

# Patientsäkerhetsberättelse 2021



**Region  
Värmland**

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Patientsäkerhetsberättelse 2021 .....	1
Sammanfattning .....	3
Övergripande mål och strategier .....	3
Organisation och ansvar .....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	7
Patienters och närståendes delaktighet.....	10
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	11
Klagomål och synpunkter .....	12
Egenkontroll .....	13
Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....	14
Risikanalys .....	20
Utredning av händelser – vårdskador .....	21
Informationssäkerhet.....	22
RESULTAT OCH ANALYS.....	23
Mål och strategier för kommande år .....	43
Bilagor.....	44

# SAMMANFATTNING

## ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER

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

2021 har präglats av den fortsatta Covid-19 pandemin. Pandemin har inneburit stora prövningar för vården, men också visat att samarbete och omställning är möjlig i snabbare takt än vi tidigare trott. Detta ger oss goda förutsättningar i det fortsatta arbetet med omställningen mot nära vård, styrning mot kvalitet och planering av framtida sjukhusbyggnationer.

Under hösten 2021 har ett arbete påbörjats för att samla och förtydliga vårdens stödfunktioner inom område Vårdkvalitet. Patientsäkerhetsenheten och kliniska kunskapsstödsenheten kommer från årsskiftet att sammanföras och byta namn till kunskapsstyrning och patientsäkerhetsenheten. Detta för att tydliggöra fokus på integrering av patientsäkerhetsperspektivet och undvika parallella spår i det nationella systemet för kunskapsstyrning.

Under året beslutades att implementera Gröna Korset som är en visuell metod för medarbetare i sjukvården att dagligen identifiera risker, vårdskador och arbetsmiljöfrågor i realtid. Detta skapar ett underlag för riktat, systematiskt förbättringsarbete som ökar patientsäkerheten, utvecklar patientsäkerhetskulturen samt förbättrar arbetsmiljön.

Under 2021 har hälso- och sjukvården haft ett tydligt fokus på kvalitet, daglig styrning och förutsättningar för kontinuerligt förbättringsarbete. Målsättningen är att varje verksamhet tillsammans med områdesledning och chefläkare tar fram olika kvalitetsmått. Kvalitetsmåten ska inbegripa medicinsk kvalitet, omvårdnads kvalitet, tillgänglighet och patientens synpunkter på verksamheten. Dessa parametrar följs upp i verksamhetsdialoger.

När det gäller vårdrelaterade infektioner (VRI) och basala hygienrutiner (BHK) har vi fortsatt genomföra mätningarna enligt tidigare plan, trots att de nationella mätningarna varit pausade till följd av pandemin. Vi har också under 2021 specifikt mätt Source Control för att kartlägga följsamheten under året. Resultaten av mätningarna har därefter analyserats och riktade insatser har gjorts inom olika verksamheter vad gäller BHK, VRI och vårdskador.

Region Värmland har under 2021 arbetat utifrån **Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård 2020–2024**. Utifrån den har en GAP-analys utförts för att tydliggöra och prioritera förbättringsområden. GAP-analysen ligger nu till grund för framtagandet av Region Värmlands handlingsplan för patientsäkerhet 2022–2024.

Trots de svårigheter som pandemin medfört ser vi positivt på framtiden. Den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet har legat till grund för höstens och vinterns framtagande av förslag till Region Värmlands handlingsplan för patientsäkerhet 2022–2024. Målsättningen är att handlingsplanen visar vägen framåt för vad vi ska åstadkomma och hur vårdverksamheterna kan få bästa stöd i det fortsatta arbetet mot ökad vårdkvalitet, ökad patientsäkerhet och med att skapa förutsättningar för att arbeta med ständiga förbättringar.

Lena Gjevvert hälso-, och sjukvårdsdirektör

# ORGANISATION OCH ANSVAR

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

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

## Politiska ansvarsnivåer

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

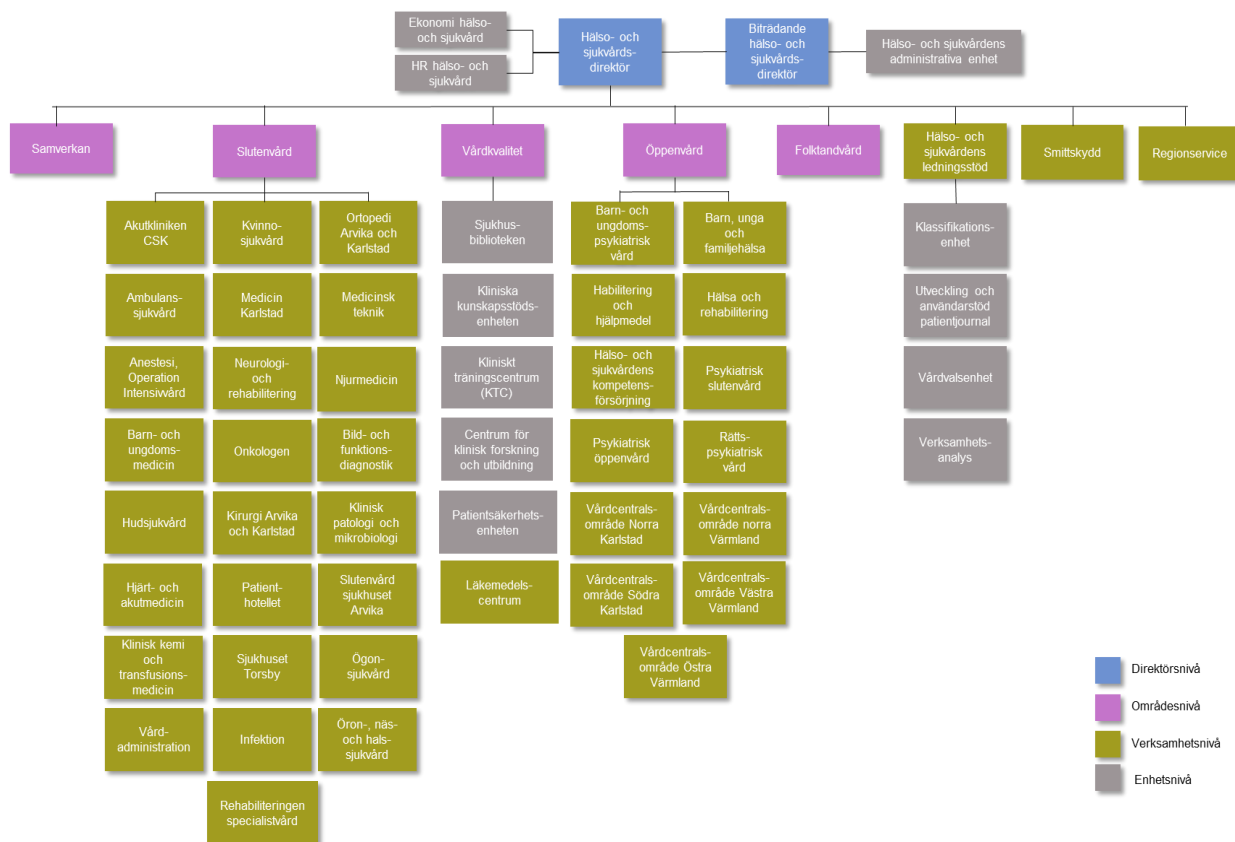
**Hälso- och sjukvårdsnämnden** - planerar hälso- och sjukvården samt tandvården ur ett övergripande befolkningsperspektiv i samverkan med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

Under 2021 har förändringar gjorts avseende de reglementen som omfattar respektive styrelse och nämnd. Dessa förändringar innebär att hälso- och sjukvårdsnämnden från och med 2022 är ansvarig för de uppgifter som följer av att Region Värmland är vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen samt tandvårdslagen med tillhörande författningar. I hälso- och sjukvårdsnämndens ansvar ingår från och med 2022 bland annat ansvar för:

- Att följa upp hälso- och sjukvårdens verksamhet och ekonomi samt att redovisa därmed förknippade rapporter till regionstyrelsen.
- Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvården samt att utse smittskyddsläkare enligt smittskyddslagen (2004:168) som verkar på uppdrag av hälso- och sjukvårdsnämnden i frågor som inte gäller myndighetsutövning.



## Ansvarsnivåer inom hälso- och sjukvården 2021



**Regiöndirektör och hälso- och sjukvårdsdirektör** - den högsta tjänstemannaledningen utgör operativ ledning för hälso- och sjukvården och fördelar resurser och ansvar för arbetsuppgifter och befogenheter till vårdens verksamhetsområden.

**Chefläkare/cheftandläkare** - leder det övergripande patientsäkerhetsarbetet i regionen. Det innebär såväl en övervakande och utredande funktion som stöd och råd till verksamheternas patientsäkerhetsarbete. Chefläkare kan vid behov initiera djupare analyser och utredningar i syfte att förbättra patientsäkerheten. Chefläkarna verkar också för en stärkt patientsäkerhetskultur i ledningsgrupper och verksamheter. Chefläkare leder etikkommittén, lex Maria-rådet samt patientsäkerhetskommittén i Värmland.

**Smittskydd Värmland** - har det övergripande ansvaret för arbetet med smittskydd, vårdhygien och samverkan mot antibiotikaresistens (Strama). 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 en väl utvecklad samverkan med länets kommuner genom avtal.

**Strålsäkerhet** - verksamhet med strålning är reglerad i svensk lag. För att bedriva verksamheten krävs tillstånd med villkor för medicinsk och odontologisk verksamhet med joniserande strålning. Strålsäkerhetsarbetet övervakas i strålsäkerhetskommittén och ansvar och samspel i organisationen beskrivs i strålsäkerhetsorganisationsplanen. För mer information - se strålsäkerhetsboksut 2021.

**Informationssäkerhet** - informationssäkerhetsansvaret ligger i linjeorganisationen. Region Värmland har två informationssäkerhetssamordnare som ger utbildningar, stöd och råd, samt håller informationsträffar och tillhandahåller material till chefer och medarbetare. För samordning och uppföljning av informationssäkerhetsarbetet finns ett informationssäkerhetsråd. Samtliga medarbetare i Region Värmland har möjlighet att väcka ärenden till rådet.

**Läkemedelskommittén** - är med sina terapigrupper ett rådgivande expertorgan i läkemedelsfrågor som värderar nya och gamla läkemedel och deras plats i terapin.

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

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

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

**Område samverkan** – området ger stöd för god intern och extern samverkan samt bidrar till ökad kvalitet och patientsäkerhet. Område samverkans huvudsakliga uppdrag är att, i nära samarbete med berörda verksamheter, leda och stödja utveckling av strukturer för att möjliggöra förbättrad intern och extern samverkan. Områdets chefsläkare leder arbete för att förebygga patientsäkerhetsrisker vid vårdens övergångar tillsammans med representanter för kommuner och regionens patientsäkerhetsstrukturer.

**Område vårdkvalitet** – områdets uppdrag är att stödja vårdens verksamheter både strategiskt och operativt för att bidra till en kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård. Områdets olika verksamheter bidrar med expertstöd och ledning i frågor som rör läkemedel, klinisk forskning, utbildning, patientsäkerhet, utvecklingsarbete, avvikelshantering och implementering av kunskapsstyrning.

# SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR

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

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

## **Samverkan mellan regionen och länets kommuner på strategisk nivå**

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

## **Samverkan mellan regionen och länets kommuner genom en gemensam patientsäkerhetskommitté**

Sedan flera år finns en gemensam patientsäkerhetskommitté i Värmland. I kommittén ingår MAR och MAS från tre olika kommuner, chefläkare samt utvecklingsledare med uppdrag kring samverkan från regionen. Kommittén leds av regionchefläkaren och utgör en lokal samverkansgrupp för patientsäkerhet inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen (LSG patientsäkerhet). Centralt i gruppens arbete är att fokusera på patientsäkerhetsrisker i vårdens övergångar samt riskområden där samverkan mellan region och kommun krävs för att skapa en god och säker vård. Under 2021 har en omfattande kartläggning gjorts i länets kommuner kring arbetet med munhälsa inom äldreomsorgen. En arbetsgrupp med koppling till patientsäkerhetskommittén har i enkätform inhämtat information från medarbetare inom kommunal vård och omsorg kring hur munhälsoarbetet bedrivs och vad som behöver utvecklas. Ett första resultat är att det tydligt framkommer behov av en mer användaranpassad och reviderad utbildning i munhälsoarbete, något som folktandvården kommer att arbeta vidare med tillsammans med företrädare från kommunerna. Ett annat viktigt område är läkemedelsrelaterade risker i vårdens övergångar. Den planerade inventeringen av avvikelser inom detta område i samband med utskrivning från slutenvården fick skjutas upp på grund av pandemin men kommer att genomföras i början av 2022.

## **Suicidprevention i Värmland**

Samverkan kring suicidprevention i länet har ökat under 2021 mellan exempelvis blåljusaktörer i länet och samverkan mellan Värmlands kommuner och Region Värmland har förstärkts. I Värmlands regionala nätverk för suicidprevention ingår representanter från Värmlands kommuner, Region Värmland, Svenska kyrkan, Polisen, Räddningstjänsten, Försäkringskassan, Länsstyrelsen i Värmland, Suicide Zero, EBLskolan, (H)järnkoll, Anonyma Alkoholister, Funktion srätt Värmland och RSMH Kalstasola. Nätverket har planerat och genomfört utbildningar och föreläsningar samt stöttat forskning kring maskulinitet och suicid och en utvärdering av samordning av transvård. Arbetet kring en ny länsgemensam handlingsplan för suicidprevention i Värmland som påbörjades

2020 har avslutats och en ny läns-gemensam plan har antagits av det regionala nätverket. Förankringsprocessen i alla deltagande organisationer kommer att påbörjas våren 2022.

Inom regionens hälso- och sjukvård har en klinisk suicidpreventiv grupp etablerats. Kopplat till denna finns ett antal arbetsgrupper med bred representation av olika kompetenser där även närstående inkluderats i arbetet. Arbetet med ett övergripande styrande dokument pågår. Etablerade arbetssätt finns avseende barn och unga vuxna som har närstående som begått självmord och motsvarande arbetssätt utarbetas för att även gälla för vuxna. Behovsanpassat utbildningsmaterial motsvarande en utbildningstrappa är också under framtagande.

