner.
- Överbeläggningar och utlokaliserade patienter.

Avvikelsehanteringsgruppen föreslår satsningsområden på övergripande nivå inför nästkommande planeringsperiod, utifrån de sammanställningar och analyser som gjorts.

När det gäller avvikelser inom tandvårdens område delas ansvaret för att hantera dessa mellan kvalitetsansvarig inom folktandvårdens stab och utredningstandläkaren i patientsäkerhetscentrum. Avvikelse med ett riskvärde under 6 hanteras inom verksamheten medan riskvärden från 6 och uppåt granskas av utredningstandläkaren som även är anmälningsansvarig enligt lex Maria. I årsrapporten från kvalitetsansvarig framkommer identifierade förbättringsområden. Alla tandvårdens avvikelser återrapporteras till verksamheten via intranätet.

Uppföljning antibiotikaförskrivning

Strama, strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens, ansvarar för att följa upp antibiotikaförskrivningen i landstinget.

Gruppen består av flera medlemmar från slut- och öppenvård samt tandvård. Farmaceuten som ingår i gruppen har i sitt ordinarie uppdrag att förse verksamheterna med data om antibiotikaförskrivning och rekvisition. Detta sker i samverkan med Stramaordförande som analyserar och kommenterar data.

Uppföljning och mätningar

Att mäta och följa upp patientsäkerhet handlar om att upptäcka skador i vården. För att identifiera dessa används olika metoder och mätningar. Uppföljningen ska ligga till grund för att nå målet inga vårdskador.

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

Uppföljning och mätning	Omfattning och frekvens	Källa	Kommunikation av resultat
Basala hygienrutiner och klädregler.	Nationell mätning en gång per år och 10 observationer/månad/avdelning och mottagning.	Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och interna register.	Resultatet från nationell mätning har återkopplats via mejlutskick. Resultat presenteras i månads-, tertials- och årsredovisning. De månatliga resultaten för enheterna återkopplas i avvikelssystemet, vid hygienombudsträffar och vid behov riktad återkoppling till vissa personalgrupper.
Vårdrelaterade infektioner.	Nationell mätning en gång per år och landstingsgemensam mätning tertialvis.	SKL	Resultatet från nationell mätning har återkopplats via mejlutskick. Resultat presenteras i tertial- och årsredovisning, på landstingets intranät, hygienombudsträffar och vid behov riktad återkoppling.
Följsamhet till blododlingsrutin.	Landstingsgemensam mätning tertialvis.	Interna register.	Resultatet presenteras och diskuteras med områdesledningen.
Antibiotikaförskrivning	1. Månadsvis 2. Kvartalsvis	1. Folkhälso-myndigheten 2. Läkemedels-enheten	Smittskyddsläkaren rapporterar till verksamhetscheferna.
Trycksår	Nationell mätning, landstingsgemensam mätning två gånger per år och lokala mätningar varje månad inom delar av somatisk slutenvård.	SKL och interna register.	Resultat presenteras på landstingets intranät, nätverksträffar, tertial- och årsredovisning.
Avvikelser inom landstinget.	Antal följs löpande i landstingets avvikelshanteringssystem.	Interna register.	Årsredovisning
Patientrelaterade avvikelser inom landstinget.	Antal följs löpande i landstingets avvikelshanteringssystem.	Interna register.	Delårsrapport Årsredovisning
Avvikelser angående samarbetet mellan landstinget och kommunerna i Värmland.	Antal följs löpande.	Interna register.	Nätverksträffar
Händelseanalyser och riskanalyser.	Antal analyser följs tre gånger per år.	Interna register.	Delårsrapport Årsredovisning
Överbeläggningar av patienter.	Antal följs dagligen per sjukhus inom somatisk och psykiatrisk slutenvård.	SKL och landstingets datalager.	Resultat presenteras i datalagerrapport och i årsredovisning samt vid nätverksträffar.
Utlokaliserade patienter.	Antal följs dagligen per sjukhus inom somatisk och psykiatrisk slutenvård.	SKL och landstingets datalager.	Resultat presenteras i datalagerrapport och i årsredovisning samt vid nätverksträffar.
Väntetid till tandvård.	Antal kliniker som tagit fram handlingsplan för förbättrad tillgänglighet.	Interna register.	Årsredovisning

Så arbetar vi med patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1–2 och SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3



Förekomst av vårdskador

Förekomst av vårdskador följs upp med metoden markörbaserad journalgranskning. Uppföljning sker fortlöpande på sjukhus- och verksamhetsnivå.

Journalgranskning har pågått inom somatisk slutenvård sedan 2013 och det finns nu ett stort underlag i den nationella databasen. Nationellt har antalet granskade vårdtillfällen på sjukhusövergripande nivå halverats. Landstinget har valt att fortsatt granska samma antal vårdtillfällen som tidigare för att komplettera den granskning som sker på verksamhetsnivå.

Journalgranskning på verksamhetsnivå genomförs vid barn- och ungdomsmedicin, Centralsjukhuset samt vid sjukhusen i Arvika och Torsby avseende medicinsk och kirurgisk vård.

Under året har landstinget medverkat i en första nationell mätning av förekomst av vårdskador inom allmän- och rättspsykiatrisk verksamhet. Resultat kommer att sammanställas och redovisas av Sveriges Kommuner och Landsting under 2018.

Identifierade förbättringsområden utifrån årets resultat av journalgranskning är vårdrelaterade infektioner, överfyllnad av urinblåsa och läkemedelsrelaterade skador.

Vidtagna åtgärder för ökad patientsäkerhet utifrån föregående års resultat har bland annat fokuserat på att förebygga uppkomst av trycksår.

Flera enheter har under året utvecklat ett strukturerat trycksårsförebyggande arbete, där månadsmätningar ingår för att följa förekomst av sjukhusförvärvade trycksår och följsamhet till landstingsgemensamt vårdprogram.

Resultat under året

Den totala andelen vårdskador inom somatisk slutenvård har mellan 2016 och 2017 ökat från

11 procent till 12 procent i landstinget. Nationellt är andelen vårdskador under samma period 7,5 procent.

Resultaten varierar dock under året och mellan sjukhusen. Vårdskador förekommer mest i åldersgruppen 65 år och äldre. 22 procent av vårdskadorna krävde förlängd vårdtid. Gällande förekomst av vårdskador finns inga tydliga skillnader mellan kvinnor och män.

Andelen vårdskador per vårdtillfälle	2015	2016	2017
Sjukhuset i Arvika	8 %	9 %	10 %
Sjukhuset i Torsby	16 %	12 %	14 %
Centralsjukhuset i Karlstad	15 %	13 %	12 %
Totalt	13 %	11 %	12 %

Tandvård

Inom folktandvården handläggs vårdskador enligt folktandvårdens rutin för avvikelshantering.

År 2017 rapporterades följande vårdskador:

Antal vårdskador i tandvården	2017
Felaktig hantering av material eller teknik	7
Behandling på fel patient eller fel tand	4
Filfraktur	3
Missad/försenad diagnos eller remiss-hantering	11
Bristande kommunikation	16

Trycksår

Trycksår är en vanlig vårdskada. Den leder till 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.

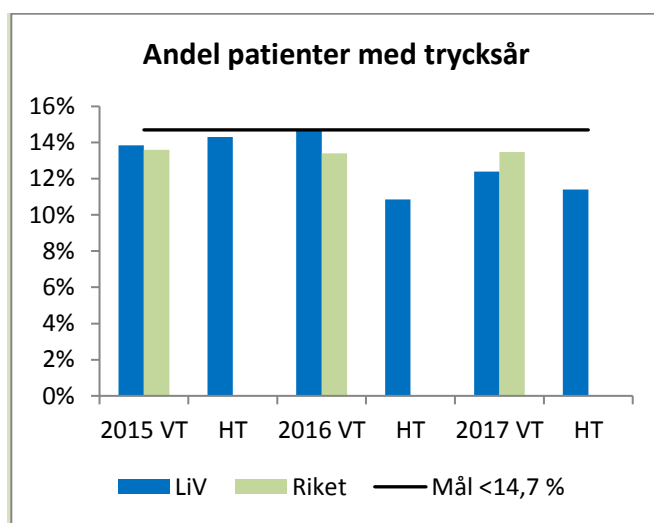
Under året har andelen patienter med sjukhusförvärvade trycksår minskat till 7,3 procent, vilket är det lägsta resultatet sedan mätningarna startade 2011. Även i landstingets vårdskademätning genom markörbaserad journalgranskning, ses en minskning av trycksåren.

Landstingets tvärprofessionella expertgrupp har under året fokuserat på att öka kunskapen kring trycksårsprevention och behandling. Utbildning har genomförts för sårombud vid de tre sjukhusen. Trycksårsprevention har även ingått som en del i introduktionsprogrammet för nyanställda sjuksköterskor.

Flera enheter har under året valt att intensifiera sitt trycksårsförebyggande arbete. Resultatet av genomförda åtgärder och följsamhet till landstingsgemensamt vårdprogram följs genom månadsmätningar. En betydande minskning av sjukhusförvärvade trycksår har skett på samtliga enheter som deltagit.

Resultat

Under 2017 genomfördes två punktprevalensmätningar av förekomst av trycksår. Landstingets mål är att förekomsten av trycksår ska minska jämfört med föregående års resultat. Vid vårens nationella mätning var andelen patienter med trycksår 12,4 procent, att jämföra med rikets resultat på 13,4 procent. Vid höstens mätning skedde en minskning av andelen trycksår till 11,6 procent. Vid samma mätning var de sjukhusförvärvade trycksåren 7,3 procent.



Diagrammet visar andelen patienter med trycksår eller trycksår i landstinget och i riket vid punktprevalensmätningar. Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

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.

Landstinget har en tvärprofessionell expertgrupp som arbetar för att förebygga fall och fallskador. Expertgruppen har under året bland annat arbetat med vårdprogram för fall- och fallskadeprevention och varit med och testat Socialstyrelsens webbutbildning i fallskadeprevention. Under år 2018 kommer expertgruppen att implementera

vårdprogrammet där Socialstyrelsens webbutbildning är en viktig del.

Resultat

År 2017 registrerades 669 fallavvikelser i avvikelshanteringssystemet jämfört med 585 registrerade fallavvikelser år 2016. 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 87 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. När det nya vårdprogrammet är implementerat kommer uppföljningen att bli enklare.

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 %

Tabell över fallavvikelser registrerade i landstingets avvikelshanteringssystem.

Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är den vanligaste typen av vårdskada och orsakar lidande och ibland död för patienten samt kostnader för sjukvården och samhället.

