

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE 2020



Diarienummer

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning.....	4
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	9
Patienters och närståendes delaktighet.....	12
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	13
Klagomål och synpunkter	14
Egenkontroll	15
Åtgärder för att öka patientsäkerheten	16
Risikanalys	22
Utredning av händelser – vårdskador	23
Informationssäkerhet.....	25
Resultat och analys.....	26
Mål och strategier för kommande år	43
Bilagor.....	45

SAMMANFATTNING

Året 2020 liknar ingenting vi har varit med om tidigare i vården. Pandemin har inneburit att hela vården behövt ställas om för att kunna omhänderta såväl covid-drabbade som övriga patienter på ett säkert sätt. Nya vårdenheter har etablerats i ett mycket snabbt tempo, personal har fått byta arbetsuppgifter och kollegor, återgått till grundprofessioner från andra uppdrag, arbete i skyddsutrustning har blivit standard och rutiner rörande arbetsätt har haft omsättningstakt som varit mycket kort. Även om Värmland varit relativt sett mindre drabbat än många andra regioner har påfrestningen på vården och dess personal varit stor.

Pandemin har på ett oerhört tydligt sätt visat på vikten av ett patientsäkerhetsarbete som utgår från de grundläggande förutsättningarna för en säker vård och där arbetsätt som inkluderar riskmedvetenhet och situationsanpassning måste ingå, precis som säkerställande av en trygg arbetsmiljö.

För ett år sedan publicerade Socialstyrelsen den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet 2020–2024. Handlingsplanen belyser tydligt hur säkerheten i hälso- och sjukvården är beroende av samspelet mellan människor, teknik och organisation. Den lyfter också fram behovet av att arbeta för en ökad närvaro av säkerhet, inte bara frånvaro av skada. I Region Värmland kommer vi under 2021 att ta fram en regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Den kommer att innehålla mål och aktiviteter inom samtliga delar som belyses i den nationella handlingsplanen. Några av områdena har vi redan ett aktivt arbete inom, inom andra behöver vi ökat fokus och ta fram ändamålsenliga aktiviteter. Målet är att bidra till den nationella kraftsamling som behövs inom patientsäkerhetsarbetet i Sverige.

Men i det svåra som präglat det gångna året har också funnits mycket positivt. Det engagemang som ledare och medarbetare har visat för att lösa utmaningarna har varit enormt. Samverkan över gränser, mellan verksamheter och huvudmän, har utvecklats och den lojalitet mot våra patienter som genomsyrat arbetet har varit fantastisk. I skrivande stund är vi långt ifrån igenom pandemin och kommande månader kommer fortsätta ställa krav på extraordinära insatser från oss alla i vården, men förhoppningsvis tar vi oss lite närmare en ljusare tid, där lärdomar från arbetet med pandemin tas med i vårt fortsatta patientsäkerhetsarbete.

I denna patientsäkerhetsberättelse kan du bland annat läsa om:

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

ÖVERGRIPANDE MÅL OCH STRATEGIER

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

Målet för regionens patientsäkerhetsarbete 2020 var att fokusera på att påbörja implementering av inriktningarna i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, bland annat genom att utveckla en regional åtgärdsplan. Tanken var att under 2020 stärka de aktiviteter vi redan har inom fokusområdena och utveckla arbetet där vi idag inte är lika aktiva. Pandemin omkullkastade många av de planerna. Mycket av arbetet har i stället inriktats på att få vården att fungera så säkert som möjligt trots pågående pandemi.

Pandemin till trots så har vi kunnat uppgradera vårt avvikelshanteringssystem och fått ett mer ändamålsenligt och användarvänligt system för att hantera avvikelser, både på användarnivå och på övergripande nivå. Det har gett oss en bra förutsättning för att - när vården är mindre belastad av pandemiarbetet – kunna implementera och stödja ett arbetssätt där avvikelser används som en naturlig del i arbetet med ständiga förbättringar.

Det som också fortsatt under 2020 är flera av de uppföljningar som görs av vårdskadeläget. Journalgranskningar har utförts, både ur ett allmänt perspektiv och med fokus på covid-patienter. På grund av pandemin har trycksårs- och BHK-mätningarna intensifierats, där resultaten indikerar fortsatt behov av insatser och uppföljande extra mätningar under 2021, inklusive följsamhet till source control. Inom folktandvården har arbetet med uppföljning av avvikelser på övergripande nivå fortsatt, vilket lett till en ökad medvetenhet i verksamheterna om vikten av att rapportera och följa upp inträffade händelser.

Flera andra satsningar inom patientsäkerhetsområdet har fått stå tillbaka, exempelvis utbildningen Fokus Patientsäkerhet, framtagande av systemstöd för hantering av patienter och närståendes synpunkter och klagomål, utveckling av Patientforum, gemensam säkerhetskät ur ett arbetsmiljö- och patientsäkerhetsperspektiv med mera. Vi hoppas dock att 2021 ska ge möjlighet att återuppta de arbetena och få till stånd aktiviteter i den nationella handlingsplanens anda, utifrån en regional handlingsplan för patientsäkerhet.

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

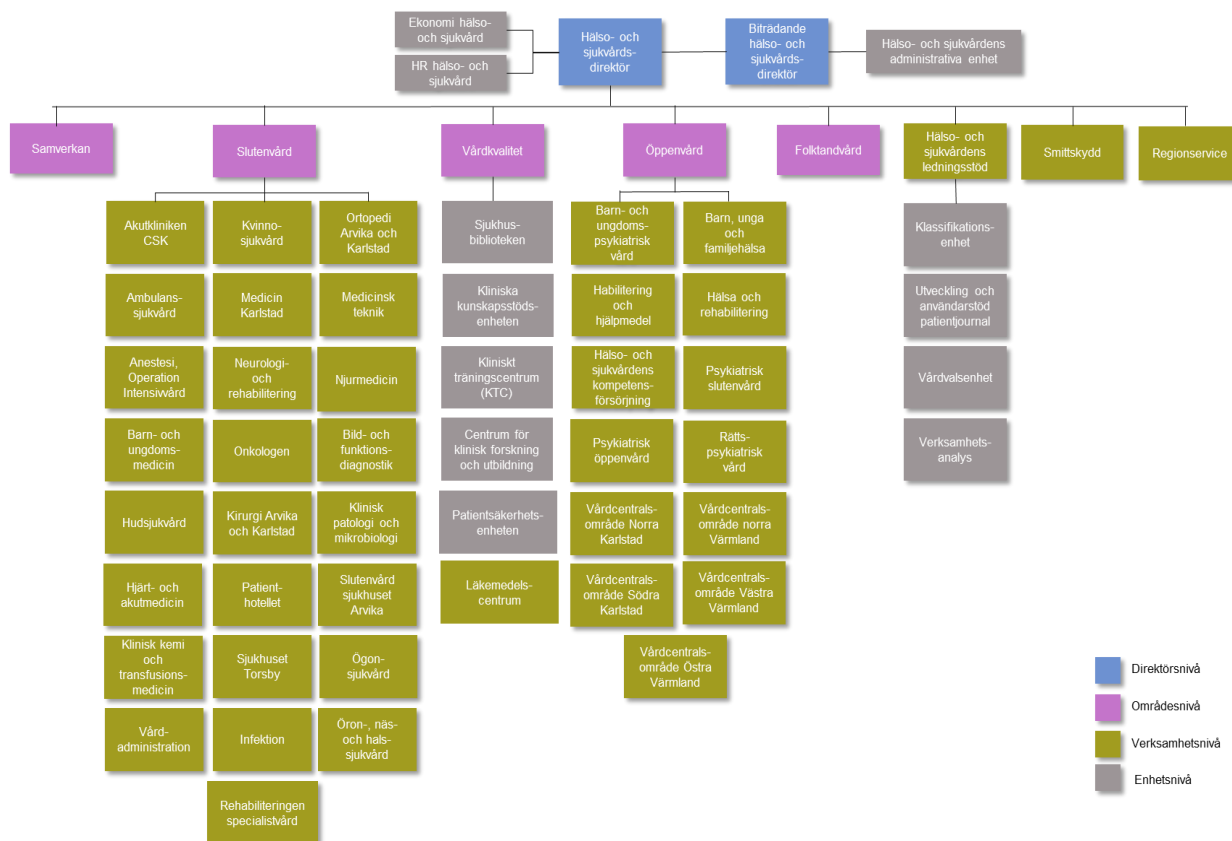
Regionfullmäktige och regionstyrelse

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.

Ansvarsnivåer i hälso- och sjukvården



Regiondirektör 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

Chefläkarna ansvarar tillsammans med cheftandläkaren för det övergripande patientsäkerhetsarbetet i regionen. Det innebär en såväl 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) och arbetar fortlöpande för att minska smittspridning i vården, förebygga vårdrelaterade infektioner och tillse god följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Smittskydd Värmland har en väl utvecklad samverkan med länets kommuner genom avtal.

Strålsäkerhet

Verksamhet med strålning är reglerad i svensk lag och för att bedriva verksamheten krävs tillstånd med tillhörande villkor för medicinsk och odontologisk verksamhet med joniserande strålning. Strålsäkerhetsarbetet övervakas i strålsäkerhetskommittén och ansvar och samspel i organisationen beskrivs i strålsäkerhetsorganisationsplanen. För ytterligare information se strålsäkerhetsbokslut 2020.

Informationssäkerhet

Informationssäkerhetsansvaret ligger i linjeorganisationen. Region Värmland har för närvarande två informationssäkerhetssamordnare som ger utbildningar, stöd och råd, håller informationsträffar och tillhandahåller material till både chefer och medarbetare. För samordning och uppföljning av informationssäkerhetsarbetet finns ett informationssäkerhetsråd. Samtliga medarbetare i Region Värmland äger möjlighet att väcka ärenden till rådet.

Läkemedelskommittén

Är med dess tillhörande terapigrupper ett rådgivande expertorgan i läkemedelsfrågor som värderar nya och gamla läkemedel och deras plats i terapin.

Etikommittén

Stödjer dialog och kunskapsutveckling i etiska frågor, initierar nya frågor av etisk karaktär och vägleder diskussion kring dessa. Etikommittén är underställd chefläkarfunktionen och ordförande är chefläkare. Etikommitténs 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 vårdkvalitet

Omfattar verksamhetsområdena patientsäkerhetscentrum och kunskapscentrum. Områdeschefen ingår i hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsgrupp.

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

- Läkemedelsenheten har tillsammans med läkemedelskommittén verkat för en rationell, säker samt kostnadseffektiv läkemedelsanvändning- och hantering i hela vårdkedjan. Enheten ansvarar bland annat för klinisk farmaci, läkemedelsförsörjning, läkemedelsberedning, läkemedelsstatistik, läkemedelsbudget samt för ordinationsmallar och generella direktiv i hälso- och sjukvårdens journalsystem
- Patientsäkerhetsenheten arbetar med övergripande kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor samt stöd till verksamheternas patientsäkerhetsarbete. Enheten leder händelseanalyser vid vårdskadeutredningar, ansvarar för avvikelshanteringsfunktionen genomför utbildningar inom patientsäkerhetsområdet för chefer och medarbetare samt koordinerar regionens resultatrapportering från journalgranskning och egenkontroller. Arbetet sker i nära samarbete med chefläkarna.
- Anmälningsansvarig ingår i patientsäkerhetsenheten och utses av hälso- och sjukvårdsdirektören genom ett personligt förordnande. Uppdraget omfattar att i samverkan med chefläkare ansvara för att regionen följer lag och föreskrifter om anmälan av allvarliga vårdskador (lex Maria), hantering av enskildas klagomål och anmälan av legitimerad personal.

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

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

SAMVERKAN FÖR ATT FÖREBYGGA VÅRDSKADOR

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

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

Samverkan mellan regionen och länets kommuner på strategisk nivå

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

Förstärkt samverkan under pandemin

I samband med att Värmland fick sitt första konstaterade fall inom den kommunala vård och omsorgen i mitten av mars 2020 påtalade kommunernas medicinsk ansvariga sjuksköterskor att det fanns ett behov av en förstärkt samverkan med regionens hälso- och sjukvård på ett övergripande men ändå operativt plan. Den 16/3 hade vi vårt första möte med MAS:arna i samtliga värmländska kommuner. Vilka som ingått respektive mötesfrekvens har varierat under pandemins olika faser. Stående deltagare har varit regionens smittskyddsenhet samt samordnare från regionen. Medverkande har även varit chefläkare samt ordförande i Läkemedelskommittén. Detta har möjliggjort en enkel väg för informationsöverföring mellan regionen och kommunerna. Samma information har nått alla samtidigt och det har funnit goda möjligheter till dialog under mötena. Brister som upplevts i samverkan på både det lokala planet, men också övergripande, har kunnat hanteras direkt. Mötena sker fortfarande men nu en gång i veckan. Parallellt med dessa möten har vi haft regelbundna avstämningar kring material/skyddsutrustning för att gemensamt säkerställa tillgången. Kommunernas socialchefer har haft veckomöte med delar av regionens hälso-och sjukvårdsledning samt att regiondirektör/hälso-och sjukvårdsdirektör/chefläkare haft avstämningar med kommunchefer.

