

# Patientsäkerhetsberättelse 2016

---

Region Jönköpings län



Axel Ros, chefläkare  
Region Jönköpings län  
Box 1024, 551 11 Jönköping  
© Region Jönköpings län, [www.rjl.se](http://www.rjl.se)

# Innehållsförteckning

1	Sammanfattning.....	4
2	Övergripande mål och strategier.....	5
3	Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	6
4	Struktur för uppföljning och utvärdering .....	8
5	Uppföljning genom egenkontroll.....	9
6	Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet.....	10
7	Samverkan för att förebygga vårdskador.....	17
8	Risikanalys .....	19
9	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	21
10	Hantering av klagomål och synpunkter .....	23
11	Sammanställning och analys.....	24
12	Samverkan med patienter och närstående.....	26
13	Resultat .....	28
14	Övergripande mål och strategier för kommande år.....	36

# 1 Sammanfattning

Patientsäkerhet är ett viktigt utvecklingsområde för Region Jönköpings län, med ambitionen resultat i världsklass. Det övergripande målet är att minska antalet vårdskador. Arbetet med patientsäkerhet har en lång och stark tradition hos oss. En ny strategi för arbetet med patientsäkerhet i Region Jönköpings län har tagits fram under året för implementering under 2017. *Säker vård - alla gånger* med dess 16 fokusområden är det strategiska angreppssättet för verksamheternas arbete och det fortsätter att utvecklas och förbättras med vårdens utveckling.

Patientsäkerhetsarbetet har under 2016 fortsatt med fullt engagemang och styrka för att uppnå ambitionen och målen.

Viktiga åtgärder som vidtagits under 2016 är bland många andra:

- Fortsatt arbete inom länsgrupperna för *Säker vård - alla gånger*.
- Personalenkät om medarbetarskap och säkerhet har genomförts.
- Strama-arbetet för adekvat antibiotikaanvändning.
- Uppföljning av clostridieinfektioner.
- Fortsatt spridning av metoden Gröna korset för att öka riskmedvetenhet i det dagliga vårdarbetet.
- Etablerandet av en kollegial stödgrupp för stöd till medarbetare som blir inblandade i en vårdskada.
- Utbildningar inom Metodikum-verksamheten, till exempel etablerande av RIU - en utbildningsinsats för nyanställda sjuksköterskor.
- Ett omfattande arbete med risk- och händelseanalyser.
- Ett arbetssätt för patientsäkerhetsdialoger mellan ledning för verksamhetsområden och ledningar för verksamheterna har införts.

Överlag är resultaten för arbetet med patientsäkerhet bra, men det måste fortsatt förbättras. På nationell nivå redovisas nu en minskande andel vårdskador under de tre senaste åren. Trenden är likartad i Region Jönköpings län även om den inte är statistiskt säker. Problem med överbeläggningar på vårdavdelningar och utlokaliseringar av patienter ökar men är fortfarande mindre än för riket i övrigt. Antibiotikaförskrivningen minskar. Resultaten för basala hygien- och klädrutiner är bra. Målen nås för delar av vårdpreventionsarbetet, det vill säga att minska risk för trycksår, fall, dålig nutrition och dålig munhälsa. Andel av patienter som får trycksår minskar inte och är fortfarande för hög. VRI-frekvensen, mätt med Infektionsverktyget, är oförändrad. Andelen clostridieinfektioner ligger fortsatt något för högt.

En samlad analys av lex Maria-anmälningar, enskildas klagomål hos IVO och ärenden till patientnämnden visar på behov av fortsatt förbättringsarbete inom många områden som diagnostik, vård, behandling, bemötande och kommunikation. Enligt avvikelserapporteringen vet vi att viktiga förbättringsområden är läkemedelshantering, omvårdnad, samverkan och dokumentation.

## 2 Övergripande mål och strategier

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

Region Jönköpings län är bland de ledande i Sverige och ska vara i världsklass i patientsäkerhet.

Hälso- och sjukvård ska vara jämlik och ges med god tillgänglighet och ett bra bemötande, samt med rätt kompetens på rätt vårdnivå och med rätt val av behandling. All verksamhet ska skapa värde för medborgarna och målsättningarna ska nås med lägsta möjliga resursinsats. För detta krävs god patientsäkerhet.

Patientsäkerhet handlar om systematisk kvalitetsutveckling och innebär process- och rutinutveckling, riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser och förbättrade åtgärder i verksamheten. En viktig del är lärandet där man lär av egna och andras erfarenheter.

Det övergripande målet är att minska antal vårdskador. Vårdskador ska förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete. Den personal, de lokaler och den utrustning som krävs för god vård ska finnas tillgänglig. Genom att utveckla nya arbetssätt kan vården bli säkrare. Systemtänkande och delaktighet i planering av de egna arbetsprocesserna är avgörande förutsättningar för god patientsäkerhet.

Med en säkrare vård kan skador undvikas, samtidigt som vårdplatser och andra resurser frigörs. Patientens möjlighet till inflytande och delaktighet i vården är mycket viktig för ett gott vårdresultat. Varje patient ska känna trygghet och tillit i att vi på bästa sätt samarbetar och samverkar i vårdkedjan och målet är att patienten hela tiden är välinformerad.

I säkerhetsarbetet behövs engagemang, team och tvärprofessionella mötesplatser i kliniska mikrosystem. Det behövs också tillgång till experter och förbättringsmetoder för att öka tillförlitligheten i arbetsprocesserna för att ge rätt vård vid rätt tidpunkt, varje gång för varje patient. Detta beskrivs i *Säker vård – alla gånger* med de 16 fokusområden som utgör basen för utvecklingsarbetet i patientsäkerhet.