Suicid ska alltid rapporteras till chefläkarfunktionen varefter en vårdskadeutredning genomförs som underlag för ställningstagande till lex Maria-anmälan vilken genomförs om självmordet bedöms undvikbart ur vårdens perspektiv (om adekvata vårdåtgärder är vidtagna, om rätt diagnos är satt, pågår eller om adekvat behandling och uppföljning har initierats). Det kan efter årets granskningar konstateras att i majoriteten av de granskade självmorden har vården trots allt gjort det den förväntats och ska göra, varför endast ett fåtal lex Maria anmäls.

Inom ramen för patient- och närståendebildningsarbetet har digitala stödgrupper för syskon och föräldrar till personer som begått självmord genomförts tillsammans med företrädare för Svenska kyrkan.

### **Vårdinformationssystem**

I dagens hälso- och sjukvård är stabila, fungerande och samverkande IT-system av största vikt, både för patienter och medarbetare. Med hjälp av dessa ska patienter uppleva en god tillgänglighet och trygghet, medarbetare ska kunna planera, utföra och dokumentera och uppföljning ska kunna genomföras. Uppdraget att tillse att systemen fungerar och utvecklas delas mellan flera olika enheter inom Region Värmland.

### **Läkemedelskommittén**

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

### **Expertgrupper för nutrition, trycksår och fall**

De tvärprofessionella expertgrupperna för riskområden nutrition, trycksår och fall arbetar kontinuerligt med utbildning, informationsinsatser och följer aktuell forskning inom det förebyggande arbetet. Samarbete kring riskområdena sker tillsammans med Värmlands kommuner och Karlstads universitet.

### **Arbetsmiljö och patientsäkerhet**

Det gemensamma arbetet med arbetsmiljö och patientsäkerhet har under 2021 bestått av genomförandet av HME och HSE-enkäterna. I uppföljningsarbetet med enkäterna har säkerhetskulturtrappan varit ett av verktygen. Genom breddinförandet av Gröna Korset samordnas arbetet med arbetsmiljö och patientsäkerhet och ett gemensamt stöd för systematiskt och dagligt förbättringsarbete möjliggörs. Under året har karriärutvecklingsmodeller tagits fram för flera professioner där den reella och kliniska kompetensen beskrivs utifrån vårdens kärnkompetenser.



## Folktandvården och kommunerna

För att kunna ge de multisyjuka 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. Folktandvården har också utökat antalet utrustningar som kan placeras direkt i boenden, som en fast utrustning i ett rum eller som mobil utrustning. Detta har resulterat i ett betydligt lägre antal uteblivna besök och mycket sena återbud av patienter med behov av nödvändig tandvård. Eftersom patientgruppen har nedsatt autonomi har de varit beroende av att vårdpersonal kunnat följa med till en klinik, något som blivit allt svårare att lösa.



# PATIENTERS OCH NÄRSTÅENDES DELAKTIGHET

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

I patientsäkerhetsarbetet samverkar regionen med patienter och närstående bland annat genom utbildningar, enkäter, patientföreningar och patientmedverkan vid händelseanalyser samt genom möjligheten att lämna synpunkter och klagomål på vård och behandling.

## **Patientmedverkan i utredning av allvarlig vårdskada**

Vid utredning av allvarlig vårdskada erbjuds alltid patient och närstående att ge en egen beskrivning av den inträffade händelsen. Efter genomförd utredning får patient och närstående ta del av utredningens resultat och en beskrivning av vilka åtgärder berörd verksamhet kommer att vidta.

## **Nationell patientenkät**

Region Värmland deltar vartannat år i gemensamma nationella undersökningar inom primärvård, somatisk öppen- och slutenvård, akutmottagningar, psykiatrisk öppen- och slutenvård, barnsjukvård öppen- och slutenvård samt barn- och ungdomspsykiatri. Genom att delta i Nationell patientenkät har patienter möjlighet att berätta om och svara på frågor rörande sina erfarenheter och upplevelser av vården. Resultaten används för att förbättra och utveckla vården utifrån ett patientperspektiv. Resultaten är också underlag för jämförelser mellan vårdenheter och ett redskap för styrning och ledning.

## **Patient- och närståendebildning som stöd till egenvård**

Med ett besked om långvarig eller obotlig sjukdom, fysiskt eller psykiskt, är det nödvändigt att få kunskaper och stöd för att 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. Möten som bidrar till att både patient och närstående lär känna andra i liknande situation, lär av varandra och kan ge varandra stöd när behov uppstår i vardagen. I förlängningen bidrar detta till ökad trygghet före den enskilde. Under 2021 har patient- och närståendebildningsgrupperna inte varit möjliga att genomföra enligt den ursprungliga planen, men digitala alternativ har utarbetats och testats.

## **Patienters delaktighet i vårdens utvecklingsarbeten**

Inom ramen för kunskapsstyrningsstrukturen har Sveriges kommuner och regioner (SKR) gemensamt utarbetat ett nationellt regelverk för ersättning till patienter och närstående som medverkar i vårdens utvecklings- och förbättringsarbeten. Under 2021 har lokala riktlinjer och rutiner tagits fram.

# 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 och följa upp avvikelser och vidta åtgärder inom respektive ansvarsområde.

## Avvikelsehantering

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

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

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

Efter den uppgradering och förbättring av avvikelshanteringssystemet som gjordes under 2020 kan det konstateras att kvaliteten på inkomna avvikelser har höjts samtidigt som vårdens chefer upplever en förenklad handläggningsprocess.

## KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER

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

Vårdgivare 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 samt andra organisationer och intressenter.

Region Värmland är fortsatt delaktig i utvecklingen av arbetet med synpunkter och klagomål på nationell nivå. I maj 2021 startade en ny process i regionens avvikelsesystem där patienter och närståendes synpunkter och klagomål kan registreras och hanteras i regionens avvikelshanteringssystem. Synpunkter och klagomål kan komma in via 1177, samtal eller brev och dessa tas emot av en synpunktshandläggare som kategoriserar och fördelar ärenden till ansvarig chef. Från maj till december har det inkommit totalt 378 synpunkter i systemet. 112 handlar om vård och behandling, 68 handlar om kommunikation och 88 handlar om tillgänglighet.

Ytterligare funktionalitet planeras till våren 2022 där direkt rapportering från patienten via 1177-inloggning möjliggörs.



# EGENKONTROLL

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

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

UPPFÖLJNING OCH MÄTNING	OMFATTNING OCH FREKVENNS	KÄLLA
Markörbaserad journalgranskning på sjukhus- och verksamhetsnivå	Månadsvis	SKR
Basala hygienrutiner och klädregler	Nationell mätning två gånger under 2021. Regionmätning tidigare tertialvis, men p.g.a. pandemin månadsvis.	SKR och interna register
Vårdrelaterade infektioner	Nationell mätning vanligtvis en gång per år men inte 2020 p.p.a. pandemin. Regionmätning tertialvis.	SKR
Source control	Regional mätning fyra gånger under 2021.	Interna register
Antibiotikaförskrivning	1. Månadsvis 2. Kvartalsvis	1. Folkhälsomyndigheten 2. Läkemiddelsenheter
Trycksår	Nationell samt regiongemensam mätning två gånger per år, lokala mätningar månadsvis inom delar av somatisk slutenvård.	SKR och interna register
Avvikelser inom regionen	Antal följs löpande i regionens avvikelshanteringssystem.	Interna register
Patientrelaterade avvikelser inom regionen	Antal följs löpande i regionens avvikelshanteringssystem.	Interna register
Avvikelser gällande samarbetet mellan regionen och kommunerna i Värmland	Antal följs löpande.	Interna register
Händelse- och riskanalyser	Antal följs tre gånger per år.	Interna register
Riskbedömning för fall, trycksår och nutrition i slutenvård	Följs dagligen inom all slutenvård.	Regionens datalager
Beläggningsgrad	Följs dagligen inom all slutenvård.	Regionens datalager
Överbeläggningar av patienter	Antal följs dagligen per sjukhus inom all slutenvård.	SKR och regionens datalager
Utlökaliserade patienter	Antal följs dagligen per sjukhus inom all slutenvård.	SKR och regionens datalager
Väntetid till tandvård	Antal kliniker som har högst sex månaders väntetid kontrolleras tertialvis.	Interna register



# ÅTGÄRDER FÖR ATT ÖKA PATIENTSÄKERHETEN

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

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

## Utbildning och kompetens

Kunskap om patientsäkerhet behövs på alla nivåer i hälso- och sjukvården, hos enskilda medarbetare, chefer och ledare samt beslutfattare och politiker. Kunskapen behövs för att kunna fatta väl avvägda beslut utifrån systemövergripande faktorer, men också för att kunna bedöma risker samt föreslå och vidta åtgärder.

En ökad medvetenhet och mer kunskap om risker samt förmåga att hantera dessa förutsätter även kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete. Med ett systembaserat synsätt finns möjlighet att åtgärda brister i organisationen och därför behövs även kunskap om systemets påverkan för att förstå vad som skapar säker vård.

Patientsäkerhetsenheten erbjuder och genomför utbildningar i patientsäkerhet för chefer och medarbetare som till exempel händelseanalysutbildning, att styra och leda verksamhet med fokus på patientsäker vård och fokus patientsäkerhet. Tyvärr har dessa utbildningar inte kunnat genomföras under pågående pandemi. Däremot har utbildningar genomförts på uppdrag av enskilda verksamheter, till exempel internutredning i samband med lex Maria-anmälan, orsaksanalys i samband med avvikelshantering, förbättringskunskap och metoder för förbättringsarbete.

## Frakturprevention och behandling för osteoporospatienter

ÅTGÄRDER KOPPLADE TILL MÅL, STRATEGIER OCH RESULTAT	
<b>Identifierat förbättringsbehov</b>	<b>Mål</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Uppdatering och fastställande och implementering av styrande dokument.</li><li>• Systematik i arbetet med fallprevention.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Jämlik vård för länets medborgare med osteoporosfraktur.</li><li>• Göra vården säker för patienterna enligt nationell riktlinje.</li></ul>
<b>Metod och åtgärd</b>	<b>Uppföljning och utvärdering</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Implementering av vårdförlopp osteoporos.</li><li>• Revidering och ensning av dokumenten för likriktad vård i länet. Implementera efter beslut.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Uppföljning av vårdförlopp enligt plan.</li><li>• Tillse att dokumenten är tydliga och implementerade över hela länet.</li></ul>

**Kommentar:** Programområdet för endokrina sjukdomar har via LAG osteoporos ansvar för implementeringen av vårdförlopp osteoporos.

## Kvalitetssäkra hantering av hälso- och sjukvårdens styrande dokument

Region Värmland har sedan 2017 ett standardiserat övergripande arbetssätt för hantering av hälso- och sjukvårdens styrande dokument, vilka är publicerade i dokumenthanteringssystemet VIDA. Hälso- och sjukvårdsledningen har fastställt en handlingsplan för det fortsatta kvalitetsarbetet avseende styrande dokument.

ÅTGÄRDER KOPPLADE TILL MÅL, STRATEGIER OCH RESULTAT	
<b>Identifierat förbättringsbehov</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Behov av att öka kvalitet och säkerhet av dokumenthantering för hälso- och sjukvårdens styrande dokument.</li><li>Behov av standardiserat, strukturerat arbetssätt för hantering av hälso- och sjukvårdens styrande dokument.</li></ul>	<b>Mål</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Öka sökbarhet i dokumenthanteringssystemet VIDA.</li><li>Skapa standardiserat arbetssätt för hantering av hälso- och sjukvårdens styrande dokument.</li></ul>
<b>Metod och åtgärd</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Avsluta gamla och utgångna dokument.</li><li>Rensning av lokala vårdrutiner och dubblettedokument i VIDA.</li><li>Etablera referensgrupp i arbetet.</li></ul>	<b>Uppföljning och utvärdering</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Arbetet har under större delen av året varit pausat p.g.a. pandemin.</li></ul>

## PRISS (Protes Relaterade Infektioner Ska Stoppas)

Projektet med protesinfektioner fortsätter.

ÅTGÄRDER KOPPLADE TILL MÅL, STRATEGIER OCH RESULTAT	
<b>Identifierat förbättringsbehov</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Utifrån förhöjd frekvens av höftprotesinfektioner initierades ett genomgripande arbete inom ortopedverksamheten angående efterlevnad av PRISS-dokumenterna.</li></ul>	<b>Mål</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Att förändra processen kring patienterna för att helt efterfölja rekommendationerna i PRISS.</li></ul>
<b>Metod och åtgärd</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Arbetet leddes av chefläkare och indelades i tre arbetsgrupper: pre-, per- och postoperativt. Arbetet innebar en grundlig genomgång av patientens resa från ställningstagande till operation fram till rehabilitering.</li></ul>	<b>Uppföljning och utvärdering</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Uppföljningen av arbetet fortgår och visar mycket goda resultat och protesinfektionerna har reducerats med över 95%.</li></ul>

**Kommentar:** Projektet har övergått i förvaltning och arbetet fortsätter.

## Gröna Korset

Gröna Korset är en visuell metod för att aktivt identifiera risker och vårdskador i realtid, där även patient och närstående görs delaktiga. Detta skapar ett underlag för ett riktat och systematiskt förbättringsarbete som ökar patientsäkerheten, stärker säkerhetskultur samt sammanför patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbetet. En god patientsäkerhetskultur anses avgörande för att upprätthålla en god och säker vård.