Samverkan mellan regionen och länets kommuner genom en gemensam patientsäkerhetskommitté

Under 2019 bildades en gemensam Patientsäkerhetskommitté i Värmland. I kommittén ingår MAR/MAS från 3 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). Gruppens arbete har hittills fokuserat på patientsäkerhetsaspekter av vårdens övergångar med inkomna avvikelser som underlag. Arbetssätt och mall för avvikelserapportering har utvecklats, med målet att skapa ökad förståelse för de olika huvudmännens arbete samt inspirera till gemensamma förbättrings- och utvecklingsarbeten. Gruppen har också tagit fram en rutin för patientsäker utskrivning för patienter som ska ha avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet.

Regionalt nätverk för suicidprevention i Värmland

I Värmlands regionala nätverk för suicidprevention ingår representanter från alla kommuner i Värmland, Region Värmland, Svenska kyrkan, Polisen, Räddningstjänst, Försäkringskassan, Länsstyrelsen, Suicide Zero, EBLskolan, (H)järnkoll, Anonym Alkoholister, RSMH Kalstasola samt Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (Spes). Under 2020 har nätverket planerat och drivit utbildningar och föreläsningar samt arrangerat en länskonferens/webbinarium (Suicidprevention i Värmland: manlighet och suicid) med över 200 webbdeltagare. Arbetet kring en ny länsgemensamma handlingsplan för suicidprevention i Värmland började hösten 2020 och ska försätta under 2021.

Vårdinformationssystem

I dagens hälso- och sjukvård är stabila, fungerande och samverkande IT-system av största vikt, både för patienter och medarbetare. Med hjälp av dessa ska patienter uppleva en god tillgänglighet och trygghet, medarbetare ska kunna planera, utföra och dokumentera, uppföljning ska kunna ske. Att se till att det är så är ett uppdrag som 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. Samarbete kring riskområdena sker tillsammans med Värmlands kommuner och Karlstad Universitet.

Arbetsmiljö och patientsäkerhet

Engagerad ledning och styrning, adekvat kunskap och kompetens samt en god säkerhetskultur är tre av de fyra grundläggande förutsättningarna för en säker vård. Det gemensamma arbete som planerades för år 2020 har inte kunnat genomföras utan behövt ersättas med arbete kopplat till omställning av vården på grund av pandemin. Efter en förlaga från Socialstyrelsen togs en checklista för säker vård fram under våren, som stöd till första linjens chefer vid nybildade enheter där personal från många olika delar av vården skulle ta hand om en ny patientgrupp. Under hösten 2020 förstärktes stödet till dessa enheter via ett team där patientsäkerhetsexpertis ingick. Chefer och enheter har fått hjälp att organisera och leda arbetet med fokus på en säker vård och stöd i arbetet med dagliga förbättringar. Målet är trygga arbetsgrupper som trots utmaningarna har förutsättningar att ge en vård säker för både patienter och medarbetare.

Folktandvården och kommunerna

För att kunna ge de multisjuka och äldre i kommunernas vårdboenden daglig förbyggande och lindrande tand- och munbehandling har samverkan etablerats mellan folktandvården och länets kommuner, där folktandvården utbildar vårdpersonalen i munhygien. Tandhygienister utför även uppsökande munhälsobedömningar liksom vård och behandling. Samverkan regleras genom skriftliga överenskommelser mellan klinikchefen på ansvarig folktandvårdsklinik och respektive kommun. 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 uteblivanden 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. Hälsoodontologiska enheten genomförde 2019 en enkät till såväl tandvårdens medarbetare som kommunernas vårdpersonal som visar att den kliniska närvaron på boenden är uppskattad från personalens sida. Den undersökning som skulle riktas till patienter och närstående själva blev, på grund av besöksförbud, inställd. Den planeras istället genomföras under 2021.

PATIENTERS OCH NÄRSTÅENDES DELAKTIGHET

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

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

Patientforum

Patientforum startades år 2015 med syfte att utgöra en kontaktyta och mötesplats för patienter, närstående och medarbetare för frågor, information och mottagande av synpunkter som rör hälso- och sjukvården. Under 2019 startades ett arbete för att vidareutveckla patientforum men som så mycket annat har arbetet inte kunnat fortsätta under 2020. Förhoppningen är att ta vid där det slutade så fort pandemisituationen så tillåter. Målet är att inom ett par år ha ett Patientforum som ännu bättre blir en mötesplats – inte nödvändigtvis fysisk – mellan vård och medborgare, där vi ännu bättre tar tillvara patienters och närståendes erfarenheter för att tillsammans kunna skapa morgondagens hälso- och sjukvård.

Patientmedverkan i utredning av allvarlig vårdskada

Vid utredning av allvarlig vårdskada erbjuds alltid patient och närstående att vid ett samtal 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.

Patient- och närståendebildning

Med ett besked om långvarig eller obotlig sjukdom, fysiskt eller psykiskt, är det nödvändigt att få kunskaper, tips och idéer för att bättre kunna bemästra och hantera vardagen. Vid långvarig sjukdom, skada eller funktionsnedsättning behöver både patient och närstående kunskap för att kunna leva sitt liv med bästa möjliga hälsa och livskvalitet. Vid grupputbildningar möts patienter, närstående, vårdpersonal och erfarna brukare i mindre grupper för att lära av varandra i ett ömsesidigt kunskaps och erfarenhetsutbyte.

Digitala stöd för närståendemedverkan och patientmöte med anhöriga

Region-IT har infört en lösning för distansmöten för ineliggande patienter på främst IVA och Covid-avdelningar för att kunna hålla kontakten med anhöriga. Ökad trivsel och välbefinnande ger bättre förutsättningar för tillfrisknande.

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. Implementeringen påbörjas under 2021.

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 avvikelsehantering inom sitt verksamhetsområde och för att lokala rutiner finns. Chefer på alla nivåer är ansvariga för att analysera, sammanställa, följa upp avvikelser och vidta åtgärder inom respektive ansvarsområde.

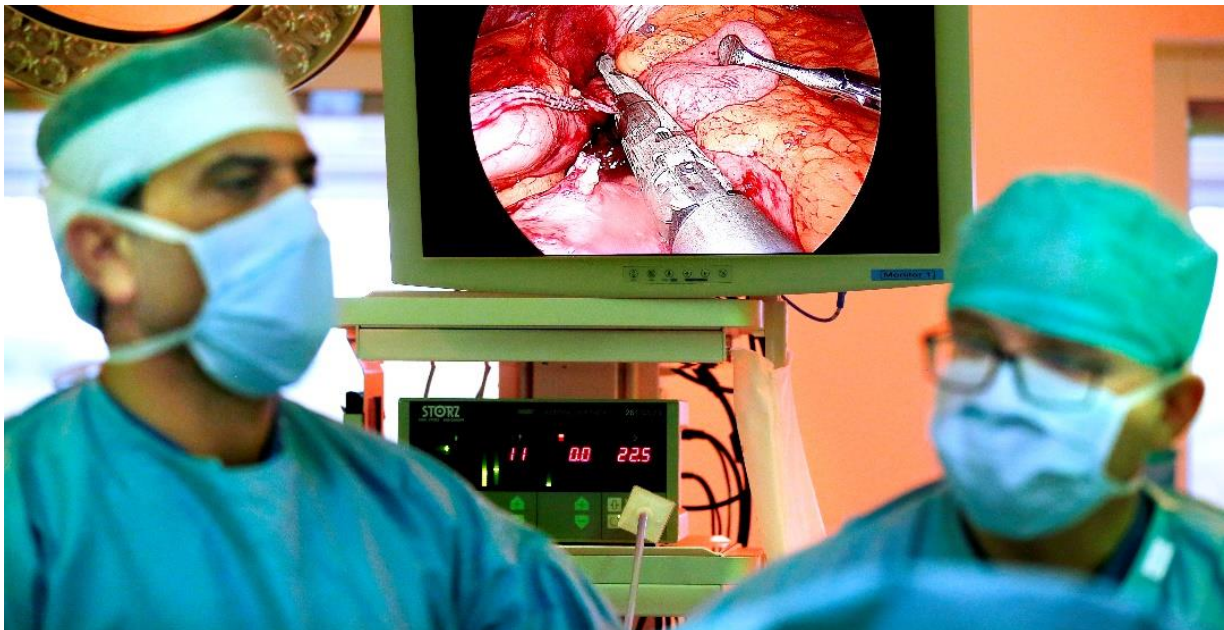
Avvikelsehantering

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

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

Under 2020 genomfördes uppgradering och förbättring av avvikelsehanteringssystemet. Förbättringarna kommer att öka användarvänligheten och effektivisera arbetet med avvikelser som underlag till förbättringar i verksamheterna.

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



KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER

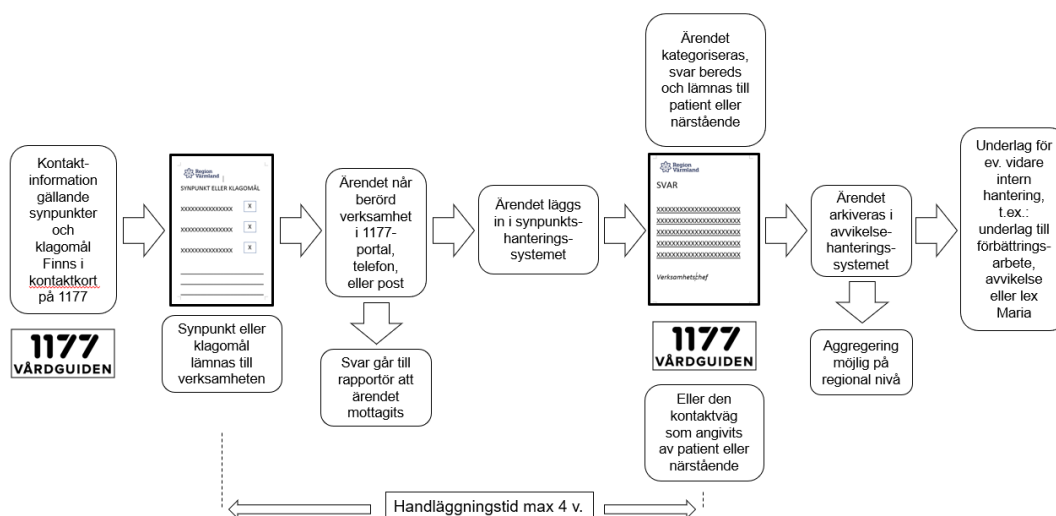
SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6§§, 7 kap 2 § p 6,
SFS 2010:659, 3 kap. 8§

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

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

En ny process har tagits fram i regionens avvikelsehanteringssystem där de synpunkter och klagomål från patienter och närstående som inkommer direkt till vården kan registreras, kategoriseras och hanteras.

Synpunkter och klagomål som inkommer tas emot av en synpunktshandläggare som kategoriserar och fördelar ärenden till ansvarig chef. Synpunkter och klagomål kan inkomma via 1177, samtal eller brev. Den nya processen driftsätts i början av 2021.



EGENKONTROLL

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

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

Uppföljning och mätning	Omfattning och frekvens	Källa
Markörbaserad journalgranskning på sjukhus- och verksamhetsnivå	Månadsvis	Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
Basala hygienrutiner och klädregler	Nationell mätning två gånger under 2020. Regionmätning tidigare tertialvis, men pga. pandemin månadsvis.	SKR och interna register
Vårdrelaterade infektioner	Nationell mätning vanligtvis en gång per år men inte 2020 pga. Pandemin. Regionmätning tertialvis	SKR
Följsamhet blododlingsrutin	Regionmätning tertialvis	Interna register
Antibiotikaförskrivning	1. Månadsvis 2. Kvartalsvis	1. Folkhälsomyndigheten 2. Läkeemedelsenheten
Trycksår	Nationell samt regiongemensam mätning tre gånger/år, lokala mätningar månadsvis inom delar av somatisk slutenvård	SKR och interna register
Avvikelser inom regionen	Antal följs löpande i regionens avvikelshanteringssystem	Interna register
Patientrelaterade avvikelser inom regionen.	Antal följs löpande i regionens avvikelshanteringssystem	Interna register
Avvikelser gällande samarbetet mellan regionen och kommunerna i Värmland	Antal följs löpande	Interna register
Händelse- och riskanalyser	Antal följs tre gånger per år	Interna register
Beläggningsgrad	Följs dagligen inom all slutenvård	Regionens datalager
Överbeläggningar av patienter	Antal följs dagligen per sjukhus inom all slutenvård	SKR och regionens datalager
Utlökaliserade patienter	Antal följs dagligen per sjukhus inom all slutenvård	SKR och regionens datalager
Väntetid till tandvård	Antal kliniker som har högst 6 månaders väntetid kontrolleras tertialvis.	Interna register

ÅTGÄRDER FÖR ATT ÖKA PATIENTSÄKERHETEN

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

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

Utbildning - Fokus patientsäkerhet, genomförande och lärdomar

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

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

- | | |
|---|---|
| 1. Identifierat förbättringsbehov <ul style="list-style-type: none">Behov av att öka chefer och medarbetares kompetens om förbättringskunskap och patientsäkerhet i syfte att begränsa vårdskadorna i regionen | 2. Mål <ul style="list-style-type: none">Ökad kunskap i förbättringsarbete samt ge medverkande verksamheter möjlighet att arbeta under handledning med ett för verksamheten viktigt riskområde |
| 3. Metod och åtgärd <ul style="list-style-type: none">Utbildningen har genomförts i form av 4 seminarier med teori, egna presentationer och inspirationsföreläsningarMellan seminarierna har teamen genomfört eget förbättringsarbete under handledning11 verksamheter har deltagit vid varje utbildningsomgångNätverk för deltagare och chefer | 4. Uppföljning och utvärdering <ul style="list-style-type: none">Hittills 1 team deltagit. För att stödja och stimulera fortsatt förebyggande patientsäkerhetsarbete kommer nätverksträffar att erbjudas två gånger per år |

Kommentar: Under 2020 har utbildningens andra omgång inte kunnat fullföljas till följd av pandemin. Planerad nätverksträff har av samma anledning inte kunnat genomföras. Däremot har några verksamheter som deltagit i utbildningen önskat och fått fortsatt stöd i sitt lokala förbättringsarbete.

