

Patientsäkerhetsberättelse för 2023



Datum 240229
Ansvarig för innehållet
Område patientsäkerhet utveckling och forskning
Diarienummer

Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Berättelsen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Informationssäkerhet	5
Strålskydd	5
En god säkerhetskultur	6
Adekvat kunskap och kompetens	6

Patienten som medskapare.....	6
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	7
Öka kunskap om inträffade vårdskador	8
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	8
Säker vård här och nu.....	8
Riskhantering.....	8
Stärka analys, lärande och utveckling	9
Avvikelse	9
Klagomål och synpunkter	9
Öka riskmedvetenhet och beredskap	9
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	9
Bilaga 1. Exempel på upplägg utifrån arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.....	10
Bilaga 2. Exempel på tabell för sammanställning.....	11

SAMMANFATTNING

Januari 2023 blev stödfunktionen inom patientsäkerhet en del av hälso- och sjukvårdsledningen. Målsättningen är att det ska förenkla och förbättra patientsäkerhetsarbetet i region Västernorrland. Inom regionen pågår redan idag en rad olika arbeten inom de prioriterade fokusområdena. Däremot saknas en samlad bild över vad som pågår på helheten och hur de samverkar för att nå målet med ökad patientsäkerhet. Vi ser också i de mätningar som genomförts tex av vårdrelaterade infektioner, att förbättringen över tid varit alltför liten eller uteblivit. Vi konstaterar också att den kontinuerliga uppföljningen behöver stärkas för att ledningens engagemang ska bli tydlig och avspegla sig på säkerhetskulturen. En samsyn om nuläget är också nödvändigt dels för att skapa engagemang, dels för att i nästa steg prioritera rätt insatser. Den årliga handlingsplanen ska sedan avspegla nuläget så att verksamheterna på medarbetarnivå känner sig delaktig i utformningen och på sätt också får möjlighet att förstå prioriteringar och insatser. För att möjliggöra detta prioriteras följande aktiviteter det kommande året.

- Ta fram en nulägesbild av de grundläggande förutsättningarna
- Kartlägga pågående aktiviteter inom patientsäkerhetsområdet samt på vilket sätt de samverkar
- Identifiera luckor i patientsäkerhetsarbetet
- Utveckla och åskådliggöra på det sätt vi arbetar med patientsäkerhet inom region Västernorrland
- Ta fram en handlingsplan för arbetet med att skapa ett hållbart system för hantering av händelseanalyser
- Utifrån den samlade bilden av ovanstående aktiviteter succesivt stärka arbetet under året samt utforma handlingsplanen för 2025

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Regionens övergripande mål är enligt regionplanen att bedriva en kunskapsbaserad, trygg och säker hälso- och sjukvård samt tandvård. En utvecklad säkerhetskultur ska genomsyra arbetet med patientsäkerhet, från ledning och styrning till bemötande och handling. Det är viktigt att patientsäkerhetsarbetet ses som en självklar del av vardagen, att det i organisationen finns ett tillåtande, öppet och integrerat risktänkande samt att det bedrivs ett proaktivt arbete för att leverera en god och säker vård med hög kvalitet. Arbetsmiljö och patientsäkerhet är nära sammankopplade och har en ömsesidig påverkan, arbetsmiljön är med andra ord viktig också för patientsäkerheten. I Region Västernorrland ska det finnas olika stöd och strukturer, exempelvis patientnämnd samt systematiska arbetsätt utifrån kvalitet- och patientsäkerhetsarbete. Ledningens engagemang och medarbetarnas förhållningssätt till detta arbete kan ses som en del av patientsäkerhetskulturen. Denna mäts årligen i samband med medarbetarenkäten. Det som mäts är ett hållbart säkerhetsengagemang (HSE).

2023 fastställdes regionens handlingsplan för ökad patientsäkerhet som utgår från Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Den regionala handlingsplanen inbegriper grundläggande förutsättningar som engagerad ledning och tydlig styrning, god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens, patienten som medskapare. Dessutom ingår områden som säker vård i nutid, lärande av negativa händelser och säker vård i framtiden. Prioriterade områden, mål-indikatorer och följetal ingår också i den regionala handlingsplanen som är ett levande dokument. Utifrån handlingsplanen gjordes en åtgärdsplan för 2023. Genom punktprevalensmätningar (PPM), som initieras och sammanställs på nationell nivå via Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), följs olika aspekter av patientsäkerhet som trycksår, basala hygienrutiner och klädregler (BHK). Verksamheterna har också egenkontroll i varierande omfattning där bland annat olika följetal ingår. Avvikelse och händelser lyfts oftast på APT och via ledningsgrupper på verksamhetsnivå. Vårdskador som riskerar att vara allvarliga utreds via chefläkare och kan anmälas enligt lex Maria till inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Organisation och ansvar

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

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer där huvudansvaret för patientsäkerheten följer linjeorganisationen. Hälso- och sjukvårdsdirektören har det övergripande ansvaret för det systematiska patientsäkerhetsarbetet i Region Västernorrland. Verksamhetschef ansvarar för att patientsäkerhetsarbetet integreras i det dagliga arbetet, följs upp i verksamhetsberättelsen och att egenkontroller utförs. Vårdvalsverksamheten utgår från uppdragsbeskrivning för primärvård och ligger till grund för vårdavtalet enligt lagen om valfrihetssystem (2008:962) och sammanställer patientsäkerhetsarbetet i den årliga rapporten där även de privata vårdgivarna ingår. Området patientsäkerhet, utveckling och forskning verkar på uppdrag från hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) i enlighet med gällande författningar och ansvarar för stöd och samordning av patientsäkerhetsarbetet. Chefläkare, chefssjuksköterskor, patientsäkerhetssamordnare, smittskydd, vårdhygien, läkemedelskommittén och STRAMA har alla viktiga roller i att samordna och driva utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet tillsammans med verksamheterna.

För att stärka och främja patientsäkerhetsarbetet har under året stödfunktionerna för patientsäkerhet omorganiserats för att tillhöra hälso- och sjukvårdsledningen.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

De flesta verksamheter redovisar olika typer av samverkan både inom och mellan verksamheter samt externt, till exempel med kommuner. Avvikelsesystemet är ett redskap som används för samverkan genom Avvikelser i vårdkedjan. Rapporteringssystemet PRATOR används i samverkan mellan region och kommun. På medicinkliniken i Sundsvall har en gemensam ansvarig pratorsjuksköterska införts för att säkra patientens övergången mellan region och kommun. Samverkan med patienter och andra huvudmän sker också via SIP (samordnad individuell plan). Länsverksamhet kirurgi beskriver att samverkan mellan sjukhus, primärvård och kommun är bristfällig på många ställen. Bakomliggande orsaker är ofta ekonomiska faktorer samt att olika samverkansprocesser lämnar mycket öppet för tolkning. Ortopeden lyfter ett behov av att se över befintliga samverkansrutiner för att se över vilka insatser som behövs för att undvika förlängda vårdtider och undvikbara återinläggningar. Man ser också ett behov av förbättrad samverkan med sjukresor och psykiatrin redovisar att man regelbundet samverkar med brukarorganisationer.