### ÅTGÄRDER KOPPLADE TILL MÅL, STRATEGIER OCH RESULTAT

Identifierat förbättringsbehov	Mål
<ul style="list-style-type: none"><li>Behov av daglig uppföljning där risker och vårdskador identifieras tidigt. Ger ett underlag för riktat systematiskt förbättringsarbete i syfte att göra vården säkrare.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>2021 togs beslut i hälso- och sjukvårdsledningen att påbörja breddinförande av Gröna Korset i samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvården. Målet är att alla verksamheter ska ha påbörjat arbetet med implementering av Gröna Korset senast 2022.</li></ul>
Metod och åtgärd	Uppföljning och utvärdering
<ul style="list-style-type: none"><li>Information om metoden Gröna Korset har givits vid ett flertal tillfällen, från medverkan vid verksameters utvecklings- eller planeringsdagar till ledningsgrupper och som huvudtema på stora chefsforum.</li><li>Stöd erbjuds i metoden på plats i verksamheten.</li><li>Utbildningsmaterial och stöddokument har utarbetats och publicerats i regionens utbildningsportal.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Under året har arbetet med Gröna Korset succesivt kommit igång och bedrivs vid sjukhusen i Arvika och Torsby.</li><li>Effekter av införandet av Gröna Korset kommer att kunna följas via ordinarie patientsäkerhetsmätningar och via avvikelshantering.</li></ul>



## Interna revisioner

ÅTGÄRDER KOPPLADE TILL MÅL, STRATEGIER OCH RESULTAT	
<b>Identifierat förbättringsbehov</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Stöd för uppföljning av hur hälso- och sjukvårdens verksamheter arbetar med rutiner och riktlinjer kopplade till systematiskt kvalitetsarbete.</li><li>• Syftet är att identifiera förbättringsområden så att åtgärder kan vidtas för att öka kvaliteten.</li></ul>	<b>Mål</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bidra till ständigt förbättringsarbete.</li><li>• Att följa upp och synliggöra hur gemensamt beslutade arbetssätt och riktlinjer efterlevs.</li><li>• Att följa upp hur väl hälso- och sjukvårdens ledningssystem för kvalitet är implementerat i verksamheterna.</li><li>• Stöd till regionens certifierade och ackrediterade verksamheter.</li></ul>
<b>Metod och åtgärd</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Rutin för internrevision har utarbetats.</li><li>• Behov av att utbilda ytterligare interna revisorer har identifierats.</li><li>• Internrevisioner har genomförts på plats i verksamheterna enligt metoder för revision och god revisionsbed.</li></ul>	<b>Uppföljning och utvärdering</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Återkoppling sker till respektive verksamhetsledning samt till hälso- och sjukvårdens ledning.</li><li>• Uppföljning av avvikelser sker inom ramen för fortsatt revisionsplan.</li></ul>
<b>Kommentar:</b> Under hela pandemin (2020–21) har arbetet med övergripande interna revisioner på uppdrag av hälso- och sjukvårdsledningen pausats. För att kunna återupptas kommer en satsning på utbildning av fler revisorer att krävas. Interna revisioner i de ISO-certifierade verksamheterna inom hälso- och sjukvården har säkerställts.	

## Patient- och närståendebildning

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

ÅTGÄRDER KOPPLADE TILL MÅL, STRATEGIER OCH RESULTAT	
<b>Identifierat förbättringsbehov</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Behov av att öka tillgången till utbildningar i hela länet.</li><li>• Förbättra och förenkla för patient, närstående och medarbetare att hitta information och kontaktvägar.</li><li>• Samla in information om samtliga befintliga patient- och närståendebildningar i länet.</li></ul>	<b>Mål</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Underlätta för patient och närstående att lära sig leva med långvarig sjukdom eller skada.</li><li>• Öka patientens delaktighet i sin egen vård.</li><li>• Ge möjlighet till erfarenhets- och kunskapsutbyte och återföra värdefull kunskap in i vårdarbetet.</li></ul>
<b>Metod och åtgärd</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Fler utbildningar i hela länet.</li><li>• Utbilda fler samtalsledare att leda utbildningar</li></ul>	<b>Uppföljning och utvärdering</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Alla patientutbildningar som samordnas via Kunskapsstöd- och patientsäkerhetsenheten följs upp med utvärderingar efter varje kurstillfälle samt vid avslut. Förbättringsförslag fångas upp och omsätts i olika åtgärder.</li><li>• Samtalsledarutbildning har genomförts digitalt under 2021.</li></ul>

## Läkemedelsrelaterade åtgärder

ÅTGÄRDER KOPPLADE TILL MÅL, STRATEGIER OCH RESULTAT	
<b>Identifierat förbättringsbehov</b>	<b>Mål</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Läkemedelslistorna är inte korrekt uppdaterade.</li><li>• Leveransproblem (restnotering) av många läkemedel vilket är ett växande problem i hela landet.</li><li>• Hantering av antibiotika i vårdverksamheten är bristfällig.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Det ska vara enkelt att göra lämpligt läkemedelsval i journalsystemet.</li><li>• Patienten ska ha en ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling.</li><li>• Läkemedelshanteringen ska vara ändamålsenlig, effektiv och säker.</li></ul>
<b>Metod och åtgärd</b>	<b>Uppföljning och utvärdering</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Kvalitetssäkrat ordinationsstöd genom central förvaltning och utveckling av ordinationsmallar och generella direktiv i regionens journalsystem för standardisering.</li><li>• Farmaceut har samverkat med vårdverksamheten för att öka kunskapen och tillämpning av ordinationsmallar.</li><li>• Fortsatt utvecklingsarbete med ePed, rimlighetskontroll och barnläkemedelsinstruktioner i journalsystemet.</li><li>• Farmaceut ingår i mobilt resursteam i Karlstad respektive multiprofessionellt team som gör CGA-ronder (Comprehensive Geriatric Assessment) vid geriatrisk klinik Karlstad.</li><li>• Arbetat med projektet Hållbar vårdcentral och receptbedömningsteam.</li><li>• Farmaceut har deltagit vid läkemedelsgenomgångar för patienter i särskilt boende eller med hemsjukvård i hela länet.</li><li>• Utökat farmaceutiskt stöd till verksamheten med förfyllda sprutor av exempelvis antibiotika.</li><li>• Installation av läkemedelsautomater vid sjukhusen i Arvika respektive Torsby för säkrare läkemedelshantering exempelvis av kontrollvaror.</li><li>• Arbetsgrupp för restnoteringar av läkemedel har arbetat med att informera vårdverksamheten, finna ersättningsprodukter och stötta med regionövergripande licensansökningar.</li><li>• Läkemedelscentrum har en ändamålsenlig läkemedelsförsörjning och läkemedelsberedning som kontinuerligt utvecklas i samverkan med vårdverksamheten.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Användning av ordinationsstöd i journalsystemet förenklar för förskrivaren och skapar säkrare ordinationer.</li><li>• ePed rimlighetskontroll varnar vid ordination av för höga eller låga doser av vissa läkemedel till barn. Barnläkemedelsinstruktionerna kan användas som stöd vid ordination, iordningställande och administration av läkemedel till barn.</li><li>• Läkemedelsgenomgångar leder till en ändamålsenlig läkemedelsbehandling och uppdaterade läkemedelslistor.</li><li>• Arbetet i det mobila resursteamet och CGA-ronder har lett till mindre sjukvårds-konsumtion genom exempelvis färre återinläggningar och färre akutbesök.</li><li>• Arbetet i receptbedömningsteamet inom projektet Hållbar vårdcentral har lett till en ändamålsenlig läkemedelsbehandling och ett teambaserat lärande.</li><li>• Genom förfyllda sprutor, läkemedelsautomater och arbetet kring restnoteringar frigörs tid för sjuksköterskor samt ökar säkerheten i läkemedelshanteringen.</li></ul>

## Kunskapsstyrning

Den nationella strukturen med programområden och samverkansgrupper speglas på lokal nivå genom etableringen av en kunskapsstyrningsorganisation med kliniska sakkunniga företrädare. De sakkunniga tar med metodstöd från utvecklingsledare emot och implementerar olika former av kunskapsstyrning. Det lokala arbetet leds strategiskt av ett kunskapsstyrningsråd, tillika beredningsgrupp till hälso- och sjukvårdsledningen i kunskapsstyrningsfrågor.

ÅTGÄRDER KOPPLADE TILL MÅL, STRATEGIER OCH RESULTAT	
<b>Identifierat förbättringsbehov</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sprida och använda bästa möjliga kunskap vid varje patientmöte i hälso- och sjukvården.</li><li>• Tydligare koppling med befintligt patientsäkerhetsarbete och struktur för kunskapsstyrning.</li></ul>	<b>Mål</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Att vårdens kvalitet ska öka och att vård ska bli mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv.</li></ul>
<b>Metod och åtgärd</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Uppbyggnad av lokalt systemet för kunskapsstyrning som speglar det nationella systemet.</li><li>• Implementering av kunskapsunderlag från nationell nivå.</li></ul>	<b>Uppföljning och utvärdering</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ett lokalt system för kunskapsstyrning är i drift och systematiska arbetsätt upprättade.</li><li>• Arbete pågår kontinuerlig med ordnat mottagande och implementering av nationellt fastställda kunskapsstöd.</li></ul>

## Hälso- och sjukvårdsnämndens förbättringspris

På uppdrag av hälso- och sjukvårdsnämnden har ett arbete under hösten 2021 resulterat i ett förslag till pris för ständiga förbättringar till verksamheter inom hälso- och sjukvårdsnämndens ansvarsområde. Priset består av två delar: månadens förbättrare och årets pris för ständiga förbättringar. De förbättringar som kan komma i fråga för utmärkelsen ska bidra till måluppfyllelse inom nämndens effektmål och resultatmål och ska tydligt kopplas till dessa för att bidra till en lärande organisation genom att lyfta fram föredömen. Möjlighet till nominering gäller samtliga områden och verksamheter inom hälso- och sjukvård, regionservice och tandvård i Region Värmland: enheter, mottagningar, verksamheter, specialiteter och sjukhus. Verksamheten som nomineras ska uppvisa ett systematiskt förbättringsarbete som resulterat i varaktig förbättring för patient, kund, brukare eller närstående. Priset kommer att delas ut första gången i mars 2022.

# RISKANALYS

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

Risکانالyser 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.

## ÅTGÄRDER KOPPLADE TILL MÅL, STRATEGIER OCH RESULTAT

### Identifierat förbättringsbehov

- Riskanalyser ska genomföras ur olika perspektiv: arbetsmiljö, patientsäkerhet, barn och unga, jämlikhet, miljö, IT- och informationssäkerhetsfrågor.
- Patient- och patientsäkerhetsperspektivet beaktas inte alltid i tillräcklig grad inför exempelvis förändringar i verksamheten.
- Kunskapen om hur riskanalyser genomförs har inte varit tillräcklig och det är otydligt vart verksamheterna kan vända sig för att få stöd i riskanalyser ur ett patient-säkerhetsperspektiv.

### Mål

- Att säkerställa att riskanalyser i relevanta fall även omfattar patientperspektivet.

### Metod och åtgärd

- Öka kunskapen om patientsäkerhetsperspektivet vid riskanalyser.
- Komplettera gemensam struktur för systematiska riskanalyser med patientperspektiv.
- Erbjuder metodstöd inför genomförandet av riskanalyser.

### Uppföljning och utvärdering

- Under året har riskbedömningar genomförts främst med fokus på arbetsmiljö med anledning av covid-19.
- Arbete pågår kontinuerlig med ordnat mottagande och implementering av nationellt fastställda kunskapsstöd.

**Kommentar:** Tidigare fanns ett tvärprofessionellt riskanalysteam dit verksamheterna kunde vända sig för att få veta mer om riskanalyser och riskbedömningar och få stöd i val av metod och hur en riskanalys kunde genomföras. Teamets arbete hölls samman av dåvarande landstingets utvecklingsenhet som arbetade tvärprofessionellt. I dagsläget finns inget aktivt team som stöd för riskanalys utan ansvaret åligger respektive chef i linjeorganisationen.

# 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 att risken att det händer igen minimeras. När händelseanalyser genomförts utifrån lex Maria-fall kan problemmönster synliggöras.

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

Via nyhetsbrevet Lär av våra vårdskador publiceras sammanfattningar av händelser som speglar aktuella händelser och gemensamma samt återkommande frågor.



# INFORMATIONSSÄKERHET

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Region Värmland har som vårdgivare ansvaret för informationssäkerheten.

Pandemin har förändrat och påverkat informationssäkerhetsarbetet under året. Ett ökat behov av digitala lösningar och tjänster och hur dessa matchar kraven på informationssäkerhet och därmed också patientsäkerheten har identifierats under året. Utredning pågår rörande användandet av molntjänster och tredjelandsöverföring och vad detta kan få för konsekvenser för regionen.

Under 2021 anmäldes ett par dataintrång till polisen samt ett antal personuppgiftsincidenter till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY). Punktinsatser i form av information och utbildning har genomförts fortlöpande i samband med dessa händelser.

En översyn av behörighetstilldelning pågår fortfarande och är aktuell i samband med att IMY genomfört tillsyn avseende ett flertal regioner och privata vårdgivare gällande behörighetstilldelning i vårdinformationssystem. Utifrån tillsynen beslutades om omfattande sanktionsavgifter gällande en alltför generös behörighetstilldelning för flera av vårdgivarna. Styrande dokument och stöd till ansvariga för behörighetstilldelningen ska tas fram under 2022.

Region Värmland har fått en kontaktperson utsedd för att samordna och bevaka arbetet med skyddade personuppgifter samt att ta fram styrande dokument för verksamhetens hantering.

Funktionen för att skriva ut arbetskopior togs bort i Cosmic 20 januari 2021 enligt plan. Funktionen gjorde att åtkomsten till journalinformation inte gick att följa vilket gjorde att den inte var laglig.

En samlad årsrapport om informationssäkerhetsarbetet inom regionen kommer att presenteras för regionstyrelsen under 2022. Det kommer göras av informationssäkerhetssamordnaren med generell ansvar inom regionen, vilken anställd i mars 2021.

# RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

## Händelser och vårdskador

Lex Maria-rådet har under 2021 granskat 173 händelser och i 96 av dessa fall gjort bedömningen att det som inträffat är en allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada och därmed ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (Lex Maria).

Fördelning av antalet anmälda allvarliga vårdskador mellan område slutenvård och öppenvård är fortsatt ojämn, med 28 anmälningar inom område öppenvård mot 38 anmälningar inom område slutenvård. Skyldigheten att anmäla alla självmord har i enighet med de senaste föreskrifterna tagits bort. Självmord ska nu bedömas på samma sätt som andra allvarliga vårdskador och anmäls först om de av lex Maria-rådet bedömts som undvikbara.