Frakturprevention och behandling för osteoporospatienter

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

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

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

Kvalitetssäkra hantering av hälso- och sjukvårdens styrande dokument

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

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

- | | |
|--|--|
| 1. Identifierat förbättringsbehov <ul style="list-style-type: none">Behov att öka kvalitet och säkerhet av dokumenthantering för hälso- och sjukvårdens styrande dokumentBehov av standardiserat strukturerat arbetssätt för hantering av hälso- och sjukvårdens styrande dokument | 2. Mål <ul style="list-style-type: none">Öka sökbarhet i dokumenthanteringssystemet VIDÅSkapa standardiserat arbetssätt för hantering av styrande dokument |
| 3. Metod och åtgärd <ul style="list-style-type: none">Avsluta gamla och utgångna dokumentEnsning av lokala vårdutiner och dubblettedokument i VIDÅ | 4. Uppföljning och utvärdering <ul style="list-style-type: none">Arbetet är pausat pga pandemin. |

PRISS (Protes-Relaterade Infektioner Ska Stoppas)

Projektet med protesinfektioner fortsätter.

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

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

Kommentar: Protesinfektionerna reducerades med 75 %. Projektet planeras fortsätta under 2021 och även omfatta annan inplantat kirurgi samt ryggkirurgi. Gemensam rutin för att undvika blåsöverfyllnad tas fram då det förekommit lokalt ökat problem med denna vårdskada i samband med proteskirurgi.

Trycksårsprevention

Under pandemin har förekomsten av trycksår ökat markant. Det förebyggande arbetet har inte varit prioriterat. Förändrad organisation med omfördelning av personal och förändrade arbetsätt har varit bidragande orsaker.

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

- | | |
|---|---|
| 1. Identifierat förbättringsbehov <ul style="list-style-type: none">Trycksårsfrekvensen under 2020 var fortsatt hög, framför allt inom de medicinska specialiteterna. Det tar lång tid innan riskpatient identifieras tills trycksårsförebyggande åtgärder vidtas | 2. Mål <ul style="list-style-type: none">Minskad förekomst av sjukhusförvärvade trycksår |
| 3. Metod och åtgärd <ul style="list-style-type: none">Utbildningsinsatser och implementering av evidensbaserade arbetsätt vid akutmottagningen samt de medicinska vårdavdelningarna, med fokus på tidig hud- och riskbedömning samt trycksårsförebyggande åtgärder | 4. Uppföljning och utvärdering <ul style="list-style-type: none">Resultaten kommer att följas upp på verksamhetsnivå och i områdesledning. Uppföljning av trycksårsfrekvensen ska ingå verksamhetens dagliga styrning och visualiseras på förbättringstavlor |

Kommentar: Det har inte funnits förutsättningar att fortsätta påbörjat projekt med syfte att korta tiden från identifiering av riskpatient till insättande av trycksårsförebyggande åtgärder vid akutmottagningen och de medicinska vårdavdelningarna, Centralsjukhuset Karlstad, till följd av pandemin.

Gröna korset – implementering av metod, Sjukhuset i Arvika

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

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

Kommentar: Akutmottagningen Arvika fortsätter sin användning av Gröna Korset.

Interna revisioner

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

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

Kommentar: Interna revisioner pausades under 2020 enligt beslut från HCL.

Patient- och närståendebildning

Kliniska kunskapsstödsenheten har till uppdrag 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

- | | |
|--|--|
| <p>1. Identifierat förbättringsbehov</p> <ul style="list-style-type: none">• Behov av att öka tillgången till utbildningar i hela länet• Förbättra och förenkla för patient, närstående och medarbetare att hitta information och kontaktvägar• Samla in information om samtliga befintliga patient- och närståendebildningar i länet• Behov av statistik nationellt på antal patienter som medverkat i utbildningar | <p>2. Mål</p> <ul style="list-style-type: none">• Underlätta för patient och närstående att lära sig leva med långvarig sjukdom eller skada• Öka patientens delaktighet i sin egen vård• Ge möjlighet till erfarenhets- och kunskapsutbyte och återföra värdefull kunskap in i vårdarbetet• Fler utbildningar i hela länet• Utföra samtalsledarutbildning |
| <p>3. Metod och åtgärd</p> <ul style="list-style-type: none">• Via enkätundersökning kartlagt samtliga befintliga patient- och närståendebildningar i länet• I nationellt nätverk ta fram KVÅ- koder för att kunna ta fram statistik nationellt på antal patienter som medverkat i utbildningar | <p>4. Uppföljning och utvärdering</p> <ul style="list-style-type: none">• Alla patientutbildningar enligt Lära och bemästra följs upp med utvärderingar efter varje kurstillfälle samt vid avslut. Förbättringsförslag fångas upp och omsätts i olika åtgärder• Samtalsledarutbildning sköts upp till 2021. |

Läkemedelsstrategi

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

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

1. Identifierat förbättringsbehov

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

2. Mål

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

3. Metod och åtgärd

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

4. Uppföljning och utvärdering

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

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

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. Som stöd för det lokala arbetet har ett kunskapsstyrningsråd, tillika styrgrupp för kunskapsstyrningsarbetet, inrättats och påbörjat sitt arbete.

Åtgärder kopplade till mål, strategier och resultat

1. Identifierat förbättringsbehov

- Sprida och använda bästa möjliga kunskap vid varje patientmöte i hälso- och sjukvården.

2. Mål

- Målet är att vårdens kvalitet ska öka och att vård ska bli mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv.

3. Metod och åtgärd

- Uppbyggnad av lokalt systemet för kunskapsstyrning som speglar det nationella systemet.
- Implementera kunskapsunderlag från nationell nivå.

4. Uppföljning och utvärdering

- Ett lokalt system för kunskapsstyrning är i drift och systematiska arbetsätt upprättade.
- Arbete pågår med implementering av mottaget kunskapsunderlag.

Kommentar:

Kvalitetsutmärkelse och Innovationsutmärkelse

I samband med att Region Värmland bildades skapades två nya utmärkelser – Region Värmlands kvalitetsutmärkelse och Region Värmlands innovationsutmärkelse. Kvalitetsutmärkelsen var tänkt att delas ut för första gången våren 2020 men detta ställdes in pga pandemin.

Kvalitetsutmärkelsen ska tilldelas en verksamhet som tillsammans med medarbetare gjort ett värdeskapande förbättringsarbete för och tillsammans med Region Värmlands målgrupper, exempelvis patienter, resenärer, elever och andra intressenter.

Innovationsutmärkelsen uppmärksammar en god idé som förväntas leda till förbättring för samma målgrupp. Båda utmärkelserna ska stimulera det goda förbättrings- och kvalitetsarbete som pågår inom Region Värmland.

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.

Identifierat förbättringsbehov

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

Mål

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

Metod och åtgärd

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

Under året har riskbedömningar genomförts främst med fokus på arbetsmiljö med anledning av covid-19.

Uppföljning och utvärdering

Vid utvärdering av teamets arbete och erfarenheter framkom att det finns ett stort behov av att stödja ett systematiskt arbete med riskanalyser på alla nivåer i verksamheten. Utifrån dessa erfarenheter och för att uppfylla de krav som ställs på vårdgivaren, har teamet utarbetat ett förslag till organisering, uppdrag och arbetssätt samt kompetensutveckling för att stödja ett systematiskt arbete. I väntan på beslut har teamet varit vilande.

UTREDNING AV HÄNDELSER – VÅRDSKADOR

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

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

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

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

FALL 1	
<i>Vad som hände</i>	Fördröjd vård och behandling i samband med diabetesdiagnostik En förälder ringer till vårdcentralen och önskar provtagning eftersom tonåringen har minskat i vikt sedan några veckor tillbaka, har ökad törst och kissar oftare. Föräldern är orolig för att det kan handla om diabetes mellitus. Telefonrådgivningssköterska meddelar patientens läkare via intern mailfunktion. Läkaren avläser meddelande under administrationstiden vid dagens slut, prover beställs till nästa dag. Efter att två dagar förlöper så ringer förälder åter till telefonrådgivningen för provsvar. Sjuksköterskan och läkaren uppmärksammar avvikande prover och patienten remitteras akut till barnakuten, där vård och behandling mot ketoacidosis påbörjas.
<i>Fallet belyser följande problem</i>	<ul style="list-style-type: none">• Det akuta i situationen uppfattas ej.• Individuella arbetssätt tillåts i verksamheten.• Avsaknad av systematisk hantering av provsvar i verksamheten.
<i>Hur ska vi minska risken för upprepande?</i>	Säkerställa följsamhet till telefonrådgivningsstödet. Säkerställa erforderlig kompetens om diabetes mellitus typ 1 och 2. Att verksamheten standardiserar arbetssätt vid hantering av provsvar.
FALL 2	
<i>Vad som hände</i>	Fel mjölkttand togs bort Ett barn skulle på grund av trångställning ta bort en 62 men tandläkaren tog bort 53 istället. En tandsköterska hade innan bedövat vid 62, tandläkaren kom in och kontrollerade att det var bedövat. Barnet reagerade inte för smärta så extraktion av 53 genomfördes felaktigt. Att fel tand togs bort upptäcktes några minuter senare. Därefter togs även den rätta tanden, det vill säga 62, bort.
<i>Fallet belyser följande problem</i>	Det förekommer ibland att fel tand extraheras, till exempel i samband med tandreglering. Att extrahera fel tand är mycket allvarligt eftersom det är en irreversibel åtgärd. I de fall det ändå händer har den behandlande tandläkaren ofta blivit distraherad av någonting.
<i>Hur ska vi minska risken för upprepande?</i>	Att noga dubbelkontrollera mot remiss eller journalanteckning, att göra rimlighetsbedömning samt att involvera assisterande personal är något som alltid ska göras. Läs högt i journalen, räkna högt och be assisterande personal att verifiera. För påminnelse och spridning har information om fallet ingått i ett nyhetsbrev, Månadens fall, från cheftandläkaren.

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

INFORMATIONSSÄKERHET

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Region Värmland har som vårdgivare ansvaret för informationssäkerheten. Styrande dokument som säkerhetspolicy och riktlinje för informationssäkerhet finns i Vida. Informationssäkerhetsrådet har haft regelbundna avstämningar.

En kort presentation om informationssäkerhetsarbete har gjorts i ledningsgrupp samt för regionledningen. Ett förberedande arbete för att införa informationssäkerhet som en aktivitet i pm3-objekten har påbörjats och kommer att implementeras under 2021. En digital utbildning i informationssäkerhet för informationsägare, objektägare och förvaltningsledare pm3 har presenterats för ledningen och förväntas godkännas för genomförande under 2021.

En del ifrågasättande av åtkomst till känslig information har framförts under året men de flesta fall har haft orsaker som varit giltiga eller varit resultatet av ett felaktigt arbetssätt. Bland annat ökade detta i samband med covid-19 och då främst gällande provsvar. Punktinsatser i form av information och utbildning har gjorts fortlöpande. En översyn av behörighetstilldelning pågår och blev högaktuell i slutet av 2020 då åtta andra vårdgivare fick en tillsyn av Integritetsskyddsmyndigheten IMY (fd Datainspektionen) gällande just detta. Under 2020 anmäldes ett dataintrång till polisen.

Ökat fokus på avvikelshantering gällande informationssäkerhetsincidenter har påbörjats. Avvikelsehanteringssystemet AHA har upgraderats för att ge ett bättre stöd och en instruktion som ligger i Vida har presenterats i Nyhetsbrev Vård och Nyhetsbrev Chef.

Inera har genomfört en revision i december på e-tjänstekortsutgivningsprocessen vilket ledde till att vi modellerade denna process mot ett tänkt ledningssystem för informationssäkerhet i verktiget 2c8, revisionen gick över förväntan bra och vi räknar med att ha ett modellerat och grafiskt LIS på plats under 2021. Alla styrande dokument finns redan i Vida.