Under året har mycket av arbetet varit fokuserat på utbrottet av vancomycinresistenta enterokocker (VRE) och dess direkta och indirekta påverkan på vårdenheter.

I slutet av januari 2017 diagnosticerades en infektion med VRE på en inläggande patient. Smittskydd Värmland inledde i samarbete med berörda verksamheter smittspårning kring fallet vilket efterhand ledde till att man fann 19 ytterligare fall med samma bakteriestam som det först upptäckta fallet. När det stod klart att det var ett utbrott med smittspridning vidtogs en rad åtgärder vilket initialt inkluderade intagningsstopp på vissa avdelningar, stängning av en del vårdplatser och senareläggning av en del operationer. Det genomfördes omfattande smittspårning och screeningprogram vilket ledde till att flera tusen odlingsprover har tagits under året vilket medfört en ökad belastning på olika verksamheter som mikrobiologen och andra berörda. Ett flertal utbildnings- och informationsinsatser gjordes gentemot slutenvården.

Städrutiner

VRE-utbrottet satte ljuset på behovet av följsamhet till städ- och desinfektionsrutiner. I patientrum där patienter legat en längre tid med ett troligt stort utflöde av smittämne i miljön, beslutades det att genomföra kontrollodlingar i miljön efter att patienten skrivits ut. Dessa odlingar visade att det fanns brister i städmetoden. I samverkan med städenheten inom Landstingsservice gjordes en genomgång av städmetoder, flöden och städrutiner.

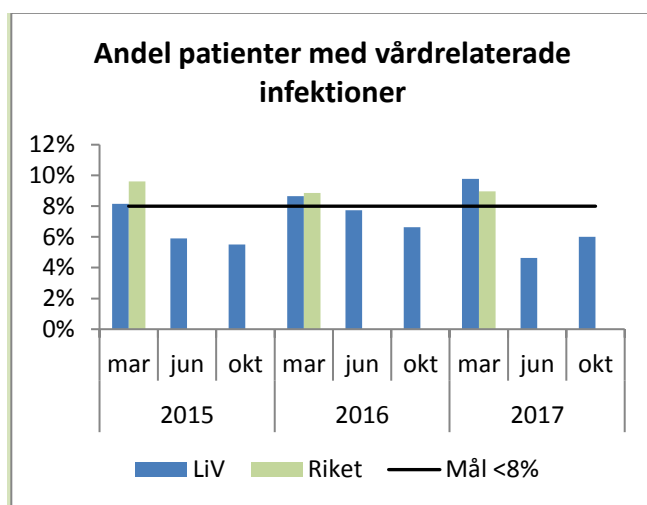
Erfarenheten från flera landsting har varit att det ofta blivit en andra våg av fall vid VRE utbrott. Hittills har det inte blivit det i vårt landsting och utbrottet får betraktas som begränsat men har krävt stora insatser. För att om möjligt hitta eventuellt nya fall i tidigt skede har det införts

ett övervakningsprogram med VRE-odlingar som utvärderas efterhand.

Resultat VRI

Landstinget mäter vårdrelaterade infektioner vid tre tillfällen under året. I genomsnitt hade 6,6 procent av patienterna inom slutenvården en vårdrelaterad infektion. Det innebär att landstinget når målet på högst 8 procent. I juni var resultatet 4,6 procent, vilket är det bästa resultatet sedan mätningarna startade. Årets nationella mätning i mars visade att 9,8 procent av patienterna hade en vårdrelaterad infektion. Rikets resultat var 9 procent

De vanligaste vårdrelaterade infektionerna är urinvägsinfektioner, infektioner i hud och mjukdelar samt lunginflammation. Mätningarna visar också att en högre andel män drabbas av en vårdrelaterad infektion jämfört med kvinnor.



Diagrammet visar andelen vårdrelaterade infektioner vid nationella och lokala mätningar. Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Kateterrelaterad urinvägsinfektion

Vårdrelaterad urinvägsinfektion är en av de vanligaste vårdrelaterade infektionerna. Merparten av dessa infektioner har samband med kvarliggande urinvägskateter. Urinvägsinfektion är en av de vanligaste vårdrelaterade infektionerna. Merparten av dessa infektioner orsakas av kvarliggande urinvägskatetrar. Risken för urinvägsinfektion kan minskas genom att minska antalet

kvarliggande katetrar, använda nödvändiga katetrar under kortare tid och ta hand om katetrar på rätt sätt.

Under de två senaste åren har journaltabeller införts i journalsystemet för att på ett sammanhållet sätt kunna dokumentera användande av urinvägskateter.

Resultat

I mätningen av vårdrelaterade infektioner finns andelen urinvägskateter med som en parameter. Förekomsten av kvarliggande urinvägskateter var 21–25 procent vid dessa mätningar. Andelen urinvägskatetrar finns inte med som ett mål i landstingsplanen men ett rimligt mål är att förekomsten av kvarliggande urinvägskatetrar ska vara under 20 procent. Det är i nuläget svårt med uppföljning av förekomsten av kvarliggande urinvägskatetrar då det inte finns någon sökfunktion i journalsystemet. Detta kommer förhoppningsvis att förbättras när det IT-baserade verktyget för uppföljning av infektioner införs fullt ut.

Multiresistenta bakterier och antibiotikaförskrivning

Antibiotika ska användas rationellt, i rätt dos, på rätt indikation, vid rätt tillfälle och under rätt behandlingstid. Felaktig användning av antibiotika kan leda till minskad effekt. Ju högre förbrukningen är i samhället, särskilt av antibiotika med

brett spektrum, desto högre är risken att bakterierna utvecklar motståndskraft mot antibiotika. För att behålla möjligheten till effektiv behandling av bakterieinfektioner måste en ökande antibiotikaresistens motverkas. Stöd till verksamheterna från Smittskydd Värmland och Strama sker fortlöpande genom hur man bör använda antibiotika (terapiiktlinjer), utbildningsmöten och återkoppling av hur antibiotikaanvändningen ser ut. Det har även tagits fram en applikation med terapiiktlinjerna för att de ska vara lätt-tillgängliga.

Resultat

Generellt sett är antibiotikaförskrivningen relativt låg i Värmland och kvalitativt sett är den mycket bra genom att smalspektrumantibiotika används i hög utsträckning. För någon parameter är Värmland bäst i landet. Ett problem är att det är en stor variation mellan olika vårdcentraler där vissa vårdcentraler skriver ut för mycket antibiotika i jämförelse med de flesta andra utan att det finns saklig grund till det. Även inom slutenvården är situationen förhållandevis bra i Värmland, men det krävs ett fortsatt aktivt arbete för att inte vissa bredspektrumantibiotika ska öka i användning.

Basala hygienrutiner och klädregler

Landstinget bedriver ett aktivt arbete för följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, framförallt genom utsedda hygienombud som finns inom verksamheterna.

Landstinget mäter följsamhet varje månad. Dessutom genomfördes en nationell mätning i mars. Alla verksamheter med patientnära vård, inklusive ambulansverksamheten och tandvården, ska genomföra mätningarna. Följsamhetsmätningarna innehåller sju delmoment. För att få 100 procent ska alla delmålen uppnås.

Visionen är att nå 100 procent följsamhet i hela landstinget, vilket är svårt att uppnå eftersom det är cirka 200 enheter med varierande grad av patientvård som ingår i mätningarna. Om man ser på resultaten på enhetsnivå, uppfyller många 100 procent eller näst intill. Man kan dock se att det är ett fåtal personer eller enheter som upprepade gånger inte följer regelverket. Värt att notera är att det är lägre följsamhet under sommarperioden. Detta kan bero på lägre mätning-frekvens, sämre följsamhet hos sommarvikarier eller pressad arbetssituation.

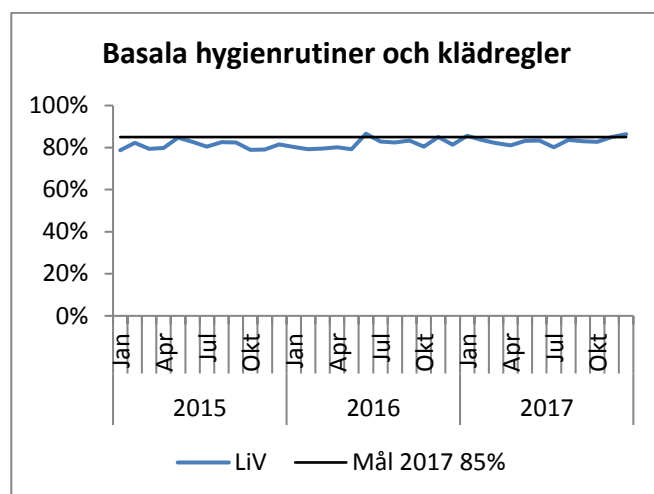
Resultat

Vid den nationella punktprevalensmätningen i mars månad var Värmland bäst i Sverige med total följsamhet på 84,3 procent. Rikets genomsnitt var 72,3 procent.

Landstingets mål är en följsamhet på 85 procent, vilket inte uppfylldes eftersom genomsnittet för året låg på 83,4 procent. Bästa resultatet nåddes i december då andelen var 86,5 procent.

Av de 7 delmomenten var 5 delmoment över 95 procent följsamhet sett per månad på landstingsnivå. De 2 delmomenten som inte nådde upp till 95 procent följsamhet är "handdesinfektion före patientkontakt" och "korrekt användning av plastförkläde". Dessa moment har en följsamhet på 90–95 procent. I den nationella mätningen var vi bland de fem bästa i fem av delmomenten. I delmomenten "handdesinfektion före" och "handdesinfektion efter patientkontakt" var landstinget bäst i Sverige.

Noteras kan att följsamheten till att använda kortärmad arbetsdräkt och avsaknad av smycken, klocka och konstgjorda naglar fortfarande inte når 100 procent. Vissa månader är följsamheten 96–97 procent. Följsamheten till denna regel handlar till stor del om tydlighet i ledarskap.



Diagrammet visar följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler vid månadsmätning
Källa: Interna register.

Läkemedel

För att skapa en effektiv och säker läkemedelsanvändning och läkemedelshantering i hela vårdkedjan har en rad aktiviteter genomförts under året.

Värmland har en hög förskrivning av beroendeframkallande läkemedel jämfört med riket. Därför har det gjorts en särskild satsning på att minska den förskrivningen, främst sömnläkemedel och lugnande läkemedel, vilket lett till att förskrivning och användningen har minskat.

Läkemedelsenheten har tillsammans med vårdverksamheten diskuterat förskrivningsmönster. Kvartalsrapporter med statistik om utvecklingen av förskrivning av beroendeläkemedel har distribuerats till verksamheterna och det har tagits fram en lathund om vilka läkemedel som bör undvikas.