Registrering utifrån orsak och konsekvens för patienten sker i de lex Maria-anmälningar som gjorts under året. Den vanligaste konsekvensen för patienterna är fördröjd vård och behandling. Under året registrerades 68 fall av allvarlig vårdskada. Av dessa avled 12 patienter eller fick sin återstående livslängd påverkad som följd av sin vårdskada.

Under 2021 har regelbunden uppföljning av IVO-beslut skett inom respektive verksamhetsområde i område öppenvård. Det kan konstateras att verksamheterna i hög utsträckning har utfört de förändringar man angett för att minska risken att händelsen ska inträffa igen.

När man tittar på alla anmälningar enligt lex Maria under 2021 syns inga tydliga mönster när det gäller bakomliggande orsaker avseende enskilda specialiteter, enheter eller verksamhetsområden. Undantaget är fortsatta stora utmaningar med kompetensförsörjning av adekvat personal.

Orsak och konsekvens för patienterna 2021	Antal anmälningar	Varav allvarliga vårdskador	Varav avlidna
Fördröjd diagnos, vård, behandling	45	38	7
Läkemedel involverat	9	7	2
Förväxling	1	1	0
Felaktig diagnos, vård, behandling	9	8	1
Fall med allvarlig konsekvens	2	2	0
Självmord eller självmordsförsök	2	1	1
IT-system	0	0	0
Informationssäkerhet	0	0	0

Källa: Registrering av orsak och konsekvens för patienten utifrån lex Maria anmälningarna inom Region Värmland 2021.

## Folktandvården

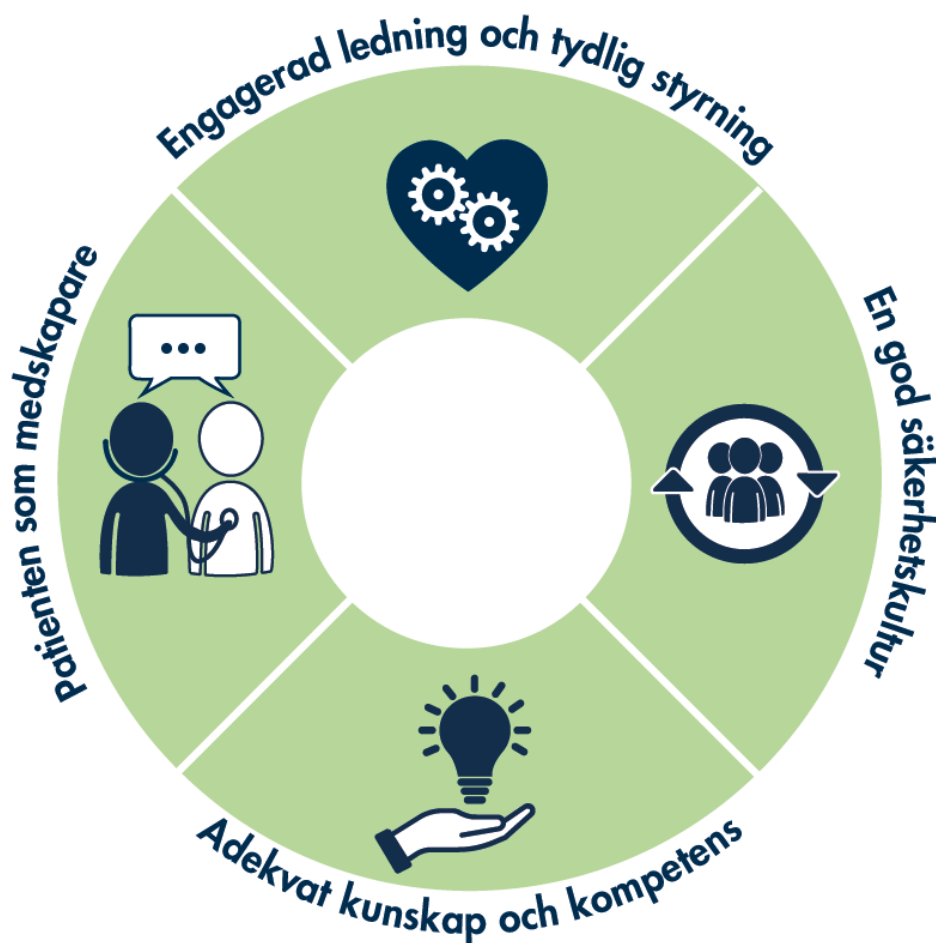
För folktandvården Värmlands del har det under 2021 kommit in 238 avvikelser som har att göra med vård av patienter att jämföras med 234 under 2020. Av dessa har en avvikelse rapporterats till IVO enligt lex Maria.

Avvikelse rapporter som inkommit har analyserats av cheftandläkare för att möjliggöra en systematisk hantering där mönster och trender som kan indikera brister i verksamhetens kvalitet kan fångas upp. De mest inrapporterade händelserna handlar om missade kallelser till undersökningar eller behandlingar med 53 stycken. Därefter kommer missad diagnos på röntgen med totalt 38

stycken. Huvuddelen av dessa rör missad karies men också andra bedömningsmisstag som rör anlag, interna resorptioner, periapikala förändringar och cystor förekommer.

Avvikelser av speciellt intresse har presenterats i Månadens fall på folktandvårdens intranät. Förslag på förändrade arbetssätt har arbetats fram av folktandvårdens kvalitetsgrupp som även har gett förslag på behov av strategiska utbildningar.

Under 2021 planerades en strategisk dag med uppföljning av den strategiska utbildningen i radiologisk odontologi 2020 men på grund av coronasituationen fick dagen skjutas på framtiden. Den genomförs i stället under februari 2022 och som en inspelad föreläsning.

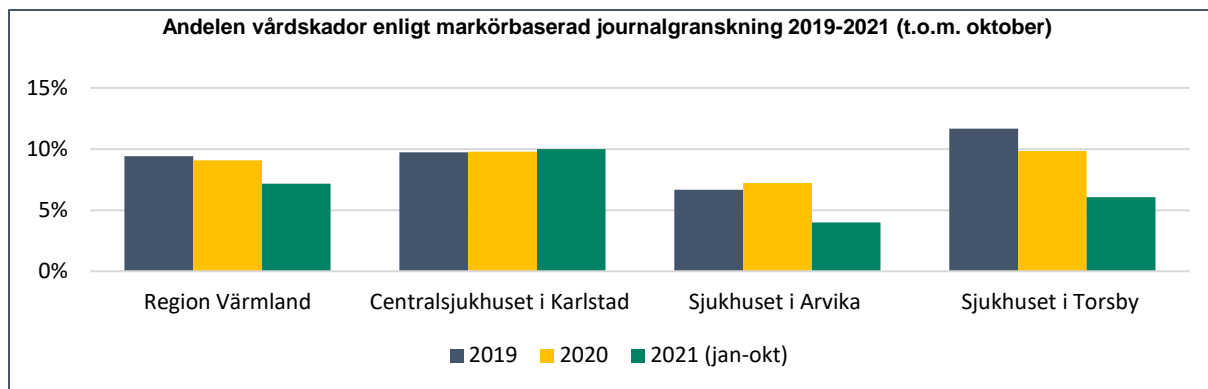




## Förekomst av vårdskador

Strukturerad journalgranskning används för att mäta förekomsten av skador och vårdskador inom Sveriges hälso- och sjukvård. Metoden Markörbaserad Journalgranskning (MJG) innebär att journaler granskas från ett slumpvis urval av avslutade vårdtillfällen. Vid granskningen identifieras journaluppgifter med hjälp av markörer som kan indikera skada och om skadan varit undvikbar.

<b>Mål</b> Regionens övergripande mål är att andelen vårdtillfällen med vårdskador ska minska.	<b>Strategier</b> Uppföljning av förekomst av vårdskador sker fortlöpande inom somatisk slutenvård på sjukhusnivå. På verksamhetsnivå genomförs journalgranskning inom barn- och ungdomsmedicin. Under året har granskningen påbörjats inom rättspsykiatrisk vård. I tillägg till metoden för journalgranskning har egna indikatorer lagts till för att ytterligare utvärdera följsamhet till rutiner inom kända riskområden. Även under 2021 har regionen deltagit i nationell mätning av vårdskador relaterade till slutenvård vid Covid-19. Granskningens resultat används som ett underlag för kunskap och prioritering av förbättringsåtgärder inom patientsäkerhetsområdet.
<b>Åtgärd</b> Identifierade förbättringsområden utifrån resultat av journalgranskningen är vårdrelaterade infektioner och omvårdnadsrelaterade vårdskador.  Fortsatt arbete med att förebygga vårdrelaterade infektioner och att utveckla omvårdnads kvalitet är prioriterat. Riktade utbildningsinsatser inom identifierade riskområden bör vidtas för att förbättra hantering av perifer venös infart PVK, urinkateter och övervakning av urinblåsa.	<b>Resultat</b> Under 2021 har andelen vårdskador inom somatisk slutenvård minskat från 9 procent 2020 till 7 procent 2021. Minskningen ses främst vid sjukhusen i Arvika och Torsby. Vårdrelaterade infektioner, hudskador, trombosor och blåsöverfyllnad dominerar. Glädjande ses att även trycksår (kategori 2 - 4) minskat i den markörbaserade journalgranskningen.  Den riktade granskning av vården vid den inledande fasen av pandemin 2020 påvisade att en mycket hög andel patienterna som vårdades p.g.a. Covid -19 drabbades av vårdskador.  Vid årets granskning ses en stor minskning av andel vårdskador, från 27 procent till 8,4 procent. Orsaker till den stora minskningen är bl.a. att kunskap och behandlingsrutiner utvecklats inom covidvården. Patienterna som vårdats har även varit yngre med färre underliggande sjukdomar.
<b>Analys</b> Andelen identifierade vårdskador i markörbaserad journalgranskning har successivt minskat i Värmland och ligger nu för första gången på samma nivå som riket med 7 procent. 2021 har de vårdrelaterade infektionerna och kirurgiska skador fortsatt att minska vilket sannolikt kan kopplas till minskad elektiv kirurgi och ökat fokus på hygienrutiner under pågående pandemi. Däremot ses fortsatt en hög andel omvårdnadsrelaterade skador så som blåsöverfyllnad, fall- och PVK-relaterade skador.	



Källa: Markörbaserad journalgranskning, Signedatabasen (SKR)

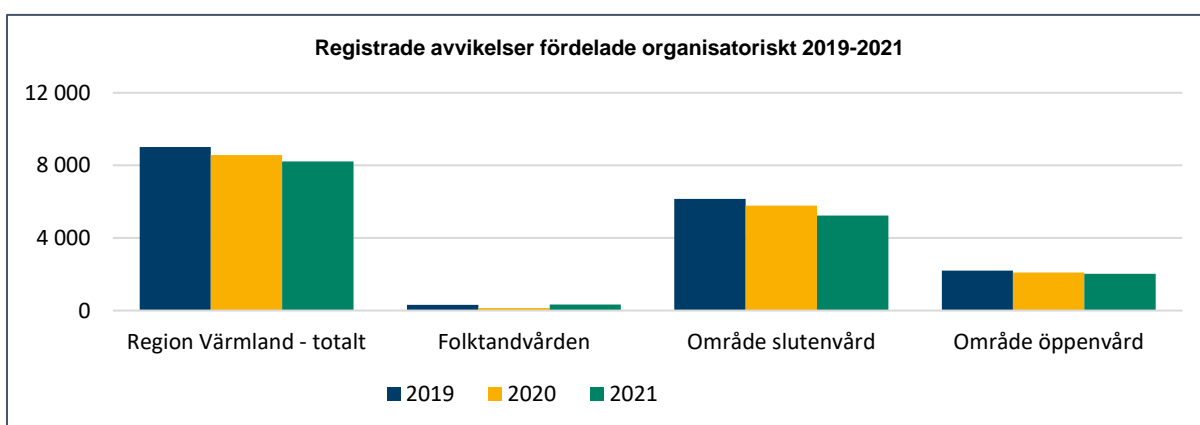
**Markörbaserad journalgranskning i somatisk vuxenvård - granskade vårdtillfällen (VT)**

	2019			2020			2021 (jan-okt)		
	Granskade VT	Granskade VT med vårdskada	Andel	Granskade VT	Granskade VT med vårdskada	Andel	Granskade VT	Granskade VT med vårdskada	Andel
<b>Centralsjukhuset i Karlstad</b>	360	35	9,7%	276	27	9,8%	150	15	10,0%
<b>Sjukhuset i Arvika</b>	240	16	6,7%	180	13	7,2%	100	4	4,0%
<b>Sjukhuset Torsby</b>	240	28	11,7%	183	18	9,8%	99	6	6,1%
<b>Region Värmland totalt</b>	<b>840</b>	<b>79</b>	<b>9,4%</b>	<b>639</b>	<b>58</b>	<b>9,1%</b>	<b>349</b>	<b>25</b>	<b>7,2%</b>

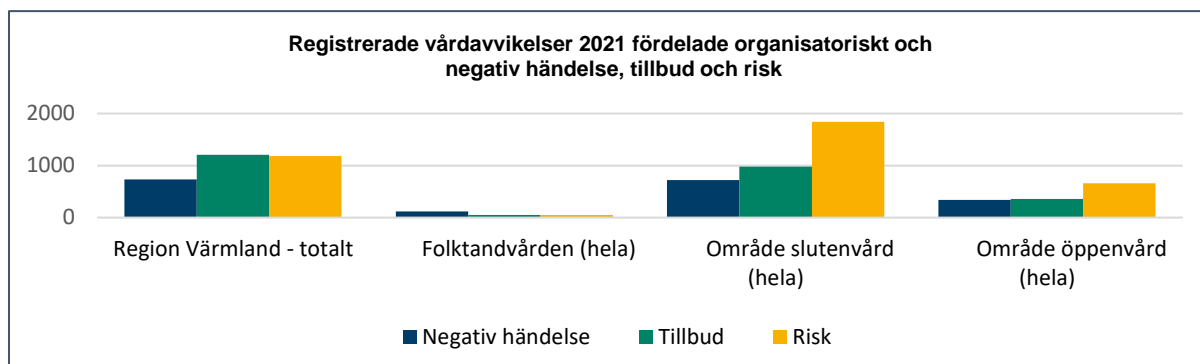
Källa: Markörbaserad journalgranskning, Signedatabasen (SKR)