Riskbedömningar med bäring på informationssäkerhet har genomförts i vissa av förvaltningsobjekten pm3. Bland annat har en informationsklassning och riskbedömning av vårdinformationssystemet Cambio Cosmic genomförts. Informationsklassningar är en grundförutsättning för att identifiera rätt skyddsåtgärder för informationen. En klassningsmall och en instruktion för detta arbete har tagits fram under året och återfinns på intranätets sida för informationssäkerhet.

Ett arbete har pågått under nästan hela 2020 för att ta bort möjligheten att skriva ut arbetskopior ur journalen vilket inte är lagligt. Detta har varit i form av workshopar och diskussioner och dialoger med verksamheterna, funktionen togs bort 2021-01-20.

En samlad årsrapport om informationssäkerhetsarbetet inom regionen kommer att presenteras för regionstyrelsen under 2021.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Händelser och vårdskador

Region Värmlands lex Maria-råd har under 2020 granskat 169 händelser och i 87 av dessa fall gjort bedömningen att det som inträffat är en allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada och därmed ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg. Fördelningen av antal anmälda allvarliga vårdskador mellan område slutenvård och öppenvård har ändrats lite sedan förra året då det var mer jämnt fördelat. I år står område slutenvård för 50 anmälningar vilket är fler än område öppenvårds 32 anmälningar. Skyldigheten att anmäla alla inträffade självmord har i enlighet med de senaste föreskrifterna tagits bort. Självmord ska nu bedömas på samma sätt som andra allvarliga vårdskador och anmäls först om de av lex Maria-rådet bedömts som undvikbara.

Registrering utifrån orsak och konsekvens för patienten sker i de lex Maria-anmälningar som gjorts under året. Den vanligaste konsekvensen för patienterna är fördröjningar och därefter felaktigheter i diagnos, vård och behandling. Under året registrerades 87 fall av allvarlig vårdskada. Av dessa avled 12 patienter eller fick sin återstående livslängd påverkad som följd av sin vårdskada.

Orsak och konsekvens för patienterna	Antal anmälningar	Varav avlidna
Fördröjd diagnos, vård, behandling	50	10
Läkemedel involverat	10	0
Förväxling	3	0
Felaktig diagnos, vård, behandling	1	0
Fall med allvarlig konsekvens	1	1
Självmord eller självmordsförsök	1	1
IT-system	0	0
Informationssäkerhet	0	0
Tandvård	0	10

Källa: Registrering av orsak och konsekvens för patienten utifrån lex Maria anmälningarna inom Region Värmland 2020.

Folktandvården

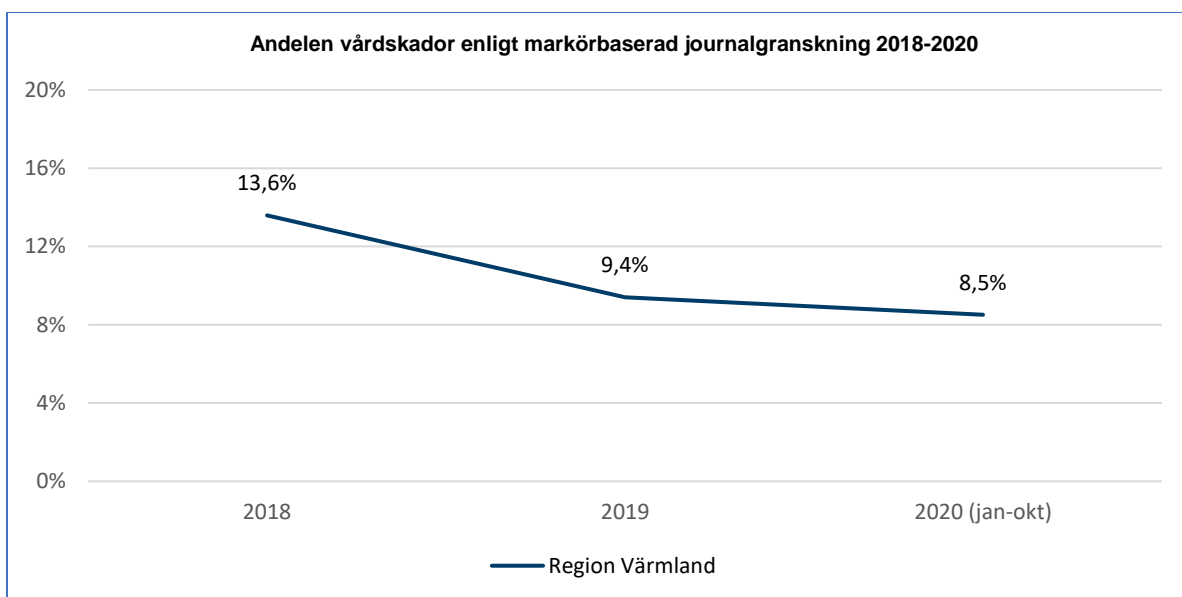
Definitioner: Vårdskada: Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. (SFS 2010:659)

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

Förekomst av vårdskador

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

<p>Mål Regionens övergripande mål är att andelen vårdtillfällen med vårdskador ska minska.</p>	<p>Strategier Uppföljning med markörbaserad journalgranskning sker fortlöpande på sjukhusnivå. På verksamhetsnivå genomförs Journalgranskning inom barn- och ungdomsmedicin och sjukhuset i Arvika som tidigare. Inom psykiatri har granskningen pausats till följd av att analysteam inte kunnat bemannas. <i>I tillägg till metoden för journalgranskning har egna indikatorer lagts till för att ytterligare utvärdera följsamhet till rutiner inom kända riskområden.</i> <i>Under året 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.</i></p>
<p>Åtgärd Identifierade förbättringsområden utifrån resultat av journalgranskningen är vårdrelaterade infektioner i samband med proteskirurgi, där ortopedin i regionen fortsatt sitt PRISS-arbete. Arbetsätt har utvecklats och riktade utbildningsinsatser har genomförts till exempel inom trycksårsprevention och basala hygien och klädregler.</p>	<p>Resultat Under 2020 har andelen vårdskador inom somatisk slutenvård minskat från 10 procent 2019 till 9 procent 2020. Den största minskningen sker vid sjukhuset i Torsby. Fortsatt dominerar trycksår och fallskador. Förekomsten av vårdrelaterade infektioner och kirurgiska skador har minskat. Den riktade granskning av vården vid covid-19 påvisar en avsevärd ökning av andelen vårdskador, där 27 procent av patienterna drabbats av en vårdskada.</p>
<p>Analys Andelen identifierade vårdskador genom markörbaserad journalgranskning har minskat de senaste två åren men ligger i nationell jämförelse fortsatt högt, 9 procent i jämförelse med 6,7 procent i riket. Under 2020 har de vårdrelaterade infektionerna och kirurgiska skador minskat vilket troligen beror på minskad elektiv kirurgi och ökat fokus på hygienrutiner under pågående pandemi. Däremot ses en ökning av andel omvårdnadsrelaterade skador, trycksår och fallskador. Vid granskning av covidvården framkom att en stor andel patienter smittats med Covid-19 under vårdtillfället, vilket inneburit förlängd vårdtid och i enstaka fall bidragit till patientens död. På grund av dödsfallen har en lex Mariaanmälan inklusive verksamhetens interna utredning lämnats till IVO. Åtgärder för att minska smittspridning har vidtagits. I denna patientgrupp sågs även en hög förekomst av trycksår. Vikten av trycksårsprevention har lyfts i verksamheterna och uppföljande trycksårsmätning i december 2020 visar ett förbättrat resultat.</p>	



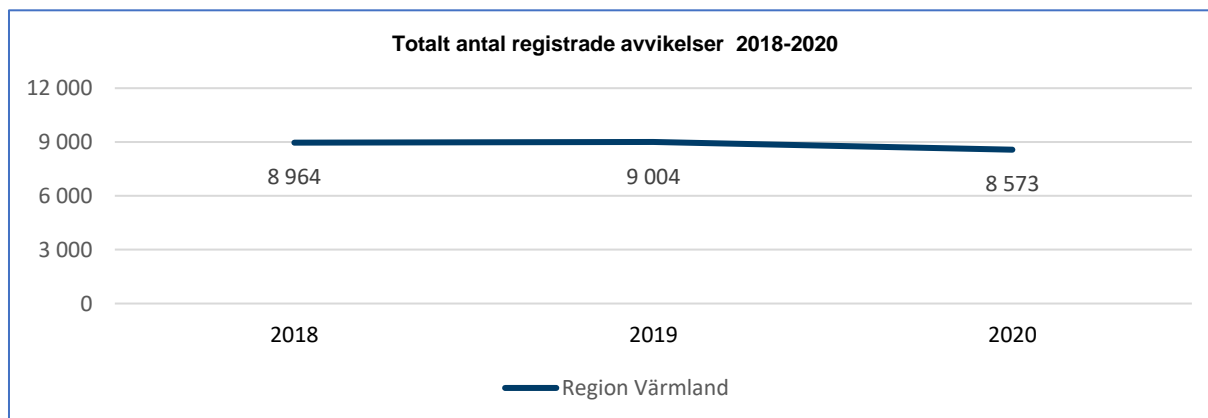
Källa: Markörbaserad journalgranskning, Signedatabasen (SKR)

Markörbaserad journalgranskning i somatisk vuxenvård - granskade vårdtillfällen (VT) och vårdskador									
	2018			2019			2020 (januari-oktober)		
	Granskade VT	VT med vårdskada	Andel	Granskade VT	VT med vårdskada	Andel	Granskade VT	VT med vårdskada	Andel
Region Värmland	839	114	13,6%	840	79	9,4%	564	48	8,5%
Centralsjukhus et i Karlstad	362	48	13,3%	360	35	9,7%	246	25	10,2%
Sjukhuset i Arvika	238	32	13,4%	240	16	6,7%	160	11	6,9%
Sjukhuset Torsby	239	34	14,2%	240	28	11,7%	158	12	7,6%

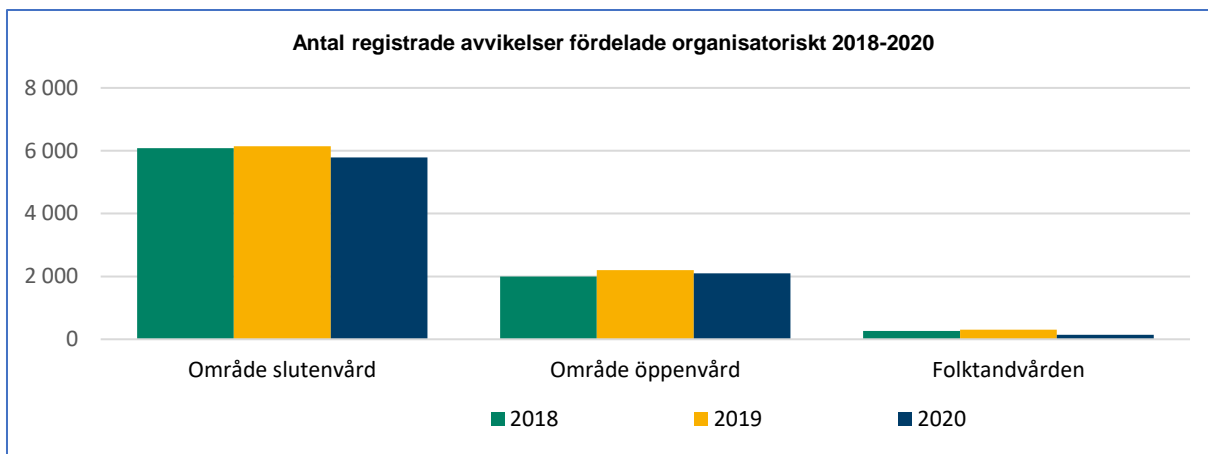
Källa: Markörbaserad journalgranskning, Signedatabasen (SKR)