Inom kunskapsstyrningen på lokal nivå ingår kommunmedverkan i flera lokala programområden (LPO). Arbete pågår för ökad medverkan och samverkan mellan vårdgivare i fler programområden och samverkansgrupper.

Det finns ett välfungerande samarbete med samverkansavtal mellan länets samtliga kommuner och Vårdhygien. Regelbundna mötesforum finns mellan kommunernas MAS och Vårdhygien. Under 2023 har det varit särskilt fokus på chefs- och ledningsansvar inom det vårdhygieniska området och hygienläkare och hygiensjuksköterskor har haft dialogmöten med huvudman och berörda chefsled i samtliga kommuner.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Informationssäkerhetsorganisationen har kontinuerliga incidents- och handläggingsmöten där informationssäkerhetsansvarig, IT-säkerhetsansvarig och informationssäkerhetssamordnare deltar. Jurist och dataskyddsföreträdare deltar vid behov. Man arbetar fortlöpande med regionens informationshanteringsplan, implementering av regionens system för tillgångshantering IMS, klassificering av information, riskanalyser, upphandlingskrav, personuppgiftsbiträdesavtal och instruktioner, analys av informationshantering, bedömningar och stöd.

Informationssäkerhetsorganisationen arbetar aktivt med regionens säkerhetsskyddsorganisation och regionens organisation för civil beredskap.

Under 2023 har regionen inte drabbats av någon allvarlig incident kring informationssäkerhet. Däremot har några betydande incidenter ägt rum. Bland annat uppstod problem med inloggning till samtliga datorer och namnuppslag till tjänster vilket fick påverkan på de flesta IT-system och tjänster i slutet av december. Störningen varade ungefär en timme och inträffade i samband med en planerad

uppdatering. Under 2023 har regionen varit föremål för ett okänt antal nätfiskeförsök som inte orsakat något dataintrång eller annan typ av informationssäkerhetsincident.

Regionen har också varit föremål för ett större antal sociala manipulationskampanjer riktade både till medarbetare och till invånare/ patienter där syftet varit att komma åt bankid-identifiering för att få tillgång till berördas internetbank. Motåtgärder från regionens sida har bestått av informationsaktiviteter internt och externt. Inget socialt manipulationsförsök riktat till medarbetare inom Region Västernorrland har lett till en faktiskt skada, dock går det inte att säga om försök riktade mot invånare/patienter har lett till en skada eller inte, men Region Västernorrland känner inte till något sådant fall.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Ledningssystemet för strålsäkerhet fortsätter att implementeras genom kontinuerliga möten i centrala strålsäkerhetsrådet och lokala strålsäkerhetsråd har fortsatt att formas i de olika verksamheterna. Berörda verksamheter har inlett ett revisionsarbete enligt ett treårigt revisionsprogram. Utbildningar för medarbetare, chefer, radiologisk ledningsfunktion (RALF) och revisorer har genomförts enligt utbildningsplan. Centrala strålsäkerhetsrådet har inlett ett arbete med att skapa ett årshjul i Hypergene för att förenkla strålsäkerhetsarbetet i verksamheterna. Regiongemensamma styrdokument som rör strålsäkerhet har granskats och sidan på intranätet för strålsäkerhet har vidareutvecklats och kommer lanseras i början av 2024.

Tack vare ledningssystemet har verksamheterna blivit mer medvetna om krav på strålsäkerhet och utvecklat det egna arbetet med detta. Regionen har haft en dialog på anmodan av strålsäkerhetsmyndigheten gällande strålskyddsbokslut för 2022 vilket inte föranledde någon ytterligare åtgärd.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



Ett hållbart säkerhetsengagemang (HSE) mäts en gång per år i samband med medarbetarenkäten. En temperaturmätning där resultatet presenteras som medelvärdesindex från enhetsnivå till regionövergripande nivå. Medarbetarenkäten ska presenteras och genomarbetas på varje arbetsplats och handlingsplan ska tas fram för identifierade förbättringar. På regionövergripande nivå processas resultatet via den regionala handlingsplanen vars mål och följetal är att index ska presentera ett värde högre än föregående år, vilket regionen också lyckades med 2023. Medelvärdesindex var 77 för Region Västernorrland år 2023. Året innan var resultatet 75.

Av de 11 påståenden som värderas i mätningen utmärker sig "Patienter erbjuds vara delaktiga i patientsäkerhetsarbetet", med mätningens lägsta värde 59 respektive "Påtalar när jag tror att något är på väg att gå fel" med mätningens högsta värde 88.

Flera verksamheter beskriver att den kontinuerliga dialogen är viktig för att hålla säkerhetsfrågorna ständigt aktuella. Detta görs via APT och andra dialogfora i verksamheten. Några verksamheter använder verktyget Gröna korset för att stärka säkerhetskulturen.

Adekvat kunskap och kompetens

Verksamheterna redovisar att man har pågående arbeten med kompetensutveckling och fortbildning. Vidare arbetar man med att rekrytera medarbetare. Hög omsättning på medarbetare, svårigheter med bemanning och hyrpersonal gör att det i flera verksamheter är ständig skillnad i kompetensnivå och erfarenhet och verksamheterna redovisar att man hanterar detta med att schemalägga så att adekvat kompetens och erfarenhet ska finnas vid varje arbetspass. Ortopeden fortsätter att erbjuda samtliga sjuksköterskor Svensk Ortopedisk Förenings självstudiekurs för att fördjupa kunskaperna inom ortopedi. I verksamhetsområde lung-hud-infektion samt närsjukvårdsområde norr har ledningsgrupperna genomfört Socialstyrelsens nationella patientsäkerhetsutbildning och under hösten har majoriteten av lung-hud-infektions medarbetare genomgått utbildningen. Fortsättningsvis kommer utbildningen erbjudas fyra gånger per år för de som inte gått den. I närsjukvårdsområde norr har flera enheter gått utbildningen och på många enheter pågår planering för att genomföra utbildningen.



Under året har närsjukvårdsområde norr startat nätverk patientsäkerhet med en styrgrupp av enhetschefer från sjukhusvård och primärvård. Arbetet har utgått från satsningsområden i den regionala handlingsplanen. Arbetet i nätverket sker med flera olika grupper och utsedda ombud från berörda enheter.