## Avvikelsehantering inom hälso- och sjukvården

<p><b>Mål</b> Att antalet avvikelser fortsatt ska öka och att fler av de registrerade avvikelserna går vidare i processen till åtgärds genomförande.</p>	<p><b>Strategier</b> I utbildningsinsatser riktade till de olika vårdområdena samt i patientsäkerhetsdialoger har avvikelsehanterings betydelse tagits upp och diskuterats. Att tydliggöra att avvikelser är viktiga underlag till förbättringar.</p>
<p><b>Åtgärd</b> Under senare delen av 2020 och fortsatt under 2021 har avvikelsehanteringssystemet uppdaterats och gjorts mer användarvänligt i syfte att erhålla en högre grad av förbättringsmaterial och en högre kvalitet på avvikelsehanteringen. Fortsatt information och utbildning om förbättringskunskap och involvering i Gröna Korset har också skett.</p>	<p><b>Resultat</b> Under året har inte antalet avvikelser ökat numerärt, däremot ses en kvalitetshöjning av innehållet i rapporterade avvikelser samt att antalet oavslutade avvikelser minskat liksom handläggningstiderna.</p>
<p><b>Analys</b> Grunden till en effektiv hantering av avvikelser är hög användarvänlighet i systemet, bra analys och åtgärder samt tydlig uppföljning. Region Värmland har successivt ökat antalet avvikelser och 2021 har totalt 8221 avvikelser registrerats varav 5316 var vårdavvikelser.</p> <p>Nästa steg i att utveckla arbetssättet med avvikelser är att på ett bättre sätt analysera inkomna ärenden där regionen för närvarande når cirka 85 procent. Därmed är det 15 procent som inte har analyserats vid årets slut. Detta innebär att i ungefär 800 avvikelser påbörjas analysen först efter årsskiftet vilket ger en fördröjning av effekter för de inrapporterade avvikelserna.</p> <p>Av de 85 procenten så är det ungefär 13 procent som når steget <b>åtgärd</b> och här finns den största förbättringspotentialen. I analysen anges som åtgärd att resultatet ska tas upp på APT och därefter avslutas. Det hade varit bättre om åtgärdsanalysen visat vad som framkommit i fråga om förbättringsförslag och lärande på APT. Detta är en av de viktigaste insatserna som behöver fortsätta att prioriteras under 2022.</p> <p>Under året har 434 rapporterade avvikelser inkommit från länets kommuner till Region Värmland.</p>	



Källa: Regionens avvikelssystem Flexite Aha



Källa: Regionens avvikelssystem Flexite Aha

<b>Registrerade patientavvikelser 2021</b>	
Region Värmland totalt	5316
<i>Varav organisatoriskt:</i>	
Folktandvården	219
Område slutenvård	3540
Område öppenvård	1357

Källa: Regionens avvikelssystem Flexite Aha

Blanketten för avvikelser i vårdens övergångar ändrades årsskiftet 2020 - 2021 och är nu kategoriserad med valen, vård och behandling, kommunikation, transport samt övrigt. I vårdens övergångar mellan region och kommun inkom totalt 434 anmälningar 2021, vilket resulterade i kategoriserade enligt följande:

<b>Avvikelser i vårdens övergångar 2021</b>	
Totalt antal inkomna anmälningar	434
<i>Kategoriserade i en eller flera:</i>	
Vård och behandling	194
Kommunikation	217
Transport	34
Övrigt	63

Källa: Regionens egen uppföljning av avvikelser i vårdens övergångar

## Hantering av inkomna synpunkter och klagomål till vården

Region Värmland är fortsatt delaktig i utvecklingen av arbetet med synpunkter och klagomål på nationell nivå. I maj 2021 startade en ny process i regionens avvikelssystem där patienter och närståendes synpunkter och klagomål kan registreras och hanteras i regionens avvikelshanteringssystem. Dessa synpunkter och klagomål kan inkomma till regionen via 1177, samtal eller brev och tas emot av en synpunktshandläggare i verksamheten som kategoriserar och fördelar ärenden till ansvarig chef. Från maj till december har det inkommit totalt 378 synpunkter i systemet. 112 handlar om vård och behandling, 68 handlar om kommunikation och 88 handlar om tillgänglighet.

Ytterligare funktionalitet planeras till våren 2022 där direkt rapportering från patienten via 1177-inloggning möjliggörs, ett gemensamt utvecklingsarbete tillsammans med patientnämndens förvaltning.

## **Inkomna klagomål och synpunkter till patientnämnden**

Patientnämnden arbetar för att patienters klagomål och synpunkter på vården ska värderas som ett värdefullt bidrag till hälso- och sjukvårdens utveckling och vara ett viktigt underlag i patientsäkerhetsarbetet. Region Värmland har en övergripande riktlinje för inkomna klagomål och synpunkter avseende hälso- och sjukvård samt tandvård. Riktlinjen tydliggör roller, ansvar och hantering inom Region Värmland av inkomna klagomål och synpunkter på vården från patienter och närstående. Klagomål som inkommer till vården direkt och till vården med stöd av patientnämndsenheten ska aggregeras till regionnivå och ge en övergripande bild av riskområden och hinder för utveckling.

Patientnämnden via patientnämndsenheten har under 2021 tagit emot 1 597 klagomål på hälso- och sjukvård samt tandvården, en ökning jämfört med föregående år. Flera faktorer kan ligga till grund för ökningen. Det kan bero på att det är lätt att lämna klagomål till patientnämndsenheten då möjligheterna är anpassade efter patienters olika behov av kontaktvägar eller att man önskar patientnämndsenhetens stöd och hjälp att lämna klagomål. Det kan även bero på att patienter har en ökad kunskap om möjligheten att lämna klagomål.

Patienter och närstående framför flest klagomål på vård och behandling, kommunikation samt tillgänglighet, en trend som hållit i sig under många år. I samband med att patienter och närstående lämnar klagomål vill man även framföra förslag på förbättringar inom vården som ger patienter och närstående möjlighet att vara delaktig i vårdens utveckling.

### **Område slutenvård**

Inom slutenvården finns många olika inriktningar samlade vilket gör att klagomålen kan variera inom området. Klagomål som återfinns inom många enheter är att patienter upplever dåligt bemötande, ibland både nonchalant och arrogant. Patienter har klagomål på undersökningar, bedömningar, utredningar och behandlingar. Patienter har även förväntat sig mer av besöket, att få ett bättre bemötande och att få vara mer delaktiga. En del patienter klagar på att ha fått vänta länge för att få ett besök och att de organisatoriska gränserna hindrar en patientcentrerad vård.

### **Allmänmedicin**

Inom allmänmedicin är klagomålen likvärdiga över hela länet. Till vårdcentralen söker patienter som representeras av alla medborgare inom regionen vilket speglas i klagomålen. Patienter har klagomål på utredning, behandling, att inte bli lyssnade till och att inte bli respekterade. Många patienter upplever brister kring receptförskrivning. Det förekommer även klagomål på tillgängligheten även om de klagomålen har minskat under 2021. Man klagar även på ett glapp mellan förväntad och given vård.

### **Psykiatrisk slutenvård, psykiatrisk öppenvård samt barn- och ungdomspsykiatri**

Psykiatrisk öppenvård har flest antal klagomål inom de psykiatriska specialiteterna. Patienterna upplever att informationen brister, inte ges alls eller vid fel tillfälle eller att informationen har varit svår att ta till sig. Patienter har även klagomål på att vården inte har utformats och genomförts i dialog med patienten. Man upplever att vården inte har utgått från patientens önskemål och individuella förutsättningar. Patienter klagar även på att vården är svår att nå, att återkoppling uteblir och att väntetiderna är för långa samt bristande kontinuitet.

### **Folktandvården**

Många patienter har klagomål på lång väntan på behandling, att behandlingen misslyckats och att informationen kring behandling brister. Flera patienter har också klagomål kring kostnaden av behandling och menar att ekonomisk ersättning borde utgå när behandlingen har misslyckats.

## Coronapandemin

Klagomålen relaterade till Coronapandemin har ökat i förhållande till föregående år. Klagomålen handlar främst om:

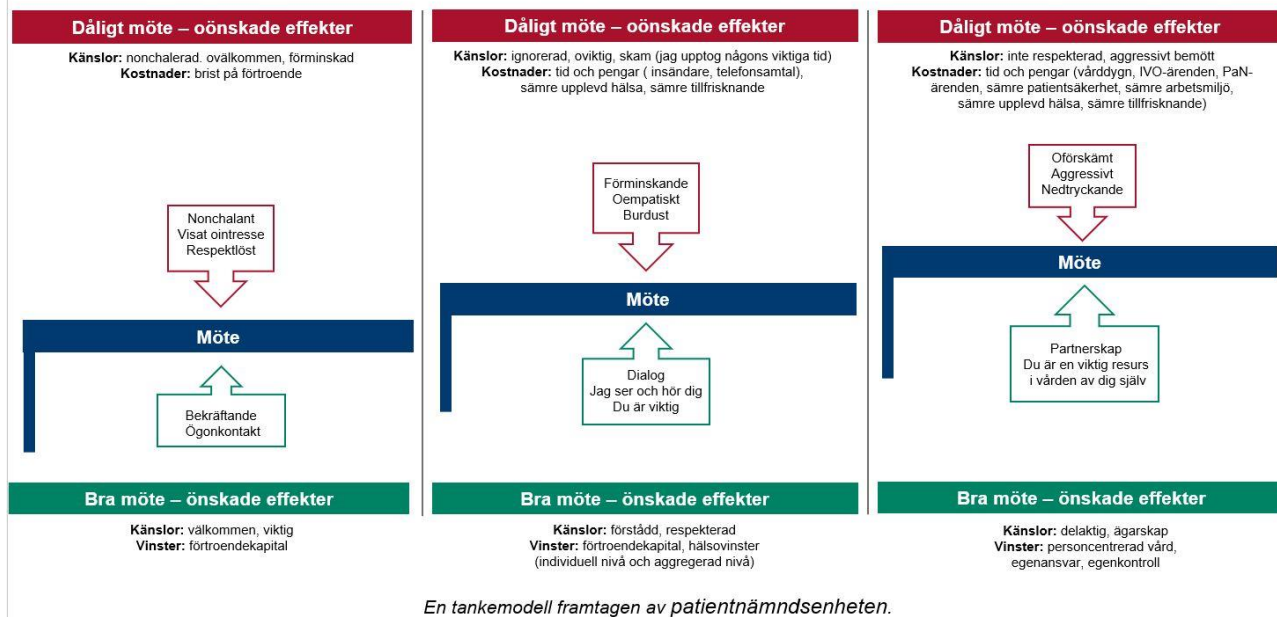
- Vaccination - att informationen inte upplevs tillfredställande samt prioriteringen mellan olika grupper. Patienter har även upplevt svårigheter att komma fram till telefonbokning, framför allt gäller det äldre patienter.
- Uppskjutna operationer främst inom kvinnosjukvården, kirurgi och ortopedi. Patienter upplever lång väntan på återbesök och tid för operation. Man har förståelse för situationen men man saknar information.
- Avsaknad av information från vården under anhörigs vårdtid, sämre insyn i vården av den anhöriga i samband med besöksförbud samt möjligheten att inte få delta vid livets slutskede. Patienter och närstående upplever även en oro för att besöka vården utan den anhörige.
- Personal som saknar skyddsutrustning eller att den används felaktigt.
- Symtom som missats eller feltolkats i eftervården av covid-19 eller att upplevda biverkningar efter vaccinering inte tagits på allvar.

## Kommunikation – en del i all behandling och vård

Klagomål i stort beror ofta på missförstånd som orsakas av dålig kommunikation. Klagomål som gäller kommunikation är även en av de vanligaste orsakerna till missnöje i vården och det bemötande som patienter får har stor betydelse för upplevelsen av den vård som ges som helhet. Forskning visar att brister i kommunikation och information kan leda till patientsäkerhetsbrister. Det är även känt att patienter oftast känner ett underläge gentemot vården vilket påverkar känslan av att vara delaktig i sin egen vård.

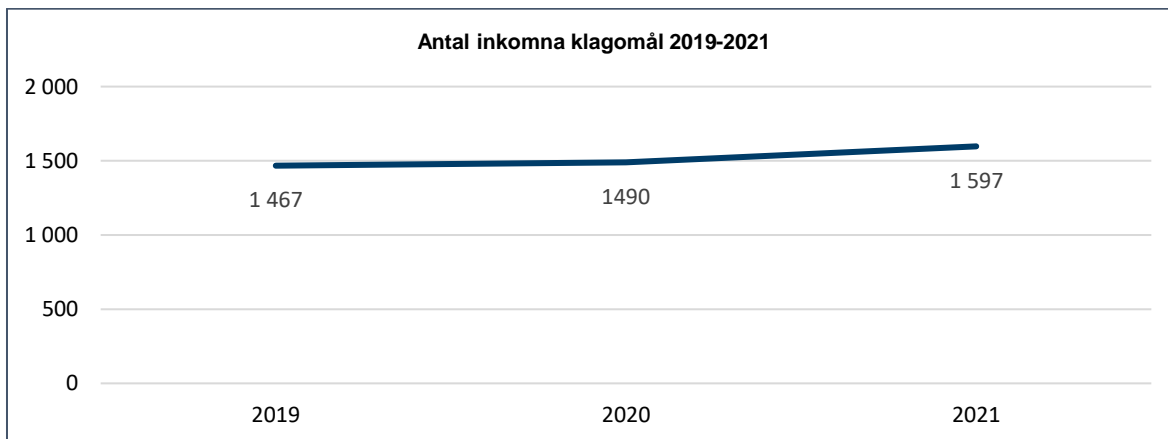
Ur de berättelser som patienterna lämnat till patientnämndenheten har en bild av olika möten växt fram i form av en trappa: **bemötandetrappan**. Bilden nedan visar hur det goda mötet påverkar patienters upplevelse av vården och lägger en grund för en förtroendefull relation som möjliggör dialog och partnerskap. Önskade effekter är allt från ömsesidig respekt till hälsovinster för patienter och ansvarstagande för den egna vården. I det dåliga mötet upplevs motsatsen och leder till en negativ trappa. Kostnaderna kan till slut bli stora, både för patienter och vården. Känslorna kan vara allt från att känna sig förminskad och ignorerad till aggressivitet och respektlöshet mellan patienter och vården. Kostnaderna kan vara sämre tillfrisknande för patienter, fler vård dygn och IVO-ärenden men också sämre arbetsmiljö för vårdens personal.