Avvikelsehantering inom hälso- och sjukvården

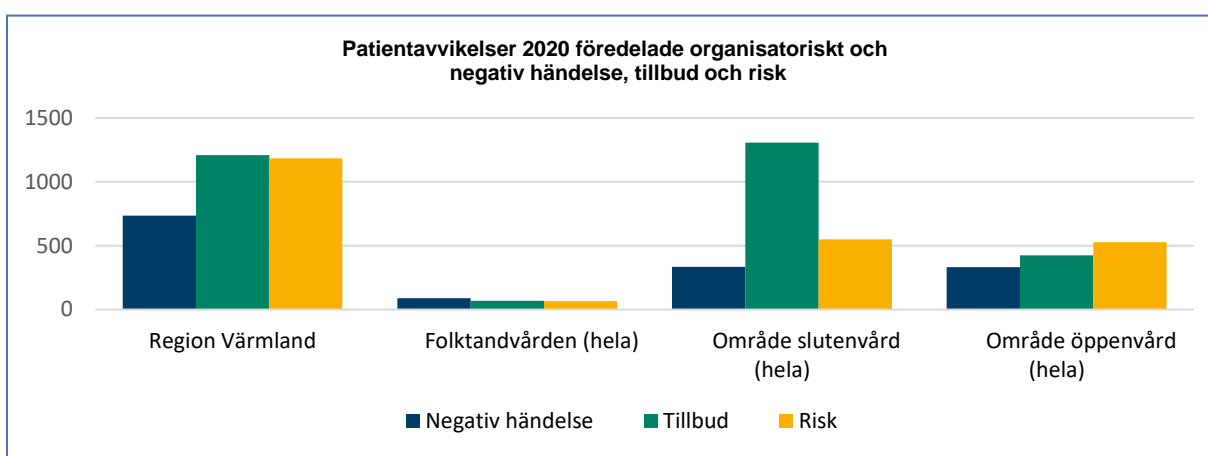
<p>Mål Att antalet avvikelser skall öka under året och att fler av de registrerade avvikelserna går vidare i processen till åtgärdsgenomförande</p>	<p>Strategier I utbildningsinsatser riktade till de olika vårdområdena, samt i patientsäkerhetsdialoger har avvikelsehanterings betydelse tagits upp och diskuterats. Att tydliggöra att avvikelser är viktiga underlag till förbättringar.</p>
<p>Åtgärd Att se över användarvänligheten genom att göra en översyn av avvikelsehanteringssystemet samt att informera om förbättringskunskap och förbättringspotential</p>	<p>Resultat Antalet avvikelser har ökat men antalet som går vidare till åtgärd har inte ökat i takt med avvikelseantalet i flertalet av avvikelser avslutas de efter analys och inga åtgärder redovisas</p>
<p>Analys Grunden till en effektiv hantering av avvikelser är hög användarvänlighet i systemet, bra analys och åtgärder samt tydlig uppföljning. Region Värmland har år för år succesivt ökat antal avvikelser och år 2019 hartotalt 9004 avvikelser registrerats.</p> <p>Nästa steg i att utveckla arbetssättet med avvikelser är att på ett bättre sätt analysera inkomna ärenden, där regionen för närvarande når cirka 80 procent. Därmed är det 20 procent som ej har analyserats vid årets slut. Detta innebär att i ungefär 1800 avvikelser påbörjas analysen först efter årsskiftet vilket ger en fördröjning av effekter för de inrapporterade avvikelserna</p> <p>Av de 80 procenten så är det ungefär 17 procent som når steget <i>åtgärd</i> och det är här som förbättringspotentialen är som störst. I analysen anges som åtgärd att resultatet skall tas upp på APT och därefter avslutas. Det hade varit bättre om åtgärdsanalysen visat vad som framkommit på APT i fråga om förbättringsförslag och lärande. Detta är en av de viktigaste insatserna som behöver prioriteras under 2020.</p> <p>Under året har 433 rapporterade avvikelser inkommit från länets kommuner till Region Värmland.</p>	



Källa: Regionens avvikelssystem Aha



Källa: Regionens avvikelssystem Aha



Källa: Regionens avvikelssystem Aha

Registrerade patientavvikelser totalt 2020	
Region Värmland totalt	5172
Folktandvården	212
Område slutenvård	3640
Område öppenvård	1320

Källa: Regionens avvikelssystem Aha

I vårdens övergångar mellan region och kommun inkom totalt 431 anmälningar 2020, vilket resulterade i totalt 745 avvikelser kategoriserade enligt följande:

Avvikelser i vårdens övergångar	
In- & utskrivning	287
Slutenvård	244
Läkemedel	91
Primärvård/Öppenvård	72
Övrigt	33
Kommun	7
Rehabilitering	6
Egenvård	5

Källa: Regionens egen uppföljning av avvikelser i vårdens övergångar

Inkomna klagomål och synpunkter till Patientnämnden

Patientnämnden ansvarar för att med hjälp av patienternas klagomål bidra till utveckling av hälso- och sjukvård och folktandvården i Region Värmland, vården i Värmlands kommuner och hos privata vårdgivare med avtal. Patientnämnden ska även säkerställa att de kvalitativa analyser av inkomna klagomål som görs sprids för att kunna vara en del av kvalitetsarbete och bidra till ökad patientsäkerhet samt verksamhetsutveckling inom vården.

Antal inkomna ärenden till patientnämnden via patientnämndsenheten fortsätter att öka. Flera faktorer kan ligga till grund för ökningen. Det kan bero på att det är lätt att lämna klagomål till patientnämndsenheten då möjligheterna är anpassad efter patienters olika behov av kontaktväg eller att man önskar patientnämndsenhetens stöd och hjälp att lämna klagomål. Det kan även bero på att patienter är mer informerade om möjligheten att lämna klagomål för att på så sätt bidra till ökad patientsäkerhet.

Enligt Region Värmlands riktlinje Inkomna klagomål och synpunkter avseende hälso- och sjukvård samt tandvård – ansvar och hantering ska inkomna klagomål till verksamheten och patientnämnden sammanställas och analyseras på aggregerad nivå i samband med delårsredovisning och årsredovisning. Detta för att ge en övergripande bild av riskområden och hinder för utveckling. För 2020 finns inget material att analysera från vården. Verksamheterna har ännu inte ett gemensamt systemstöd som möjliggör att klagomål kan aggregeras i ett avvikelshanteringssystem på regionnivå.

Område slutenvård

Inom slutenvården finns många olika inriktningar samlade vilket gör att klagomålen kan variera inom området. Klagomål som återfinns inom flera verksamheter är att patienter upplever bristande bemötande som kan vara både nonchalant och arrogant. Patienter framför även att utredning, diagnos och behandling brister och att man inte känner sig delaktig i sin egen vård. Man klagar även på att man får bristande information om väntetiden till olika behandlingar. Patienternas berättelser ger även en bild av att de organisatoriska gränserna i vissa fall inte tar hänsyn till patienten och dess sjukdom.

Länets vårdcentralsområden

Här kan man se att det är likvärdiga klagomål över hela länet. Patienter upplever att det brister i utredning, diagnos, behandling och att patienter inte känner sig delaktiga i sin egen vård. Klagomål på tillgänglighet har minskat i förhållande till samma period 2019.

Psykiatrisk slutenvård, psykiatrisk öppenvård samt barn- och ungdomspsykiatri

Patienter upplever att det är brist på personal och då främst läkare samt dålig kontinuitet. Man klagar på bristande tillgänglighet och svårighet att nå vården samt ett glapp mellan förväntad och given vård, ett förväntningsglapp. Man upplever även att man nekas inläggning när man söker vård på den psykiatriska akutmottagningen eller att man skrivs ut från avdelningen mot sin vilja.

Folktandvården

Patienter upplever att kostnaden för behandlingen är högre än vad som sagts från början och att resultatet inte uppfyller förväntan. Man klagar även på att smärtor inte tas på allvar samt avsaknad av information om eventuella komplikationer i samband med behandling.

Coronapandemin

Klagomålen relaterade till Coronapandemin har förändrats under året. Under våren klagade många på att man inte fick ta prov för covid-19 men under hösten har klagomålen på inställda operationer eller undersökningar ökat.

Sammantaget under 2020 kan man se att uteblivna vårdbesök såsom återbesök, undersökning och behandling har skapat oro hos patienter med både fysiska och psykiska diagnoser. Man vill inte vänta på diagnos och man saknar även information om när man kan få en tid. Det beskrivs även en oro över om sjukdomen kommer att förvärras, förlängas eller till och med leda till döden om inte åtgärd görs.

Coronarestriktioner i samband med vårdbesök upplevs påverka kvalitén på vårdmötet. Vissa patienter är beroende av att den anhörige som är med förmedlar viktig information. Information till den anhörige efter ett vårdbesök anses även försämrats när anhörig inte kan delta.

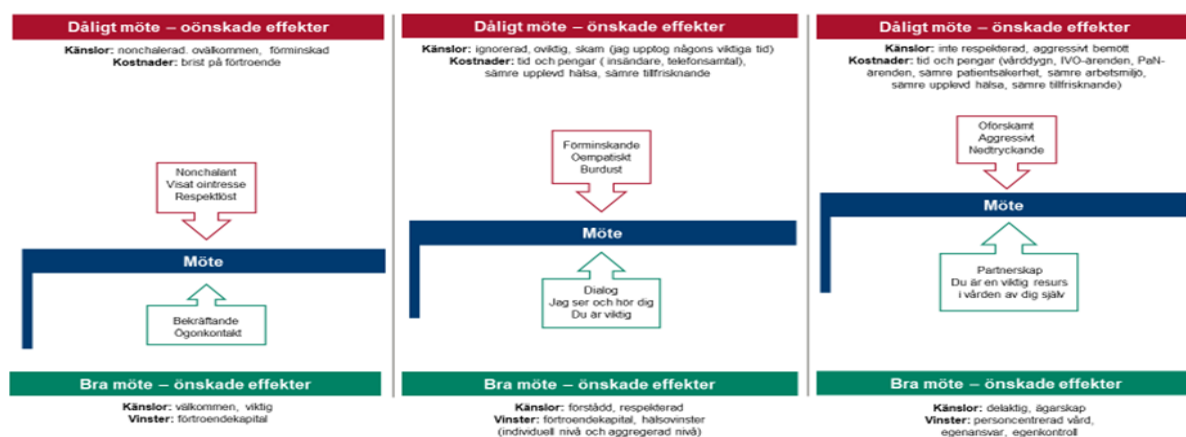
Patienter beskriver även en otrygghet i att sitta i ett väntrum tillsammans med andra patienter med risk för att smittas. Det framkommer även klagomål över hur skyddsutrustning använts av personal i samband med patientkontakt. Visir har varit uppfällade och inga handskar eller munskydd har använts.

Kommunikation – en del i all behandling och vård

Kommunikationsproblem är en av de vanligaste anledningarna till missnöje i vården. Det bemötande som patienter får har även stor betydelse för upplevelsen av helheten av den vård som ges. Forskning visar även att brister i kommunikation och information kan leda till patientsäkerhetsbrister.

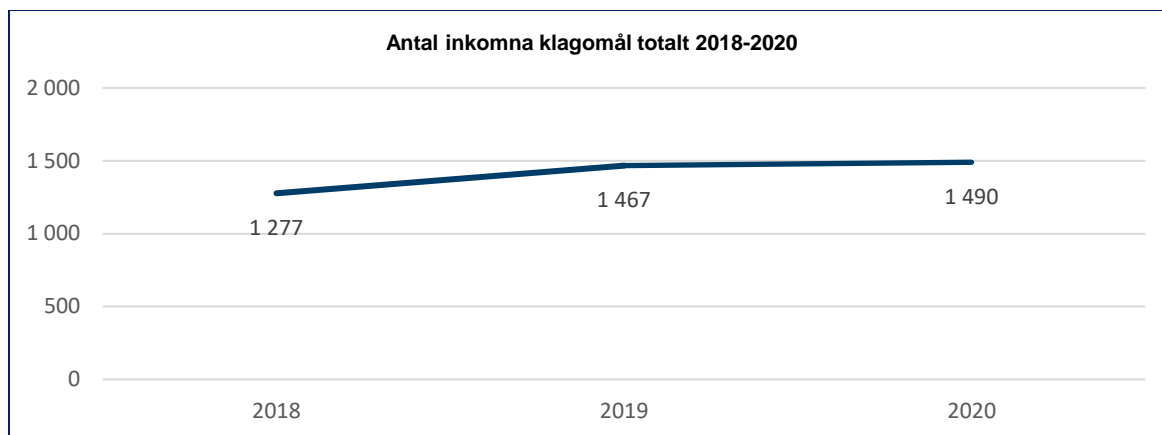
Ur de berättelser som patienterna lämnat till patientnämnden har en bild av olika möten växt fram i form av en trappa, bemötandetrappan. Bilden visar hur det goda mötet påverkar patienters upplevelse av vården. Det goda mötet lägger en grund för en förtroendefull relation och möjliggör dialog och partnerskap. 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 vårdtygn och IVO-ärenden men också sämre arbetsmiljö för vårdens personal.

Effekter av olika sätt att bemöta patienter



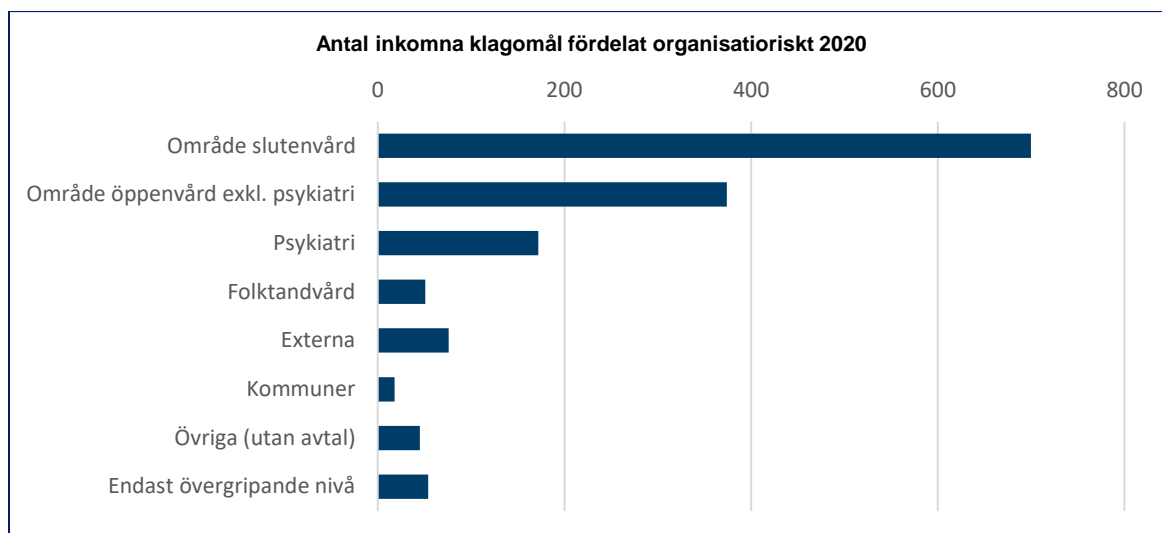
En tankemodell framtagen av patientnämnden.