Under sommaren 2022 startade utvecklingsår för alla nyexaminerade sjuksköterskor i regionen och pågick till april 2023 för de första deltagarna. Nya kursomgångar startades under 2023 för nyexaminerade sjuksköterskor. Utvecklingsåret arrangeras av kliniskt träningscentrum (KTC) med föreläsare för att ge sjuksköterskor fördjupad kunskap och utvecklas i sin yrkesroll. Under utvecklingsåret föreläser chefsjuksköterskor om patientsäkerhet och omvårdnad.

Under 2023 gjordes en uppstart av proAct (akutmedicinsk omhändertagande, kommunikation, NEWS2, ABCDE+F och etik) på Örnsköldsvik och Sollefteå sjukhus efter ett uppehåll under pandemin Covid-19. Under 2023 utbildades 19 instruktörer, 179 st gick grundutbildningen och 305 st gick repetitionsutbildningen. En styrgrupp har tillsammans med KTC tagit fram en handlingsplan för 2024.

I september 2023 genomfördes den årliga patientsäkerhetsdagen riktad till medarbetare inom region Västernorrland. Temat var Öka riskmedvetenhet och beredskap. Cirka 270 personer från hela regionen med olika roll och funktion deltog som åhörare.

Inbjudna föreläsare från läkare utan gränser, Karolinska institutet och KTH samt lokala funktioner belyste ämnet från olika perspektiv. Utifrån utvärdering var dagen mycket uppskattad och lärorik.

Läkemedelskommittén har arrangerat ett stort antal både fysiska och digitala fortbildningar under året och tillsammans med övriga läkemedelskommittéer i norra sjukvårdsregionen har de arrangerat gemensamma läkemedelsdagar.

För att hälso- och sjukvården ska bedrivas med en god hygienisk standard behöver hälso- och sjukvårdspersonal samt service- och städpersonal ha grundkunskap om vårdhygien. Vårdhygien har hållit utbildningar för nyanställd personal, sommarvikarier, hygienombud och chefer.

Liksom 2022 är det få verksamheter som redovisar hur de arbetar med att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings och implementeringsarbete.

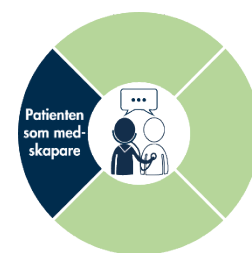
Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

I närsjukvårdsområde väster planerade man att 2023 utse var patientkontrakt skulle införas, utforma underlag och besluta om hur dessa skulle dokumenteras vilket sammantaget visade sig vara svårare än man tänkt. Bland annat då underlagen inte upplevdes ändamålsenliga. Patientkontraktet upplevdes tappa sitt värde då informationen inte var överförbar mellan huvudmän. Ett underlag finns dock som lämnas till alla patienter som besöker akutmottagningen. Man är positiv till att driva arbetet vidare med primärvården och kommunerna i arbetet med Nära Vård.

Flera verksamheter har kontakt med brukarorganisationer. Barn och Ungdomsmedicin har ett råd "Unga experter" som består av fem tonåringar med kroniska sjukdomar som ledningen samverkar med. Psykiatrin har två peersupporters anställda som har i uppdrag att vara patienters stöd, röst och



ögon. Rättspsykiatri har på sina vårdavdelningar ett patientforum minst var tredje månad där patientgruppen får relevant information och får möjlighet att yttra åsikter och lämna önskemål. Samverkan med patienter sker i vissa verksamheter genom upprättande av vårdplaner och SIP.

Vid klagomål och synpunkter från patienter och närstående upprättas avvikelser som sedan handläggs inom berörd verksamhet. Vid utredning av misstänkt allvarlig vårdskada får patient/ anhörig inkomma med egna redogörelser över det inträffade. Flera verksamheter redovisar att patientenkäter används för att utvärdera verksamheten och fånga patienters synpunkter. En enkät som används är den nationella patientenkäten (NPE).

Nationell patientenkät

Nationell Patientenkät (NPE) är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Nationell Patientenkät är en av Sveriges största enkätundersökningar.

RVN deltar tillsammans med landets regioner i de nationellt gemensamma undersökningarna av patientupplevelse inom hälso- och sjukvården. Nationell patientenkät genomfördes 2023 inom specialiserad somatisk slutenvård och öppenvård samt inom primärvård.

Det positiva helhetsintrycket för specialiserad somatisk vård var för RVN något högre jämfört med rikets snitt. Regionens egna resultat var något sämre jämfört med den senaste mätningen 2021.

Patienternas upplevelse av sin vårdkontakt inom primärvården var jämförelsevis likvärdigt med rikets snitt.

Generellt används patienternas omdöme och upplevelse som underlag för förbättringsarbete i låg utsträckning bland verksamheterna. Ett gott exempel på verksamhet som arbetar med patientrapporterade mått är onkologen som förutom de nationellt gemensamma mätningarna använder resultat från SVF (standardiserat vårdförlopp) patientenkäten som genomförs kontinuerligt månadsvis.

Tabell 1. Resultat (del av) från Nationell patientenkät 2023 somatisk slutenvård. (Rikets snitt i parentes) Totalt antal svar Region Västernorrland 1147 st.

Fråga i Enkät	Andel positiva svar
Helhetssyn*	89,1 % (90,3%)
Information**	83,9 % (83,5%)
Delaktighet***	79,9 % (81%)

* Skulle du rekommendera vårdavdelning till någon i din situation?

** Fick du tillräckligt med information om din vård/ behandling?

*** Var du delaktig i besluten beträffande din vård/ behandling i den utsträckning du önskade?

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

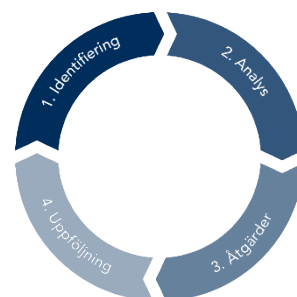
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete. Under rubriken

Agera för säker vård kan arbetsprocessen för ett systematiskt

kvalitets- och patientsäkerhetsarbete användas genom att följa nedanstående fyra steg.



Egenkontroll

Tillgänglighet

2.a kap. 1. § och 2. § patientlagen (2014:821) beskriver att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig och patienten ska om det inte är uppenbart att det inte behövs, snarast få medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.

Primärvård

- andel som fått telefonkontakt samma dag 87% (dec), 84% (dec 2022), riket 86%.
- andel som fått medicinsk bedömning inom 3 dagar av legitimerad personal 76% (dec), 78% (dec 2022), riket 89%.