Ökade informationsinsatser

Regionala läkemedelsrådet har tagit fram en broschyr om när det är rätt att avsluta, eller inte påbörja läkemedelsbehandling för de mest sjuka äldre. Under året har broschyren uppdaterats med nya avsnitt med information om läkemedel till vårdverksamheterna. Information har också spridits via LäkemedelsNytts olika kanaler.

Ordnation och dokumentation av läkemedel

Läkemedel ordinerar och förskrivs inom landstinget i två olika IT-system, Cosmic som är hälso- och sjukvårdens journalsystem och Pascal som är ett ordinationsverktyg för dosdispenserade läkemedel. Dessa två system är i dagsläget inte integrerade med varandra vilket i vissa fall innebär krav på dubbeldokumentation och risk för felaktiga eller ofullständiga läkemedelslistor. Utbildning av förskrivare om vikten av rätt läkemedelslista, är ett fortlöpande arbete samtidigt som utveckling av befintliga IT-stöd pågår. Integration mellan Cosmic och Pascal planeras till 2018.

I april 2017 uppdaterade landstinget sitt journalsystem Cosmic där den största förändringen var en helt ny läkemedelsmodul. I samband med det gjordes stora utbildningsinsatser. Samtidigt

infördes många nya landstingsövergripande och verksamhetsspecifika rutiner. Exempelvis ordinerar vissa typer av läkemedel, som tidigare ordinerats på papper i elektronisk journal. Uppgraderingen av journalsystemet har också inneburit att tidigare ordinationer behövde granskas och överföras till den nya versionen, ett omfattande arbete som belastar verksamheten.

Ordinationsmallar i Cosmic

För att underlätta vid ordination och förskrivning av läkemedel finns det i landstingets journalsystem Cosmic möjlighet att skapa ordinationsmallar, vilket är förberedda ordinationer med bland annat information om läkemedlet till patient, förskrivare och apotek. I samband med uppgraderingen av Cosmic fick läkemedelsenheten utökat ansvar för ordinationsmallar inom landstinget och ansvarar nu både för landstingsövergripande och kliniks specifika ordinationsmallar i Cosmic.

Ansvaret innebär att ta fram nya ordinationsmallar och att kontinuerligt uppdatera befintliga mallarna i samråd med ämnesområdesansvariga läkare. Syftet med mallarna är att ge förskrivarna stöd i ordinationsögonblicket, att rekommenderade eller upphandlade produkter ska användas i första hand och att patienten ska få korrekt information om läkemedlet på etiketten när den skrivs ut på apotek.

Läkemedelsservice, kvalitetsgranskning och beredningsverksamhet

Under våren 2017 tog landstinget över del av läkemedelsförsörjningen i egen regi, framför allt tjänsten läkemedelsservice. Med egna farmaceuter kan stödet till kärnverksamheten öka och frigöra tid för sjuksköterskor för det vårdnära arbetet.

Landstinget ansvarar för att kvalitetsgranska läkemedelshandlingen vilket görs genom egenkontroll, som därefter granskas av farmaceut på läkemedelsenheten för att identifiera eventuella brister och återkoppla till verksamheten. Läkemedelsenheten ansvarar även för att göra stickprovskontroller.

Landstinget har infört systemet Cyto-Base för att förbättra läkemedelshandlingen vid cytostatika-behandling.

Landstinget har beslutat att även ta över beredningsverksamheten av cytostatika och övrig steril extempore beredning (som tillverkas på apotek).

I egen regi kommer man exempelvis att öka produktion av förfyllda sprutor med antibiotika. Det innebär att man frigör tid för sjuksköterskor för det vårdnära arbetet. Det förbättrar även arbetsmiljön för sjuksköterskorna genom att de slipper blanda läkemedel på vårdavdelningen.



Klinisk farmaci

För att förbättra läkemedelsanvändningen i länet, med särskilt fokus på äldre, arbetar fem kliniska farmaceuter med att göra enkla respektive fördjupade läkemedelsgenomgångar. Arbetet har genomförts både inom primärvården och slutenvården.

Aktuell läkemedelslista

Landstinget har tillsammans med länets kommuner länsgemensamma rutiner för enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar, läkemedelsberättelse samt hantering av läkemedelslistan. Centralt för hela arbetet är att optimera patientens läkemedelsbehandling och att patienten alltid ska ha en aktuell läkemedelslista efter varje vårdkontakt.

Slutenvården

Under våren 2017 saknades farmaceutstöd i slutenvården på grund av arbete med uppgradering av Cosmic. Under hösten 2017 har tre avdelningar haft farmaceutstöd: avdelning 8 och avdelning 9 på Centralsjukhuset i Karlstad samt närvårdsavdelning 95 i Säffle. I första hand har farmaceuterna gjort enkla läkemedelsgenomgångar men i många fall även en mer fördjupad läkemedelsgenomgång. För patienter med eget läkemedelsansvar genomfördes intervjuer för att få fram information om hantering, följsamhet och kunskap om läkemedelsbehandlingen.

I de fall där patienten inte kunde redogöra för sitt läkemedelsintag togs kontakt med anhörig

eller annan vårdgivare, till exempel distriktsköterska.

65 procent av patienterna hade minst en avvikelser. Av de avvikelser som identifierades åtgärdades 78 procent (612). 69 procent av patienterna hade minst ett läkemedelsrelaterat problem. 59 procent (388) av dessa åtgärdades.

Primärvården

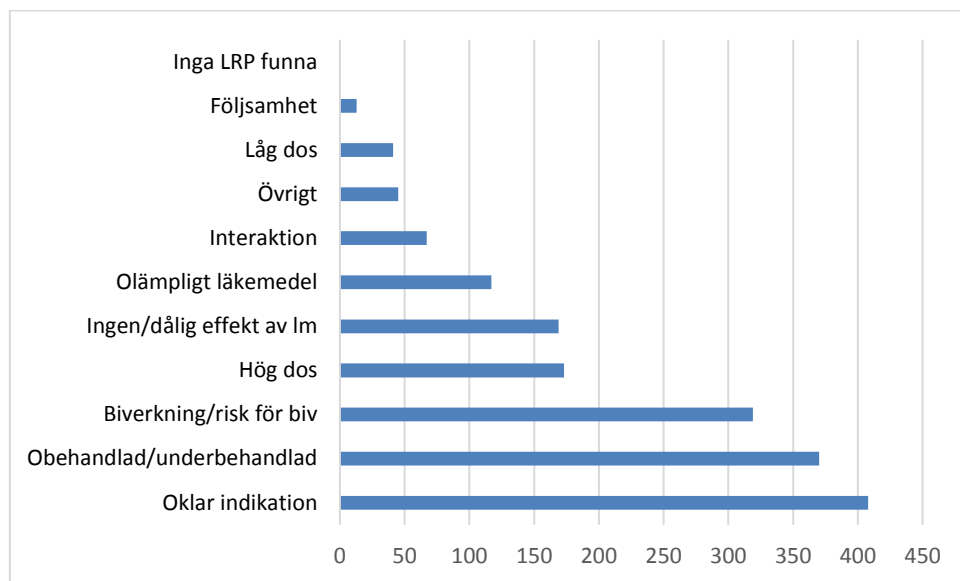
Under 2017 genomfördes fördjupade läkemedelsgenomgångar med farmaceutstöd i primärvården för 559 patienter på särskilt boende eller inom hemsjukvården. Vid genomgångarna medverkade förutom farmaceut från läkemedelsenheten även ansvarig sjuksköterska, ansvarig läkare och ibland även omvårdnadspersonal.

95 procent av patienterna hade minst ett läkemedelsrelaterat problem. Totalt identifierades 1694 läkemedelsrelaterade problem som framfördes på läkemedelsgenomgångarna. Av dessa åtgärdades 68 procent direkt på plats. Det kan vara värt att notera att alla läkemedelsrelaterade problem inte bör åtgärdas direkt. Ibland måste ett läkemedel åtgärdas justeras.

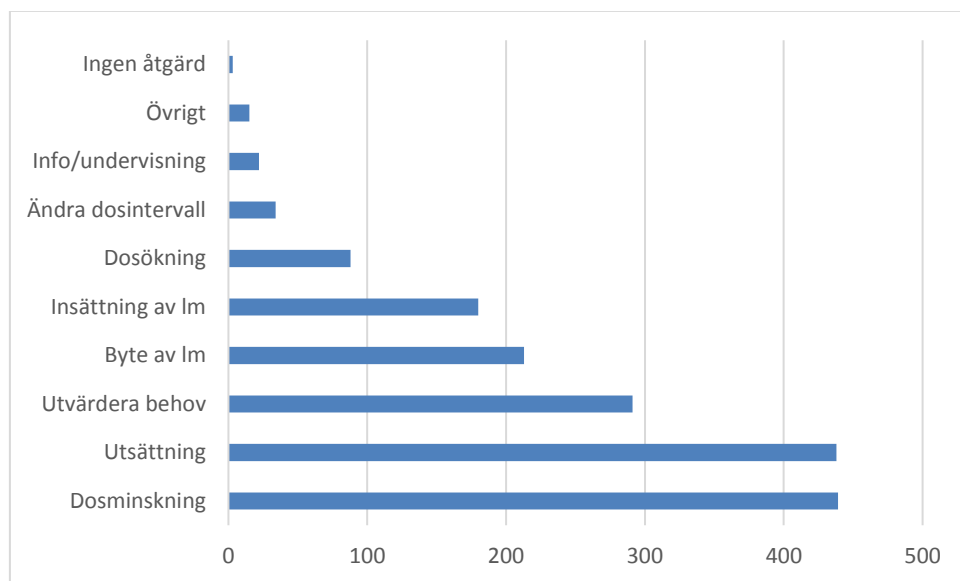
Läkemedelsgenomgångar i slutenvården	
Antal patienter	493
Medelålder	84 år
Andel kvinnor	58 %
Andel patienter med dosdispenserade läkemedel	52 %
Antal avvikelser	787
Antal läkemedelsrelaterade problem (LRP)	661

Fördjupade läkemedelsgenomgångar i primärvården	
Antal patienter	559
Medelålder	84 år
Andel kvinnor	65 %
Andel patienter på särskilt boende	77 %
Antal läkemedel som sätts ut som inte används	330
Antal läkemedelsrelaterade problem (LRP)	1694

Läkemedelsrelaterade problem och åtgärdsförslag inom primärvården



Diagrammet visar förekomst av läkemedelsrelaterade problem i primärvården.



Diagrammet visar antal åtgärdsförslag i primärvården.

Överbeläggningar och utlokaliseringar

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.

