

Patientsäkerhetsberättelse för 2024



Ansvarig för innehållet
Område patientsäkerhet, utveckling och forskning
Diarienummer 25RS612

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.....	4
Engagerad ledning och tydlig styrning	4
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3	5
Informationssäkerhet	6
Strålskydd.....	7
SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §	7
En god säkerhetskultur	8
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	12
Mätningar och egenkontroll	12
Arbete mot antibiotikaresistens - Strama	14
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	15
Har vården varit säker?	15
Tillförlitliga och säkra system och processer	16
Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system?.....	16
Säker vård här och nu	17
Är vården säker idag?	17
Riskhantering	18
Stärka analys, lärande och utveckling.....	18
I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information?.....	18
Förbättringsarbete	19
Avvikelse	19
Klagomål och synpunkter.....	22
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	23
Hur kommer vi att arbeta patientsäkert i framtiden?	23
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	24

SAMMANFATTNING

Under 2024 har hälso- och sjukvården haft stora utmaningar, inte minst med att få en ekonomi i balans. Länet har en bekymmersam demografisk utveckling där befolkningen blir allt fler äldre och färre yngre, vilket medför att färre måste vårda fler. Åldersgruppen 80 år och äldre växer, den ålderskategorin har också ett större och mer komplext vårdbehov. Demografin påverkar våra möjligheter till kompetensförsörjning, att lyckas bibehålla förmågan att hänga med i den medicinska utvecklingen samt att uppnå en ekonomi i balans.

För patientsäkerhetsarbetet har fokus för året varit att, utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, ta fram Hälso- och sjukvårdens samlade nulägesbild av de grundläggande förutsättningarna samt kartlägga pågående aktiviteter inom fokusområdena. Arbetet har gett en regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet med riktning för 2025, men även i det längre perspektivet fram till 2027. Kartläggningen har även till stora delar utgjort grunden för årets patientsäkerhetsberättelse.

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.

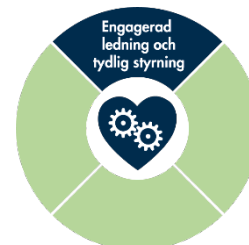
Övergripande mål och strategier

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 arbetssätt utifrån kvalitet- och patientsäkerhetsarbete. Ledningens engagemang och medarbetarnas förhållningssätt till detta arbete kan ses som en del av patientsäkerhetskulturen, vilken mäts årligen i samband med medarbetarenkäten genom hållbart säkerhetsengagemang (HSE).

Under 2024 har det för Hälso- och sjukvården tagits fram en samlad nulägesbild av de grundläggande förutsättningarna samt av pågående aktiviteter inom fokusområdena, utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Arbetet har gett en regional handlingsplan med riktning för 2025, men även i det längre perspektivet fram till 2027. Den regionala handlingsplanen



beslutas på politisk nivå och är en del av hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan. Planens prioriterade områden bryts ner på förvaltning, område, verksamhet och enhetsnivå utifrån vad respektive nivå ser för behov av aktiviteter för att stödja organisationen i att nå målet. Den regionala handlingsplanen för patientsäkerhet är nu också inarbetad i verksamhetsplanen och följs upp under året i samma struktur som verksamhetsplanen dvs delår och bokslut.

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.

2023 etablerades Området patientsäkerhet, utveckling och forskning (PUF) som verkar på uppdrag från hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) i enlighet med gällande författningar och ansvarar för stöd och samordning av patientsäkerhetsarbetet. Ytterst ligger stödet i verksamheten Kvalitet och patientsäkerhet (KP), där bland annat funktioner som vårdhygien, chefläkare och läkemedelsservice verkar. Smittskydd, läkemedelskommitté och Samverkan mot antibiotikaresistens (Strama) har också viktiga roller i att samordna och driva utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet tillsammans med verksamheterna men ligger utanför hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Inom Rättspsykiatriska regionkliniken (RPK) finns en grupp internrevisorer bestående av sex personer som arbetar på vårdavdelningar och utbildats i intern revision. Dessa leds av en utsedd revisionssamordnare och arbetar utifrån ett treårigt revisionsprogram, som under varje treårsperiod ska täcka alla klinikens processer.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Västernorrlands län har en formaliserad samverkan, HälSam, med syftet att skapa mervärde för de människor som behöver stöd, vård och omsorg från hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola. Inom HälSam förs dialog kring hälso- och sjukvårdsfrågor som även berör socialtjänst och/eller skola. Samverkansstrukturen följer kunskapsstyrningen och lokala samverkansgrupper, LSG, finns kopplat mot varje kommun för ansvarsområdena barn och unga, vuxna samt äldre. Särskilt samverkansavtal finns mellan Vårdhygien och länets samtliga kommuner där ett tätt samarbete sker mellan kommunernas MAS och Vårdhygien.

Statistiken från avvikelser i vårdkedjan indikerar att informationsöverföring och samverkan i planeringen av vården är två områden där det finns stora utmaningar och förbättringsområden. Flera verksamheter upplever otydligheter i samverkansavtalet och beskriver ett behov av översyn av samverkansrutinerna. Egna och olika tolkningar av rutinen görs av olika vårdgivare och kommunikationen brister vid vårdens övergångar mellan slutenvård och

kommun. Ett annat förbättringsområde som verksamheter lyfter upp gäller överrapportering mellan kommun och slutenvård av senast genomförda riskbedömningar (fall, trycksår, undernäring, munhälsa). Man anser att rapportering borde ske inför både inskrivning och utskrivning till slutenvård. Flera verksamheter har infört pratorsjuksköterska vilket har underlättat samarbetet och färre avvikelser i vårdkedjan har rapporterats.

Flera samverkansarbeten mellan specialistvård, primärvård och länets kommuner pågår i syfte att göra vårdens övergångar säkrare. Några exempel:

- Vårdsamverkan vid behov av nutritionsstöd i hemmet
- Länsverksamhet obstetrik och gynekologi har ett samarbete med socialtjänsten för att få till säkra rutiner för familjer med extra stöd.
- Ambulansverksamheten har tillsammans med psykiatri haft ett tvåårigt samverkansprojekt där kontaktvägar utvecklats, satsningar på utbildning har genomförts som höjt kompetensen hos medarbetarna gällande patienter med psykiatrisk sjukdom och psykisk ohälsa.
- Geriatrik, neurologi och rehab beskriver att flertalet utbildningar är genomförda gällande utskrivningsprocessen inom slutenvård och kommun. Det pågår även ett projekt gällande påverkbar slutenvård.
- Inom onkologiverksamheten har enhetschef, två specialistsjuksköterskor och två ST-läkare under 2024 arbetat i ett Ronderingsprojekt i Västra sjukvårdsområdet, där slutenvård, primärvård och SÄBO medverkat.