Antal klagomål som inkommit till patientnämnden fortsätter att öka motsvarande period förra året.



Källa: Patientnämnden

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



Källa: Patientnämnden

Vård och behandling, kommunikation samt tillgänglighet är de områden (huvudkategorier) med flest antal ärenden.

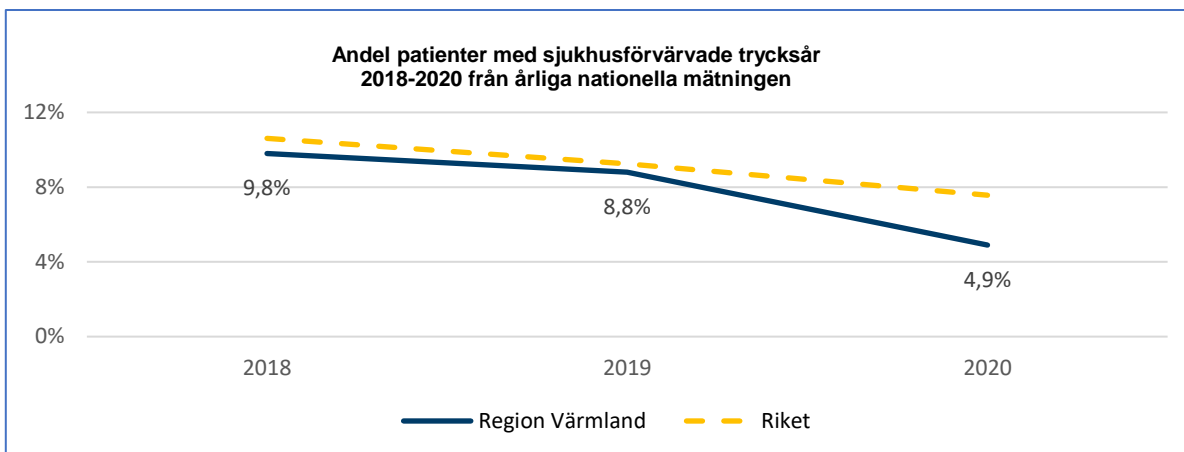


Källa: Patientnämnden

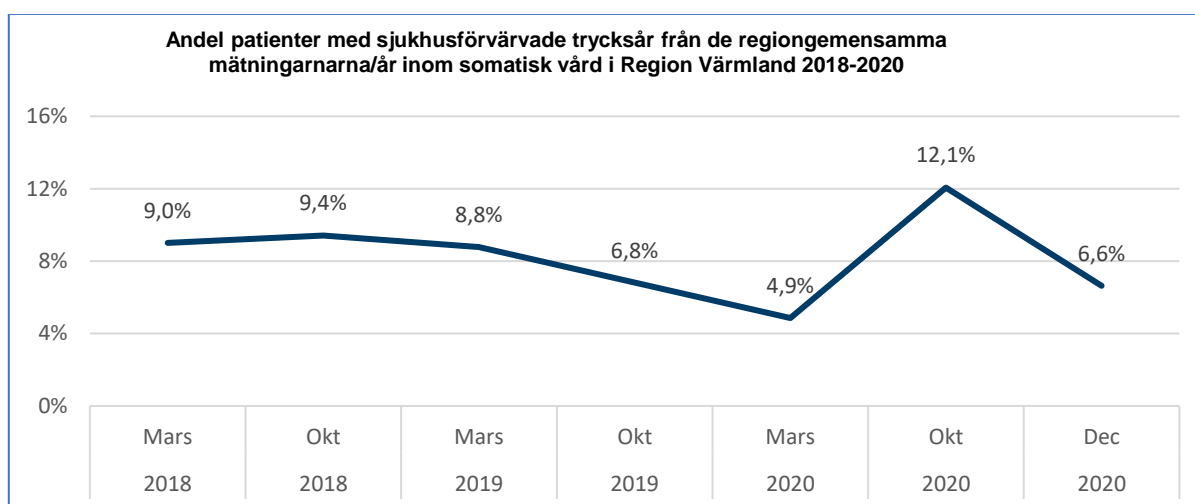
Trycksår

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

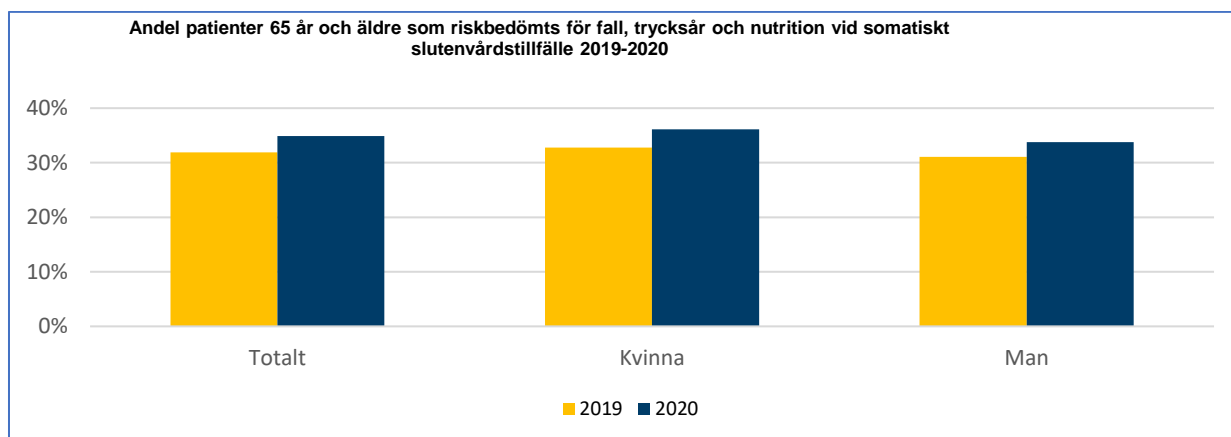
<p>Mål Andel patienter inom somatisk slutenvård med sjukhusförvärvade trycksår ska minska i jämförelse med föregående år.</p>	<p>Strategier 2020 genomförde de somatiskt specialiserade slutenvårds- och närvårdsavdelningarna två punktprevalensmätningar (nationell och regiongemensam). Resultatet analyserades och redovisades på enhet, verksamhet och regionnivå. Flera enheter har intensifierat sitt arbete kring trycksårprevention och följer resultatet av vidtagna åtgärder genom månadsmätningar. Genomgående ses här en resultatförbättring avseende förekomst av sjukhusförvärvade trycksår.</p>
<p>Åtgärd Expertgruppen för trycksårsprevention har fokuserat på att öka kunskapen kring trycksårsförebyggande åtgärder. Utbildning för hälso- och sjukvårdspersonal i regionen och Värmlands kommuner planerats. På grund av pandemin har endast kortare digitala utbildningstillfällen genomförts. Flera verksamheter med hög trycksårsfrekvens har förbättringsarbeten kring trycksårprevention i anslutning till utbildning i förbättringskunskap - Fokus patientsäkerhet. Projekt för tidig hud- och riskbedömning vid akutmottagningen och medicinska vårdavdelningar Centralsjukhuset Karlstad har pausats på grund av hög arbetsbelastning under pandemin. På grund av ökad trycksårsfrekvens under pågående pandemi skärptes arbetet med trycksårsprevention i verksamheterna. HCL beslutade om en extra regiongemensam mätning för uppföljning.</p>	<p>Resultat Förekomsten av sjukhusförvärvade trycksår inom somatisk slutenvård vid vårens nationella mätning 2020 var 4,9 procent, vilket är det bästa resultat sedan mätningarna startade 2011. Rikets resultat vid samma mätning var 6,5 procent. Vid den regiongemensamma mätningen i oktober ökade andelen sjukhusförvärvade trycksår stort till 12,1 procent. Trycksår var även en vanligt förekommande vårdskada i den markörbaserade journalgranskning som genomfördes av vårdtillfällen med patienter som vårdades för covid-19. Extra regiongemensam mätning i december visade att vidtagna åtgärder efter oktobermätningen gett resultat. Andelen sjukhusförvärvade trycksår minskade åter till 6,6 procent.</p>
<p>Analys I slutet av mars när pandemin bröt ut ökade förekomsten av sjukhusförvärvade trycksår markant då det förebyggande arbetet inte blev lika prioriterat. Förändrad organisation med omfördelning av personal och förändrade arbetssätt har varit bidragande orsaker. Det krävs ett kontinuerligt arbete för att sprida kunskap och förbättrad trycksårsprevention för att minska de sjukvårdsförvärvade trycksåren.</p>	



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



Källa: PPM-verktyget (SKR)



Källa: Cosmic, regionens datalager

Beläggning, överbeläggning och utlokalisering

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

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

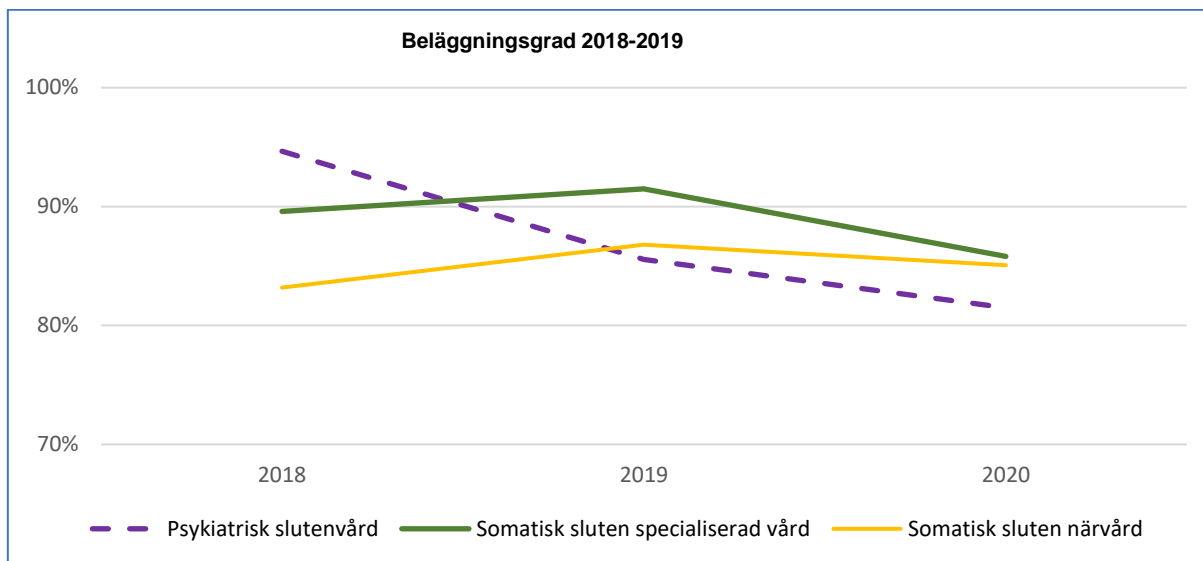
Exempel på risker vid överbeläggningar och utlokaliseringar är smittspridning, ökad infektionsrisk, felmedicinering, försenad behandling eller medicinering och en ökad dödlighet vid vissa sjukdomstillstånd.

Under 2020 har vårdens omställning och de åtföljande förändringar som krävts för att tillgodose vårdplatsbehovet r/t covid-situationen medfört upprepade förändringar i underlag för statistik. Detta innebär en stor påverkan på statistikuttag och uppföljning under året.