Specialiserad vård

- andel som väntat på första besök 90 dagar eller kortare 59% (dec), 53% (dec 2022), riket 69%.
- andel som väntat på operation/åtgärd 90 dagar eller kortare 62% (dec), 68% (dec 2022), riket 62%.

Madrassinventering

Enligt beslut från HSSLG 2022, skulle alla standard madrasser inventeras i samband med PPM trycksår vecka 37, 2023. Alla avdelningar med inläggande patienter samt akutmottagningar skulle inventera madrasser för att bedöma; tillverkningsår, funktion av skumkärna och överdrag. Resultatet visade på att madrasser från 2017 användes i vissa verksamheter trots att madrasserna ska bytas ut efter fem år.

Madrasser är en viktig del i det förebyggande arbetet gällande trycksår därav är det av vikt att egenkontroll av madrasser säkerhetsställs i Regionen. Avsaknad av ett övergripande systematiskt kvalitetsarbete gällande egenkontroll av madrasser.

Prioriterade områden mål/ följetal regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och tandvården

Överbeläggningar och utlokaliseringar

Enligt den regionala handlingsplanen är målet ett lägre värde i förhållande till föregående års resultat.

I genomsnitt hade regionens somatiska slutenvård 6.9 överbeläggningar/100 disponibla vårdplatser under 2023 (riket 6.8) vilket är lägre än 2022 då siffran var 11. Motsvarande siffra för genomsnittligt antal utlokaliseringar var 2.3 utlokaliseringar/100 disponibla vårdplatser (riket 2.2) vilket är lägre än 2022 då siffran var 3.4. Den regionala handlingsplanens målsättning är således uppnådd.

I juli 2023 var situationen med överbeläggningar i regionen denna: Sundsvall 4.6, Örnsköldsvik 5.6, Sollefteå 8.6 överbeläggningar/100 disponibla vårdplatser. 2022 var siffrorna 22 (Sundsvall), 8.6 (Örnsköldsvik), 7.5 (Sollefteå). För utlokaliseringar juli 2023; Sundsvall 2.7, Örnsköldsvik 2.6 utlokaliseringar/100 vårdplatser. 2022 var siffrorna 6.6 (Sundsvall) och 0.9 (Örnsköldsvik).

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Regionen deltog i ECDC-PPM 2023, den europeiska punktprevalensmätningen av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning vid akutsjukhus. Nationellt deltog samtliga 21 regioner. Mätningen visade att förekomsten av vårdrelaterade infektioner i region Västernorrland var 9,4%, jämfört med 10,3% nationellt. För regionens sjukhus var resultaten följande: Sundsvall 10,1%, Örnsköldsvik 7,1% och Sollefteå 10%. Regionens material bedöms vara för litet för att dra mer detaljerade slutsatser avseende typer av VRI, men nationellt var de vanligaste nedre luftvägsinfektioner, postoperativa infektioner och urinvägsinfektioner. På regionövergripande nivå har ingen uttalad förbättring skett sedan föregående mätning av VRI (PPM VRI) 2019 då resultatet var 10%.

Eftersom regionen inte genomfört någon mätning av VRI sedan 2019 finns inget målvärde angivet i den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Avsikten var att årets resultat ska utgöra en utgångspunkt avseende nuläget. För att följa olika typer av VRI på verksamhets/enhetsnivå behövs verktyg för kontinuerlig mätning såsom Infektionsverktyget. Detta ger dels underlag för förbättringsarbeten, dels möjlighet till uppföljning av effekt av vidtagna åtgärder. Infektionsverktyget är ännu inte i drift i regionen pga. problem avseende HSA-id och hur de är kopplade samt nära förestående byte av journalsystem.

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (PPM BHK) har utförts vid två tillfällen; den nationella mätningen i SKR:s regi samt en regional mätning. Regionens resultat i den nationella mätningen var: total följsamhet 76% (2022 79%), följsamhet till klädregler 96% (2022 95%) och följsamhet till hygienrutiner 79% (2022 85%). Handdesinfektion före patientnära arbete är det moment som har lägst följsamhet; 85% (2022 86%). Andel deltagande med följsamhet \geq 90% var 42%. Således finns brister i följsamheten till BHK där fortsatt arbete för förbättring är nödvändigt.

Enligt handlingsplanen för ökad patientsäkerhet ska enheter med resultat lägre än 90% upprätta en handlingsplan för att öka följsamheten till BHK. Ett flertal verksamheter uppger att de upprättar

handlingsplan och exempel på arbetssätt för att förbättra följsamheten till BHK är att ta upp frågan på APT.

Vårdhygienisk egenkontroll

Egenkontroll av vårdhygienisk standard är ett verktyg för verksamheterna att använda i arbetet med att kvalitetssäkra och följa upp den vårdhygieniska standarden. Checklistan för egenkontroll omfattar följande områden: basala hygienrutiner och klädsel, disk-och spoldesinfektorer, förrådshantering och hygienombud. Vid brister som framkommit i egenkontrollen och behov av riktade insatser kan Vårdhygien kontaktas för stöd i förbättringsarbetet och ev. genomförande av hygienrund.

Ett förbättringsområde är övergripande uppföljning av genomförande av egenkontroller vilket inte finns i nuläget.

Trycksår

Punktprevalensmätning (PPM) trycksår genomfördes vecka 37 med inbjudan från SKR. Alla avdelningar med ineliggande patienter 18 år eller äldre erbjöds att delta i mätningen. 22 avdelningar (330 patienter) deltog i mätning 2023 och 25 avdelningar deltog 2022 (271 patienter).

Region Västernorrlands resultat var totala andelen trycksår i alla kategorier 2023 18,5% (19,2 %, 2022). I jämförelse med rikets resultat 13,7 % 2023 (13,9 %, 2022).

Sjukhusförvärvade trycksår var den totala andelen före Region Västernorrland 11,3% 2023 (15,1%, 2022). I jämförelse med riket 2023 10,3% (10,3% 2022).

Det senaste tre årens resultat har inte visat på någon förbättring på övergripande nivå. Lokala variationer på sjukhus och enheter kan ses vid vidare analys av resultatet.

Inga åtgärder av PPM trycksår på övergripande nivå har genomförts under 2023. Vissa verksamheter, tex Medicin i Sundsvall, har använt sig av resultaten i SKR:s databas för fortsatt arbete.