Det generella arbetssättet i fokusområden är tvärprofessionella länsgrupper med uppgift att sätta mål för området, utveckla angreppssätt, sprida kunskap om arbetet och följa upp resultat. För några fokusområden utses ombud som sprider kunskap på sina arbetsplatser.



*Säker vård - alla gånger*

# 3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Huvudansvaret för patientsäkerhet följer linjeorganisationen. Regionfullmäktige beslutar om budget och verksamhetsplan samt flerårsplan.

Regionstyrelsen (RS) är fullmäktiges verkställande organ och har till uppgift att leda och samordna verksamheten. RS följer regelbundet upp verksamheten via månadsrapporter, delårsrapporter, årsrapport samt fortlöpande information, som kan vara muntlig eller i form av anmälningsärenden.

Regiondirektören (RD) leder operativt verksamheten i enlighet med budget och flerårsplan och har ett övergripande ansvar för all verksamhet och fördelar ansvar för arbetsuppgifter och befogenheter till sjukvårdsdirektörer. RD leder regionens ledningsgrupp och ingår i sjukvårdens ledningsgrupp.

Hälso- och sjukvårdsdirektören (HSD) har som en del i sitt hälso- och sjukvårdsuppdrag övergripande ansvar för arbetet med patientsäkerhet och rutiner som påverkar patientsäkerhet. HSD är chef för avdelningen folkhälsa och sjukvård i regionledningskontoret. Koppling finns till chefläkare, medicinska programgrupper, Fakta-grupper, ledning för de medicinska verksamhetsområdena och verksamhetschefer med flera. HSD ingår i regionens ledningsgrupp och leder sjukvårdens ledningsgrupp.

Sjukvårdsdirektörerna för Medicinsk vård, Kirurgisk vård, Psykiatri och rehabilitering, Medicinsk diagnostik samt Vårdcentralerna Bra Liv har inom sina verksamhetsområden det övergripande ansvaret för patientsäkerheten.

Verksamhetschef, enhetschef eller motsvarande – patientsäkerhetsansvar följer verksamhetsansvaret.

Varje medarbetare har ett patientsäkerhetsansvar i det dagliga arbetet och i det systematiska kvalitetsarbetet, genom att delta i framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder, risk- och avvikelshantering och uppföljning av mål och resultat.

## **Ansvar för samordning och stöd**

### ***På hälso- och sjukvårdsdirektörens uppdrag***

- **Chefläkare och patientsäkerhet**

Chefläkare och patientsäkerhet är en sektion inom avdelningen folkhälsa och sjukvård. En av chefläkarna är chef för sektionen. Sektionen ansvarar för övergripande sammanställning och analys av patientsäkerhetssituationen. Den stödjer verksamheternas arbete med patientsäkerhet utifrån chefläkares och chefsjuksköterskors arbetsuppgifter samt ansvarar för övergripande vårdplatsamordning inklusive arbetet med daglig styrning på sjukhusen. Sektionen organiserar patientsäkerhetsdialoger.

Chefläkarna är anställda i sektion chefläkare och patientsäkerhet och de ansvarar för att göra lex Maria-anmälningar, företräda vårdgivaren i kontakter med Inspektionen för vård och omsorg (IVO) gällande patientsäkerhet när inte annan befattningshavare särskilt

efterfrågas. De ansvarar också för att efter samråd med personalchef, anmäla till IVO om det finns skälig anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten (Patientsäkerhetslagen 3 kap. 7 §).

- **Smittskydd vårdhygien**

Planerar, organiserar och leder smittskyddsarbetet i länet med syftet att tillsammans med vårdverksamheten förebygga uppkomsten av vårdrelaterade infektioner och smittspridning.

- **Strama**

Är en del av smittskydd/vårdhygien – arbetar med att sammanställa och aktivt förmedla kunskap i frågor som berör antibiotikaresistens, antibiotikaanvändning och vårdrelaterade infektioner.

- **Läkemedelskommittén**

Läkemedelskommittén har ansvar för stöd för patientsäkerhetsarbetet kring läkemedel. Läkemedelskommitténs ordförande samt utsedd apotekare inom läkemedelsförsörjning/klinisk farmaci ansvarar för att planera och följa upp patientsäkerhetsarbetet. Samverkan sker med verksamhetsområden, chefläkare samt Qulturum. Genom läkemedelsdialoger på respektive sjukhus samt samverkan med vårdval primärvård görs planering och uppföljning inom verksamheterna.

### **Qulturum**

Utvecklingsdirektören stödjer via Qulturum patientsäkerhetsarbetet och leder referensgrupp för patientsäkerhet. Utvecklingsdirektör ingår i regionens ledningsgrupp samt sjukvårdens ledningsgrupp. Qulturums ansvar är utveckling av, och stöd för, verksamheternas arbete med patientsäkerhet.

### **Referensgruppen för patientsäkerhet**

En länsgemensam grupp för patientsäkerhetsarbetets olika processer. Gruppen möts regelbundet och har som huvudsaklig uppgift att bidra till utveckling av patientsäkerhetsarbetet. I gruppen utväxlas erfarenheter och kunskaper från de olika delarna av patientsäkerhetsarbetet. Referensgruppen kan bereda frågor till sjukvårdens ledningsgrupp och de medicinska verksamhetsområdenas ledningsgrupper. Referensgruppen har det praktiska ansvaret för innehållet, genomförandet och uppföljningen av *Säker Vård - alla gånger*.