Under året har översyn av rutiner vid vårdplatsbrist genomförts och implementeras. Vårdplatskoordinators roll har förtydligats och utökats. I arbetet ingår att ha en aktuell bild av inflödet till akutmottagningen och vårdplatsläget på länets tre sjukhus samt de båda närvårdsavdelningarna i Säffle och Kristinehamn.

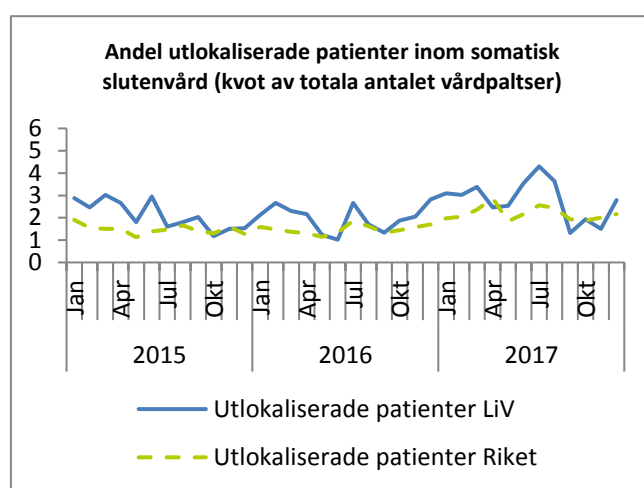
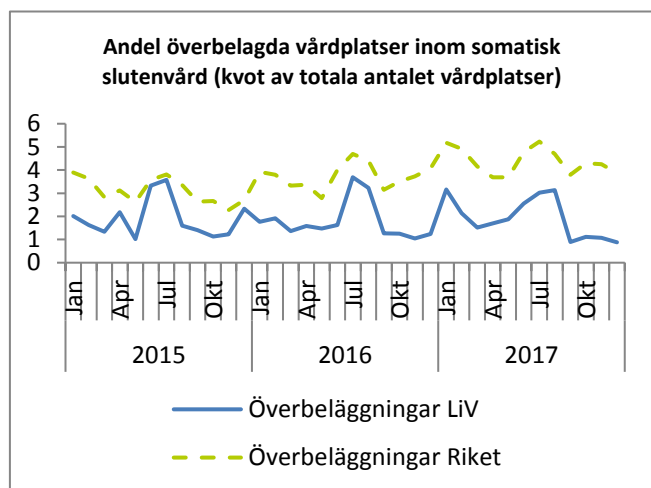
Resultat

Landstinget följer dagligen överbeläggningar och utlokaliseringar. Under 2017 har andelen överbeläggningar legat kvar på samma nivå som 2016.

En bidragande orsak till överbeläggningar är neddragning av antal vårdplatser under delar av året. Speciellt under sommarmånaderna ses en ökning och samma mönster ses i hela riket. Vårdplatser har även tillfälligt stängts på grund av brist på sjuksköterskor.

Andelen utlokaliserade patienter i landstinget är högst i riket och har fortsatt att öka under 2017. En kort förbättring sågs efter sommaren men i december har utlokaliseringen av patienter åter ökat. Det är främst ortopedpatienter som utlokaliseras till andra avdelningar.

Även en högre vårdplatsbeläggning ses för 2017 med 92,1 procent trots att samtliga närvårdplatser öppnades. Vårdplatsbeläggningen under 2016 var 91,3 procent.



Diagrammen visar överbeläggningar och utlokaliserade patienter per månad inom den somatiska slutenvården. Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Patientsäkerhetskultur

Under året genomfördes en medarbetarenkät som för första gången innehöll frågor om både arbetsmiljö och patientsäkerhet. Undersökningen fick en svarsfrekvens på 82,5 procent, vilket innebär att 5 633 personer svarade.

Ledarskapet hos närmaste chef är landstingets främsta styrka enligt medarbetarenkäten, vilket är ett bra resultat inom området även i jämförelse med andra landsting och regioner.

Undersökningen visar också att medarbetarna anser att det inte finns tid för eftertanke och

reflektion, att det saknas möjlighet till återhämtning genom raster eller pauser och att de inte kan påverka sina arbetstider i den grad som önskas.

Verktyg för förbättringar

Resultatet av medarbetar- och patientsäkerhetskäten är ett viktigt verktyg i förbättringsarbetet för att nå det långsiktiga målet inga vårdskador och ett hållbart arbetsliv. Resultatet kan användas som underlag för dialoger mellan chefer och medarbetarna och för att identifiera styrkor och svagheter på respektive arbetsplats.



Standardiserade vårdförlopp

Inom cancersjukvården i Värmland har 26 standardiserade vårdförlopp (SVF) införts.

Arbetet påbörjades i december 2015 och cirka 5 300 patienter har hittills genomgått ett standardiserat vårdförlopp. För ungefär 40 procent av dessa patienterna har utredningen lett till en cancerdiagnos.

Vårdprocessgrupper

För samtliga standardiserade vårdförlopp har vårdprocessgrupper tillsatts. Grupperna är multidisciplinära och tvärprofessionella där medlemmarna besitter kompetenser som täcker in vårdprocessens alla steg oberoende av verksamhetsgränser. Arbetet i vårdprocessgruppen leds gemensamt av processansvarig och förbättringsledare. Processansvarig är operativt ansvarig för vårdprocessen och ansvarar för den kunskapsbaserade vården genom att vara specialist i ämnesområdet. Förbättringsledaren fungerar som en facilitator och driver förbättringsarbetet framåt så att den kliniska kunskapen används på bästa sätt.

Vårdprocessgruppens uppgift är att kartlägga vårdprocessen fram till behandlingsstart, det vill säga så långt som det standardiserade vårdförloppet beskrivs. Utifrån kartläggningen lokal-anpassas det standardiserade vårdförloppet och styrande dokument utarbetas längs hela förloppet. Implementeringen ska därefter planeras och genomföras.

I det fortsatta arbetet ska vårdprocessgruppen kontinuerligt bevaka kvalitet och tillgänglighet utifrån interna datalager, nationella väntetidsuppföljningen av SVF, samt återkoppling från

kvalitetsregister. Om det framkommer brister eller behov ska dessa åtgärdas.

Implementering och kvalitetssäkring

Implementeringen pågår fortfarande. I detta ingår ett intensivt arbete med att kvalitetssäkra de väntetidsdata som följs upp och rapporteras nationellt. I avsaknad av jämförbara data från tiden före vårdförloppens införande är det för tidigt att kunna dra några slutsatser om förkortade väntetider. Däremot kan vi med säkerhet säga att införandearbetet har utmynnat i en tydligare och säkrare vårdprocess.

Informationen till patienterna om att de kommer utredas för att (utesluta) cancer och patientmedverkan generellt har förbättrats markant. Dessutom har fler och fler patienter en tid till nästa vårdhändelse med sig hem i samband med varje besök. Även om man inte alltid lyckas hålla tidsmålen vet patienten när nästa händelse ska ske, om det så är mottagningsbesök, undersökning eller behandlingsstart. Under väntetiden har patienten tillgång till en kontaktsjuksköterska.

Responsen av införandet av standardiserade vårdförlopp har varit positiv från primärvården, specialiserad vård, diagnostiska enheter och patientföreningar.

Ambitionen är att arbetet med standardiserade vårdförlopp ska utvecklas till att täcka hela vårdprocessen från prevention till de aktiviteter som leder till att diagnosen ställs eller utesluts, behandling och uppföljning.

Kompetensutveckling

I det strategiska arbetet för att minska förekomsten av vårdskador är det viktigt att medarbetare har kännedom om vad patientsäkerhet är och om patientsäkerhetsarbetet i landstinget.

Kompetensutveckling är ett av patientsäkerhetsstrategins fokusområden. Patientsäkerhetsenheten erbjuder utbildningar inom olika delar av patientsäkerhetsområdet.

Utbildningarna har som syfte att skapa förståelse för att chefer och medarbetare är en förutsättning för det förebyggande patientsäkerhetsarbetet samt att uppmuntra till egna förbättringsarbeten och egenkontroller.

Utbildning om basala hygienrutiner

Under året har en e-utbildning om basala hygienrutiner och klädregler lanserats. Utbildningen är obligatorisk för all patientnära personal och innehåller 11 obligatoriska frågor efter en kort genomgång av ämnet. Resultatet av testen återkopplas automatiskt till enhetschefen. Utbildningen ska upprepas vartannat år av berörd personal.

Utbildning för hygienombud

I landstinget finns ett väl utbyggt nätverk av hygienombud. Detta nätverk har i genomsnitt 2–4 träffar per år. Vid dessa träffar sker en kontinuerlig kompetensutveckling inom området vårdhygien.

Under året har dessutom ett stort antal informationstillfällen genomförts för medarbetare inom de patientnära verksamheterna och för administrativ personal.

Utbildning för nutritionsombud

I sitt arbete med att förebygga sjukvårdsrelaterad undernäring har expertgruppen för nutrition utbildat nya nutritionsombud inom slutenvård

och närvård. Utbildningarna är årligen återkommande med olika teman.

Utbildningsprogram för sjuksköterskor

Patientsäkerhet ingår även i det kliniska utvecklingsprogrammet för nyanställda sjuksköterskor. Utbildningen ska underlätta övergången från utbildning till arbetsliv, för att få en bra och trygg start. I programmet ingår bland annat sjuksköterskans profession, att leda omvårdnadsarbetet, färdighetsträning samt kvalitet och patientsäkerhet för att minska vårdskador.

Utbildning i patientsäkerhet har också givits till landstingets handledare för sjuksköterskestudenter.

Utbildningar inom läkemedelsområdet

Läkemedelsenheten och Läkemedelskommittén erbjuder kontinuerligt utbildningar för läkare och övrig vårdpersonal. Under 2017 genomfördes exempelvis tre terapiutbildningar (diabetes, mage-tarm, STI/onkologi), det regionala mötet Mellansvenskt läkemedelsforum samt möte vid lansering av skriften *Rekommenderade läkemedel*.

Läkemedelsenheten erbjuder kontinuerligt utbildningar för sjuksköterskor om exempelvis äldre och läkemedel samt förskrivningsrätt.

Nyhetsbrev

Som en del i att förbättra patientsäkerheten, minska vårdskador och garantera en god och säker vård kan medarbetare och chefer prenumrera på nyhetsbrevet *Lär dig av våra vårdskador*.

Nyhetsbrevet informerar om genomförda händelseanalyser och inträffade vårdskador inom hälso- och sjukvården för att sprida lärande, uppmärksamma orsaker och öka riskmedvetenheten.

Utvecklingsarbete som berör patientsäkerhet

Utvecklingsarbeten där patienter, närstående och medarbetare involveras som påbörjades under 2016 har fortsatt under 2017.