Utifrån den ”regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2022–2024” är nyckeltal i kategori 3–4 (allvarligaste trycksåren) 0% och kategori 1–2 under 5%. Örnsköldsviks sjukhus och Sollefteå sjukhus hade ingen förekomst av kategori 3–4 vilket är inom målvärdet enligt handlingsplanen. Sundsvalls sjukhus hade en förekomst av 9,1% kategori 4 och 3% kategori 3. Det går inte att utläsa hur stor andel av dessa som var sjukhusförvärvade trycksår. I SKR:s databas har det inte varit möjligt att hämta data inom Region Västernorrlands på mer nedbruten nivå.

Antibiotikaförskrivning STRAMA

Antalet reflekterande antibiotikamöten med återkoppling av individuella förskrivningsdata inom primärvården: Temat för mötena 2023 var hud- och mjukdelsinfektioner. 27 av 31 hälso-och vårdcentraler, motsvarande 87 procent, uppfyllde kravet enligt uppställda krav, vilket är en förbättring jämfört 2022 då 70 procent av enheterna genomförde möten.

Antibiotikaförsäljning på recept och rekvisition, inklusive 250-målet: I Västernorrland såldes 245 recept/1000 invånare under 2023, vilket innebär att regionen är en av fyra regioner som klarade det nationella målet på under 250 recept/1000 invånare och år, det så kallade 250-målet. Andelen

ciprofloxacin av antibiotika som ofta används mot urinvägsinfektion till kvinnor 18-79 år minskade marginellt i Västernorrland under 2023. Stramas nationella mål är under 10% och i Västernorrland var andelen 14,6%, vilket är näst högst i Sverige. I Västernorrland säljs en högre andel pcV av antibiotika, som ofta används mot luftvägsinfektioner till barn 0-6 år, än snittet i riket och i år uppnåddes Stramas nationella mål på över 80%. Inom slutenvården användes en något mindre andel PcV och PcG i RVN jämför med rikssnittet under 2023. En hög andel pcV och pcG är önskvärt eftersom dessa är smalspektrumantibiotika.

Vaccinationstäckning för influensa hos 65+ var säsongen 2023-24 fram till 2023-12-31 64 procent. Rikssnittet var 65 procent. Detta är en förbättring jämfört föregående säsong då 56 procent av västernorrlänningarna över 65 år hade vaccinerats.

Vaccinationstäckning avseende aktuell dos mot covid-19 i åldersgruppen 65 år och äldre var i Västernorrland 71 procent fram till 2024-01-07, jämfört med rikssnittet på 63 procent. Dock påverkar tekniska problem hos vissa regioner rapporteringen och drar ner rikssnittet.

Regionfullmäktige i Västernorrland beslutade inför vaccinationskampanjen 2023 om avgiftsfritt vaccin mot pneumokocker till ytterligare grupper, inklusive personer i åldern 65-74 år utan andra riskfaktorer. Tillförlitlig statistik över pneumokockvaccinationer utanför det nationella särskilda vaccinationsprogrammet för riskgrupper och 75-åringar saknas i nuläget.

Vaccination av gravida mot kikhosta i syfte att skydda det nyfödda barnet infördes 2022. Tillförlitlig statistik saknas för vaccinationstäckning i denna grupp, men enligt graviditetsregistret vaccinerades 35 procent av de gravida som hade förlossningsdatum mellan 1 januari och 31 augusti 2023. Rikssnittet låg på 37 procent.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador

ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Har vården varit säker?

Varje sjukvårdshuvudman är skyldig att ha ett system för kvalitetsledning och avvikelshantering och i Region Västernorrland används systemet Platina.

De avvikelser som bedöms av verksamheten som misstänkt allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada skickas som chefläkarärende via avvikelssystemet. I de fall som chefläkare bedömer att en mer omfattande utredning ska göras för eventuell anmälan enligt lex Maria, tas beslut tillsammans

med verksamheten om hur utredning/händelseanalys ska genomföras. De allvarliga händelser som inträffat inom folktandvården eller den rättspsykiatriska regionkliniken utreds av analysteam inom dessa områden på egen hand.

Verksamheten följer upp de åtgärder som framtagits utifrån skapad handlingsplan. En uppföljning av insatta åtgärder 6 månader efter avslutad utredning görs också.

Av hälso- och sjukvårdens 9700 avvikelser skickades 180 avvikelseärenden (1,9%) för chefläkarbedömning varav det i 106 fall beslutades att händelseanalys som underlag för eventuell lex Maria på grund av misstänkt allvarlig vårdskada. Föregående år var det motsvarande 228 chefläkarärenden varav 117 gick till händelseanalys. 2023 genomfördes 73 (84 st. 2022) händelseanalyser/utredningar där verksamheterna gjorde 30 av dessa med stöd av kvalitet- och patientsäkerhet. Totalt gjordes 64 anmälningar enligt lex Maria under 2023 jämfört med 61 föregående år.

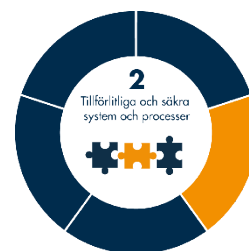
En händelse som har lett till allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada ska anmälas till IVO skyndsamt. Enligt IVO ska sådana utredningar vara IVO tillhanda inom två månader efter inträffad händelse. I realiteten kan Region Västernorrland i dagsläget inte hålla sådana ledtider. Vid statistikuttaget v 3 fanns 175 ärenden från primärvård och specialistvård som inte är avslutade varav 134 som inte är påbörjade och 41 utredningar som pågår. Detta är en ökning med 20 ärenden som väntar på utredning i jämförelse med föregående år. Målsättningen är att alla verksamheter ska genomföra utredningar av händelser som är avgränsade och inte bedöms komplexa. I Region Västernorrland har verksamheterna i dagsläget olika förutsättningar och erfarenhet av att själva göra sina utredningar.

Ett vanligt skadeområde i utredning av allvarlig vårdskada och som vi över tid sett öka är fördröjd diagnos. Under 2023 minskade dock dessa något. Antal utredningar angående fallskador och suicid/suicidförsök har följts årligen sedan 2013 då dessa är återkommande händelser som utreds. Antalet fall som registreras som avvikelser varierar över tid men få fallskador har utretts som misstänkt allvarlig vårdskada och har minskat de sista två åren. Under 2021 och 2022 skedde det en rejäl ökning av suicid/suicidförsök, antalet 2023 har mer än halverats i jämförelse med dessa år.

Under 2023 uppmärksammades flera vårdskadehändelser inom två områden; barndiabetes och registrering av vitalparametrar samt följsamhet till algoritmen enligt systemet NEWS2. Barndiabetes uppmärksammades med en nyhet på intranätet och vårdverksamheten tog fram en film som lyfter hur tidig barndiabetes kan upptäckas. När det gäller NEWS2 är det startat ett utvecklingsarbete, där det stödmaterial som finns i regionen anpassas till den nationella standarden och en större utbildningsinsats på området planeras till första halvan av 2024.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system?