I gruppen finns chefläkare, chefsjuksköterskor, patientsäkerhetssamordnare (från folkhälsa och sjukvård/chefläkare och patientsäkerhet), utvecklingsledare för patientsäkerhet (från Qulturum), smittskydd vårdhygien, ordförande i Strama, ordförande i läkemedelskommittén, systemförvaltare för Synergi, företrädare för patientnämnd samt patientrepresentation. De medicinska verksamhetsområdena är företrädare i referensgruppen genom utvecklingscheferna.

I Vårdcentralerna Bra Liv finns också en fokusgrupp för patientsäkerhet där chefläkare och några verksamhetschefer regelbundet träffas för att diskutera strategiska patientsäkerhetsfrågor.

### **Patientnämnden**

Patientnämnden med fem ledamöter har till uppgift att stödja och hjälpa patienten i all offentlig finansierad hälso- och sjukvård samt tandvård.

## 4 Struktur för uppföljning och utvärdering

*SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §*

Arbete med patientsäkerhet kräver ett uthålligt systematiskt kvalitetsarbete för att åstadkomma bästa möjliga resultat. Det faktiska utvecklingsarbetet sker i stor utsträckning i kliniska mikrosystem där grunderna är ständiga förbättringar, fortlöpande mätningar och utvärdering av mikrosystemets funktion och resultat.

Uppföljning och utvärdering av resultat sker i linjeorganisationen i ledningsgrupper på alla nivåer - kliniker, verksamhetsområde, sjukvårdens ledningsgrupp och nämnd för folkhälsa och sjukvård.

I storgrupp sjukvård som är en arena för strategiska frågor möts regionens ledningsgrupp och verksamhetscheferna i hälso- och sjukvården fyra gånger per år. Patientsäkerhet ingår som tema vid varje mötestillfälle för att stärka ledningens engagemang.

De medicinska specialiteterna samverkar i medicinska programgrupper (MPG) och länsgrupper. Uppdragen för MPG och länsgrupper är bland annat att utveckla vårdprocesser och metoder och att arbeta med att gemensamt utvärdera, säkerställa och utveckla kvaliteten i verksamheten. Respektive MPG rapporterar direkt till ledningen i Region Jönköpings län i möten två gånger per år i MPG Forum. Fokus för uppföljning i MPG Forum är god vård och medicinska resultat.

Uppföljning och utvärdering av resultat sker också i stödfunktioner som referensgruppen för patientsäkerhet, länsgrupper i *Säker vård - alla gånger*, läkemedelskommittén, sektion chefläkare och patientsäkerhet samt sektion smittskydd vårdhygien.

Inom ramen för regelbok för vårdval följs alla vårdvalsenheters patientsäkerhetsberättelser upp utifrån patientsäkerhetslagens krav. Bedömning görs avseende hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och vilka resultat som har uppnåtts.

Under ledning av chefläkare genomförs patientsäkerhetsdialoger med varje klinik och ledningsstab för respektive verksamhetsområde en gång per år i anslutning till verksamhetsdialog. Syftet med dialogerna är att ge verksamheten och regionledningen en gemensam bild av patientsäkerhetsläget samt det proaktiva patientsäkerhetsarbetet i verksamheten och ge möjlighet till reflektion.

Initieringen av förbättringsarbeten kan komma från flera håll, exempelvis från verksamhetens eget utvecklingsarbete eller som ett ledningsinitiativ. Aktiviteter och handlingsplaner skapas från de områden som prioriteras och följs upp på arbetsplatsträffar.

Baserat på underlag från klinikerna beskriver respektive verksamhetsområde sitt patientsäkerhetsarbete i ledningssystemet i Stratsys som sedan sammanförs och bildar Region Jönköpings läns patientsäkerhetsberättelse.



# 5 Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

En väl fungerande egenkontroll innebär ett kontinuerligt förlopp med systematisk planering, uppföljning och utvärdering av verksamheten för att kvalitet ska kunna säkras och kontrollera att processer och rutiner i ledningssystemet följs.

Egenkontroller sker regelbundet i verksamheten genom:

- Uppföljning av arbetet i fokusområden för *Säker vård - alla gånger*.
- Punktprevalensmätning för trycksår.
- Punktprevalensmätning för vårdrelaterade infektioner.
- Uppföljning av aktiviteter i vårdprevention (Senior alert).
- Patientenkät för att efterfråga hur vården upplevs.
- Uppföljningar via Öppna Jämförelser.
- Uppföljning via aktuella kvalitetsregister.
- Medarbetarskap och säkerhetsundersökning.
- Observationsstudier av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.
- Rapporter ur Infektionsverket.
- Uppföljning av antibiotikaförskrivning.
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering inom slutenvård, primärvård och tandvård.
- Uppföljning av läkemedelsberättelser till patient i slutenvård, läkemedelsgenomgångar inom vårdval samt läkemedelskommitténs förskrivningsmål.
- Registrering och analys av överbeläggningar och utlokaliserade patienter.
- Markörbaserad journalgranskning av vårdskador.
- Analys av det samlade patientsäkerhetsläget genom sammanställning av lex Maria, enskildas klagomål, Löf-anmälningar, allvarliga avvikelser samt patientnämndsärenden görs av sektion chefläkare och patientsäkerhet.

Arbetsätt och resultat redovisas i kommande kapitel.

# 6 Åtgärder för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

I Region Jönköpings läns arbete med patientsäkerhet utförs många olika aktiviteter och förbättringsarbeten i alla delar av verksamheten. Här beskriver vi ett urval av centrala delar av det som genomförts under 2016.