# Effekter av olika sätt att bemöta patienter



Bilden: Bemötandetrappan

Antalet klagomål som inkommit till patientnämndenheten fortsätter att öka jämfört med föregående år.



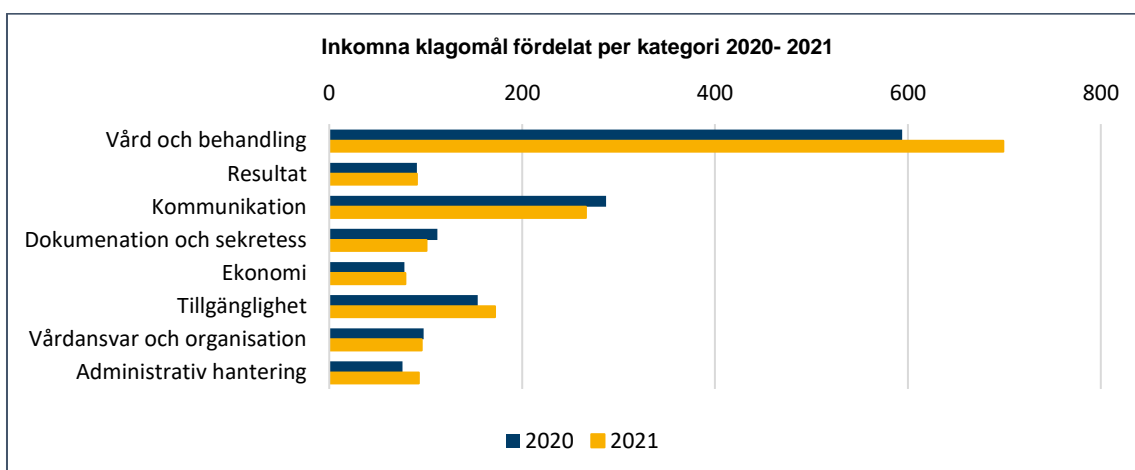
Källa: Patientnämndenheten

Slutenvården är den specialitet med flest antal ärenden följt av öppenvård (allmänmedicin) och psykiatri.



Källa: Patientnämndsenheten

Vård och behandling, kommunikation samt tillgänglighet är de områden som har flest antal ärenden även under 2021.



Källa: Patientnämndsenheten

## 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><b>Mål</b></p> <p>Andel patienter inom somatisk slutenvård med sjukhusförvärvade trycksår ska minska i jämförelse med föregående år.</p>	<p><b>Strategier</b></p> <p>2021 genomförde de somatiskt specialiserade slutenvårds- och närvårdsavdelningarna två punktprevalensmätningar (nationell och regiongemensam). Resultatet analyserades och redovisades på enhets-, verksamhets- och regionnivå.</p> <p>Flera enheter har intensifierat sitt arbete kring trycksårprevention och följer resultatet av vidtagna åtgärder genom månadsmätningar. Genomgående ses en resultatförbättring avseende förekomst av sjukhusförvärvade trycksår.</p>
---	--



### Åtgärd

Expertgruppen för trycksårsprevention har fokuserat på att öka kunskap kring trycksårsförebyggande åtgärder. Årlig utbildningsdag för hälso- och sjukvårdspersonal inom regionen och Värmlands kommuner har dessvärre inte kunnat genomföras p.g.a. pandemin. Prioritering har därför varit genomförande av flera korta digitala utbildningar inom prevention och behandling.

Projekt för tidig hud- och riskbedömning vid akutmottagningen och medicinska vårdavdelningar på Centralsjukhuset Karlstad har under pandemin fortsatt varit pausat på grund av hög arbetsbelastning.

### Resultat

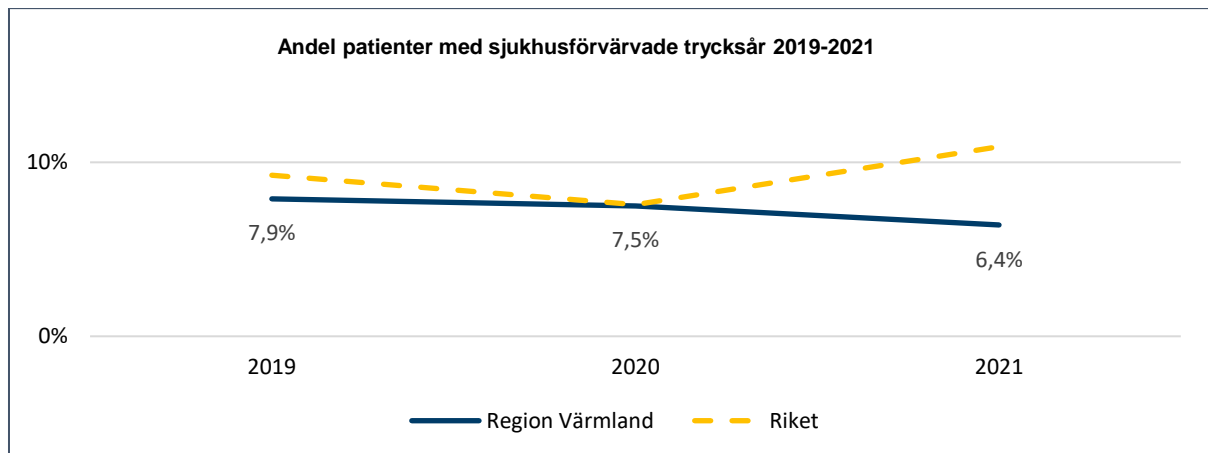
Förekomsten av sjukhusförvärvade trycksår inom somatisk slutenvård ökade något vid vårens mätning till 7,3 procent att jämföra med höstens mätning 2020 på 6,6 procent.

Vid höstens nationella mätning minskade andelen sjukhusförvärvade trycksår till 5,4 procent, vilket placerar Värmland bland de bästa regionerna i Sverige. Nationellt sågs en oroväckande hög andel av sjukhusförvärvaden trycksår på 11 procent. Ökningen speglar den stora påverkan som pandemiläget haft på det trycksårsförebyggande arbetet.

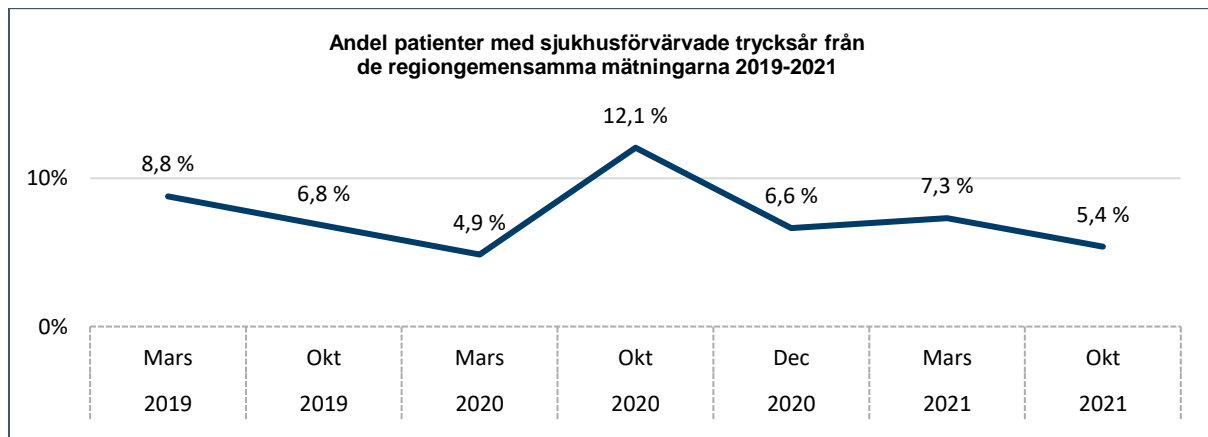
Trycksår är fortsatt en av de vanligast förekommande vårdskadetyper som identifieras i den markörbaserade journalgranskningen inom somatisk slutenvård.

**Analys.** Det krävs ett kontinuerligt arbete för att sprida kunskap om trycksår och ett förbättrat trycksårspreventivt arbetssätt för att minska de sjukvårdsförvärvade trycksåren. Fokus på tidig hudbedömning är en viktig del i identifiering av patienter som riskerar att drabbas av trycksår. Idag görs allt fler hudbedömningar vilket bidrar till att preventiva åtgärder sätts in och att trycksårsfrekvensen kan hållas på en låg nivå.

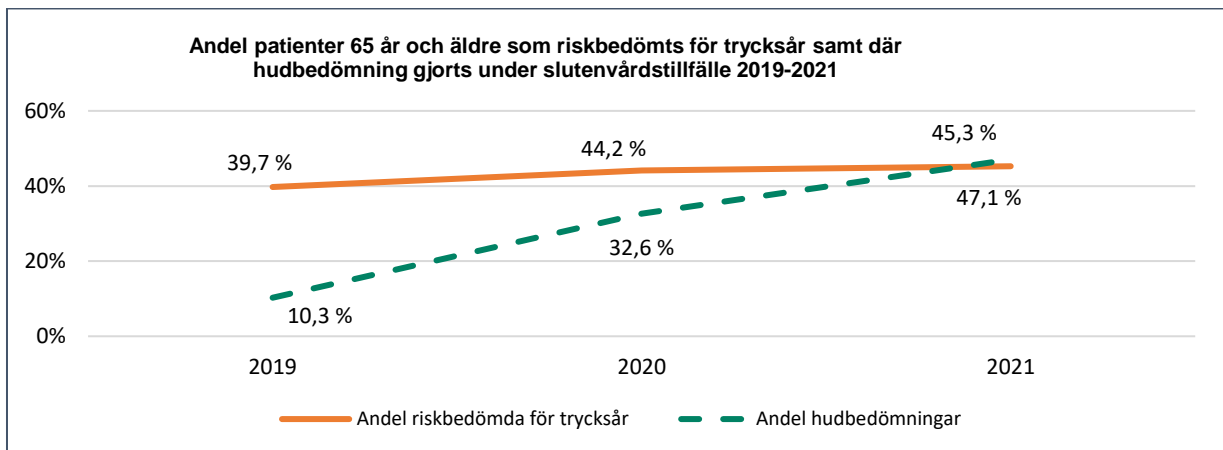
Källa: PPM-verktyget (SKR) och Vården i siffror



Källa: Vården i siffror (riket, årliga nationella mätningen) och PPM-verktyget (Värmland, totalt från regiongemensamma mätningar)



Källa: PPM-verktyget (SKR)



Källa: Cosmic/Regionens datalager



## Beläggning, överbeläggning och utlokalisering

Hög beläggningsgrad, överbeläggning och utlokalisering är patientsäkerhetsrisker som medför försämringar i 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.

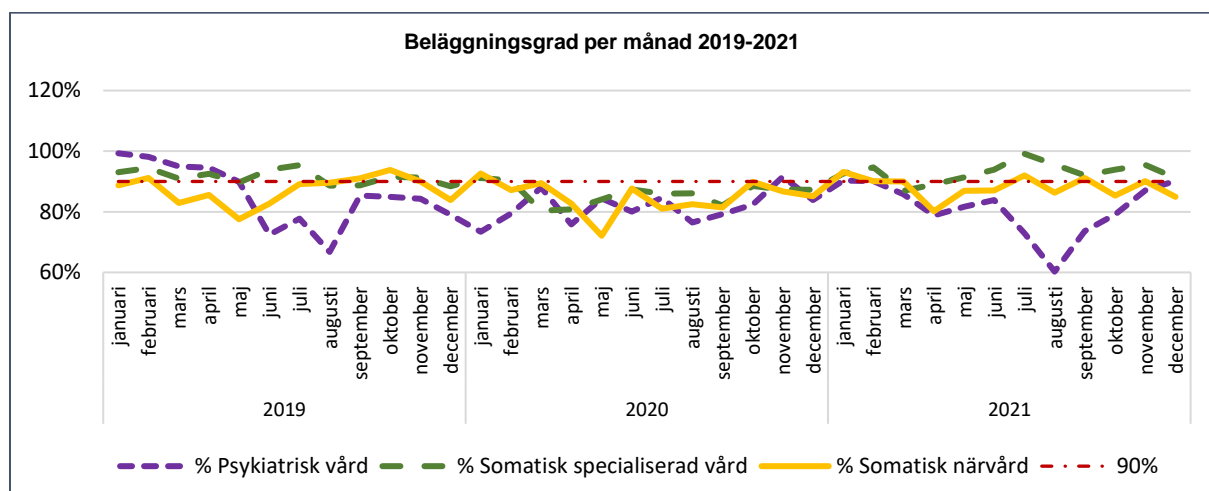
Under 2021 har vårdens omställning och de åtföljande förändringar som krävts för att tillgodose vårdplatsbehovet under covidsituationen medfört upprepade förändringar i underlag för statistik. Detta innebär en stor påverkan på statistikuttag och uppföljning under året.