Den interna samverkan mellan verksamheter sker kontinuerligt. Under året har ett större arbete utförts sjukhusövergripande för Sundsvalls sjukhus kring vårdplatser, logistik och resursfördelning. Arbetet fortsätter under 2025. Annan intern samverkan som skett under året är bla att länsverksamhet kirurgi arbetat med säker utskrivning från IVA och RPK har förbättrat klinikens interna processer avseende utslussning, där nu SBAR används vid förflyttningar mellan klinikens avdelningar. Vidare har länsverksamhet obstetrik och gynekologi ändrat sin rapportering vid patientförflyttning mellan avdelningar till att ske läkare till läkare, utöver att patienten rapporteras mellan barnmorskor och sjuksköterskor. Detta för att minimera att viktig medicinsk information missas. Barn och ungdomsmedicin har arbetat med att bli tydligare då remisser hänvisas tillbaka till primärvården, detta innebär exempelvis att brev skrivs och behandlingslinjer påtalas. Samverkan har skett med primärvården i syfte att förbättra hänvisningen från akutmottagning till primärvården.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Informationssäkerhetsorganisationen består av Informationssäkerhetsansvarig, IT-säkerhetsansvarig, Informationssäkerhetssamordnare, Dataskyddsombud, Dataskyddsföreträdare, Jurist och vid behov andra resurser som till exempel Arkivarie. Region Västernorrland har ett Ledningssystem för Informationssäkerhet som består av ett 80-tal regiongemensamma styrdokument på riktlinjenivå (vissa är på rutinnivå) som aktivt ägs, förvaltas och uppdateras av Informationssäkerhetsorganisationen.

Informationssäkerhetsorganisationen har kontinuerliga incidents- och handläggningsmöten som tillser att Region Västernorrland lever upp till de lagkrav som finns gällande rapportering av Personuppgifts-, Informations- och IT-säkerhetsincidenter till respektive tillsynsmyndighet för bland annat Dataskyddsförordningen och Lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. Informationssäkerhetsorganisationen arbetar också löpande och kontinuerligt med hantering av Region Västernorrlands informationshanteringsplan, implementering av regionens system för tillgångshantering IMS, klassificering av information, riskanalyser, upphandlingskrav, personuppgiftsbiträdesavtal och instruktioner, analys av informationshantering, bedömningar samt stöd och vägledning.

Informationssäkerhetsorganisationen utredde 436 personuppgiftsincidenter under 2024, varav 50 föranledde en anmälan till tillsynsmyndigheten, IMY. Samtliga incidenter krävde någon form av återkoppling och eller åtgärd, men majoriteten av fallen medförde en informationsaktivitet.

Regionen drabbades av en allvarlig informationssäkerhetsincident under 2024 på grund av en IT-attack mot leverantören TietoEvry. Reservrutiner fick nyttjas inom Hälso- och sjukvården för vissa verksamhetssystem och en anmälan gjordes till tillsynsmyndigheten. Ingen data gick förlorad eller blev förvanskad.

Under året har regionen varit föremål för ett okänt antal nätfiskeförsök som inte orsakat något dataintrång eller annan typ av informationssäkerhetsincident. Regionen har även varit föremål för ett större antal sociala manipulationskampanjer riktade både till medarbetare och till invånare/patienter. Dessa försök har mildrats via informationsaktiviteter både internt och externt, bland annat i media i försök att upplysa allmänheten om att dessa försök pågår löpande och hur man skyddar sig. Inget socialt manipulationsförsök riktat till medarbetare 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. Under året har också ett stort arbete bedrivits avseende informationssäkerhet kopplat till införandet av Cosmic. Uppföljning av handlingsplaner kommer att fortsätta följas de kommande åren.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Centrala strålsäkerhetsrådet och de lokala strålsäkerhetsråden har haft kontinuerliga möten vilket har bidragit till ett mer strukturerat strålsäkerhetsarbete i verksamheterna. Centrala strålsäkerhetsrådet har dock identifierat förbättringsområden inom vissa verksamheter

- Två verksamheter saknar för tillfället radiologisk ledningsfunktion
- Från några verksamheter saknas strålskyddsbokslut och intern revision
- Delar av personalen saknar giltig strålskydds- och handhavandebildning

Under året har det treåriga revisionsprogrammet slutförts och det avslutades med en övergripande revision av ledningssystemet. Underlagen från revisionerna kommer ligga till grund för det kommande treåriga revisionsprogrammet.

Utbildningar för medarbetare, chefer, radiologisk ledningsfunktion och revisorer har fortsatt genomförts enligt uppsatt utbildningsplan.

Bilaga för strålsäkerhet har inkluderats i berörda (gäller både nuvarande och nytilkomna chefer) verksamheters chefsavtal, vilket tydliggör fördelning av ansvarsuppgifter. Information om strålsäkerhet på intranätet har omarbetats i början av 2024 för att förenkla sökvägarna. Centrala strålsäkerhetsrådet har implementerat strålsäkerhet i Hypergenes årshjul.

En god säkerhetskultur

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

En utvecklad säkerhetskultur ska genomsyra arbetet med patientsäkerhet, från ledning och styrning till bemötande och handling. Ett hållbart säkerhetsengagemang (HSE) mäts en gång per år i samband med medarbetarenkäten. En temperaturmätning där resultatet presenteras som medelvärdesindex från enhetsnivå till övergripande nivå. Medarbetarenkäten ska presenteras och genomarbetas på varje arbetsplats och handlingsplan ska tas fram för identifierade förbättringar.



På Hälso- och sjukvårdsövergripande nivå är målet att index ska presentera ett värde högre än föregående år. Hälso- och sjukvården lyckades återigen med detta 2024 med medelvärdesindex 78 mot resultatet året innan på 77. Av de 11 påståenden som värderas i mätningen utmärker sig "Patienter erbjuds vara delaktiga i patientsäkerhetsarbetet", med mätningens lägsta värde 60 respektive "Påtalar när jag tror att något är på väg att gå fel" med mätningens högsta värde 89. Även "Jag vågar prata om mina misstag" och "Chefen visar förtroende för medarbetarna" har höga värden på 88 respektive 85.

Flera verksamheter beskriver att den kontinuerliga dialogen är viktig för att hålla säkerhetsfrågorna ständigt aktuella. Länsverksamhet kirurgi lyfter att implementeringen av Gröna korset vid morgonrapporten för läkargruppen samt avdelningen har stärkt säkerhetskulturen. De ser att riskerna fångas mycket tidigare och de blir enklare att minimera.

Hjärtmottagningen är engagerade i flera kvalitetsregister, vilket är ett mått på att nationella guidelines följs men är även ett bra underlag för utvecklings- och förbättringsarbete. Ett exempel är sjuksköterskeledd mottagning som verksamheten ser ska förbättra patienternas sekundärprevention efter hjärtinfarkt.

Utvecklingen av läkemedel går snabbt framåt, vilket ger hopp om hälsovinster samtidigt som avancerade behandlingar utmanar dagens system för att utvärdera, betala och finansiera läkemedel. Det är därför viktigt att säkerställa en klok och patientsäker hantering. Kontinuerlig omvärdering av läkemedelsbehandling (läkemedelsgenomgångar) är en av de viktigaste kvalitetsåtgärkerna. Bra information till patienter och allmänhet är också viktigt, både om hur läkemedel ska användas och hur överblivna läkemedel ska kasseras.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



En kvalitativ verksamhet bygger på att medarbetarna har rätt kompetens oavsett uppdrag och var i verksamheterna man arbetar. Hälso- och sjukvården befinner sig i ständig förändring, både avseende arbetssätt, teknisk utrustning och inte minst den digitala omställningen. På det övergripande planet är det av stor vikt att vi som organisation har ett gott samarbete med yrkeshögskolor, högskolor och universitet.