Arbetet innehåller flera delar, bland annat patientsäkerhetsresan och avdelningsnära patientsäkerhetsarbete.

Patientsäkerhetsresan

I början av 2016 genomfördes första delen av patientsäkerhetsresan. Medarbetare från patientsäkerhetsenheten och chefläkarna besökte vårdavdelningar och intervjuade personal, patienter och närstående om patientsäkerhet.

Intervjuerna sammanställdes och utifrån materialet formulerades utmaningar och förslag på lösningar på identifierade problem. Flera innovationsgrupper bildades som fortsatte arbeta med sina idéer.

De första två resultaten utgjordes av dels ett förslag till bemanning vid korttidsfrånvaro, dels en kartläggning av vad som stjälar tid från patientsäkerhetsarbetet på somatiska vårdavdelningar. Det första arbetet lämnades över för vidare utveckling till HR-avdelningen och det andra har lämnats över som underlag till fortsatta förbättringsarbeten inom verksamheterna.

Ett tredje resultat av Patientsäkerhetsresan blev en skriftlig guide till patienter som vårdas på en av förstärkningsavdelningarna inom den psykiatriska slutenvården. Syftet med denna guide var att öka följsamheten till vårdprogrammet för depression genom att synliggöra vad vårdtiden på avdelningen innehåller och innebär. Guiden utvecklats tillsammans med medarbetare och patienter och därefter testats och utvärderats. Den största framgången bedömdes därefter vara en

ökad delaktighet i vården, både från patienter och närstående.

Avdelningsnära patientsäkerhetsarbete

Under 2017 har patientsäkerhetsenheten och chefläkarfunktionen fortsatt det utvecklingsarbete som inleddes 2016, tillsammans med fyra vårdavdelningar inom ortopedi och geriatrik på Centralsjukhuset. Syftet har varit att utarbeta en modell för stöd i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Arbetet har fokuserat på att förebygga förekomsten av trycksår. Genom metodstöd, expertkunskap och stöd i genomförda mätningar har goda resultat uppnåtts.

Identifierade patientsäkerhetsproblem som ligger utanför den egna avdelningen att hantera, till exempel att säkra kompetens hos vikarierande personal och behov av sammanhållen säng- och madrasshantering, har förts vidare till hälso- och sjukvårdsledningen och HR-avdelningen. Flera verksamheter har inspirerats och påbörjat eget arbete, till exempel sjukhuset i Torsby och infektionskliniken som intensifierat det förebyggande arbetet gällande trycksår. De geriatriska vårdavdelningarna har också påbörjat ett arbete med muntlig överrapportering med stöd av SBAR som metod för säker och effektiv kommunikation. En första utvärdering är genomförd och ytterligare utvärdering genomförs under 2018.

De geriatriska vårdavdelningarna kommer även att vara testavdelningar för måltidsvårdar, ett projekt i samarbete med kostenheten. En medarbetarutbildning med fokus på patientsäkerhet planeras tillsammans med HR-avdelningen för genomförande under hösten. Efter utvärdering planeras även spridning av konceptet till andra intresserade verksamheter.

Patientsäkerhetsvecka

Under en veckas tid hade landstinget extra fokus på patientsäkerhet genom att för andra året genomföra en patientsäkerhetsvecka.

Tema diagnostiska utmaningar

Temat *Diagnostiska utmaningar* valdes med tanke på att utebliven diagnos och/eller behandling är den vanligaste bakomliggande orsaken till de allvarligaste vårdskadorna.

Syftet med veckan var att sprida kunskap om vad som händer när diagnosen blir fel eller uteblir och vad man kan göra för att minska risken.

Under veckan organiserades patientsäkerhetsdagar på landstingets tre sjukhus. I Karlstad gästades Centralsjukhuset av Anders von Heine och Åke André-Sandberg. De höll en mycket uppskattad föreläsning på temat "Vad händer när diagnosen blir fel eller uteblir?". I samband med föreläsningen kunde man ta del av en utställning med information från patientnämnden, Smittskydd, patientsäkerhetsenheten, Centrum för Sällsynta Diagnoser med flera.

På sjukhusen i Arvika och Torsby anordnades patientsäkerhets- och trycksårsdagar, där medarbetare hade möjlighet att lyssna på föreläsningar och ta del av utställning.

Inför patientsäkerhetsveckan skickades affischer samt ett "APT-paket" ut till samtliga enheter. Paketet innehöll såväl patientberättelser som information om patientsäkerhet, att användas som grund för diskussioner i arbetsgruppen.

I anslutning till patientsäkerhetsveckan medverkade chefläkare i samband med möten för länets allmänläkare, för att prata om patientsäkerhet ur ett öppenvårdsperspektiv.

Inom folktandvården valde man att fokusera på bedömning av karies, ett område med diagnostiska utmaningar. Information spreds via ledningsgrupper och alla enheter uppmanades att

under veckan använda det material för kvalitetskalibreringsom finns framtaget för att bedöma förekomst av karies på röntgenbilder.

Uppgiften till verksamheten var att genomföra en karieskalibreringsövning med hjälp av ett gemensamt material med röntgenbilder.

Efteråt skickades en enkät ut och av 23 kliniker har 18 besvarat frågorna. Några kliniker arbetade med övningen under veckan och andra avsatte tid vid annat tillfälle. Diskussionerna upplevdes som värdefulla och många kliniker planerar för återkommande genomgångar.

Trycksårsdag

Patientsäkerhetsveckan avslutades med en stor trycksårsdag på Centralsjukhuset i Karlstad. Där hölls föreläsningar av professor Christina Lindholm och docent Carina Bååth, två av de främsta i Sverige inom trycksårsområdet.



Kvalitetsutmärkelse

I Landstinget i Värmland finns kvalitetsutmärkelserna Kvartalets idé och Årets vägvisare. Kvartalets idé delas ut till en verksamhet som testat en ny idé till förbättring för patienten eller kunden.

Mottagaren av utmärkelsen får ett diplom och en prissumma. Kvartalets idé delas ut fyra gånger per år vid landstingsfullmäktige. Antalet ansökningar har minskat under året och utmärkelsen har inte delats ut alla kvartal.

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.

Mottagare av Årets vägvisare 2017 var Folktandvården Stortorget, Säffle, med denna motivering:

”En etablerad förbättringskultur med ständigt fokus på värdeskapande för patienten. Man säger i princip aldrig nej till en patient. Med rivna hierarkier och flexibla arbetssätt löser man dagens uppgifter tillsammans. Det finns inga väntetider. Med en unik schemalägningsmodell utnyttjas luft i systemet. Alla kan mycket mer än man tror, tack vare stöd av en mycket engagerad ledning. Ett föredöme i landstinget!”

På uppdrag av landstingsdirektören har kvalitetsutmärkelserna reviderats under året, vilket innebär att Kvartalets idé gör ett uppehåll under 2018. Årets vägvisare kommer att delas ut som tidigare, med vissa justeringar.



Mottagare av årets vägvisare 2017 var Folktandvården Stortorget, Säffle.

Folktandvårdens arbete med kvalitets- och förbättringsfrågor

Inom Folktandvården Värmland finns två grupper som hanterar kvalitets- och förbättringsfrågor.

Den första gruppen är terapirådet som diskuterar specifika patientfall och identifiering av riskindivider. Den andra gruppen är Kvalitetsgruppen som har uppdraget att utveckla kvalitetssystem

och förvalta folktandvårdens verksamhetshandbok, stimulera till utveckling och förbättring av folktandvårdens processer och produkter ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Kvalitetsgruppen ska också vara en kompetensresurs som på uppdrag utreder och lämnar förslag till verksamheten i kvalitetsfrågor.



Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Landstinget i Värmland samverkar med flera externa aktörer inom vård och kommunal omsorg.

Regional samverkansgrupp för suicidprevention i Värmland

Landstingsstyrelsen beslutade 2015 att uppdraga till landstingsdirektören att ta fram en plan för arbetet med en nollvision för självmord i Värmland. En handlingsplan för det fortsatta arbetet togs fram med syfte att tydliggöra vikten av bred samverkan tillsammans med andra aktörer i regionen.

Det självmordsförebyggande arbetet i landstinget har fortsatt i form av utbildningar i självmordsriskbedömning, framför allt inom verksamheter inom område öppenvård men även inom område slutenvård. Landstinget har beslutat att delta i en nationell forskningsstudie som startar 2018 avseende personer som tagit sitt liv 2015. Studien ska belysa vilka eventuella kontakter dessa personer haft med sjukvården och hur kontakterna i så fall sett ut.

Samverkan för att förebygga fall och fallskador

För att förebygga fall och fallskador har expertgruppen för fall och kommunerna i Värmland under 2017 inlett ett samarbete, med fokus på informationsöverföring och implementering av styrande dokument.

Nationell kampanj för att förhindra fallolyckor

Under vecka 40 deltog landstinget tillsammans med länets kommuner, Friskvården i Värmland

och Region Värmland i Socialstyrelsens nationella kampanj för att förhindra fallolyckor. Temat var *Förebygg fallolyckor med rätt balans i mat, motion och mediciner*. Kampanjen riktade sig till äldre personer och aktiviteter genomfördes på fem orter i Värmland. Dietist, farmaceut och fysioterapeut bemannade montrarna. Friskvården i Värmland och medarbetare från kommunerna deltog. Deltagarna fick möjlighet att diskutera matvanor, hjälpmedel, läkemedel och fysisk aktivitet, samt testa balans och benstyrka. På en ort servades också rollatorer och kommunens fixartjänst berättade om sina tjänster. Socialstyrelsens kampanjmaterial användes. Under veckan anordnades också en föreläsning med temat "Ett aktivt åldrande i balans".

Inom Folktandvården Värmland finns ett utvecklat samarbete mellan vårdgivaren och alla kommuner, manifesterat genom skriftliga överenskommelser. Syftet är att stärka äldre patienters, som kan vara sköra och hjälpberoende, rätt till den nödvändiga tand- och munvård de behöver för att inte drabbas av undernäring och följdinfektioner.

Från och med 2017 bedrivs tandvård via mobila utrustningar direkt på många vårdboenden, till gagn för de multisjuka patienter som har svårt att förflytta sig.

Samverkan med patienter och närstående

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

Till patientforum kan patienter, närstående och medarbetare komma för att få svar på frågor och få information om det som rör hälso- och sjukvården.

Patient- och närståendebildning

Vid långvarig sjukdom, skada eller funktionsnedsättning behöver patienter förutom medicinsk behandling också kunskap för att kunna leva sitt liv med bästa möjliga hälsa och livskvalitet. Därför erbjuder landstinget patient- och närståendebildningar enligt en modell som bygger på att patienter och närstående har ett stort inflytande på innehållet.