<b>Process</b> Regionen följer dagligen beläggning, antal överbeläggningar och utlokalisering inom somatisk specialiserad slutenvård, psykiatrisk slutenvård och somatisk närsjukvård.	<b>Strategier</b> Organisation och rutiner finns för koordinering av vårdplatser inom Region Värmland.
<b>Åtgärd</b> Rutiner kring hantering av överbeläggning har tydliggjorts inom flera verksamheter.  Centralsjukhuset Karlstad ingick under hösten 2019 i IVO:s nationella tillsyn av patientsäkerheten vid utlokalisering. Syftet med tillsynen var att bedöma om vårdgivaren planerar, leder och kontrollerar verksamheten så att kraven för god och säker vård upprättats för de patienter som utlokaliseras. Vid inspektionen framkom att överbeläggningsrutinerna bör förtydligas och att vårdpersonalen vid enheter med stor inlokalisering av patienter behöver kompetenshöjas. Detta arbete har pågått under året men påverkats av pandemiläget.	<b>Resultat</b> Inom somatisk specialiserad slutenvård varierade beläggningsgraden mellan verksamheterna från 78,7 procent till 103,6 procent, där 65 procent (17 stycken) av vårdavdelningarna hade en total beläggningsgrad på över 90 procent under året. Andel överbeläggningar har under 2021 ökat inom den somatisk specialiserad slutenvården. Ökningen ses främst vid sjukhuset i Torsby och Centralsjukhuset Karlstad. På grund av oklarhet i definition av disponibel vårdplats har resultatet för sommaren påverkats. När vårdplatser tillfälligt öppnades på medicinkliniken vid Centralsjukhuset Karlstad i juli uppstod en överbeläggning på drygt 56 procent. Ökning ses även av andel utlokaliserade patienter, en ökning som främst beror till på de temporära omflyttningar som gjorts p.g.a. Covid-19. I nationell jämförelse är överbeläggning och utlokalisering fortsatt lägre i Region Värmland än i riket. Inom psykiatrisk slutenvård har överbeläggning och utlokalisering ökat något men ligger fortsatt på en låg nivå i den nationella jämförelsen.
<b>Analys</b> En ökad beläggningsgrad med hög överbeläggning som följd sågs framför allt under sommaren på medicinkliniken vid Centralsjukhuset Karlstad och vid sjukhuset i Torsby. En av orsakerna kan vara att antalet disponibla vårdplatser var något lägre denna sommar i jämförelse med sommaren 2020 och ett ökat vårdbehov. Fortsatta bemanningssvårigheter under året har inneburit minskad flexibilitet och svårigheter att öka antal disponibla vårdplatser.	

### Beläggningsgrad

Beläggningsgraden beräknas genom antalet konsumerade/producerade vårddagar delat på antalet disponibla vårddagar under tidsperioden. Målnivån är högst 90 procent. Totalt under 2021 vad

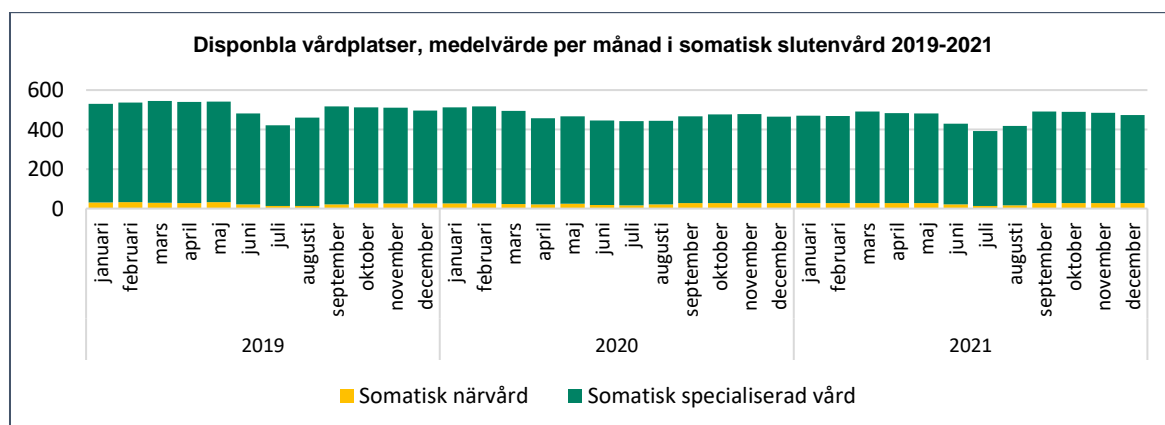
beläggingsgraden inom psykiatrisk vård 81,1 procent, somatisk specialiserad vård 92,8 procent och i somatisk närvård 88,0 procent.



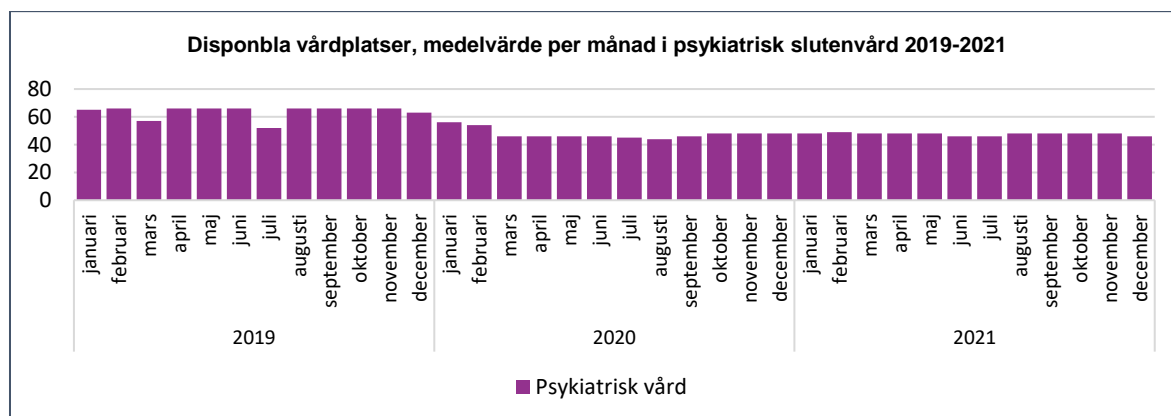
Källa: Cosmic/Regionens datalager

### Disponibla vårdplatser

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



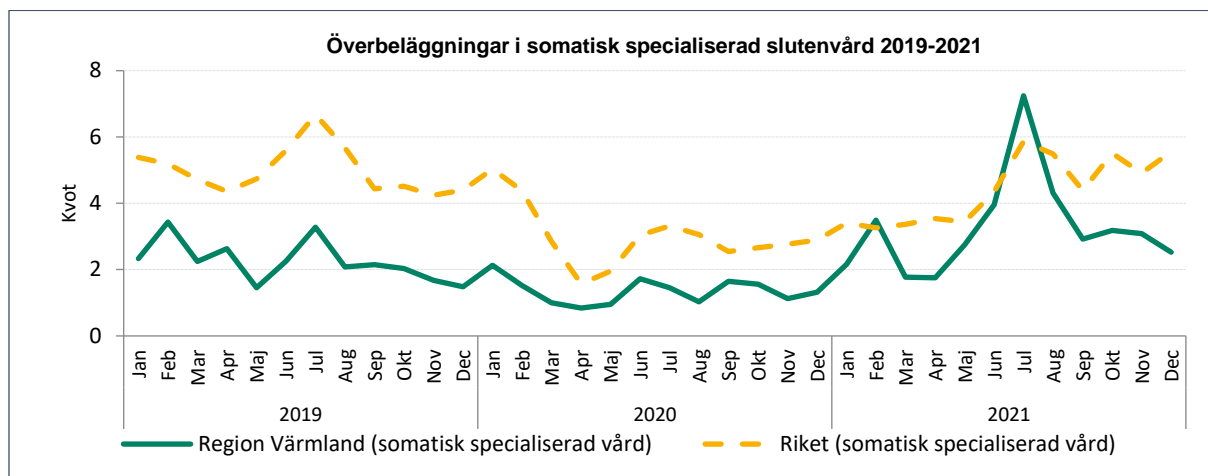
Källa: Cosmic/Regionens datalager



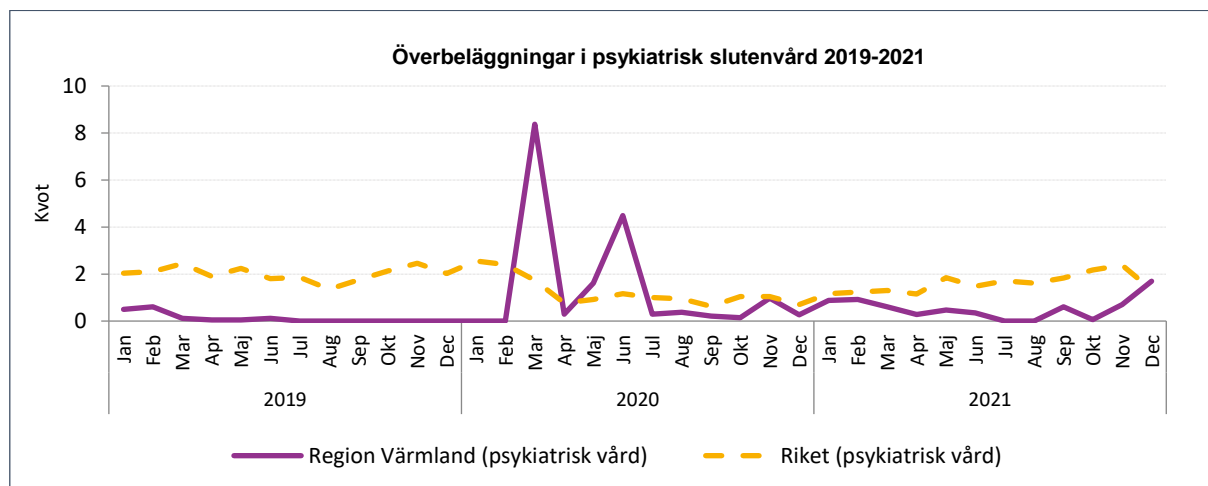
Källa: Cosmic/Regionens datalager

## Överbeläggningar och utlokaliseringar

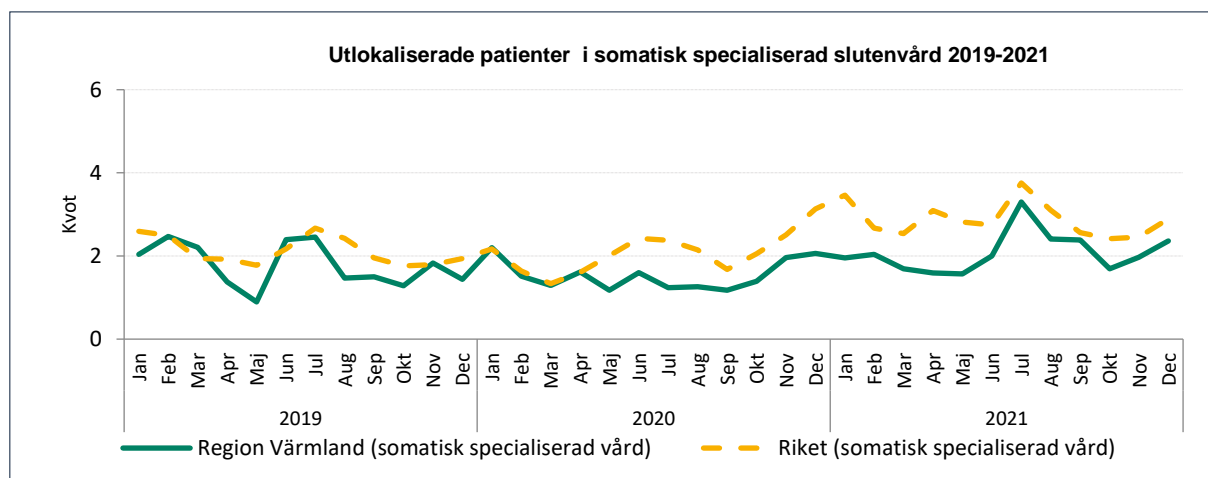
Överbeläggningar och utlokaliseringar visar förhållandet mellan antalet överbeläggningar/utlokaliseringar och antalet vårdplatser i slutenvård. Mättet definieras som kvoten av antalet överbeläggningar/utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser.



Källa: SIGNE-databasen SKR



Källa: SIGNE-databasen SKR

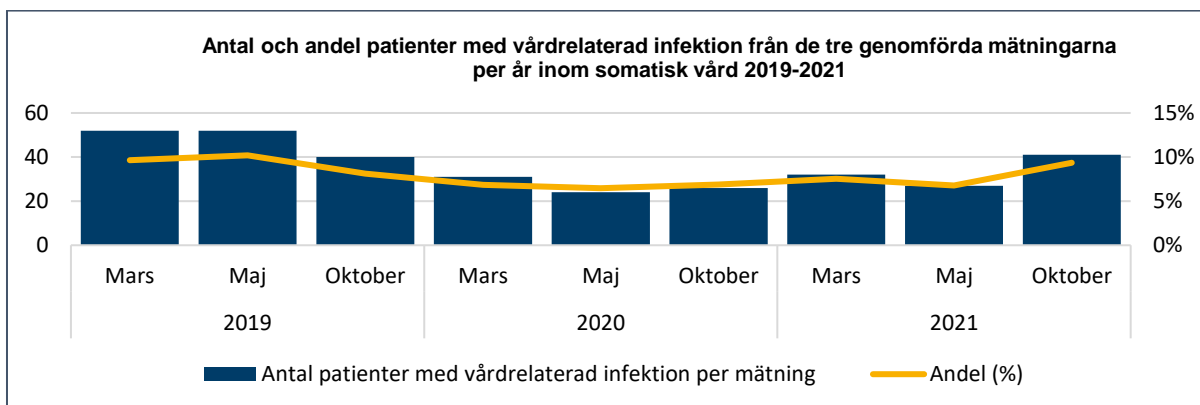


Källa: SIGNE-databasen SKR

## Vårdrelaterade infektioner

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

<p><b>Mål</b> Max 7 procent VRI (medelvärde under året).</p>	<p><b>Strategier</b> Genomföra punktprevalensmätningar (PPM) tre gånger per år inom slutenvården enligt standardiserat protokoll.</p>
<p><b>Åtgärd</b> Region Värmland kommer under 2022 att intensiviera arbetet enligt VRI Pro Aktiv med utbildningsinsatser samt ökad dagligt styrning på riskfaktorer som KAD och aktiv mobilisering och fortsätta mäta VRI tre gånger årligen. Fortsatt arbete kommer att ske i form av utbildning för att kvalitetssäkra VRI-mätningen. Pilotavdelningar är utsedda.</p>	<p><b>Resultat</b> Andelen VRI var under 2020 i sjunkande och låg omkring 7 procent vid de tre regionövergripande mätningarna.</p>
<p><b>Analys</b> Under 2021 ställdes den nationella mätningen in av SKR. Region Värmland fullföljde dock sina tre mätningar under året då regionen gjorde bedömningen att det är viktigt att följa förekomsten av VRI under pandemin. Resultatet visar på en lätt ökning i mars som till mesta del bestod av smittspridning av Covid-19 inom sjukhuset innan vi lärde oss agera på viruset. Nästkommande mätning visar en klar reduktion som sannolikt till viss del beror på minskad operativ verksamhet. Under hösten ökar den operativa verksamheten och genom en rad åtgärder har vi lärt oss hantera Covid-19 och minimera smittspridningen inom vården. Oktobermätningen visar dock en ökning av VRI där förekomsten av urinvägsinfektioner samt pneumoni dominerar. Vi ser också en klart ökad användning av KAD som delvis kan förklara utfallet. Slutenvården har under hösten varit påverkad av personalbrist vilket lett till stängda vårdplatser. Att VRI ökat kan teoretiskt förklaras av ökad KAD-användning, annat patientklientel samt minskad förmåga till optimal mobilisering av inläggande patienter.</p>	



Källa: PPM-verktyget (SKR)

## Smittförebyggande åtgärder Covid-19

Vårdhygien har under 2021 varit behjälplig med flera smittförebyggande åtgärder.