## ***Några aktiviteter inom Säker vård - alla gånger***

### **Aktivt ledarskap**

Utbildningsprogrammen för verksamhetscheferna har utvecklats med fokus på områden som bättre flöde, bättre personorientering och göra rätt från början - områden som alla är viktiga för patientsäkerheten. Patientsäkerhet är ett ämne på samtliga Storgrupp sjukvård för att engagera chefer och ledare.

Vårdcentralerna Bra Liv har ett koncept benämnt Chefsarena. Målsättning för detta är att utveckla och stärka framtidens chefer och ledare genom att bedriva systematisk och framåtblickande kompetensutveckling och främja chefs- och ledarförsörjningen över tid. Inom ramen för detta arbete är ambitionen att stärka viljan och motivationen för säkerhetsarbetet.

### **Medarbetarskap och säkerhet**

Undersökning om medarbetarskap och säkerhet i Region Jönköpings län har genomförts. Undersökningen ersätter den tidigare medarbetarundersökningen Dialogen samt mätningen av patientsäkerhetskulturen.

Alla medarbetare fick via en enkät besvara hur man uppfattar styrning, ledning, arbetsmiljö och säkerhet i sitt arbete – frågor som är viktiga för att skapa ett bra psykosocialt arbetsklimate och en god medvetenhet om säkerhet. Varje arbetsplats analyserar sitt resultat och tar fram handlingsplaner för utveckling av styrkor och svagheter utifrån dimensionerna i undersökningen.

### **Kommunikation**

Introduktion i verktygen SBAR och Teach-back ingår i yrkesspecifika utbildningsprogram: ST-Kvalitets- och utvecklingskursen, AT-LEKA, introduktionsutbildning för nyanställda sjuksköterskor samt introduktionsutbildning för utlandsutbildade läkare.

### **National Early Warning Score (NEWS)**

NEWS är ett hjälpmedel för bedömning av den vuxna patientens vitala funktioner och kan vara till hjälp att identifiera patienter med risk för allvarlig försämring. Planering för införandet den 1 januari 2017 har inneburit utbildning för HLR- instruktörer som kommer att tillföra kontinuitet och träning i metoden. En e-learning kurs har tagits fram för eget lärande och utbildningar har genomförts på alla sjukhus.

### **Läkemedel**

Läkemedelskommittén har tillsammans med läkemedelsförsörjning, inom ramen för *Säker vård - alla gånger* arbetat med följande områden:

- Förbättrad läkemedelsanvändning inom särskilt och ordinärt boende i kommunal hemsjukvård.
- Minskad polyfarmaci i syfte att minimera läkemedelsrelaterade problem.
- Förbättra läkemedelshanteringen på medicinkliniken Höglandssjukhuset Eksjö och

Värnamo sjukhus genom att underlätta rekvirering och iordningställande, samt identifiera läkemedelsrelaterade problem - Läkemedelsservice 2.0.

- Förbättra vårdövergången mellan OP/IVA och övriga kliniker genom arbete med läkemedelsdelarna i journalsystemen Cosmic och Metavision.

Arbetet bedrivs till stor del genom apotekare anställda i läkemedelsförsörjning, i nära samarbete med personal på aktuella vårdenheter. Arbetet rapporteras och förankras i läkemedelskommittén.

### **Vårdprevention**

Arbetet med vårdprevention ska stärka angreppssätten vad gäller fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Patienter som är 65 år eller äldre riskbedöms enligt riktlinjer och vid behov vidtas åtgärder. Registrering sker i det nationella kvalitetsregistret Senior alert.

Handlingsplan är framtaget för arbetet med vårdprevention och för trycksår.

### **Smittskydd vårdhygien**

Viktiga arbetsuppgifter har varit:

- Följsamhetsmätningar genomförs varje månad avseende basala hygienrutiner och klädregler. Ett förbättringsprojekt gentemot hygienobservatörer har genomförts med syfte att få ökad kunskap om hygienobservatörernas möjlighet att utföra sitt uppdrag, öka antalet mätande enheter, minska antalet vårdrelaterade infektioner och öka patientsäkerheten.
- Ett nytt arbetsätt är introducerat för att minska risken för vårdrelaterad pneumoni.
- Analyser av alla luftmätningar som gjorts i operationsverksamheten.
- Regiongemensamma riktlinjer för preoperativa förberedelser med klorhexidindusch för kirurgisk vård.
- Minskad förekomst av sepsis relaterad till perifer venkateter (PVK) genom nytt arbetsätt för PVK i ambulans.
- Hantering av utbrott. Totalt har 6 utbrott med vinterkräksjuka och ett med Vancomycinresistent enterokocker (VRE) inträffat inom slutenvården. Konceptet med utbrottsgrupper är etablerat och en grupp kan med kort varsel sammankallas med god uppslutning och då snabbt genomföra åtgärder som begränsar smittspridningen.

### **Strama**

Viktiga arbetsuppgifter har varit:

- Fortsatt arbete med att etablera infektionsverktyget som stöd i arbetet mot vårdrelaterade infektioner (VRI).
- Att etablera arbetsätt för antibiotikaronder, i dessa stödjer läkare från infektionskliniken rationell antibiotikaanvändning på slutenvårdskliniker.
- Begränsning av Clostridium difficile-spridning. Alla nya fall journalgranskas och en bedömning görs om smittan skett i samhället eller på sjukhus. Om två eller fler fall inträffat på samma vårdenhet samma månad kontaktas verksamhetschefen och uppmanas att granska fallen ur ett vårdhygieniskt perspektiv samt om antibiotikaordinationerna före insjuknandet varit adekvata.

### **Kvarvarande urinkateter**

Gemensamma riktlinjer *KAD - bara när det behövs* används inom slutenvårdsavdelningar.