Region Västernorrland har framtagna arbetsprocesser för att stärka det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet genom att arbeta med personcentrerade och standardiserade vårdförlopp och minska oönskade variationer. Vi kan däremot se att de interna processerna på helheten inte är tillräckligt robusta för att ge stöd till den successiva förbättring vi har behov av.

Säker läkemedelshantering är viktig för att minska risken för vårdskador och därför har läkemedelskommittén och läkemedelsenheten erbjudit informationstillfällen om säker läkemedelsanvändning till hälsocentraler och kliniker. I samverkan med kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor tas initiativ till fortbildning riktad till den kommunala vården. Varje år görs en nulägesbeskrivning av läkemedelsanvändningen inom särskilda boenden och hemsjukvården. Antalet fördjupade läkemedelsgenomgångar i primärvården har ökat 2023 jämfört med föregående år (4337 stycken år 2023 jämfört med 3500 år 2022). Läkemedelsenheten har genomfört ett projekt med vårdnära farmaceut vid två sjukhuskliniker i syfte att skapa utrymme i sjuksköterskans arbete kopplat till läkemedelshantering. Vårdfarmaceutiska tjänster med deltagande i vårdteam kan bidra till både ökad kunskapsnivå och patientsäkerhet.

I januari 2023 beslutade hälso- och sjukvårdsdirektören i HSSLG att från och med 2023 har alla vårdavdelningar i uppdrag att granska läkemedelsberättelserna på patienter som får en epikris skriven tredje torsdagen i månaden. Det som återstår är att sammanställa och återrapportera resultatet från granskningarna.

I en god hygienisk standard ingår att lokaler och utrustning är utformade och hanteras på ett sätt som minimerar risken för vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Vårdhygieniska aspekter behöver beaktas i ett tidigt skede vid om- och nybyggnation av lokaler. Vårdhygien har under året varit rådgivande vid vissa ombyggnationer. Ett förbättringsområde är att ytterligare utveckla samarbetet mellan vårdgivare, projektansvariga och vårdhygien. Städning i vårdlokaler är viktigt för att förebygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner. Utifrån tidigare genomförd städrevision samt nya nationella rekommendationer avseende städning har det arbetats fram en reviderad städriktlinje där arbete kvarstår att besluta och implementera.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Är vården säker idag?

Regionen har fortsatt svårigheter med bemanningen i flertalet verksamheter vilket gör att regionen är beroende av hyrpersonal. Det i sin tur medför andra utmaningar och risker både när det gäller inskolning, kunskapsnivå samt kontinuitet. Verksamheterna lyfter också svårigheter med överbeläggningar och utlokaliseringar som i sig medför patientsäkerhetsrisker. Hög personalomsättning och inskolning av egna oerfarna medarbetare innebär också utmaningar i flera verksamheter.

Mätningar av följsamhet till BHK och frekvensen av sjukhusförvärvade trycksår visar att det fortsatt finns behov av förbättringsåtgärder.

Kardiologen, kvinnokliniken samt ortopederna lyfter risker med väntetider till besök i verksamheterna. Närsjukvårdsområde Norr tar upp att primärvården ser risker med att utföra sitt uppdrag på grund av att allt fler arbetsuppgifter överförs till primärvården från vårdgrannar utan medföljande resurser och man efterlyser ett förtydligande av uppställda krav för att skapa balans mellan krav och resurser. Onkologens mottagning/dagvård har periodvis haft problem med restnoterade läkemedel vilket klinikens apotekare hanterat så att ingen patient drabbats. Läkemedelskommittén/läkemedelsenheten konstaterar att försörjningen av läkemedel är sårbar och att frekvensen av restnoterade läkemedel fortsatt ökar. Hotande bristsituationer och brister har hanterats under året genom samverkan på olika nivåer. Även bristsituationer avseende andra produkter har uppstått, exempelvis brist på andningsskydd, och detta har hanterats i samverkan mellan Inköp och Upphandling, Vårdhygien och berörda verksamheter.

Vårdhygien bevakar kontinuerligt det epidemiologiska läget genom övervakning av provsvar för vissa smittämnen. Under 2023 har ingen smittspridning av multiresistenta bakterier konstaterats i vårdmiljö. Däremot har det förekommit utbrott av covid-19, Calicivirus samt Clostridioides difficile.

Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Verksamheten för kvalitet och patientsäkerhet (KP) har en stödjande funktion i verksamheternas arbete med risk och riskhantering. En riskanalys ur ett patientsäkerhetsperspektiv kan utföras både på lokal och verksamhetsnivå och övergripande organisatorisk nivå.

Under 2023 har riskanalys genomförts i ambulansverksamheten angående tillämpning av arbetstidslagstiftning (ATL) i enlighet med EU:s krav. Flera verksamheter har också genomfört egna avgränsade riskanalyser. Barn och ungdomsmedicin gjorde en egen riskanalys inför sommaren 2023 i Örnsköldsvik. Inom dagkirurgin i Sundsvall genomfördes en omvårdnadsrelaterad riskanalys där risker för blåsoverfyllnad analyserades.

Flera verksamheter använder gröna korset som är en metodik att fortlöpande uppskatta och hantera risker i det dagliga arbetet. Exempel på verksamheter är barn och ungdomsmedicin, dialysen i Örnsköldsvik, avdelning och akutmottagning i närsjukvårdsområde väster. I närsjukvårdsområde söder planeras införandet av gröna korset med stöd från chefsjuksköterska.

Alla verksamheter redovisar att man använder avvikelssystemet platina för att identifiera och hantera risker.

I primärvården i närsjukvårdsområde väster arbetar man med uppdragsväxling där flera av hälsocentralerna har fungerande specialistmottagningar som leds av distriktsköterskor med tillgång till läkare. Såromläggningar sköts också av undersköterskor i ökad omfattning efter att vissa

hospiterat på sårcentrum i Sundsvall, samt att en ansvarig sjuksköterska finns att tillgå för konsultation.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information?

Många verksamheter redovisar att system och arbetssätt förbättras utifrån avvikelser och händelseanalyser. Kvalitetsregister används också som underlag för förbättringsarbete i flera verksamheter. Vissa verksamheter till exempel ambulansen och lung-hud-infektion skriver att de arbetar med markörbaserad journalgranskning som ett verktyg i arbetet. Rättspsykiatrin sammanställer avvikelser kvartalsvis och årligen görs en mer djupgående sammanställning som presenteras för ledningsgrupp, enhetschefer och samtliga medarbetare vid APT.

Förbättringsarbete

Under 2023 implementerades flera olika nya arbetssätt och metoder inom region Västernorrland.