De årliga medarbetarsamtalen ger en kompetensutvecklingsplan för varje medarbetare och verksamheterna redovisar pågående arbeten med kompetensutveckling och fortbildning. Bristen på egen personal påverkar i vilken grad utbildning kan genomföras, såväl interna som externa utbildningar. Regelbunden utbildning av personal avseende avvikelser och hur dessa hanteras sker vanligen vid enheternas APT och flera verksamheter har haft Socialstyrelsens webbutbildning i patientsäkerhet som ett obligatorium under året.

Vården är kunskapsintensiv och utbildningsinsatser sker i stor omfattning. Stödfunktioner bistår i den kontinuerliga utbildningsverksamheten, så som Kliniskt träningscentrum (KTC), Medicinsk teknik, Regionhälsan, Läkemedelskommittén och Kvalitet och patientsäkerhet bland flera. Därtill sker kunskapsdelning och utbildningar vårdverksamheter emellan utifrån specialistområde.

Nedan ges olika verksamheters exempel på utbildnings- och kompetensutvecklingsinsatser som skett under året:

- Inom förlossningsvården har utbildning genomförts inom akuta obstetriska situationer, bäckenbottensproblematik och förlossningsbristningar.
- All nyanställd personal på ÖNH mottagning och läkarenheten genomgår trachutbildning via KTC. Kontinuerlig Traumasimulering och HLR genomgås av all personal.
- Geriatrik neurologi och rehab beskriver att i verksamhetens årshjul ingår att alla medarbetare ska genomföra Socialstyrelsens webbutbildning om patientsäkerhet. Övriga fortbildningar genomförs inte per rutin utan som åtgärd vid inträffade avvikelser exempelvis NEWS-utbildning, dysfagiutbildning, föreläsning om diabetes, trycksårutbildning/föreläsning. En annan utbildning som har genomförts är strokekompetensutbildning.
- Akutkliniken beskriver att de lägger stor vikt vid kompetensutveckling och har schemalagd utbildning/kompetensutveckling för all personal. Flertalet utbildningar finns aktiva i regionens lärplattform, Kompass, där personalen själva kan göra utbildningen. Simulering av Medicin-, Trauma- och barnlarm sker varje vecka. Satsning på kompetenshöjning för gipstekniker pågår löpande. Sedan hösten 2022 har akutkliniken infört kompetensklassificering för sjuksköterskor där man certifieras utifrån fem olika kompetenssteg.

- På onkologcentrum använder man sig av så kallade Akademiska caféer för att sprida kunskap från konferenser, möten och utbildningar som man har deltagit på. Vid onkologkliniken finns barnombud representerade. De har ökad kunskap gällande barn och cancer och de delger denna kunskap till övrig personal. Vid onkologcentrum finns även två sjuksköterskor som har vidareutbildat sig ytterligare inom sexologi. Förutom att utbilda övrig personal inom ämnet sexologi träffar dessa sjuksköterskor patienter enskilt och i par.
- Inom Laboratoriemedicin sker utbildning av läkare för att säkerställa ackrediteringens krav på medicinskt ansvariga läkare. Laboratoriemedicin har relativt god bemanning av BMA tack vare samarbetet mellan Mittuniversitetet och Uppsala universitet, som möjliggör lokal utbildning. Sårbarast är laboratoriet vid Sollefteå sjukhus.
- Ungdomsmottagningen har som målsättning att samtliga barnmorskor årligen ska genomföra Region Stockholms webbaserade preventivmedelstest och på så sätt upprätthålla barnmorskors kunskap inom området antikonception. Barnmorskor och läkare verksamma vid ungdomsmottagningen deltar på preventivmedelsdagen som anordnas av Läkemedelskommittén.
- Primärvården i NSO söder beskriver att de samarbetar för en säkrare vård. Socialstyrelsens patientsäkerhetsutbildning prioriterades för chefer under 2023 och har prioriterats för medarbetare under 2024. Kompetensutveckling sker efter behov, till exempel genomgång av rutiner och behandlingslinjer och vid uppgiftsväxling. Träning på akuta situationer genomförs.
- Inom länsverksamhet röntgen genomförs traumasimulering tillsammans med andra berörda verksamheter. Personal erbjuds utbildning utifrån individuella behov och förväntas dela med sig av inhämtad kunskap till övriga kollegor. ST-läkare följer Socialstyrelsens utbildningsplan.
- Vaccinationsenheten har genomfört E-utbildningar för vaccinationer och tränat injektionsteknik.
- RPK har under de tre senaste åren genomfört en större utbildningssatsning med benämningen "Kunskapslyftet" tillsammans med tillämpningsutbildningen "Förstå, möta, förändra" (FMF). Kunskapslyftet består av teoretiska genomgångar med fokus på psykiatriska tillstånd samt en efterföljande praktisk tillämpningsutbildning (FMF) under tio heldagar. All avdelningspersonal har genomgått utbildningen, som en del i arbetet med att säkerställa kompetens för såväl nyanställda medarbetare som de som arbetat länge inom området. Utbildningen är nu ett återkommande inslag för all ny personal och hålls en gång per år.
- Sedan våren 2022 har Folktandvården erbjudit nyutexaminerade och nyanställda tandläkare en plats på TAK - Tandakademin Folktandvården Västernorrland. Vid starten för tre år sedan, utsågs tre erfarna tandläkare som handledare och tillsammans med verksamhetschefen för Ångermanland, tog de fram ett koncept med skräddarsydd handledning för nya tandläkare. I Sverige finns fyra tandläkarhögskolor, där den kliniska träningen genom åren minskat. Behovet av svårare patientfall och stabil handledning är därför stor hos nyutexaminerade

tandläkare. På sina hemmakliniker har de en utsedd handledare och genomgår även Folktandvårdens introduktionsprogram, vilket alla nyanställda gör. De träffas en dag i veckan under sitt första anställningsår tillsammans med en tandsköterska från hemmakliniken och handledarna på Folktandvården Centrum i Sundsvall. På TAK får tandläkarna arbeta med mer avancerade patientfall, protetik, svåra extraktioner och operationer. Tyngdpunkten ligger på kliniska patientbehandlingar, varvat med föreläsningar i patientsäkerhet, regelverk samt av våra specialister från Specialisttandvården. Allt i syfte att skapa trygga behandlare som arbetar patientsäkert. Översyn gällande liknande koncept för nyutexaminerade tandhygienister pågår.

Patienten som medskapare

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.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Patientens och vårdens resurser och kunskaper tillsammans ger möjligheter för att fortsätta utveckla ett personcentrerat förhållningssätt. Det handlar om att se hela personen som en resurs – med kunskap, eget ansvar och förmåga att förstå och ta beslut kring sin situation.