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

Beläggingsgrad

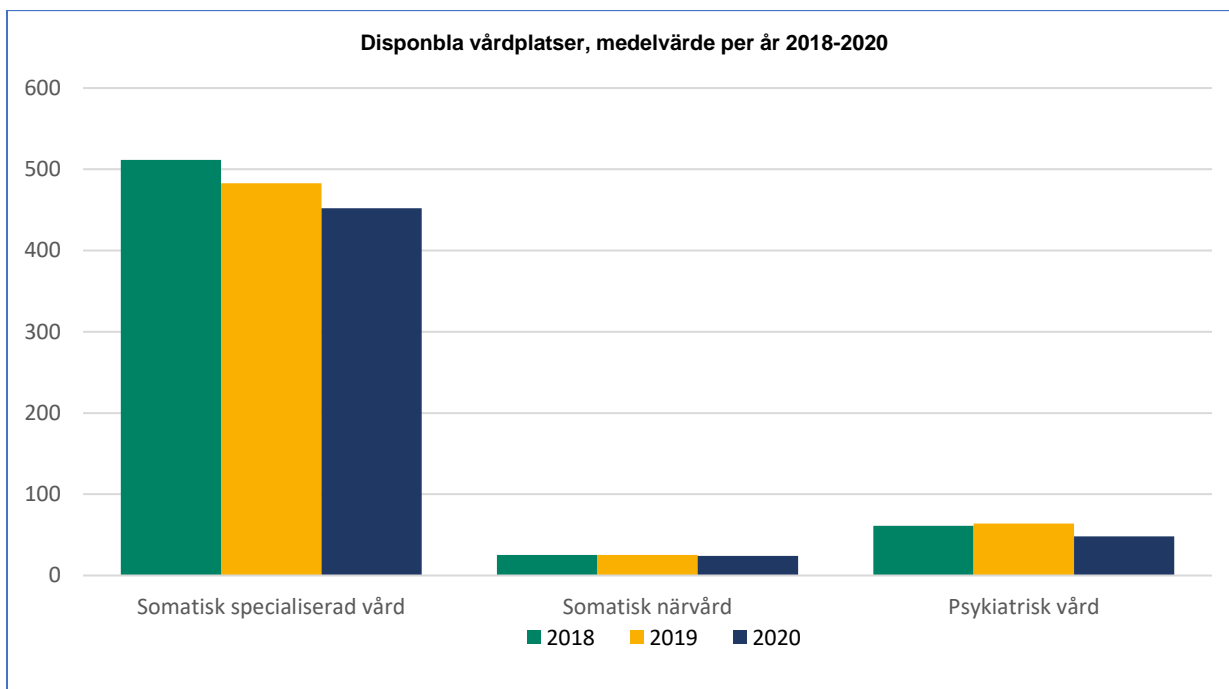
Beläggingsgraden beräknas genom antalet konsumerade/producerade vårddagar delat på antalet disponibla vårddagar under tidsperioden. Målnivån är högst 90 procent.



Källa: Cosmic/Regionens datalager

Disponibla vårdplatser

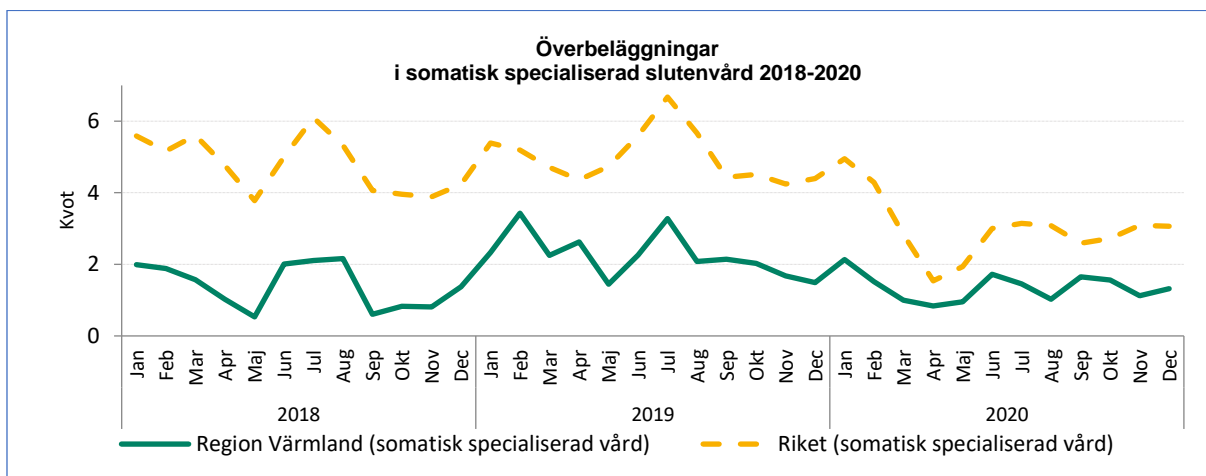
En disponibel vårdplats definieras som en vårdplats i slutenvård, med fysisk utformning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. Andelen överbeläggningar, utlokaliserade patienter och beläggingsgrad styrs av nämnaren disponibla vårdplatser.



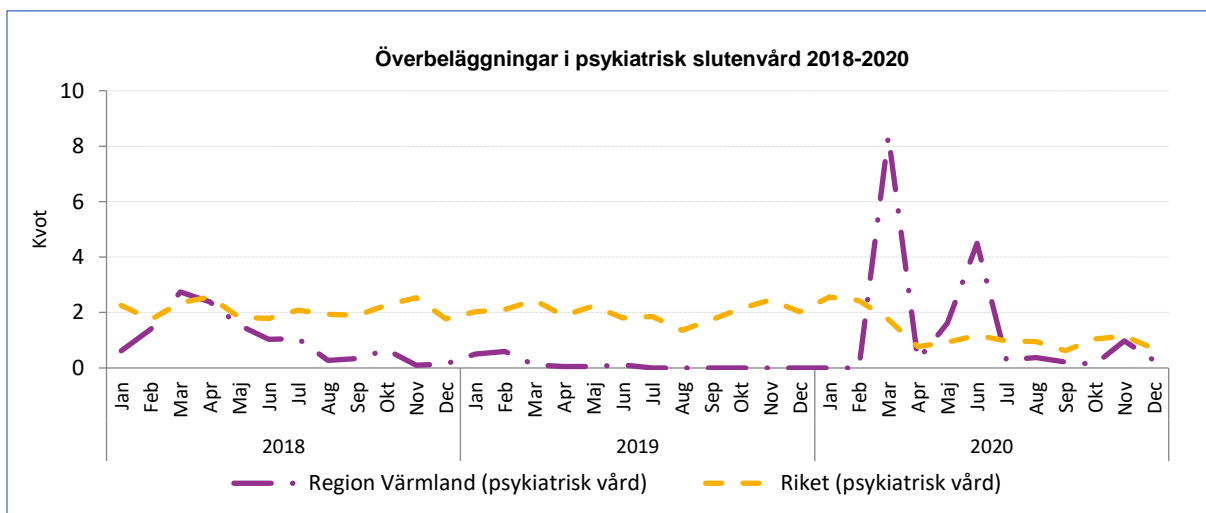
Källa: Cosmic, regionens datalager

Överbeläggningar och utlokaliseringar

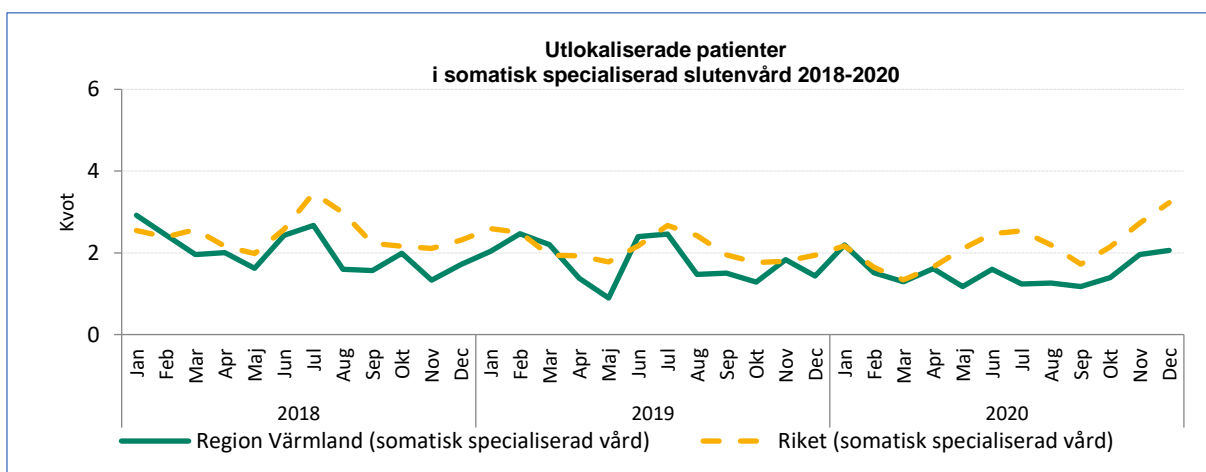
Överbeläggningar och utlokaliseringar visar förhållandet mellan antalet överbeläggningar/utlokaliseringar och antalet vårdplatser i slutenvård. Måttet definieras som kvoten av antalet överbeläggningar/utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser.



Källa: SIGNE-databasen SKR



Källa: SIGNE-databasen SKR

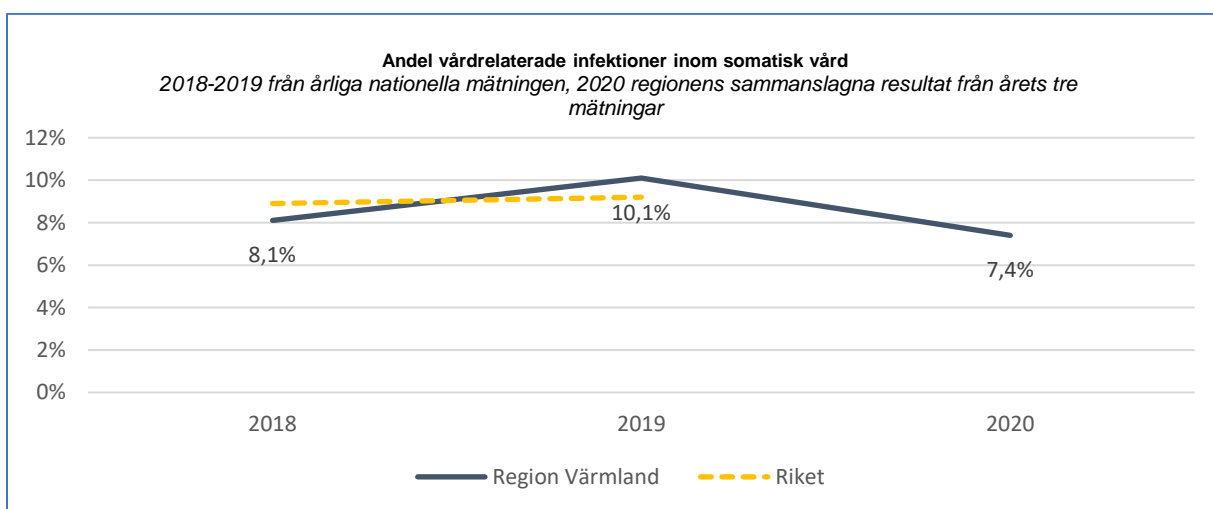


Källa: SIGNE-databasen SKR

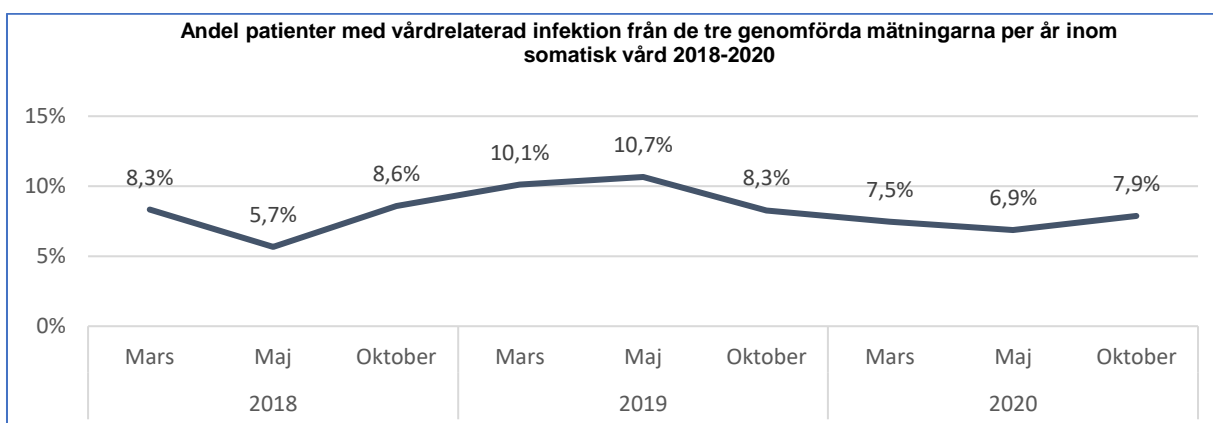
Vårdrelaterade infektioner

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

Mål Max 7 procent VRI (Medelvärde under året).	Strategier Genomföra punktprevalensmätningar (PPM) 3 gånger/år inom slutenvården enligt standardiserat protokoll.
Åtgärd Riktade insatser till enheter med hög VRI-förekomst, till exempel ortopedverksamheter med hög frekvens djupa protesinfektioner.	Resultat Andelen VRI var under 2020 i sjunkande, liggandes runt 7% vid de tre regionövergripande mätningarna.
Analys VRI var som tidigare i nästan alla fall förknippad med en eller flera riskfaktorer. Att andelen VRI sjönk trots pågående pandemi beror sannolikt på en kraftig reduktion av kirurgiska ingrepp.	