Ett urval:

- Organiserad prostatacancerscreening (OPT)
- Intermediärvårdplatser (IMA) på Sundsvalls sjukhus
- Ny operationsrobot för avancerad tithålskirurgi
- Länsövergripande demensteam
- Moderniserat bildsystem för ultraljudsundersökning kvinnokliniken
- Uppstart av högspecialiserad ätstörningsklinik
- Arbetssättet "Single responder" inom ambulansverksamheten
- Samverkansprojekt region och Sundsvalls kommun i syfte att optimera vårdkedjan och minska undvikbara återinläggningar.

Patientsäkerhetsmedel

Region Västernorrland har budgeterat medel för riktat patientsäkerhets- och kvalitetsarbete. Avsikten är att bistå verksamheterna i projekt som på sikt ökar patientsäkerhetsarbeten och minskar antalet vårdskador. För 2023 fanns ca 5 miljoner kronor avsatta för verksamheternas kvalitet- och patientsäkerhetsprojekt. Under 2023 behandlades 19 ansökningar, varav 9 beviljades helt eller delvis.

Avvikelser

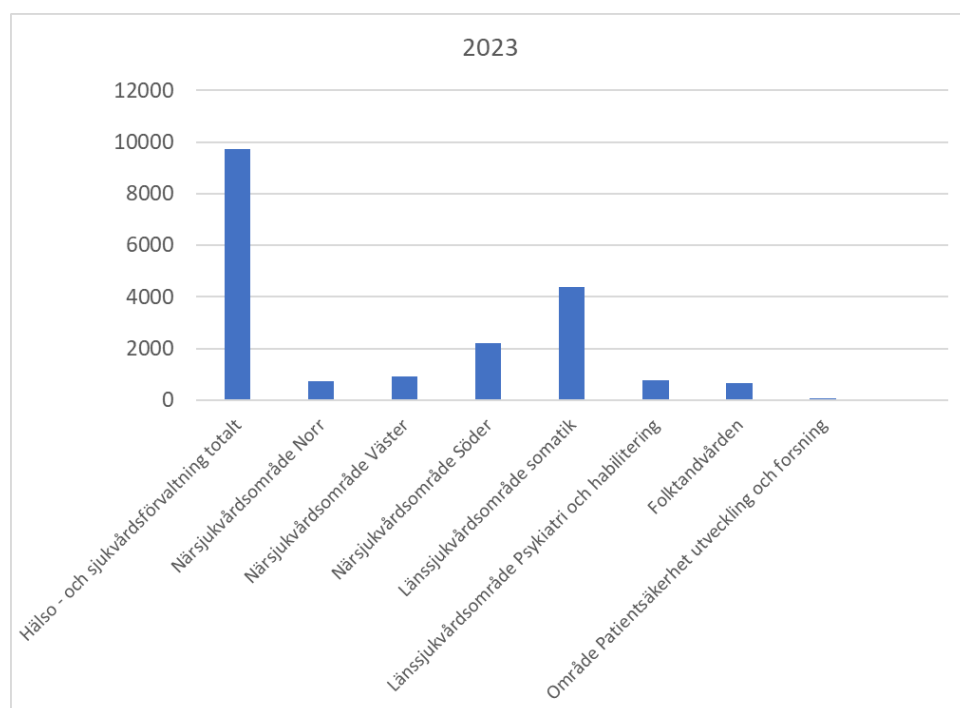
PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Avvikelsesrapporteringen ses som viktig och uppmuntras i stor grad i verksamheterna. Avvikelsestatistiken uppdateras varje dygn och kan tas ut för hela RVN eller mer detaljerat på alla nivåer. Under 2023 har nytt statistikverktyg införts för att underlätta analysarbetet. Även i avvikelssystemet finns framtagna rapporter för att underlätta analys och uppföljning. Utbildning i analys och uppföljning av avvikelser har erbjudits avvikelsehandläggarna för att kunna ta fram underlag för förbättringsarbete. Under 2023 har 51 av 67 anmälda genomfört utbildningen. De flesta deltagare var avvikellesamordnare, men under hösten erbjöds även andra intresserade professioner att delta som på ett eller annat sätt kommer att arbeta eller arbetar med analys och uppföljning av verksamhetens avvikelser.

Den revisionsrapport som kom 2022 gällande avvikelsearbetet visade på brister i systematisk aggregerad analys av avvikelser samt att avvikelserapporteringen inte i tillräcklig omfattning utgör underlag för ett systematiskt förbättringsarbete. Vi ser att förbättringsarbete fortfarande kvarstår vilket behöver avspegla den strategiska styrningen framåt.

Vid statistikuttag vecka 3 fanns totalt i RVN drygt 10300 rapporterade avvikelser som inträffat under 2023. Detta är en ökning med ca 300 i jämförelse med avvikelser som inträffat 2022.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen är handläggande organisation till ca 9700. Cirka 7400 av dessa har vid statistikuttaget bland annat klassificerats gällande patientsäkerhet som säkerhetsområde.



Antal avvikelser i Hälso- och sjukvårdsförvaltning totalt samt fördelning av dessa.

En övergripande analys av avvikelserna inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningens visar att det vanligaste avvikelseområdet är inom Vårdprocess- vårdadministration med ca 2400 avvikelser. Där

ingår bland annat journalhantering, produktions- och resursplanering, remisshantering och samordnad vård- och omsorgsplanering. De vanligaste orsakerna till avvikelser inom detta område anges vara brister i omgivning och organisation där arbetsmiljö med hög arbetsbelastning, stress och överbeläggningar ingår. Mänskliga faktorer anges även som vanlig orsak. Den vanligaste åtgärden är information och kommunikation. Ett arbete kvarstår för att säkerställa att åtgärderna bättre matchar bakomliggande problem.

Vårdprocess Diagnostik och utredning är även det ett stort avvikelseområde med närmare 2000 avvikelser. Där ingår bland annat provhantering, undersökning och diagnostisering samt bild och funktionsmedicin. De vanligaste orsakerna till avvikelser inom detta område anges vara brister i omgivning och organisation men även bristande följsamhet till rutiner och brister i kommunikationen. Den vanligaste åtgärden är information och kommunikation.

Avvikelser inom avvikelseområdet Vårdprocess-Kommunikation har ca 1300 avvikelser där framför allt har bedömt att brister i muntlig kommunikation är orsaken.