I samband med internutredningar och händelseanalyser av allvarliga vårdskador tillfrågas alltid patient eller anhöriga om att lämna en egen redogörelse av det som inträffat. Efter avslutade utredningar ges återkoppling till patient eller anhörig om vad utredningen kommit fram till.

Kardiologen redovisar hur de arbetar förebyggande med patienterna på mottagningarna för att förhindra inläggning och därmed risken för vårdskador. Stor vikt läggs vid utbildning av patienterna i deras sjukdom och dess behandling. Egenmonitorering och egenvårdsråd är viktiga pusselbitar i vården. Möjlighet finns för anhöriga att delta vid själva mötet med patienten. Anhöriga erbjuds alltid att delta vid brytpunktssamtal. För de flesta kardiologiska sjukdomarna är det viktigt att arbeta med livsstilsfaktorer och dess förbättring. Sjuksköterskorna kan göra stor nytta i stödet till patienterna och sjuksköterskeledd uppföljning efter hjärtinfarkt är ett sätt att förbättra den delen ytterligare.

Verksamheternas kontakt med patienter och brukarorganisationer är ett fortlöpande arbete. Några exempel:

- ”Unga experter”, ungdomar med kronisk sjukdom, har samverkat med barn- och ungdomsmedicin samt medicinmottagning.
- Rättspsykiatrien har 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.

Kontakt med patient-och intresseorganisationer, enhets- och verksamhetsspecifika patientenkäter, den nationella patientenkäten och medborgardialoger är ytterligare exempel

på patientmedverkan som sker.

Missnöje rapporteras oftast in via avvikelshanteringssystemet men i många fall inkommer det via telefonsamtal. Dessa klagomål kan då ibland lösas redan vid första kontakt och leder inte vidare till upprättande av avvikelser. Verksamheterna har välfungerande system för att handlägga inkommande patientklagomål.

Nationell patientenkät

Nationell Patientenkät (NPE) är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården, där regionen deltar. NPE genomfördes 2024 för akutmottagningar samt för öppen- och slutenvård inom psykiatri, BUP och Rättspsykiatri.

Majoriteten av patienter inom psykiatri i Västernorrland upplever att de får god och respektfull vård, men tillgänglighet kvarstår som ett stort problem. BUP-mottagningarna i regionen har högre resultat än rikssnittet och regionens egna resultat är mycket förbättrat jämfört med den senaste mätningen 2022.

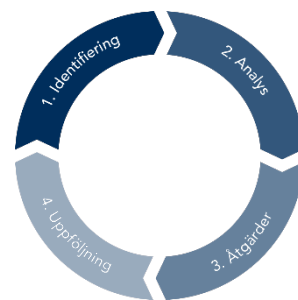
Västernorrlands akutmottagningar presterar särskilt bra inom kategorierna helhetsintryck, respekt och bemötande samt tillgänglighet. Här ligger regionen över rikssnittet, med ett genomsnittligt värde på över 80 av 100.

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.



Mätningar och egenkontroll

I slutet av 2023 fattade SKR ett beslut om att avsluta genomförandet av nationella PPM och därmed lades också den nationella databasen för PPM ned. Arbete pågår i regionen för att säkerställa att fortsatta mätningar kan genomföras. I nuläget finns inget samlat resultat avseende genomförda mätningar inom RVN.

Mätningar avseende basala hygienrutiner och klädregler är verksamheterna uppmanade att genomföra i egen regi med hjälp av pappersprotokoll.

Vårdrelaterade infektioner, VRI – senast genomförda mätning var europeiska punktprevalensmätningen av VRI och antibiotikaanvändning vid akutsjukhus, ECDC 2023. För att följa olika typer av VRI på verksamhets- och 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 ej implementerat i regionen och med ett nyligt journalsystemskifte återstår en tid innan ett införande kan ske.

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 eventuellt genomförande av hygienrond.

Trycksår - någon förbättring på övergripande nivå syntes ej under de sista tre åren mätningar genomfördes. Senaste resultatet (2023) var andelen trycksår i alla kategorier 18,5% (riket 13,7%) och andelen sjukhusförvärvade trycksår var 11,3% (riket 10,3%).

Madrasser är en viktig del i det förebyggande arbetet gällande trycksår. Regionen saknar i dagsläget ett övergripande systematiskt kvalitetsarbete gällande egenkontroll av madrasser.

Hälso- och sjukvårdens övergripande indikatorer för att följa målet ”Vi erbjuder vård som utgår från individens behov och är tillgänglig”:

Indikator - kvantitativ	Målnivå 2024	Utfall 2023	Utfall 2024
Förtroendet för hälso- och sjukvården som helhet, Västernorrland	60%	48%	
Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom (läkare) i primärvård	0.55	0.27	0.26
Andel undvikbar slutenvård hos personer med kroniska tillstånd	6.5%	6.2%	6.6%
Vårdtillfällen med påverkbar slutenvård i urval av diagnoser -65 år och äldre		5 385	5 449
Medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvård, läkare		75.0%	76.0%

* Utfall 2024 ”Förtroendet för hälso- och sjukvården som helhet, Västernorrland” 54%.

Sammantaget visar Vården i siffror att vården i Västernorrland har skillnader i kvaliteten över länet. Siffrorna visar också att befolkningens bild av vården är sämre än de faktiska patienternas syn på den vård man får. Västernorrland har en av de högsta kostnaderna för sjukhusvård i landet. Samtidigt som regionens primärvård är en av de lägst finansierade i landet. Den vård majoriteten av våra invånare har behov av och som ska vara navet i hälso- och sjukvården. Västernorrland har en relativt sett dyr nettokostnad per invånare. Totalt hade Region Västernorrland en kostnad om 418 mnkr för inhyrd personal inom den specialiserade somatiska vården under 2024, vilket var högst bland Sveriges regioner.

Tandhälsa - Folk tandvården följer upp och arbetar med aktiviteter för att minska skillnader i vårdköerna. Målsättningen är att det inte ska skilja mer än 5%-enheter i köer för barn och ungdom respektive mindre än 20%-enheter för Frisk tandvård. Inom barn- och ungdomstandvården har skillnaden gått från att vid inledningen av året ligga under målnivån om 5 %-enheter till att vid årets slut skilja som mest 22 %-enheter mellan klinikernas kallelser. Även inom Frisk tandvården har skillnaden ökat, från 42 %-enheter i inledningen av året till att vid årets slut skilja drygt 58 %-enheter mellan den mest och minst försenade kliniken. Målet är således inte uppnått, varken inom barn- och

ungdomstandvården eller Frisk tandvården. Orsaken till försämringar är den alltmer uttalade resursbristen som är ett nationellt problem men inte minst för norra regionen.