Riktlinjerna är numera nationella och publicerade i Vårdhandboken. Ansvariga coacher finns

i verksamheterna för att stödja arbetet och mäta följsamheten.

### **Övriga områden**

Detta är exempel på aktiviteter som inte ingår i pusslet *Säker vård - alla gånger*.

### **Metodikum**

Metodikum är Region Jönköpings läns kliniska träningscenter och erbjuder praktiskt lärande och träning i anpassade lokaler med hjälp av simulatorer och annan utrustning.

Under året har ett regiongemensamt introduktions- och utvecklingsprogram för nyexaminerade sjuksköterskor (RIU), startats på uppdrag av hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp. Programmet, som planeras i samverkan med företrädare i verksamheterna, följs upp och utvärderas kontinuerligt. Ett regiongemensamt policydokument för HLR-träning i slutenvården har även tagits fram och fastställts.

### **Gröna korset**

Gröna korset är en systematisk metod som möjliggör kontinuerlig utveckling av säkerhetskultur och skapar ökad patientsäkerhetsmedvetenhet. Genom att dagligen identifiera risker och arbeta med förbättringar ska patientsäkerheten förbättras. Metoden omfattar både patienter, medarbetare och organisationen.

### **Rätt Använd Kompetens (RAK)**

Arbete med RAK pågår inom många verksamheter då bemanning och kompetens är avgörande för god patientsäkerhet.

### **Vårdskademätning**

Markörbaserad journalgranskning (MJG) är ett instrument för att identifiera patientskador. Med en tillbakablickande analys av patientjournaler letar man systematiskt efter information som kan indikera möjligt avsteg från det normala vårdförloppet.

Granskning görs varje månad av 50 slumpmässigt valda vårdtillfällen inom somatisk slutenvård respektive 30 inom öppen- och slutenvård inom psykiatrisk vård för patienter på sjukhus i Region Jönköpings län. Resultatet av den övergripande granskningen rapporteras till en nationell databas.

MJG har 2016 införts vid de vuxenpsykiatriska klinikerna med syfte att kvalitetsgranska slutenvård och öppenvård i psykiatri. Granskningarna sker vid varje klinik och resultaten diskuteras regionövergripande med chefläkare.

MJG används också vid enstaka verksamheter för att identifiera vårdskador för det systematiska förbättringsarbetet.

### **Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård**

Primärvården ska vara förstahandsvalet och den naturliga koordinatören när invånaren har behov av hälso- och sjukvård under hela livet. Flera delprojekt pågår där arbetet bygger på förflyttningen från slutenvård till öppen vård, från sjukhus till vårdcentral och från vård till hälsofrämjande insatser tillsammans med andra samhällsaktörer och invånarna själva. Trygga vårdkedjor för patienter är en förutsättning för god patientsäkerhet.

Som exempel kan nämnas:

*Trygg och säker vård och omsorg* - primärvården tar ansvar för samverkan med kommuner och slutenvård vid behov av vårdplanering, läkarinsatser och hemsjukvård.

*Kroniska sjukdomar* - En av de vanligast förekommande diagnoserna är hjärtsvikt. I ett projekt drivs utvecklingen, att ge personer med hjärtsvikt det stöd och den tillgänglighet de

behöver från primärvården, för att kunna leva med sin kroniska sjukdom med så hög livskvalitet som möjligt.

### **Kollegiala stödgruppen**

Region Jönköpings län införde under 2015 en ny rutin, ett medarbetarstöd, för ett strukturerat omhändertagande och bemötande av patient, medarbetare och klinikledning i samband med allvarliga vårdskador och lex Maria-händelser. I detta arbete utbildades under 2016 en kollegial stödgrupp vars syfte är att i enskilda samtal ge ett kollegialt, oberoende stöd till den som förorsakat en vårdskada. Stödgruppen utgörs av erfarna medarbetare som representerar flera olika yrkesgrupper.

### **Verksamhetsområden rapporterar**

Från alla verksamhetsområden rapporterar alla enheter att de arbetat med att säkra sina processer, rutiner och riktlinjer, uppdaterat dem och vid behov infört nya. Att ha bra och uppdaterade processer, rutiner och riktlinjer som är väl kända av medarbetarna är en grundsten för god patientsäkerhet.

Nedan följer några exempel på andra aktiviteter som har genomförts:

### **Kirurgisk vård**

- Morbiditets- och mortalitetskonferens, där läkargruppen diskuterar fall regelbundet, införs på många kliniker.
- Smittskydd vårdhygien har genomfört utbildning på kirurgkliniken på Högländssjukhuset Eksjö med utbildning av läkarna samt har hygienobservatörerna haft genomgång med övrig vårdpersonal.
- Fortsatt arbete med att införa standardiserade vårdförlopp (SVF) i cancervården.
- Flera verksamheter har arbetat med att säkra informationen till patienten vid hemgång.
- Arbete med tillgänglighet som överlag är bland de bästa i Sverige.
- Utbildningsaktiviteter i kvinnoklinikerna - PROB (Praktisk Obstetrisk träning), CTG-tolkning, kunskapsprov i CTG samt STAN-tolkning (Cardio Toco Grafi, ST-analys) och CEPS (Center for Education Pediatrics Simulator) som är ett årligt träningstillfälle för all förlossningspersonal, barnläkare och narkosläkare i neonatal HLR.
- Kvinnoklinikerna deltar i patientsäkerhetsarbete i regional medicinsk programgrupp i sydöstra sjukvårdsregionen.
- Onkologkliniken har deltagit i ett projekt med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och 1177's e-hälsa om "Min vårdplan" och uppföljning av symptom och biverkningar vid antitumoral läkemedelsbehandling i en app.
- Några verksamheter beskriver utbildningsdagar om Region Jönköpings läns värdegrund.
- OP/IVA Värnamo sjukhus beskriver att samarbete kring röntgen av kritiskt sjuk patient påbörjats. I gruppen finns representanter från röntgen, anestesi- och intensivvård. Processgruppen arbetar med att säkra informationsöverföring, eliminera väntetider och öka förståelsen mellan enheterna.
- Några verksamheter har haft problem med bemanning. OP/IVA på Högländssjukhuset Eksjö beskriver – *"Vi har under året som gått strävat efter att ha god patientsäkerhet samtidigt som vi kämpar med tillräcklig bemanning. Vi har brist på både läkare och specialistsjuksköterskor, och för att kunna garantera patientsäkerheten har vi vissa gånger tvingats stänga operationssalar, vilket är det*