I utbildningen är vårdpersonalens kunskaper och brukarnas erfarenheter lika mycket värda och förutsätter ett nära samarbete mellan dem. Tillsammans planerar, genomför och utvärderar de utbildningen och gruppens erfarenheter tas tillvara som förbättringsförslag inom vården. Efter avslutad utbildning kan deltagarna fortsätta mötas med stöd av studieförbund, patientorganisation eller kommunens anhörigstöd.

Ett 100-tal utbildningar med över 1 000 deltagare har genomförts sedan landstinget startade utbildningen för tio år sedan.

Patientmedverkan vid händelseanalyser

Vid händelseanalyser involveras patienten i stor utsträckning, oftast via en intervju om hur pati-

enten uppfattade det inträffade. Patient och närstående bjuds oftast in även när analysen är klar för att gå igenom vad som hände och troliga orsaker till det inträffade.

Samverkan med patientföreningar

Hälso- och sjukvårdschefens ledningsgrupp träffar regelbundet representanter från patientföreningar för samverkan och diskussion kring patientsäkerhetsfrågor.

Förgätmigej

Förgätmigej är en verksamhet där personer som har egen erfarenhet av psykisk ohälsa eller har erfarenhet av att vara närstående till person med psykisk ohälsa kan mötas. Hit kan ineliggande patienter, utskrivna, närstående och vänner till patienterna komma för samtal.

Verksamheten har ett eget rum i psykiatrihuset och en samordnare som finns på plats tre förmiddagar i veckan. Andra tider finns brukare från beroendecentrums brukarråd och medlemmar i brukarföreningarna tillgängliga i rummet.

Centrum för sällsynta diagnoser

Centrum för sällsynta diagnoser (CSD) vill förbättra kunskapen och omhändertagandet av patienter i alla åldrar med sällsynta diagnoser som varar livet ut.

CSD hjälper vårdgivare, patienter, närstående och andra samhällsaktör med vägledning, information och utbildning om sällsynta diagnoser och finns vid Sveriges universitetssjukhus. Landstinget har Uppsala-Örebro sjukvårdsregion som sin kontakt för CSD.

CSD arbetar för att främja forskning och utveckling inom området så att det bidrar till en bättre vardag för patienterna.

Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och HSLF-FS 2017:40 1 kap. 2 §

Grunden för ett gott patientsäkerhetsarbete är medarbetare som uppmärksammar och rapporterar risker och avvikelser.

Alla medarbetare har en lagstadgad skyldighet att rapportera observerade avvikelser. Vårdgivaren är skyldig att informera medarbetarna om deras rapporteringsskyldighet vid nyanställning och sedan återkommande.

Skador, tillbud och risker som rapporteras ska ligga till grund för ständiga förbättringar och för att förhindra att avvikelser eller liknande händelser upprepas. Målet är att säkerställa en hög rapportering av avvikelser och undvika underrapportering.

Rapportering sker via vårt avvikelshanteringssystem och allvarliga vårdskador (lex Maria) anmäls till tillsynsmyndigheten Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Verksamhetschefen är ansvarig för att analysera, sammanställa, vidta åtgärder och följa upp avvikelser samt återföra erfarenheter inom respektive ansvarsområde.

Avvikelserapportering

Rapportering av negativa händelser, tillbud och risk ska ske så snart som möjligt efter att en avvikelse inträffat eller blivit känd.

För att säkerställa en systematisk handläggning ska alla avvikelser rapporteras och hanteras i det gemensamma avvikelshanteringssystemet.

Inom folktandvården sker åiterrapporteringen på intranätet och i folktandvårdens verksamhetshandbok.

Resultat

Under 2017 har det rapporterats totalt 7 574 avvikelser varav 4 773 var patientavvikelser. Av dessa är 3 967 analyserade av chef. Avvikelserapporteringen har ökat något under året men det finns fortfarande en underrapportering av avvikelser i landstinget.

Definitioner

Risk: Inget har hänt, men det fanns en risk för att en patient kunde ha drabbats.

Tillbud: Något har hänt och en patient kunde ha drabbats.

Negativ händelse: Något har hänt och en patient har drabbats.

Fördelning av patient avvikelser	Antal
Dokumentation, kommunikation och information	1 716
Vård, diagnostik och behandling.	1 461
Olycksfall och skada (framför allt fall och fallolycka)	790

Vårdgivarens utrednings- och anmälningskyldighet

SFS 2010:659, 3 kap. och HSLF-FS 2017:40 3 kap.

Utredning av vårdskador

Utifrån inrapporterade avvikelser ska verksamheterna utreda händelser som har medfört en vårdskada eller hade kunnat göra det. Syftet med utredningen är att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och orsakerna till det. Utredningen ska ge underlag för beslut om åtgärder som ska hindra att en liknande händelse inträffar på nytt eller begränsa effekterna om händelsen inte helt går att förhindra. Efter utredningen är det viktigt att verksamheten genomför lämpliga åtgärder, följer upp dem och sprider kunskaperna för att hindra att liknande händelser inträffar igen.

Bedömningen av händelser kan vara svår och förutsätter oftast en viss utredning och som regleras i föreskriften HSLF-FS 2017:40. Om utredningen visar att patienten inte har drabbats av en händelse som har eller hade kunnat medföra en vårdskada, återförs resultatet av bedömningen och erfarenheterna till verksamheten inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet. Men om det visar sig att patienten har eller hade kunnat drabbas av en vårdskada, ska händelsen utredas vidare.

Allvarliga vårdskador (lex Maria)

Om en patient fått eller utsatts för risk att få en allvarlig vårdskada inom vården är det vårdgivarens skyldighet, enligt patientsäkerhetslagen 2010:659, att anmäla händelsen till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Från den 1 september 2017 gäller en ny föreskrift för anmälan av allvarlig vårdskada. I den nya föreskriften finns några skillnader, bland annat behöver enbart de undvikbara självmorden anmälas, på samma sätt som andra allvarliga vårdskador.

Chefläkarna och anmälningsansvarig ansvarar för att vårdgivaren uppfyller anmälningskyldigheten och genomför lex Maria-anmälan. Inför beslut

går landstingets lex Maria-råd igenom händelsen för att granska och ger underlag till beslut om lex Maria-anmälan och om fördjupad utredning krävs. I rådet ingår chefläkarna, anmälningsansvarig, medicinskt sakkunniga och enhetschef för patientsäkerhetsenheten.

Vid beslut om fördjupad utredning genomförs en händelseanalys, vilken leds av analysledare huvudsakligen från patientsäkerhetsenheten. Med i analysteamet är även medicinskt sakkunnig samt representant från den berörda verksamheten. Händelseanalysen ska så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka bakomliggande faktorer som påverkat händelsen. Utredningen ska även ta fram åtgärdsförslag för att förhindra att liknande händelser inträffar på nytt eller begränsar effekterna av händelser som inte helt går att förhindra.

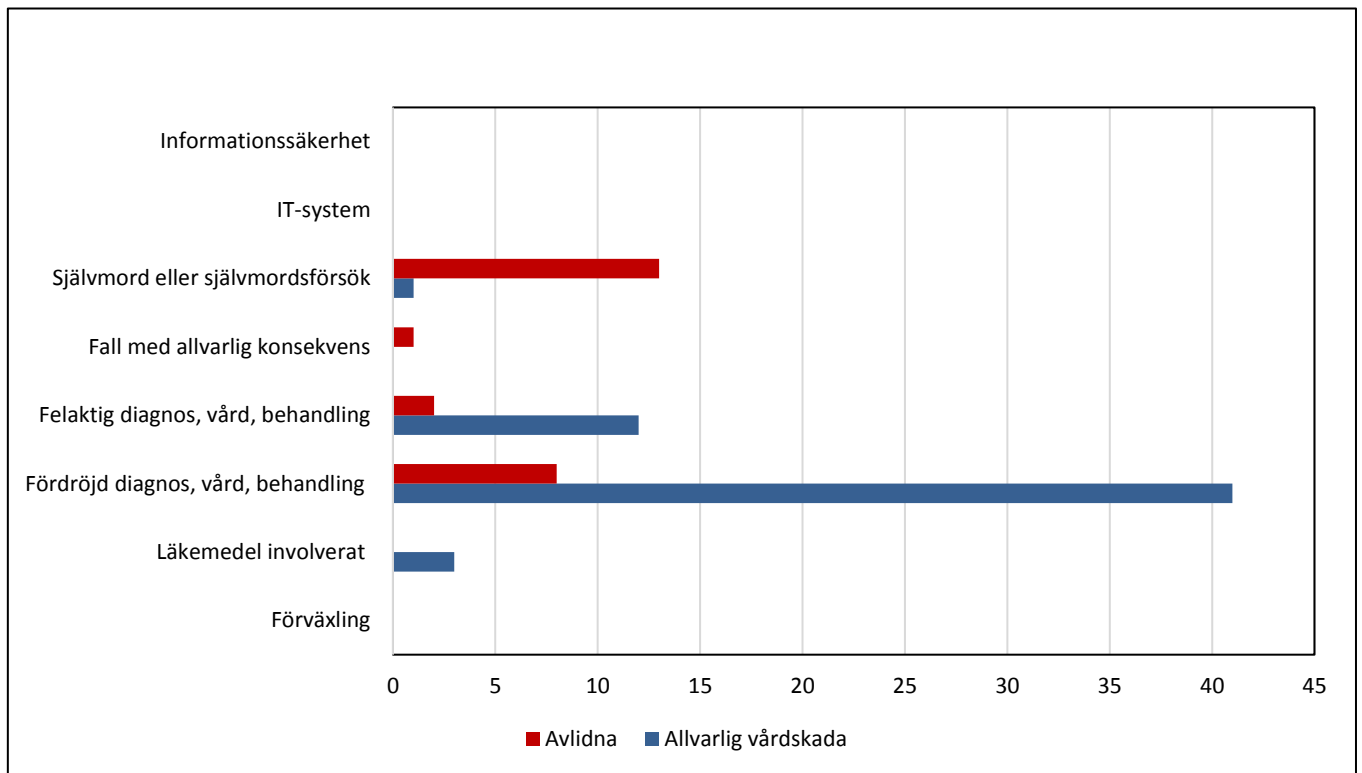
Efter minst sex månader gör chefläkare och analysteamet en uppföljning om beslutade åtgärder är genomförda och har haft avsedd effekt.