Arbete mot antibiotikaresistens - Strama

Arbetet mot antibiotikaresistens leds och samordnas av den regionala Stramagruppen Strama Västernorrland som är en del av Smittskydd Västernorrlands verksamhet. Regionala Strama har idag resurser motsvarande cirka 50 % läkartjänst och 40 % apotekartjänst, fördelat på tre personer, samtliga anställda på Smittskydd Västernorrland. För att nå riktmärket för regionala resurser till Stramaarbetet saknas motsvarande 95 % tjänst för det övergripande Stramaarbetet, inklusive primärvård, och 30 % tjänst för Stramaarbetet på sjukhus. I den regionala Stramagruppen ingår även familjeläkare, infektionsläkare, hygiensjuksköterska, mikrobiolog, urolog, hygienläkare och tandläkare, vilka deltar i gruppens arbete främst genom mötesnärvaro fyra gånger per år, motsvarande totalt åtta timmar, inom ramen för sina ordinarie tjänster. Den regionala Stramagruppen i Västernorrland saknar egen driftsbudget.

Strama Västernorrland har sedan 2013 samordnat genomförandet av reflekterande antibiotikamöten i primärvården, en obligatorisk aktivitet i regelboken för Vårdval Västernorrland. Under 2024 genomförde 24 av 31, motsvarande 77 %, av hälso- /vårdcentralerna i länet dessa möten, vilket är en försämring jämfört 2023 när 27 av 31 enheter medverkade. Temat för året var de uppdaterade behandlingsrekommendationerna för faryngotonsillit. Strama Västernorrland har under året arbetat aktivt med att introducera och följa infektionsindikatorer i uppföljningsverktyget Primärvårdskvalitet, PVQ, inom regionens primärvård.

Strama Västernorrland har under 2024 genomfört utbildning av AT-, BT- och ST-läkare om antibiotikaresistens och ansvarsfull antibiotikabehandling vid flera tillfällen samt en riktad utbildning till läkare på Sollefteå sjukhus med anledning av ett vårdrelaterat utbrott av *C. difficile*infektion.

Folkhälsomyndigheten följer regelbundet antibiotikaförsäljning på recept i Sveriges regioner. Strama satte 2009 upp ett nationellt mål om maximalt 250 antibiotikarecept/1000 invånare och år, det så kallade 250-målet. Västernorrland klarade målet 2020–2023, men resultatet för 2024 blev 259 recept/1000 invånare och år, vilket kan jämföras med rikssnittet på 271. Tre regioner klarade 250-målet. Västernorrland har länge legat bland de regioner med allra lägst receptförsäljning i landet, men är nu en region som ökar sin förskrivning och tappar placeringar i förhållande till andra regioner. Detta talar för att Stramaarbetet inte har tillräckligt genomslag i Västernorrland.

Andelen kinoloner av alla urinvägsantibiotika som förskrivs på recept är i Västernorrland bland de högsta i Sverige och låg 2024 på 12,5 %. Andelen har dock minskat sedan 2023, så här syns en positiv utveckling. Rikssnittet var 10,4 %, vilket nu är mycket nära Stramas mål om maximalt 10 %. I Västernorrland säljs en högre andel pcV av luftvägsantibiotika till barn 0–6 år, än snittet i riket och 2024 var andelen 77 %. Detta är en försämring jämfört med 2023, då Stramas nationella mål om minst 80 % nåddes. Rikssnittet 2024 landade på 73,8 %. En förklaring till den sjunkande andelen pcV är en kraftigt ökad förskrivning av doxycyklin och makrolider som en följd av den stora mykoplasmaepidemin under hösten 2024.

I Västernorrland saknas fortfarande möjlighet att följa upp antibiotikaanvändning på sjukhus kopplat till diagnos. Endast försäljning av antibiotika genom rekvisition till slutenvården kan följas, vilket ger otillräcklig kunskap om möjliga förbättringsåtgärder. Infektionsverktyget skulle innebära en förbättrad möjlighet att följa antibiotikaanvändningen i slutenvården, men verktyget har också många brister. Omfattande utbildnings- och utvecklingsinsatser bedöms krävas för att Infektionsverktyget ska

vara användbart. Västernorrland är fortfarande inte anslutet till den nationella databasen för övervakning av antibiotikaresistens, Svebar. Det finns stora svårigheter för det regionala laboratoriet att få ut data över resistenssituationen i länet, varför regionala resistensdata inte kan tillhandahållas och analyseras.

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 stödsystemet 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 ca 10 200 avvikelser skickades 175 avvikelseärenden (1,7%) för chefläkarbedömning varav det i 78 fall beslutades att händelseanalys ska göras som underlag för eventuell lex Maria på grund av misstänkt allvarlig vårdskada. Föregående år var det motsvarande 180 chefläkarärenden varav 106 gick till händelseanalys. 2024 genomfördes 104 (73 år 2023) händelseanalyser/utredningar där verksamheterna gjorde 40 av dessa som internutredningar med stöd av kvalitet- och patientsäkerhet. Totalt gjordes 75 anmälningar enligt lex Maria under 2024 jämfört med 64 föregående år.

På systemnivå ser vi att ett vanligt skadeområde i utredning av allvarlig vårdskada och som vi över tid sett öka är fördröjd diagnos. Antal utredningar angående fallskador och suicid/suicidförsök har följts årligen sedan 2013 då dessa är återkommande händelser som utreds. Antalet fall som registreras som avvikelse ses variera över tid men få fallskador har utretts som misstänkt allvarlig vårdskada och har minskat de sista åren. 2024 har inget fall bedömts som misstanke om allvarlig vårdskada. Under 2021 och 2022 skedde det en rejäl ökning av suicid/suicidförsök, medan antalet 2023 mer än halverades i jämförelse med dessa år och under 2024 har det minskat ytterligare.

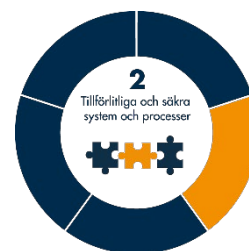
En händelse som har lett till allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada ska anmälas till IVO skyndsamt. Enligt IVO ska sådana utredningar vara IVO tillhanda inom två månader efter inträffad händelse. I dialog med IVO och andra regioner konstateras att utredning av ärenden äldre än två år mycket sällan genererar någon förbättring. Dels beroende på att inblandade personer som ska delta antingen glömt eller slutat vilket gör utredningsarbetet svårarbetat. Dels beror det också på att det ofta

redan skett förbättringar av arbetssätt utan att analys genomförts vilket gör analysen irrelevant. Utifrån att regionen under flera års tid har haft en växande kö av utredningar har en extern chefläkare haft som uppdrag att gå igenom äldre ärenden för att se vilka ärenden som eventuellt går att avskriva. Samt att se över arbetssätt inom stödfunktionen för att försöka utveckla, förenkla och förkorta utredningstiden utan att tappa i kvalitet. Målet är att fler utredningar ska göras inom verksamheterna vilket är i linje med nationell standard för att för att uppnå effekten med en utvecklad patientsäkerhet. Då stödfunktionen har fått fokusera sin tid de senaste åren på utredningar, för att minska köerna, har det lett till undanträngningseffekter av det proaktiva patientsäkerhetsarbetet.