*sättet vi kan begränsa behovet av personal. Trots brist på personal har vi kunnat erbjuda våra patienter bra vård av hög kvalitet. Engagemanget från klinikens personal har varit stort gällande att lösa problem som uppstått i pressade situationer.”*

- Ortopedkliniken på Höglandssjukhuset Eksjö har arbetat med systematisk kartläggning och granskning av djupa infektioner i höft- och knäplastiker.
- Glaukomcafé arrangeras av ögonmottagningen på Värnamo sjukhus ett par gånger per år där patienter och närstående träffas och utbyter erfarenheter och kan ställa frågor för att öka förståelsen för sjukdom och behandling.

### **Medicinsk vård**

- Fokus på utveckling av teamarbetet och att rätt kompetens gör rätt saker är en del i det strategiska säkerhetsarbetet.
- En utbildningsinsats för PRG-teamledare på barn- och ungdomsmedicinska kliniken i förbättringskunskap och teamarbete.
- Markörbaserad journalgranskning har utförts på barn- och ungdomsmedicinska kliniken för förbättringsarbete. Resultaten presenterades på den nationella Patientsäkerhetskonferensen.
- Förståelsen ökar för vikten av att aktivt inkludera patienter och närstående i patientsäkerhetsarbetet. Ett exempel är framtagandet av en broschyr som delas ut till ineliggande patienter. Den innehåller information om riskfaktorer för vårdrelaterade infektioner.
- En ny innovativ metod för förbättrad diagnostisering och snabbare handläggning är fotoremiss. Detta arbetssätt ökar säkerheten vid prioriteringen av remisser med hudtumörfrågeställning.
- Flera somatiska verksamheter uppmärksammar behovet av suicidriskbedömning och har skrivit PM för detta. Till exempel kan patienter utveckla depressiva symtom kopplat till maligna somatiska sjukdomar.
- Utveckling av teamronder och strukturerade arbetssätt för att förbättra arbetet med vårdprevention.
- Apotekare i vården har införts på två av medicin- och geriatriklinikerna och detta har bidragit till att läkemedelsprocessen har förbättrats.
- Vårdadministrationen för akutklinikerna har gjorts länsövergripande, vilket medfört att alla akutmottagningar servas med utskrifter dygnet runt utan fördröjning.
- I ambulansverksamheten genomförs en strukturerad journalgranskning som återkopplas till medarbetarna.

### **Psykiatri och rehabilitering**

I verksamhetsområdets budget med verksamhetsplan kan genomförda åtgärder inom patientsäkerhetsområdet främst kopplas till *medborgare/kund-, process- och produktions-,* respektive *lärande- och förnyelseperspektiven*. Exempel på strategiska mål är kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, säker hälso- och sjukvård samt jämlik hälsa och nöjda patienter/kunder.

- Fortsatt arbete med vårdplaner och Samordnad Individuell Plan (SIP) pågår för att ge en välplanerad och sammanhållen vård i såväl öppenvård som slutenvård.
- Planering och beredning för stöd av apotekare i slutenvården pågår vid flera kliniker för att öka säkerheten kring läkemedel i sjukvården och stödja läkare och

sjusköterskor i det dagliga arbetet med läkemedel på avdelningarna.

- Flera kliniker har arbetat med ökad brukarmedverkan i vården. Detta har skett exempelvis genom inflytelsesamordnare, patientintervjuer, lärcafé och brukarråd/dialog.
- Fortsatt arbete med personcentrerad vård i psykiatrisk slutenvård.
- Markörbaserad journalgranskning (MJG) har införts vid de vuxenpsykiatriska klinikerna med syfte att kvalitetsgranska sluten- och öppenvård i psykiatri.
- Mindre risk för fel när Region Jönköpings län nu själv tar över leverans av särskilda näringsändamål (SärNär), som tidigare har gjorts via apoteken.
- Personal från rehabiliteringscentrum har deltagit och varit drivande i arbetet kring rapid recovery på ortopedkliniken på Högländssjukhuset Eksjö.
- Arbetsterapeuter som ansvarar för samordning och/eller genomförande av vårdplaneringar på flera kliniker.
- Ett regionövergripande arbete kring säker journalföring pågår för rätt dokumentation på rätt plats i patientjournalen.

### Medicinsk diagnostik

I verksamhetsområdets budget med verksamhetsplan kan genomförda åtgärder inom patientsäkerhetsområdet främst kopplas till *medborgare/kund-, process- och produktions-, respektive lärande- och förnyelseperspektiven*. Exempel på strategiska mål är patientsäker och tillgänglig diagnostik och vård, säker och effektiv utrustning, länsgemensamma metoder, hög tillgänglighet och kundanpassat sortiment/utbud.