Lex Maria-rådet har under året granskat 180 händelser och beslutat att 76 av dessa händelser ska anmälas som allvarlig vårdskada (lex Maria). 81 lex Maria-anmälningar har genomförts inom hälso- och sjukvården och skickats till IVO. Antalet anmälningar är jämnt fördelat mellan område slutenvård (42) och öppenvård (39). För tandvårdens del anmäldes 3 ärenden.

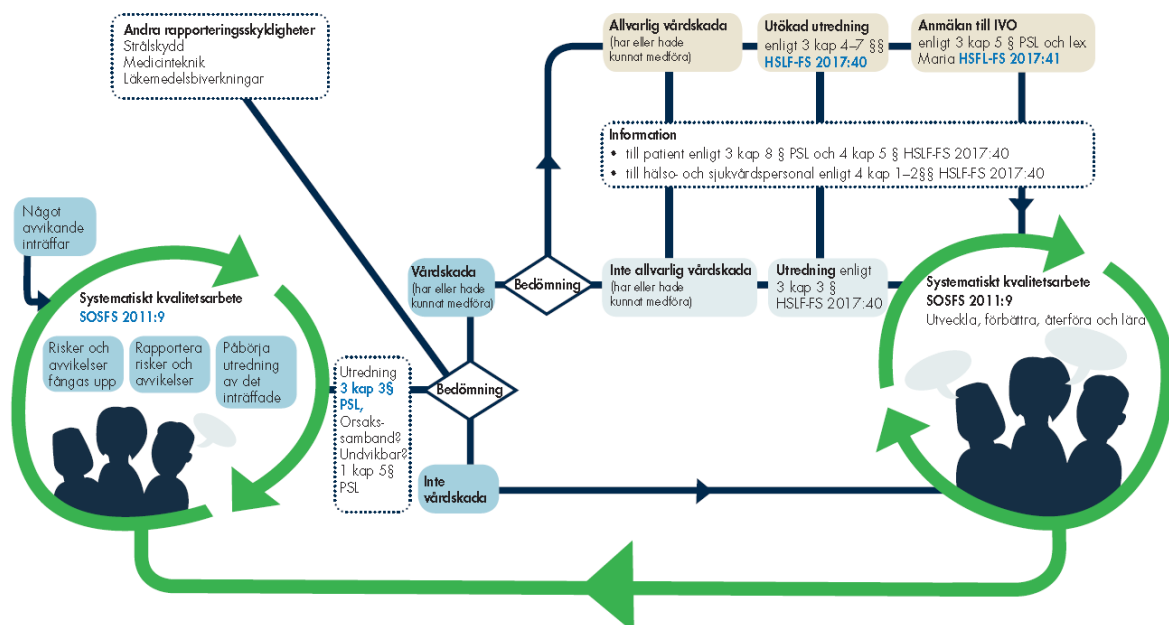
Anmälan av legitimerad personal

Enligt patientsäkerhetslagen ska legitimerad personal som kan utgöra en fara för patientsäkerheten anmälas till IVO. Skyldigheten omfattar både anställd och inhyrd personal eller vikarier och också om anställningen har avslutats. Under 2017 har sex personer anmälts och en person är under utredning.

Orsak och konsekvens för patienten utifrån lex Maria-anmälan – landstinget i Värmland 2017



Utredning av händelser i hälso- och sjukvården



Källa: Socialstyrelsen

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Syftet med en riskanalys är att identifiera risker och riskernas orsaker och föreslå åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna för vårdskador och tillbud.

En riskanalys genomförs för att identifiera risker i en befintlig verksamhet eller inför förändring av verksamheter.

Radiologi

Ett exempel är riskanalys ur ett patientsäkerhetsperspektiv som genomfördes av kärnprocessen inom radiologi. Bakgrunden var flera händelser där perceptionsmissar medfört att diagnos har missats eller fördröjts.

Efter identifiering och värdering av risker i kärnprocessen, gjordes en fördjupning i processteget diagnostik och bakomliggande orsaker till perceptionsmiss identifierades.

De risker som framkom i analysen resulterade i en handlingsplan där de flesta åtgärderna blev en del i det utvecklingsarbete som pågår inom radiologin för att utveckla och effektivisera processen.

Strålskydd

Under 2017 genomfördes en riskanalys inför ombyggnation och byte av en av två behandlingsapparater på strålbehandlingsenheten vid Centralsjukhuset i Karlstad. Under en period på drygt 4 månader kan endast en behandlingsapparat användas för strålbehandling av cirka 60 patienter per dag. Öppettiderna för behandling utökas till klockan 21, vilket innebär förändrade arbetstider med skiftgång. En riskanalys har genomförts med

deltagande av verksamhetschef, avdelningschef, sektionsledare, medicinskt ledningsansvarig och skyddsombud. Under hela processen har en nära dialog förts med berörda medarbetare.

Risikanalysen visade på en rad risker och flera åtgärder har genomförts:

- **En sämre arbetsmiljö och ohälsa på grund av förändrade arbetstider.** Schemaläggning har gjorts i dialog med medarbetarna och utifrån ett hälsofrämjande perspektiv.
- **Behov av utbildning och repetitionsutbildning hos medarbetarna.** Utbildningsmoment har identifierats och utbildning har genomförts.
- **Otydliga arbetssätt på behandlingsapparaten eftersom två arbetslag blir ett.** Kontinuerlig dialog har förts om arbetssätt, arbetsuppgifter och arbetsfördelning.
- **Stor arbetsmängd och väntetider för behandling.** Kontinuerlig dialog har förts med medarbetarna om produktionsplanering. Kontakt har bland annat tagits med strålbehandlingen på Universitetssjukhuset i Örebro för information och dialog om att vid behov kunna remittera patienter för behandling.
- **Sämre informationsöverföring.** Fortlöpande information har getts till medarbetarna via bland annat dagliga korta möten, fasta veckomöten och byggmöten samt veckobrev. En särskild skriftlig patientinformation om ombyggnation och byte av behandlingsapparat har utarbetats tillsammans med kommunikationsenheten.

Informationssäkerhet

HSLF -FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Landstinget har som vårdgivare ett ansvar för informationssäkerheten.

Under året har fokus främst varit inriktat på att ta fram en handlingsplan och skapa organisatoriska förutsättningar för att bedriva informationssäkerhetsarbetet på ett integrerat och effektivt sätt inom hela landstinget. Navet i arbetet planerades utgöras av det så kallade informationssäkerhetsrådet. På grund av att tjänsten som informationssäkerhetsansvarig från och med halvårsskiftet varit obesatt och inte kunnat tillsättas har arbetet i rådet ännu inte kunnat etableras. Målet är att en central funktion som arbetar med informationssäkerhetsfrågor tillsätts i början av 2018 och att arbetet i rådet kan påbörjas så snart som möjligt.

Det pågår ett arbete med översyn av landstingets riskanalyser utifrån olika riskområden, där både

patientsäkerhet och informationssäkerhet ingår. IT-enheten gör riskanalyser inom ramen för förvaltning (pm3) och IT-projekt.

Under året har aktiviteter bedrivits för att möta kommande krav i EU:s dataskyddsförordning och resulterat i en fas 1-rapport som ska ligga till grund för nästa års arbete.

Landstinget har under 2017 drabbats av en större driftsstörning i Cosmic. Det har förekommit ett antal utredningar om dataintrång och integritetskränkningar. I övrigt har totalt 33 anmälningar som av anmälare bedömts beröra brister i informationssäkerhet registrerats i landstingets avvikelshanteringssystem.

En samlad årsrapport om informationssäkerhetsarbetet inom landstinget kommer att presenteras för landstingsstyrelsen under 2018.



Hantering av klagomål och synpunkter

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

Det finns olika vägar för patienter och närstående att höra av sig med synpunkter och klagomål på hälso- och sjukvården.

Många hör av sig direkt till den aktuella verksamheten och ärendet hanteras lokalt av berörd chef och medarbetare. Det går också att vända sig till patientnämnden.

Klagomål inom verksamheten

Om en patient eller närstående har synpunkter, klagomål eller upplever att något gått fel i vården ska verksamheten möta dessa personer och besvara synpunkterna och klagomålen. Patient eller närstående har rätt att få en redogörelse för vad de upplevt som fel i kontakten med hälso- och sjukvården.

Om patient eller närstående inte är nöjd med verksamhetens svar informeras de om möjligheten att anmäla sina synpunkter direkt till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Patienter och närstående kan inte göra en lex Maria-anmälan. De kan istället anmäla detta som ett enskilt klagomål till IVO.

Klagomål som inkommit direkt till IVO skickas via anmälningsansvarig till berörd verksamhetschef. Under 2017 har 103 enskilda klagomål inkommit från IVO till landstingets verksamheter, 99 inom hälso- och sjukvård och 4 inom tandvård. Några av ärendena gäller händelse hos andra vårdgivare där IVO begärt journalkopior för att kunna göra sin bedömning av vårdförloppet. Berörd verksamhetschef ansvarar för att begärda handlingar skickas till IVO.

Klagomål till patientnämnden

Patientnämnden i Värmland är en från hälso- och sjukvården fristående och opartisk länk mellan patienten och vården. Patientnämnden omfattas av samma sekretessregler som gäller för personal inom hälso- och sjukvården och har ett eget

sekretessområde. Patientnämnden är en del i ett mer omfattande system för klagomålshantering, tillsammans med bland annat IVO och patientförsäkringen (LÖF).

Uppdraget regleras i första hand av lagen om patientnämndsverksamhet (SFS 1998:1656) men även i patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659), patientlagen (SFS 2014:821) och hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Patientnämnden utses av landstingsfullmäktige.

Målet med patientnämndsverksamhet är att patienten ska få svar på sina frågor om vad som hände och vilka åtgärder som vidtagits för att det inte ska hända igen. Det är även av stor vikt att patienten känner sig lyssnad till. Nämnden har inga disciplinära befogenheter, gör inga medicinska eller ekonomiska bedömningar, har inte tillgång till patientjournaler och tar inte ställning till om vårdgivaren handlat rätt eller fel. Synpunkter och klagomål som inkommer till patientnämnden ska bidra till ökad patientsäkerhet och utveckling av hälso- och sjukvården och folkhälsovården.

Patientnämnden sammanträder fem gånger per år. Inför nämndens sammanträden får ledamöterna en rapport innehållande aidentifierade sammanfattningar av samtliga ärenden där handläggningen avslutats. Vidare förs en dialog med ledamöterna om tendenser och problemområden som uppmärksammats och som är viktiga att återföra till verksamheten. Det är en viktig uppgift för nämndens verksamhet att finna goda former för återföring av patienters och närståendes erfarenheter till vården genom att verksamhetsföreträdare bjuds in till dialog. Patientnämndens sammanträdesprotokoll skickas även till alla verksamhetschefer.