2024 genomfördes betydligt fler utredningar än tidigare år och kön av utredningar har kraftigt minskat. Vid årsskiftet fanns 30 pågående utredningar varav 12 internutredningar. Målsättningen är att alla verksamheter ska genomföra utredningar av händelser som är avgränsade och inte bedöms komplexa. Verksamheterna har i dagsläget olika förutsättningar och erfarenhet av att själva göra sina utredningar varför ett arbete kommer att genomföras för att stärka verksamheternas förmåga avseende händelseanalyser. Vi konstaterar också att det även behövs en förstärkt och utvecklad förmåga avseende riskanalyser, där i dagsläget mycket få verksamheter har erfarenhet och rutiner för att genomföra riskanalyser.

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.

Säker läkemedelshantering är viktig för att minska risken för vårdskador. Läkemedelskommittén och läkemedelsenheten har genomfört 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 fortsätter att öka på årsbasis. 2024 genomfördes 4599 jämfört med 2023 års 4337 (2022 genomfördes 3500). Läkemedelsenheten har arbetat fram ett koncept ”vårdnära farmaceut”, där vårdavdelning får stöd i läkemedelshanteringen och kan på så sätt frigöra tid för sjuksköterskorna på avdelningen. Vårdfarmaceutiska tjänster med deltagande i vårdteam kan bidra till både ökad kunskapsnivå och patientsäkerhet.

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. Arbetet med att se över möjlighet till utlokaliserad kirurgi, lokaler och flöde pågår.

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 städdriktlinje.

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?

Under 2024 har hälso- och sjukvården haft stora utmaningar, inte minst med att få en ekonomi i balans. Länet har en bekymmersam demografisk utveckling där befolkningen blir allt fler äldre och färre yngre, vilket medför att färre måste vårda fler. Åldersgruppen 80 år och äldre växer, den ålderskategorin har också ett större och mer komplext vårdbehov. Demografin påverkar våra möjligheter till kompetensförsörjning och att lyckas bibehålla förmågan att hänga med i den medicinska utvecklingen. Regionerna har under flera år arbetat tillsammans för att minska beroendet av inhyrd personal. Satsningen är ett initiativ från samtliga regioner med regiondirektörerna som initiativtagare. Sedan januari 2024 finns ett regiongemensamt avtal, med gemensam prissättning för olika bemanningstjänster i vården. Alla regioner har under året succesivt anslutit sig till avtalet för att avropa bemanningstjänster på ett mer likvärdigt sätt. Regionens mål för måttet ”kostnad inhyrd personal/egen personalkostnad” var 15 procent för 2024, resultatet blev 13,2 procent.

Belastningen inom slutenvården har generellt sett varit hög under 2024 med svårigheter med överbeläggningar och utlokaliseringar som i sig medför patientsäkerhetsrisker. Verksamhetschefer ansvariga för vårdplatser har träffats regelbundet för att hantera den akuta situationen och för att arbeta med åtgärder som mer långsiktigt ska förbättra vårdplatssituationen. Under sommaren hade man på Sundsvalls sjukhus en hög andel utlokaliserade patienter, även inom verksamheter som tidigare inte haft någon högre grad av utlokalisering. Därav gjordes en särskild granskning riktad mot just utlokaliserade patienter på Sundsvalls sjukhus genom markörbaserad journalgranskning, MJG. Granskningen visade inga indikatorer på att de patienter som vårdats utlokaliserade hade drabbats av vårdskador i högre grad än vad nationella data indikerat. Det identifierades inte heller några allvarliga vårdskador.

Under året har arbete med *effektiva verksamheter* fortlöpt med en mängd aktiviteter, exempelvis produktions- och kapacitetsstyrning, minska hyrberoendet, minska kostnaden för köp av vård, smarta inköp samt Kloka kliniska val.

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.

Vårdhygien bevakar kontinuerligt det epidemiologiska läget genom övervakning av provsvar för vissa smittämnen. Det saknas tillförlitlig statistik på hur ofta överbeläggningar och utlokalisering av patienter har orsakat utbrott och vårdrelaterade infektioner.

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.

KP har en stödjande funktion i verksamheternas arbete med risk och riskhantering. En riskanalys ur ett patientsäkerhetsperspektiv kan utföras både på lokal, verksamhets och organisatoriskt övergripande nivå. Tidigare har riskanalysarbetet nära uteslutande utförts under ledning av KP tillsammans med personal från verksamheten. Ett stödmaterial har nu tagits fram för att underlätta för verksamheterna att själva genomföra förenklade riskanalyser. Resultatet av det arbetet har hittills varit gott och några verksamheter som har genomfört egna riskanalyser är bland annat barn- och ungdomsmedicin, röntgen, mammografin, kirurgkliniken och medicinkliniken. Ett arbete kvarstår dock för att systematiskt använda riskanalys som en väletablerad metod i hela organisationens arbete med det proaktiva patientsäkerhetsarbetet.

Flera verksamheter använder gröna korset för 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 samt kirurgkliniken.

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

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 arbetar med MJG som ett verktyg i arbetet. Rättsspsykiatrien sammanställer avvikelser kvartalsvis och gör årligen en mer djupgående sammanställning, som presenteras för ledningsgrupp, enhetschefer och samtliga medarbetare vid APT.

På en övergripande nivå behöver arbetet med analys och uppföljning av avvikelser och kvalitet i stort, utvecklas. Även utredning samt mätning av vårdskador behöver utvecklas för att komma i balans och för att inkludera alla delar av hälso- och sjukvården. Såväl befintliga som nya metoder för identifiering, mätning och uppföljning behöver utvecklas. I kartläggningsarbetet blev det också tydligt att bristande följsamhet till styrande dokument är vanligt förekommande och en viktig del att komma vidare med i att skapa ett ledningssystem för patientsäkerhet som inkluderar egenkontroll och uppföljning. Samarbetet mellan förvaltningarna behöver utvecklas för att säkerställa att patientsäkerhetsperspektivet är en del av värderingen inför utformning och beslut.

Förbättringsarbete

Under 2024 påbörjades flera olika nya arbetssätt och metoder inom hälso- och sjukvården.

Ett urval:

- Inom verksamheten för Geriatrik, Neurologi och Rehab påbörjades projektet Samverkan för påverkbar slutenvård i syfte att skapa en helhetssyn med patienten i centrum, för att undvika slutenvård.
- Inom Rätt psykiatri implementerades SKR:s material Trygg och meningsfull heldygnsvård.
- Barn och ungdomsentrén har arbetat med förebyggande insatser som kan ges till många i väntan på insats, samverkansrutiner med andra vårdgivare, produktionsplanering för att ligga steget före samt utveckling av nya insatser för målgruppen.
- Vuxenpsykiatri gjorde en översyn av styrdokumentet "Suicidprevention för vuxenpsykiatri", utifrån behovet att arbeta med mer förebyggande metoder som krisplaner och terapeutiska suicidriskbedömningar.
- De patienter som kommer till akutmottagningen med känd diagnos som tillhör medicinkliniken Sundsvall har erbjudits akut tid till sin behandlande läkare dagen efter om tillståndet tillåter.
- RCC Norr har finansierat en utbildning i patientnära ultraljud för läkare inom palliativ medicin i hela norra sjukvårdsregionen. Alla fyra regioner har också fått medel för att köpa in bärbar ultraljudsutrustning.