- Region Jönköpings län har i projektform bedrivit ett utvecklingsarbete syftande till att säkra informationen i remisser och svar genom en standardiserad utformning. Vidare införs en särskild telefonservice där remittenter kan få hjälp av en läkare hur hen ska tolka och förstå svaren.
- Klinisk fysiologi på Länssjukhuset Ryhov är sedan tidigare ackrediterad enligt standarden SS-ISO/IEC 17025:2005, EA-2/15. Under 2016 har även klinisk fysiologisk verksamhet på Värnamo sjukhus blivit ackrediterad.
- Klinisk fysiologi har även infört arbetssättet att kombinera arbetsmiljö- och patientsäkerhetsrond, vilket upplevs som mycket värdefullt.
- Inom laboriemedicin har laboratoriet på Värnamo sjukhus infört Gröna korset. Flera områden inom Medicinsk diagnostik planerar att anpassa och implementera arbetssättet.
- Transfusionsmedicinska kommittén har arbetat vidare med transfusionspaket och med att sprida "Indikationer och koder" för att använda blodprodukter på bästa sätt.
- Röntgenverksamheten har arbetat med förberedelser för *iGuide* – ett stort projekt med stöd från Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM), för att införa ett IT-stöd för remittenter som underlättar berättigandebedömning och metodval.
- Laborariegenomgångar med patientsäkerhetsronder har utförts på alla radiologiska laboratorier.
- *Check in, check out* – innebär att en genomgång av planerat ingrepp innan radiologisk intervention ska utföras vilket skapar ett bättre teamarbete och förbättrar patientsäkerheten vid denna typ av ingrepp.

### Vårdcentralerna Bra Liv

Vårdcentralerna Bra Liv arbetar med patientsäkerhet utifrån Region Jönköpings läns övergripande strategiska målsättning att förebygga och tidigt upptäcka risker samt att mildra

konsekvenser av inträffade vårdskador. Inom angreppssättet *Säker vård - alla gånger* deltar vårdcentralerna i relevanta områden.

Viktiga arbetsuppgifter har varit:

- Specifika insatser inom *Säker vård – alla gånger*.
- Deltagande i lokala och regionövergripande informationskampanjer kring temat Antibiotika – bara när det behövs.
- Kvalitetsarbete kring dokumentation, förbättrad diagnosättning samt utveckling av checklista med kvalitetsindikatorer för god och säker patientadministration.
- Fortsatt arbete med att säkra rutiner för remisshantering och remissmottagning.
- Uppdatering av rutiner vid akuta tillstånd inklusive återkommande HLR-utbildning till all personal.
- Åtgärder pågår på flera vårdcentraler för att öka läkarkontinuiteten.
- Förbättringsarbeten kring flöden/omhändertagande av asylsökande och deras behov.
- Informationen till patienterna har tydliggjorts på flera vårdcentraler.



# 7 Samverkan för att förebygga vårdskador

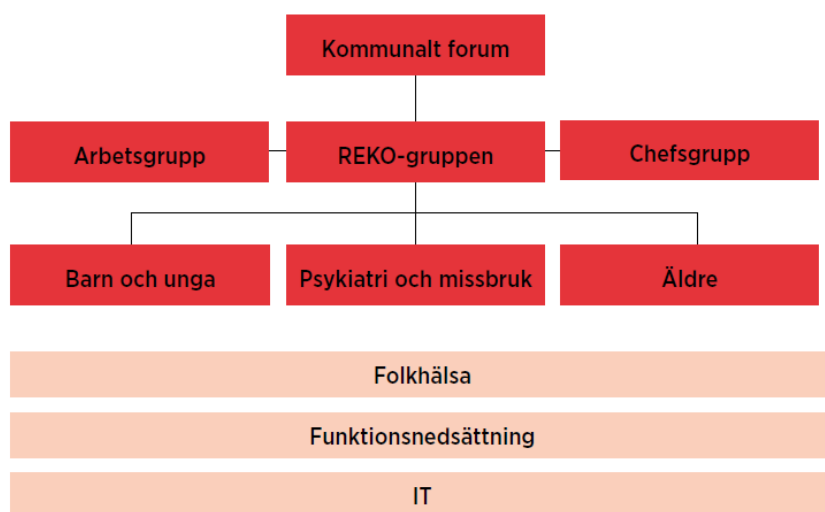
SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 3 § p 3

Samverkan tar sin utgångspunkt i en sammanhållen vård och omsorg som utgår från invånarens behov och fokuserar på att uppnå bästa möjliga kvalitet. För de som vi är till för är samverkan inom och mellan våra verksamheter samt vår samverkan med kommuner, myndigheter och andra vårdgivare viktig.

Några viktiga exempel på övergripande forum är:

## Kommunalt forum

Genom olika ledningsforum och nätverk samverkar Region Jönköpings län med kommunerna för att trygga övergångarna i vården och det gemensamma ansvaret för patienterna.



Kommunalt forum ansvarar för samverkan inom hälsa, vård och omsorg och samverkan sker kring exempelvis rekommendationer, strategiska frågor, gemensamma uppdrag och satsningar samt ansvarsfrågor mellan kommun och region. Reko är länken mellan kommunalt forum och de tre strategigrupperna. Där representeras Region Jönköpings län av hälso- och sjukvårdsdirektör, utvecklingsdirektör samt sjukvårdsrepresentant och kommunerna representeras av socialchefer, skolchefer samt utvecklingschefen för kommunal utveckling. Strategigrupperna omvärldsbevakar och verkar för bästa möjliga samverkan.