Sammanfattning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Av de mätetal landstinget följer som mått på patientsäkerheten har fler visat bättre resultat än tidigare under 2017. Även om landstinget inte når målet inom alla områden så tycks det som att det går åt rätt håll. Det är glädjande för alla medarbetare som varje dag gör ett fantastiskt arbete med att skapa en säker vård för våra patienter.

Uppgradering av journalsystem

Något som utmanade vården under 2017 var uppgradering av journalsystemet Cosmic till version R8.1. Versionen innebär bland annat en ny läkemedelsmodul, vilket länge efterfrågats. Det var många medarbetare som arbetade intensivt med att göra förberedelser inför uppgraderingen, bland annat gjorde läkemedelsenheten en stor insats med byggandet av mallar för att underlätta ordinationer i systemet. Tyvärr har det visat sig att det har uppstått flera patientsäkerhetsrisker i efterförloppet, trots ett gediget förarbete. En del av dem har sin grund i att en del medarbetare (framför allt läkare) inte genomgått den obligatoriska utbildningen för att kunna arbeta i den nya läkemedelsmodulen. Det leder till att medarbetare inte vet hur de ska hantera systemet, vilket i sin tur leder till felaktigheter och patientsäkerhetsrisker när läkemedelsordinationer inte blir korrekta.

En annan orsak till problem är att man inte följer de framtagna rutinerna för hantering av läkemedelslistan. En utebliven eller icke fullständig genomgång av patientens läkemedel och migrering till den nya läkemedelslistan innebär risk för att patienter får fel läkemedel och att andra med ansvar för patientens vård inte har tillgång till rätt information. Detta är förstås inte acceptabelt och ett arbete måste läggas på att få samtliga läkare att ta sitt ansvar för att patienten har en korrekt och uppdaterad läkemedelslista.

Nya områden och nya arbetsformer

Organisatoriskt har indelningen i områden etablerats och nya arbetsformer är på gång att ut-

vecklas. Inom område öppenvård görs ett omfattande arbete med arbetsväxling (Bästa effektiva omhändertagandenivå). Patientsäkerhetscentrums medarbetare varit delaktiga genom att granska rutiner för det framtida arbetet. Arbetsväxlingen är ett positivt initiativ för att skapa en jämlik och behovsstyrd vård där vi utnyttjar våra resurser så effektivt som möjligt. Förhoppningen är att öka tillgängligheten inom i första hand primärvården, en nog så viktig faktor för en god patientsäkerhet. Det är viktigt att säkerställa att överföringen av arbetsuppgifter som tidigare utförts av läkare sker på ett patientsäkert sätt, där man tar tillvara den kunskap och erfarenhet som finns och noggrant utvärderar resultaten, även ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Beläggningsgrad

En hög medelbeläggning på vårdavdelningar innebär ökad risk för vårdskador. Beläggningsgrad och utlokaliseringar visar högre siffror 2017 jämfört med 2016. Jämför vi med resten av Sverige ligger Värmland bättre till. Vi kunde exempelvis ha fler vårdplatser öppna över sommaren jämfört med många av landets landsting, men situationen var periodvis mycket ansträngd och krävde vårdplatskonferens för att lösa platsbristen. Det viktiga är att ha bra rutiner kring de patienter som trots allt måste vårdas på en annan enhet, för att minska risken för vårdskador för denna grupp.

Följsamhet till basala hygien- och klädrutiner

De flesta resultat som följs på en landstingsövergripande nivå har fortfarande fokus på den somatiska slutenvården. Ett mått som dock följs i samtliga verksamheter är följsamhet till basala hygien- och klädrutiner. Där kan vi konstatera att även om vi inte når det uppsatta målet för 2017 – minst 85 procents följsamhet – så ligger vi väl till i nationella jämförelser. Några verksamheter sticker ut med sämre resultat än övriga landstinget. Under kommande år gäller det att aktivt arbeta med de moment där man har störst utmaning att få följsamhet.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Patientsäkerhetscentrum såg dagens ljus 1 januari 2017. I centrumbildningen samorganiserades patientsäkerhetsenheten, läkemedelsenheten med chefläkarfunktionen, systemförvaltare för avvikelshanteringssystemet och utredningstandläkare. Patientsäkerhetscentrums uppdrag är att utgöra stöd för de patientnära verksamheterna i patientsäkerhetsarbetet för att skapa än säkrare vård. Samorganiseringen ger ökade möjligheter att kraftsamla kring patientsäkerhetsarbetet, med den samlade expertkompetensen som resurs.

Följande aktiviteter kommer att vara i fokus för det strategiska patientsäkerhetsarbetet under 2018.

Patientsäkerhetsombud

Etablering av en organisation för patientsäkerhet, i första hand inom område slutenvård, är ett högt prioriterat arbete under det närmaste året. Patientsäkerhetsombuden blir ett sätt att föra fördjupad kunskap inom patientsäkerhetsområdet närmare den patientnära vården, där varje insats är av betydelse för en säker vård.

Patientsäkerhetscentrums roll blir att tillhandahålla utbildningar, skapa nätverk för ombuden och bidra med verksamhetsanpassat stöd i förbättringsarbeten. Utbildningar till både chefer, medarbetare och patientsäkerhetsombuden är prioriterade områden för att överföra den expertkunskap som finns inom patientsäkerhetscentrum så att den kan göra nytta i varje patientmöte, vilket är en förutsättning för att vi ska ta oss närmare målet inga vårdskador.

Samlade analyser

Ett annat prioriterat utvecklingsområde är att tillhandahålla samlade analyser inom patientsäkerhetsområdet. Genom att samla resultat från egna och nationella mätningar, statistik från avvikelssystemet och anmälningar, kunskap från utredningar och synpunkter och klagomål från våra patienter, är målet att skapa en bild av patientsäkerhetsläget inom landstinget som helhet

och i dess olika områden. Arbetet är påbörjat och en första analys är genomförd som kommer att utvecklas under årets tertialuppföljningar. Att ge riktat stöd till specifika uppföljningar kommer också att vara en viktig uppgift för patientsäkerhetscentrum.

Patientsäkerhetskultur

Patientsäkerhetscentrum kommer också att prioritera insatser för att stötta utvecklingen av en stark patientsäkerhetskultur. Ett nationellt verktyg för dialog kring säkerhetskultur håller på att tas fram. Möten ute i verksamheterna med utgångspunkt från detta material kan vara ett bra sätt att få igång arbetet på varje enhet med att identifiera förbättringsbehov och göra handlingsplaner för hur man kan stärka patientsäkerhetskulturen. Detta arbete torde med fördel kunna göras tillsammans med HR-avdelningen, med utgångspunkten att säkerhet inom arbetsmiljöområdet går hand i hand med patientsäkerheten.

Den sammanslagna medarbetar- och patientsäkerhetsenkäten som genomfördes i början av 2017 kommer under av hösten 2018 att följas upp med någon form av ny enkät, för att få en bild av medarbetarnas uppfattning om patientsäkerhetsklimatet på arbetsplatserna. Det är viktigt att vi fortsätter hålla fokus på arbetet med att utveckla säkerheten för både våra patienter och medarbetare och en enkät kan vara ett sätt att följa utvecklingen inom området.

Avvikelse som källa till förbättringar

Något som också är en viktig del i en säkerhetskultur är hur man förhåller sig till och arbetar med avvikelser. Målet är att varje medarbetare och verksamhet ser avvikelser som en källa till förbättringsarbete, att man delar med sig av sina misstag och sprider lärande vidare både inom och utanför enheten i syfte att bidra till ökad kunskap om risker för att kunna förebygga dem.

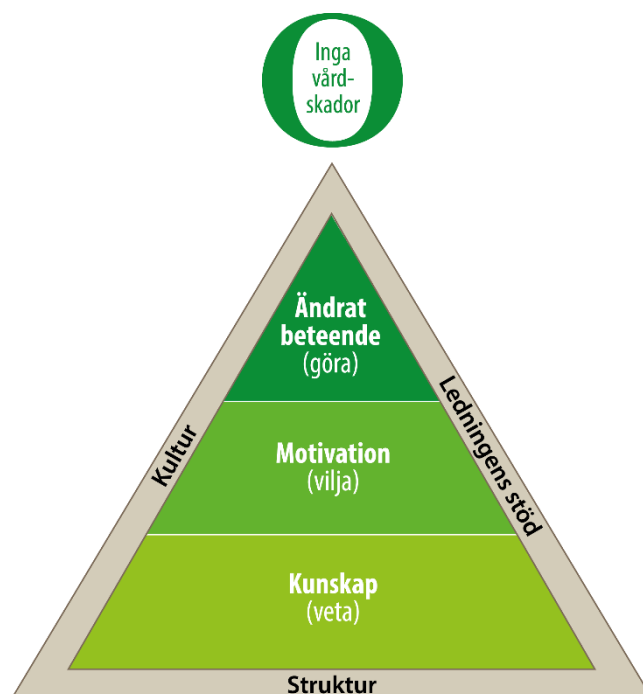
Under 2018 behöver det tas fram en modell för hur vi i landstinget ska arbeta med våra avvikelser och hur det arbetet kan integreras både med förbättringstavlor på egna enheten, vårt digitala

avvikelsehanteringssystem och hur vi tar hand om patienternas synpunkter och klagomål.

I tillägg till ovanstående fortsätter arbetet med att på ett effektivt sätt utreda de allvarligaste händelserna i vårdskaidepanoramata, de som anmäls enligt lex Maria. Vi behöver under 2018 utveckla metoden ytterligare och göra verksamheter och medarbetare involverade i processen för att skapa ännu bättre förutsättningar för att det inträffade ska leda till både förbättringar och lärande genom hela organisationen. En förändrad klagomålshantering ställer också krav på oss

att ta fram en landstingsövergripande rutin för hur vi omhändertar patienters klagomål så att vi gör det på ett likartat och jämlikt sätt i alla verksamheter.

Med utgångspunkt i kunskaper om riskområden och erfarenheter från mätresultat och utredningar, är målet att under kommande år ge ett mer proaktivt stöd för att öka alla medarbetares förmåga att arbeta för en patientsäker vård.



Bilagor

Bilagorna finns i landstingets diarium.

Årsrapport anmälningsärenden

Årsrapport 2017 med anmälningar till och beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO), inom hälso- och sjukvården. Diarienummer LK/180001.

Årsrapporter för etikkommitté, informationssäkerhet samt för strålsäkerhetsbokslut

Kontakta diariet: diariet@liv.se



Landstinget i Värmland, Landstingshuset, 651 82 Karlstad
054-61 50 00 | info@liv.se | www.liv.se | www.1177.se/varmland