Avvikelser

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

Avvikelseberapporteringen ses som viktig och uppmuntras i hög grad i verksamheterna. Avvikelsestatistiken uppdateras varje dygn och kan tas ut för hela RVN eller mer detaljerat på alla nivåer. Under 2023 infördes ett nytt statistikverktyg för att underlätta analysarbetet. Även i avvikelssystemet finns framtagna rapporter för att underlätta analys och uppföljning. Utbildning i analys och uppföljning av avvikelser har under flera år erbjudits avvikelsehandläggare och andra intresserade professioner för att kunna ta fram underlag för förbättringsarbete. Under 2024 har 11 av 14 anmälda genomfört utbildningen, de flesta avvikelssamordnare.

Den revisionsrapport som kom 2022 gällande avvikelsearbetet visade på brister i systematisk aggregerad analys av avvikelser samt att avvikelseberapporteringen inte i tillräcklig omfattning utgör underlag för ett

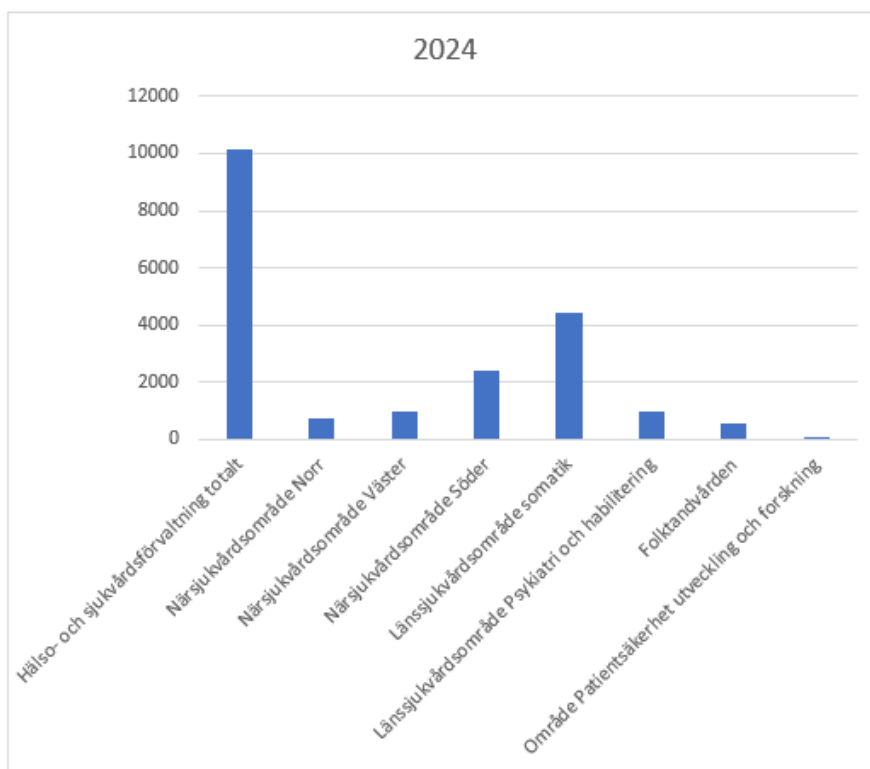
systematiskt förbättringsarbete. Det kvarstår ett arbete för att säkerställa att åtgärderna bättre matchar bakomliggande orsaker eftersom många avvikelse- och orsaksområden noterade i 2023 års avvikelsestatistik återkommer även 2024.

Kartläggning om pågående patientsäkerhetsarbeten inom fokusområdena identifierade brister och förbättringsområden inom avvikelser

- Brister har noterats avseende klassificering, orsaksutredningar och vilka åtgärder som sätts in.
- Samma typ av avvikelser tenderar att återkomma trots insatta åtgärder.
- De sammanställningar som görs handlar i majoriteten av fallen enbart om statistikuttag utan analys.
- Tidigare utbildningsinsatser i analys och uppföljning har inte lett till att verksamheterna mer strukturerat och i tillräcklig omfattning analyserar och följer upp sina avvikelser gällande åtgärdernas effekt och för framtagande av underlag till förbättringsarbete. Brist på förutsättningar framför allt tid samt det faktum att sammanställningar och strukturerade analyser inte efterfrågas av chefer anges i många fall som anledning till detta.
- Generellt ses ofta en dålig överensstämmelse mellan de identifierade orsakerna till avvikelserna och de åtgärder som tagits fram. Man behöver säkerställa att åtgärderna bättre matchar orsakerna till att avvikelserna uppstår.
- Det förekommer sannolikt underrapportering av avvikelser och således även gällande vårdskador. Då avvikelssystemet, enligt studier som gjorts, endast fångar in en del av vårdskadorna, behöver andra kompletterande metoder användas för att få en så heltäckande bild som möjligt av vårdskadornas förekomst. Här kan exempelvis journalgranskning fylla en viktig roll. Det är också viktigt att aktivt utvärdera förändringar och åtgärder - inte bara passivt avvakta att eventuella avvikelser ska rapporteras i systemet.

Den statistik som redovisas nedan har tagits från avvikelsestatistiken utifrån vad handläggare har registrerats.

Vid statistikuttag vecka 2 fanns totalt i RVN drygt 10700 rapporterade avvikelser som inträffat under 2024. Detta är en ökning med ca 400 i jämförelse med avvikelser som inträffat 2023. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen är handläggande organisation till ca 10200. Cirka 7800 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 sjukvårdsförvaltningen visar att det vanligaste avvikelseområdet är, liksom för 2023, inom Vårdprocess Vårdadministration med ca 2600 avvikelser. Där ingår bland annat produktions- och resursplanering, journalhantering, 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, exempelvis genomgång, påminnelse och information till berörda.

Vårdprocess Diagnostik och utredning är även det ett stort avvikelseområde med drygt 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.

Inom avvikelseområdet Vårdprocess Omvårdnad fanns vid statistikuttaget ca 1300 avvikelser, där fall/fallskador står för cirka en tredjedel av dessa, 449 stycken. Cirka 250 av avvikelserna hade registrerats som Allmän omvårdnad där bland annat kontroll/uppföljning och trycksårspfylax ingår. Vanligaste orsaken har bedömts som brister i omgivning och organisation, ofta kopplat till mänskliga faktorer eller arbetsmiljö. Även bristande följsamhet till

styrande dokument som är den näst vanligaste orsaken till att man brister i omvårdnaden. I cirka 280 avvikelser har man registrerat att man inte följt styrande dokument. I fem avvikelser anges avsaknad av styrande dokument och i endast en avvikelse anges att styrdokumentet var okända. Den vanligaste åtgärden som man angett är även här information och kommunikation som till exempel genomgång/påminnelse och informera berörda.