Inom avvikelseområdet Vårdprocess Omvårdnad fanns vid statistikuttaget ca 1300 avvikelser, där fall/fallskador står för drygt en tredjedel av dessa, 516 stycken. Cirka 250 av avvikelserna hade registrerats som Allmän omvårdnad där bland annat trycksårsprofylax och kontroll uppföljning ingår. Vanligaste orsaken har bedömts som brister i omgivning och organisation/arbetsmiljö samt bristande följsamhet till styrande dokument som är den näst vanligaste orsaken till att man brister i omvårdnaden. I ca 330 avvikelser har man registrerat att man inte följt styrande dokument och av dessa endast sex avvikelser att styrdokumentet var okända. Den vanligaste åtgärden som man angett är även här information och kommunikation som till exempel genomgång/påminnelse och informera berörda.

En sammanställande rapport ”Beläggningsgrad och avvikelserapporter i vården sommaren 2023” gjordes under hösten. Det var tredje året rapporten togs fram med syftet att redovisa beläggningsdata samt inkomna avvikelserapporter kopplade till bemanning och vårdplatssituation utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Det förebyggande arbetet och de åtgärder som vidtogs efter sommaren 2022 med syfte att öka antalet vårdplatser och bemanning hade en gynnsam effekt på både patientsäkerheten och på personalens arbetsmiljö under sommaren.

Sommaren 2023 har avseende vårdplatsläge och bemanningssituation uppfattats som betydligt bättre än de föregående somrarna av både medarbetare och ledning.

Sammanställningen visade att det var en kraftig minskning av antalet avvikelser relaterade till vårdplatssituation. Det identifierades 83 % färre avvikelser jämfört med sommaren innan samt att antalet identifierade skador på patienter minskade drastiskt i jämförelse med tidigare sommar.

Att beakta är att även om sommaren 2023 var betydligt bättre så var medelbeläggningen hög, över 100 %, på flera avdelningar även om den inte nått upp till de nivåer man såg 2022. Den avdelning som hade högst beläggning rapporterade även flest avvikelser kopplat till vårdplatsbrist/bemanningssituation.

Läkemedelskommittén och läkemedelsenheten följer kontinuerligt läkemedelsavvikelser inom regionen för att fånga brister på systemnivå och för att hålla ett helikopterperspektiv på de läkemedelsavvikelser som registreras. De vanligaste rapporterade avvikelserna gällande recept är liksom tidigare år att det finns flera recept med samma läkemedel där utsatta receptet inte makulerats. Positivt är att antalet recept som saknar indikation väsentligen har minskat efter att funktionen obligatorisk behandlingsorsak införts i journalsystemet.

Klagomål och synpunkter

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

Idag kommer klagomål och synpunkter antingen via patientnämnden (PAN) eller direkt till verksamheterna. Ärenden kan också gå till IVO som antingen utreder själva eller i sin tur ger verksamheten uppdrag att utreda. Mängden ärenden 2023 är oförändrad jämfört med 2022 både vad gäller ärenden som IVO utreder och ärenden som regionen utreder. Antalet ärenden till PAN har totalt sett minskat från 1345 (2022) till 1214. Liksom föregående år är kommunikation, vård och behandling samt tillgänglighet de vanligaste orsakerna till kontakt med PAN.

Verksamheterna redovisar att klagomål och synpunkter bemöts och flera skriver att de har både ett medicinskt och organisatoriskt perspektiv när de utreder klagomål och synpunkter. De inkomna ärendena kan lyftas med berörda medarbetare samt på APT för att sprida lärande.

Psykiatrin och BUP redovisar att ärenden runt klagomål och synpunkter sammanställs regelbundet och presenteras både till ledningsgrupp och på enhetsnivå.

Barn och ungdomsmedicins analys av sina klagomål är att de vanligaste orsakerna är bristande kommunikation och missnöje beroende på att vårdnadshavares förväntningar inte har tydliggjorts och vården inte återkopplat vad som är rimligt. Lung-hud-infektion har få klagomål av varierande typ så de kan inte dra några samlade slutsatser. För ögonkliniken handlar drygt 90% av klagomålen om kösituation och väntetider. Ortopedens analys är att klagomålen handlar om bemötande, väntetider, svårigheter att få hjälp med sina besvär. En del rör komplikationer vid behandling. För närsjukvårdsområde norr handlar de flesta om kommunikation, diagnostik och utredning samt vårdadministration. Röntgens ärenden berör ofta olika aspekter av kommunikation.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Hur kommer vi att arbeta patientsäkert i framtiden?

Många verksamheter redovisar att man arbetar med kompetensutveckling till exempel genom utbildning och träning. Länsverksamhet lung-hud-infektion redovisar att ca 130 medarbetare har gått Socialstyrelsens web-baserade utbildning i patientsäkerhet och har lagt in utbildningen i sitt årshjul vid fyra tillfällen för att fånga upp de som inte har gått utbildningen. Folktandvården och primärvården i närsjukvårdsområde söder redovisar att alla medarbetare ska gå den utbildningen 2024.

Rättspsykiatrin bygger nya lokaler som är anpassade för rättspsykiatrisk vård vilket kommer bli en förbättring. Vidare arbetar deras kvalitets- och ledningssystem vidare med att på ett strukturerat sätt fortsätta med förbättringsarbetet.

I regionen finns fortfarande brister i det systematiska kvalitetsarbetet och i det kan särskilt betonas analys och uppföljning som behöver utvecklas såväl på övergripande strategisk nivå som i verksamheterna.

Indikatorer för uppföljning av patientsäkerhetsområdet behöver utvecklas för Region Västernorrland. Dessa indikatorer behöver återspegla den utveckling i patientsäkerhetsarbetet som eftersträvas i den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Inom regionen pågår redan idag en rad olika arbetet inom de prioriterade fokusområdena. Däremot saknas en samlad bild över vad som pågår på helheten och hur de samverkar för att nå målet med ökad patientsäkerhet. En samsyn om nuläget är nödvändigt dels för att skapa engagemang, dels för att i nästa steg prioritera rätt insatser. Den årliga handlingsplanen ska sedan avspegla nuläget så att verksamheterna på medarbetarnivå känner sig delaktig i utformningen och på sätt också får möjlighet att förstå prioriteringar och insatser. För att möjliggöra detta prioriteras följande aktiviteter det kommande året.

- Ta fram en nulägesbild av de grundläggande förutsättningarna
- Kartlägga pågående aktiviteter inom patientsäkerhetsområdet samt på vilket sätt de samverkar
- Identifiera luckor i patientsäkerhetsarbetet
- Utveckla och åskådliggöra på det sätt vi arbetar med patientsäkerhet inom region Västernorrland
- Ta fram en handlingsplan för arbetet med att skapa ett hållbart system för hantering av händelseanalyser
- Utifrån den samlade bilden av ovanstående aktiviteter succesivt stärka arbetet under året samt utforma handlingsplanen för 2025