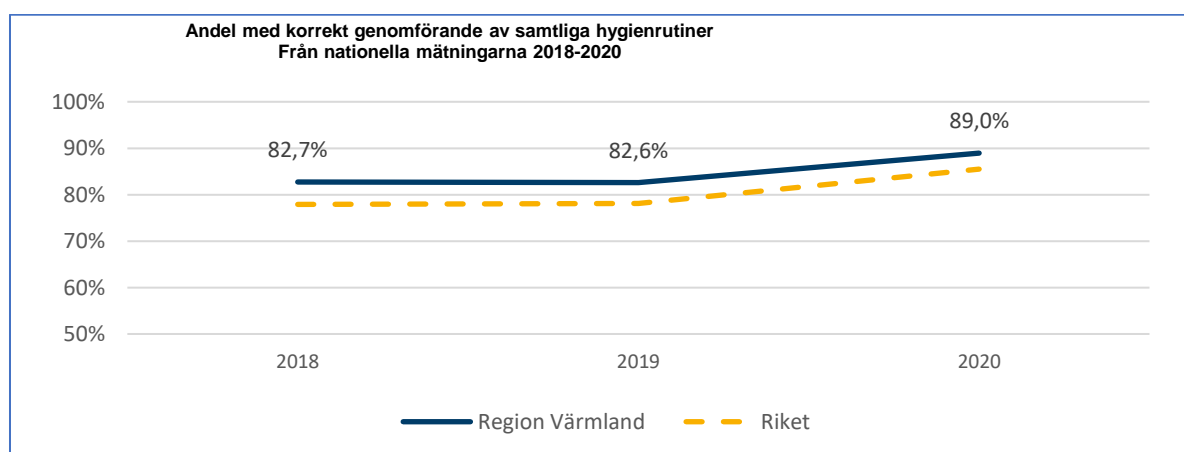
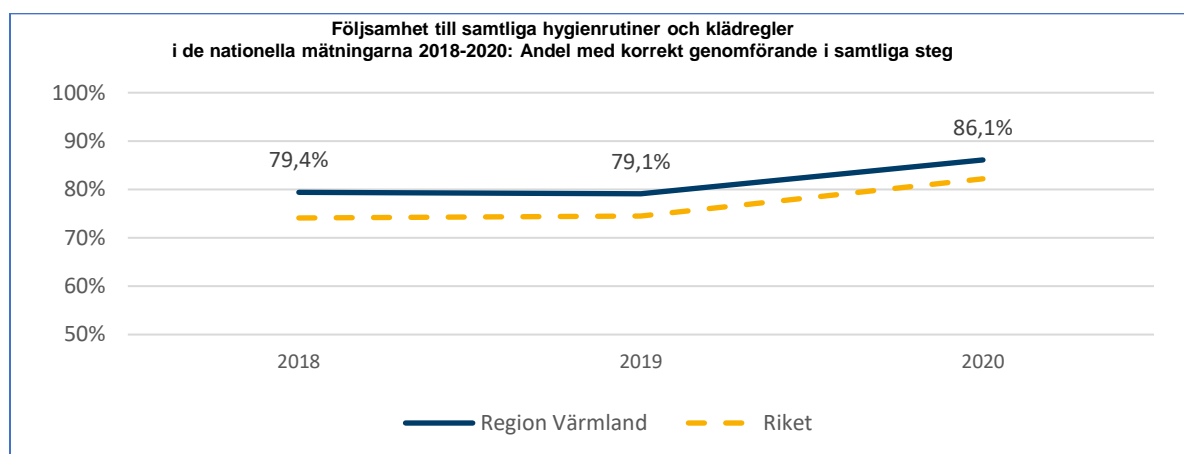
Källa: Sveriges Kommuner och Regioner



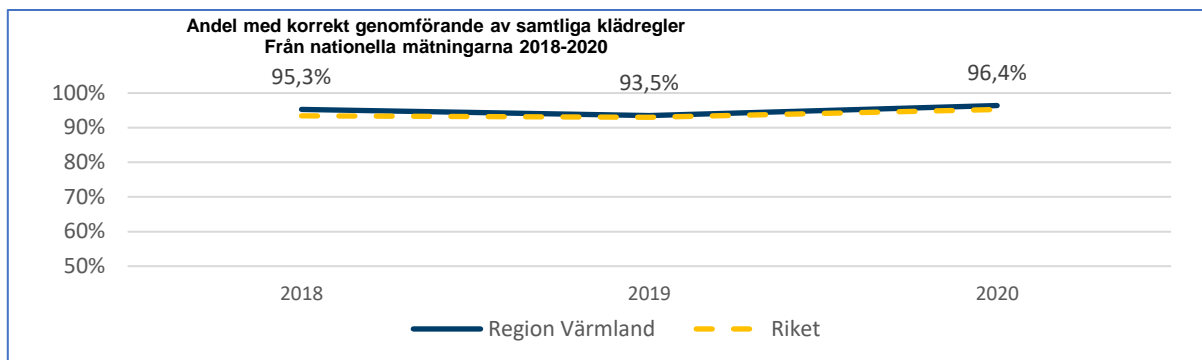
Källa: PPM-verktyget (SKR)

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

<p>Mål Minst 90 procent total följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK).</p>	<p>Strategier Enheterna genomför egenkontroll enligt standardiserat protokoll. Vårdpersonal genomför BHK-utbildning vartannat år.</p>
<p>Åtgärd Riktade åtgärder till enheter med resultat under angivet mål.</p>	<p>Resultat Genomsnitt från de månatliga mätningarna under året var 79.1. Resultat nedbrutet i varje enskild fråga (8 st.) visar >90 procent följsamhet. 6 av 8 frågor visar >96 procent följsamhet. Värmland ligger därmed bra till i en nationell jämförelse.</p>
<p>Analys Region Värmland rekommenderade mätning av BHK månadsvis i och med pandemin. Resultatet visar en klar ökning av följsamheten under pandemin. Enstaka verksamheter har dock haft en låg siffra av olika anledningar och där har Smittskydd samt Chefläkare haft riktade insatser vilka även löper under 2021. Region Värmland fortsätter med sin intensifierade mätning även under 2021.</p>	



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner

Hygienronder

<p>Mål Genomföra hygienrond en gång per år.</p>	<p>Strategier En gång per år ska alla enheter med patientnära vård genomföra hygienrond enligt standardiserat protokoll. Enhetens hygienombud och enhetschef genomför hygienrond.</p>
<p>Åtgärd Hygiensjuksköterska genomför uppföljande rond samt ger skriftlig återkoppling om förbättringsförslag.</p>	<p>Resultat Under året har uppföljande hygienronder slutförts inom allmänmedicin inkl. hälsoval samt Arvika sjukhus. På flertalet vårdval fysioterapi har hygienrond genomförts. Hygienronder har också genomförts inom psykiatri samt fysioterapeuter/arbetsterapeuter inom CSK.</p>
<p>Analys Uppföljning av hygienronder för 2020 har ej kunnat genomföras p.g.a. pandemin.</p>	

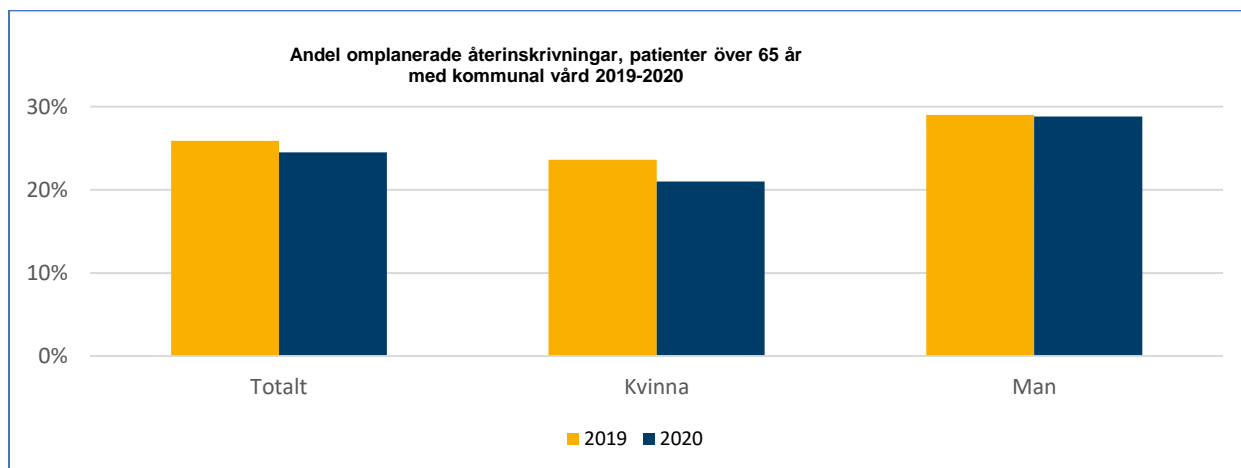
Hygienombud

<p>Mål Alla enheter ska ha hygienombud.</p>	<p>Strategier Utbilda och fortbilda hygienombud som driver kvalitetsförbättrande arbete på sina enheter.</p>
<p>Åtgärd Utbildning av nya hygienombud en gång per år, samt hålla hygienombudsträffar två till fyra gånger per år.</p>	<p>Resultat Hygienombud finns på i stort sett alla vårdenheter.</p>
<p>Analys Uppföljning avseende hygienombudens verksamhet för 2020 har ej genomförts.</p>	

Sammanhållen vård – samverkan mellan region och kommuner

Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar, patienter 65 år och äldre med kommunal vård

Andelen oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar bland patienter 65 år och äldre var lägre under 2020 jämfört med 2019 (24,5 procent jämfört med 25,9 procent). Återinskrivningar är mer förekommande bland män än bland kvinnor, under 2020 28,8 procent bland män jämfört med 21,0 procent bland kvinnor. Inom psykiatrisk vård 2020 var återinskrivningarna 30,4 procent och i somatisk vård 24,4 procent.



Källa: Cosmic, regionens datalager

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 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.

Resultat

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

Registrerade fallavvikelser i regionens avvikelshanteringssystem	2017	2018	2019	2020
Antal registrerade fallavvikelser	730	750	581	750
Antal registrerade patientavvikelser	4 837	5 636	5 563	5563
Andel fallavvikelser i förhållande till totalt antal registrerade patientavvikelser	15 %	13 %	10 %	12%

Källa: Regionens avvikelssystem Aha

MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR

Under det gångna året har regionens patientsäkerhetsarbete i hög grad kommit att fokusera på vårdens omställning varför flera planerade aktiviteter under 2020 behövt skjutas upp. Till hjälp i regionens fortsatta patientsäkerhetsarbete finns sedan drygt ett år tillbaka den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Planen ska stödja, utveckla och samordna arbetet med patientsäkerhet runt om i landet och stärka kommuner och regioner i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Visionen för patientsäkerhetsarbetet är God och säker vård – överallt och alltid. I den nationella handlingsplanen har fyra grundläggande förutsättningar identifierats för det fortsatta patientsäkerhetsarbetet i Sverige;

Engagerad ledning och tydlig styrning

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

En god säkerhetskultur

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

Adekvat kunskap och kompetens

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

Patienten som medskapare

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

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

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



Vi behöver därför följa utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet så att våra insatser baseras på bästa tillgängliga kunskap och bidrar till förverkligande av den nationella handlingsplanen. Under 2020 avsåg Region Värmland att i sitt patientsäkerhetsarbete fokusera på att påbörja implementering av den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, ett arbete som fortsätter under 2021.

Detta innebär bland annat att hälso- och sjukvården under 2021:

- utarbetar en regional åtgärdsplan kopplad till den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet.
- 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.
- fortsätter att implementeringen av hälso- och sjukvårdens avvikelshanteringssystem efter genomförd uppgradering.
- i februari 2021 påbörjar implementeringen av Synpunkten, ett digitalt verktyg där medborgare, patienter och närstående kan delge vården sina synpunkter och klagomål. Nya arbets sätt och systemstöd möjliggör systematisk hantering och uppföljning.
- i högre grad än tidigare involverar patienter och närstående i utvecklings- och förbättringsarbeten i och med att vi implementerar nationella rutiner och riktlinjer för ersättning till patienter och närstående som medverkar i utvecklings- och förbättringsarbeten.
- fortsätter arbetet med en kompetensutvecklingsplan för förbättringskunskap och ökad medvetenhet om kvalitets- och förbättringsarbeten hos alla medarbetare i hälso- och sjukvården.
- fortsätter införandet av metoden Gröna Korset för att systematiskt identifiera risker, avvikelser och förbättringsförslag i verksamheten.
- erbjuder stöttning i pandemiarbetet där Chefläkarfunktionen är representerad i Områdesledningarna (Öppenvård, Slutenvård samt Vårdkvalitet).
- fokuserar särskilt på arbetet med trycksår där försämrade resultat från slutet av mars är en realitet.
- utveckla traumavården på regionens samtliga tre sjukhus genom att kartlägga traumavårdens nuläge, föreslå förbättringar samt skapa ett kvalitetssystem med kvalitetsparametrar för kontinuerlig uppföljning i nära samarbete med det befintliga Traumarådet.

BILAGOR

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



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