I avvikelseområdet Vårdprocess-Kommunikation noteras ca 1250 avvikelser där man framför allt har bedömt att orsaken är brister i muntlig kommunikation.

En sammanställande rapport ”Beläggningsgrad och avvikelserapporter i vården sommaren 2024” gjordes under hösten. Det var fjärde året rapporten togs fram med syftet att redovisa beläggningsdata samt inkomna avvikelserapporter kopplade till bemanning och vårdplatssituation utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

Av rapporten framgår att antalet avvikelser relaterade till vårdplatsbrist och överbeläggningar sommaren 2024 ökade med flera hundra procent i jämförelse med 2023. Några troliga orsaker till detta kan vara en under våren pågående vårdkonflikt som bidrog till svårigheter att anställa sommarvikarier, i kombination med färre svar på lagda avrop. Dessutom medförde förebyggande insatser för att öka bemanning och vårdplatser inför sommaren 2023 att antalet avvikelser under sommarperioden minskade med 83% jämfört med sommaren 2022.

Klagomål och synpunkter

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

Under 2024 inkom 1268 klagomål och synpunkter till patientnämnden, vilket motsvarar en ökning på cirka 8% jämfört med föregående år. Flest synpunkter handlade om kommunikation, följt av vård och behandling och de två stod även för den största ökningen. Synpunkter rörande tillgänglighet till vården har för andra året i rad minskat.

De verksamhetsområdena med flest ärenden under året är somatisk specialistvård, följt av primärvård. Samtliga områden hade en ökad ärendemängd jämfört med föregående år, där primärvården ökade mest.

Under året har patientnämnden begärt svar från vårdgivaren i närmare 500 ärenden. Åtgärder har gjorts på individ- och systemnivå. Vårdgivare har, i de fall man upptäckt brister, lämnat förklaringar till åtgärder. Det har bland annat varit rutinförändringar, uppdaterad information till invånare och lärande syfte.

Under hösten 2024 infördes möjligheten för patienter och närstående att skicka in synpunkter och klagomål direkt till verksamheten eller via patientnämnden genom inloggning i 1177. Detta säkerställer lagkrav kring informationssäkerhet, ökar patientsäkerheten och möjliggör bättre statistikuttag för jämförelser och uppföljning både lokalt och nationellt.

Dessa ärenden registreras som avvikelser och hanteras i regionens avvikelssystem. Svar till patienten sker via 1177 eller via patientnämnden. Inför införandet har en stor utbildningsinsats genomförts för avvikelsehandläggare och chefer. Fortfarande kan patienter som inte har tillgång till inloggning i 1177 lämna klagomål och få svar på annat sätt.

Totalt finns 843 avvikelser registrerade som synpunkter och klagomål från patient till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. De vanligaste avvikelseområdena som registrerats är, Diagnostik och utredning, Kommunikation, Vårdadministration och Behandling. Skada på patient har registrerats på 196 av avvikelserna. 84 klagomål från närstående finns registrerade varav 15 där patient kommit till skada.

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?

Regionen, privata aktörer och kommuner, behöver samarbeta mer för att möta våra framtida utmaningar och trygga invånarnas vård och omsorg. Det gäller både på lokal nivå samt med våra grannregioner i norr och genom att samverka kring nationella resurser i ett komplext hälso- och sjukvårdssystem.

Hälso- och sjukvården ansvarar genom sitt grunduppdrag för flera samhällsviktiga funktioner som ska fungera även i händelse av kris, krigsfara eller krig. Regionen arbetar intensivt med den civila beredskapen och det kommer fortsatt att krävas resurser och arbete med strukturer, rutiner, organisering, utbildning och övning.

Patientsäkerhetsarbetet generellt behöver gå från att vara strakt fokuserat på medicinska risker till att se hela patienten, att lyfta och prioritera omvårdnadsrisker. För patienten kan de kan leda till stora lidanden och omvårdnadsriskerna riskerar också att medföra medicinska risker, om de inte omhändertas. Särskilt fokus på ett långsiktigt strategiskt arbete är därför prioriterat i regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Vidare ska det proaktiva patientsäkerhetsarbetet få framdrift nu när den långa utredningskö som funnits under flera år är hanterad. Det centrala stödet behöver rikta om sitt arbete för att skapa dom förutsättningar som kartläggningen visat saknas.

Rättspsykiatri bygger nya lokaler som vid färdigställande kommer ge kliniken en utökning med 35 vårdplatser. All verksamhet är då också samlad i stadsområdet Nacksta, vilket är mycket positivt då dagens lokaler på Sundsvalls sjukhus inte är anpassade för att bedriva rättspsykiatrisk vård.

Länsjukvårdsområde psykiatri och habilitering kommer att lägga särskilt fokus på att utveckla metoder och arbetssätt för suicidpreventivt arbete. Region Västernorrland har en något högre andel döda till följd av suicid än riksgenomsnittet. Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP) har publicerat en rapport som lyfter fram en rad olika förbättringsområden för suicidprevention inom hela hälso- och sjukvården.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

För att erhålla ett långsiktigt och hållbart arbetssätt ger den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet riktning fram till år 2027 med specifika mål för innevarande år. Förutom de av Socialstyrelsen framtagna fyra grundförutsättningarna har utifrån kartläggning och dialoger i organisationen, ytterligare ett område inom grundläggande förutsättningar lagts till, digitala verktyg.

Prioriterade områden inom de *grundläggande förutsättningarna* fram till 2027:

- Kontinuerlig uppföljningsstruktur
- Regional handlingsplan för patientsäkerhet inarbetas i verksamheternas verksamhetsplan
- Efterfråga resultat på alla nivåer
- Identifiera utbildningsbehov och behov av stöd för chefer och medarbetare
- Stärka arbetet med kompetensförsörjning
- Driva utvecklingen mot personcentrering
- Involvera patientföreningar
- Verktyg för uppföljning
- Stödsystem för digitala arbetssätt

Prioriterat arbete inom *fokusområdena* för det kommande året, 2025:

- Utarbeta lednings- och styrningsprinciper samt strukturer för egenkontroll
- Strategi utredningar och riskanalyser
- Omvårdnadsstrategi
- Handlingsplan VRI

Prioriterat arbete inom *fokusområdena med ett längre perspektiv*, fram till 2027:

- Förbättra patientsäkerheten i vårdens övergångar
- Patientsäkerhetsperspektivet i alla beslut
- Flytta fokus till det förebyggande arbetet med patientsäkerhet

En av hörnstenarna i ett systematiskt patientsäkerhetsarbete är förståelsen för den egna kvaliteten genom fakta och analys. I dagsläget har regionen en undermålig stödstruktur för ett systematiskt kvalitetsarbete. För att möjliggöra detta behövs en utveckling av såväl digitala verktyg som en ökad förståelse inom organisation hur ett systematiskt kvalitetsarbete bör bedrivas och dess betydelse. Att utveckla indikatorer för uppföljning av patientsäkerhetsområdet är en del av arbetet, vilka ska återspegla den utveckling i patientsäkerhetsarbetet som eftersträvas i den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.