<b>Åtgärd</b> Stöttat avdelningschefer gällande utglesning av vårdplatser och sittplatser i väntrum, vid planering av luftvägsspår i befintliga lokaler.  Rekommenderat utökning av städrutiner.  Säkrare besök i samarbete med service- och kommunikationsavdelningen samt besöksvärdar vid entréer.  Utbildat och informerat vårdpersonal om gällande rutiner för covid-19.	<b>Resultat</b> Minskad trängsel och separata luftvägsspår. Minskad smittspridning.
<b>Analys</b> Smittförebyggande åtgärder har bidragit till en minskad smittspridning i vården.	

## Source control

Source control är en del av hälso- och sjukvårdens rutiner kopplade till risk för spridning av covid-19 (kirurgiskt munskydd IIR). Användandet av kontinuerligt munskydd under hela arbetspasset skyddar personer i omgivningen mot covid-19 vid en eventuell asymtomatisk infektion.

### Resultat från de fyra punktprevalensmätningarna 2021

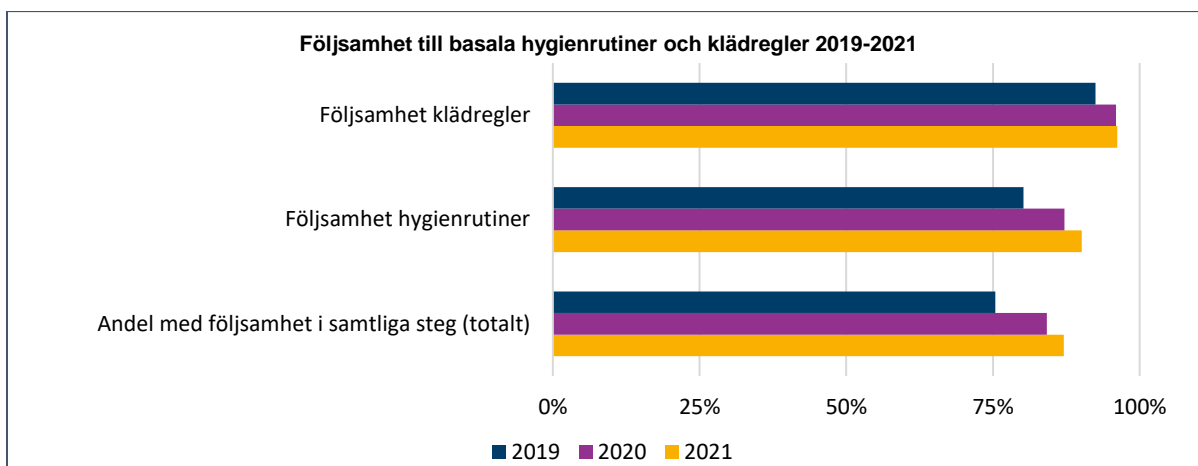
Antal deltagande enheter	171
Antal observationer	5 217
<i>Andel användning av source control:</i>	
med både patient och med annan personal	77,0%
med patient	96,3%
med annan personal	78,6%

Källa: Internt register

## Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

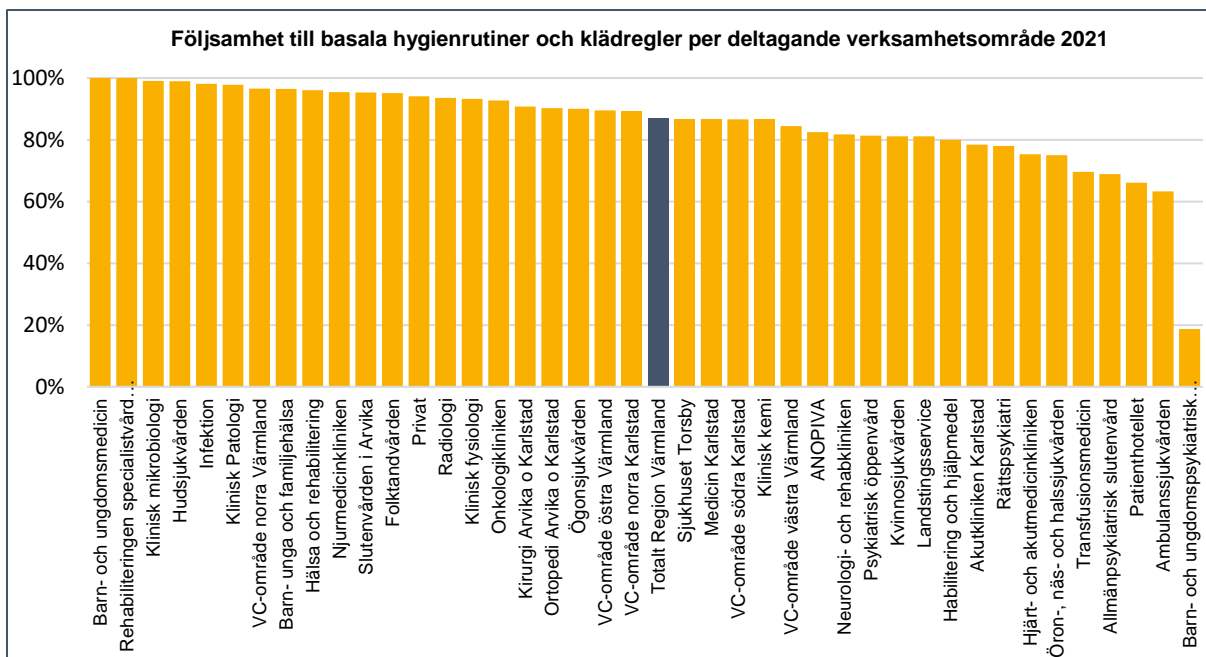
Under året har regelbundna mätningar gjorts som generellt visat på goda resultat under pandemin med en ökad följsamhet. Vissa enheter ligger dock något lägre över tid. Dessa siffror kan i vissa verksamheter förklaras av verksamhetens uppdrag men på vissa håll är det tecken på en nedsatt följsamhet.

<p><b>Mål</b> Minst 90 procent total följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK).</p>	<p><b>Strategier</b> Enheterna genomför egenkontroll enligt standardiserat protokoll. Vårdpersonal genomför BHK-utbildning vartannat år.</p>
<p><b>Åtgärd</b> Riktade åtgärder till enheter med resultat under angivet mål.</p>	<p><b>Resultat</b> Genomsnitt från de månatliga mätningarna under året var 79.1. Resultat nedbrutet i varje enskild fråga (8) visar &gt;90 procent följsamhet. 6 av 8 frågor visar &gt;96 procent följsamhet. Värmland ligger därmed bra till i en nationell jämförelse.</p>
<p><b>Analys</b> Riktade insatser (som utbildning VRI och BHK) har gjorts och kommer att fortsätta under 2022 inom dessa enheter för ökad följsamhet samt anpassa arbetssätten inklusive mätningar till respektive verksamhet. Fortsatta mätningar sker under 2022 för att följa upp insatta åtgärder.</p>	



Källa: PPM-verktyget (SKR)





Källa: PPM-verktyget (SKR)

## Hygienronder

<p><b>Mål</b> Genomföra hygienrond en gång per år.</p>	<p><b>Strategier</b> En gång per år ska alla enheter med patientnära vård genomföra hygienrond enligt standardiserat protokoll. Enhetens hygienombud och enhetschef genomför hygienrond.</p>
<p><b>Åtgärd</b> Hygiensjuksköterska genomför uppföljande rond samt ger skriftlig återkoppling om förbättringsförslag.</p>	<p><b>Resultat</b> Under våren har uppföljande hygienronder utförts inom de flesta vårdavdelningar på Centralsjukhuset i Karlstad.</p>
<p><b>Analys</b> Under hösten har fokus varit att delta vid uppföljande hygienrond i kommunal verksamhet. Därför har inte resurser funnits till uppföljande hygienronder inom öppenvården eller till verksamheterna i Arvika och Torsby.</p>	

## Hygienombud

<p><b>Mål</b> På varje enhet ska det finnas minst en medarbetare som har uppdraget att vara hygienombud. Önskvärt är att en av hygienombuden är sjuksköterska.</p>	<p><b>Strategier</b> Utbilda och fortbilda hygienombud som driver kvalitetsförbättrande arbete på sina enheter.</p>
<p><b>Åtgärd</b> Utbildning av nya hygienombud en gång per år samt hålla hygienombudsträffar två till fyra gånger per år.</p>	<p><b>Resultat</b> Utbildning av nya hygienombud en gång per år samt hålla hygienombudsträffar två till fyra gånger per år.</p>
<p><b>Analys</b> Hygienombudens roll har blivit mer tydliga under pandemin.</p>	

## 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 skadorna sker i hemmet. Lårbensfrakturer är en vanlig orsak till inläggning på sjukhus. För att minska antalet fallskador i vården är det viktigt att fallrisken värderas, utreds och att individanpassade multifaktoriella åtgärder vidtas och följs upp.

En åtgärd som lyfts är att behovet av olika former av rörelselarm och sänglarm på sjukhusen har ökat de senaste åren. Expertgrupp fall finns som stöd vid anskaffning både på strategisk nivå i förhållande till fastighetsinvesteringar och i förhållande till enskilda enheters behov.

## Resultat

I tabellen nedan ses andelen fallavvikelser i förhållande till totala antalet patientavvikelser över tid.

<b>Registrerade fallavvikelser</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Antal registrerade fallavvikelser	581	636	650
Antal registrerade patientavvikelser	5 563	5 172	5 316
Andel fallavvikelser bland totalt antal registrerade patientavvikelser	10 %	12%	12 %

**Källa:** Regionens avvikelssystem Aha

# MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR

Under det gångna året har regionens patientsäkerhetsarbete i hög grad kommit att upprätthålla grundläggande strategiskt patientsäkerhetsarbete och fokuserat på vårdens omställning med anledning av Coronapandemin. Flera planerade aktiviteter både under 2020 och 2021 har behövt skjutas upp men med en ny pandemisituation kan en ljusning skönjas som innebär ett återupptagande av olika strategiska insatser som prioriterats ner de senaste två åren.

Till hjälp i regionens fortsatta patientsäkerhetsarbete finns sedan några år tillbaka den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Planen ska stödja, utveckla och samordna arbetet med patientsäkerhet nationellt och stärka kommuner och regioner i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Visionen för patientsäkerhetsarbetet är God och säker vård – överallt och alltid.

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

1. Öka kunskap om inträffade vårdskador
2. Tillförlitliga och säkra system och processer
3. Säker vård här och nu
4. Stärka analys, lärande och utveckling
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap

En engagerad ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården är avgörande för säker vård på alla nivåer. Via chefläkarfunktionen har ett arbete påbörjats som innebär att Region Värmland under våren 2022 förväntas fastställa en lokal handlingsplan för patientsäkerhet.

Detta innebär att hälso- och sjukvården fortsätter:

- arbetet att tillsammans med HR bygga en starkare säkerhetskultur i vården. Genom samverkan mellan områdena arbetsmiljö och patientsäkerhet kan vi nå ännu längre i vår strävan att skapa säker vård och säkra arbetsplatser.
- implementeringen av hälso- och sjukvårdens avvikelshanteringssystem efter genomförd uppgradering.
- utvecklingen och implementeringen av Synpunkten, ett digitalt verktyg där medborgare, patienter och närstående kan delge vården sina synpunkter och klagomål där nya arbetssätt och systemstöd möjliggör systematisk hantering och uppföljning.
- att i högre grad än tidigare involvera patienter och närstående i utvecklings- och förbättringsarbeten. Lokala rutiner och riktlinjer har utarbetats som erbjuder ersättning till patienter och närstående som medverkar i utvecklings- och förbättringsarbeten.
- arbetet med en kompetensutvecklingsplan för förbättringskunskap och ökad medvetenhet om kvalitets- och förbättringsarbeten hos alla medarbetare i hälso- och sjukvården.
- införandet av metoden Gröna Korset som stöd för chefers dagliga styrning och för att systematiskt identifiera risker, avvikelser och förbättringsförslag i verksamheten.

## BILAGOR

För att ta del av årsrapporter gällande anmälningssärenden, etikkommitté, klinisk farmaci och informationssäkerhet samt strålskyddsrapport, kontakta diariet: [diariet@regionvarmland.se](mailto:diariet@regionvarmland.se)





Region Värmland, 651 82 Karlstad  
054-61 50 00 | [www.regionvarmland.se](http://www.regionvarmland.se) | [www.1177.se/varmland](http://www.1177.se/varmland)  
Diarienummer: RS/220038 HSN/ 220075