## Esther

Esther är ett samarbete mellan kommuner, primärvård och slutenvård i Region Jönköpings län och Ydre i Östergötland för att utveckla samverkan i vården. Det började på Höglandet och har under senare år blivit en modell för hela Region Jönköpings län. Sedan 2014 finns en länsgemensam handlingsplan med syfte att skapa trygg och jämlik vård i hela länet.

### **Daglig styrning**

Daglig styrning är en mötesplats och ett arbetssätt för att samordna sjukhusens resurser utifrån aktuellt läge avseende vårdplatsbeläggning, bemanning och eventuella smittor. Ett sjukhus är ett komplext system där samverkan mellan enheter är avgörande för att kunna bedriva en patientsäker vård. Dagligen samlas nyckelpersoner till ett kort möte med syfte att bättre kunna möta förändrade förutsättningar samt gemensamt identifiera och förebygga avvikelser. Arbetssättet har bidragit till bra samarbete mellan sjukhusens kliniker och avdelningar, goda samordningseffekter, bättre resursutnyttjande och bättre förutsättningar för god patientsäkerhet.

Ett viktigt stöd i daglig styrning är den så kallade dashboarden, som är ett IT-stöd som visar sjukhusets beläggning av disponibla vårdplatser flera gånger per dag. Systemet visar även antal utskrivningsklara patienter, överbeläggningar och utlokaliserade patienter.

# 8 Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Riskmedvetenhet, proaktivitet och förmåga att hantera risker är avgörande för god patientsäkerhet.

En riskanalys utförs när det finns behov av att identifiera risker i en verksamhet som kan medföra försämrad kvalitet eller patientsäkerhet. Det kan vara risker i den befintliga verksamheten, risker som uppstår vid förändringar eller risker vid införande av ny teknik. Sambandet mellan patientsäkerhet och arbetsmiljö beaktas mer och mer och båda perspektiven integreras ofta i analyserna.

Riskbedömningar genomförs vid behov i verksamheterna och alltid inför större uppdrag och organisationsförändringar, både på övergripande och på lokal nivå där verksamheterna utför egna analyser med tillhörande åtgärdsförslag. Ansvar för riskanalyser följer linjeorganisation.

Under 2016 har minst 93 riskanalyser genomförts. Några exempel på riskanalyser är:

## **Kirurgisk vård**

- Riskanalyser i anslutning till vårdplatsreduktioner.
- Dagkirurgi på Värnamo sjukhus.
- Flytta cytostatikabehandling från kvinnokliniken till onkologen Länssjukhuset Ryhov.
- Flera verksamheter har genomfört riskanalyser i anslutning till RAK och utökade tjänster från Vårdsnära service för RAK.
- På onkologkliniken i anslutning till uppstart av verksamhet i den nya strålningsenheten (flera analyser).
- Traumaorganisationen på Höglandssjukhuset Eksjö - ur OP/IVA-perspektivet.
- Fördelning av samtliga knäplastikoperationer från Länssjukhuset Ryhov till Höglandssjukhuset Eksjö och Värnamo sjukhus.
- Riskanalys om återbesök efter kataraktkirurgi.

## **Medicinsk vård**

- Riskanalyser i anslutning till vårdplatsreduktion och sammanslagning av verksamheter.
- Inför ombyggnationer.
- Växling av arbetsuppgifter.
- Följsamhet till rutiner.

## **Psykiatri och rehabilitering**

- Förändrad verksamhet inom rehabiliteringsmedicinska kliniken avdelning och mottagning i Nässjö.
- Inom rehabiliteringscentrum i samband med lokalöversyn och förtätning av verksamheten i Eksjö.
- Inom rehabiliteringscentrum i samband med omorganisationer gällande stroke och geriatrisk ortopedi.
- Inom länets psykiatri gällande avveckling av hyrläkare inom Region Jönköpings län.
- Journalen via nätet inom psykiatri och rehabilitering.

- Inom barn- och ungdomspsykiatriska kliniken (BUP) i samband med ökad risk vid ensamarbete för överläkare och obemannad bakjourslinje vid eventuell sjukdom.
- Flera riskanalyser har gällt neddragning av bemanning under sommarperioden.

#### **Medicinsk diagnostik**

- Riskanalys organisationsförändring inom klinisk immunologi.
- Riskanalys för avveckling av hyrläkare.
- Riskanalys inför ett byte av ROS (IT-system för remisser och svar) mot BOS.
- Riskanalys nuklearmedicin och PET-CT på plan 3, Länsjukhuset Ryhov.

# 9 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

## Avvikelser

Alla medarbetare uppmanas att rapportera risker för vårdskador, faktiska vårdskador och förslag till förbättringar. Dessa registreras i Synergi som är ett IT-system för patient/kundsynpunkter, avvikelser och förbättringsförslag. Med hjälp av systemet är det möjligt att katalogisera och mäta de flesta avvikelser, patient/kundsynpunkter och därtill kopplade åtgärder och förbättringsförslag. Avvikelser och patient/kundsynpunkter kategoriseras och bedöms avseende frekvens och allvarlighetsgrad. Systemet är väl implementerat i hela organisationen och användargrupp finns på regionnivå.

Verksamheterna har analysgrupper som bearbetar inkomna patient/kundsynpunkter och avvikelser samt tar ställning till åtgärder och följer upp. På övergripande nivå presenteras resultat i referensgrupp patientsäkerhet. Händelseanalyser görs på de mest frekventa och allvarliga händelserna vilket ökar möjligheterna att prioritera de mest angelägna förbättringsområdena och förhindra en upprepning av liknande händelser.

En handlingsplan finns upprättad inom de flesta verksamheter. Handlingsplanen diskuteras bland annat i samband med genomförandet av patientsäkerhetsdialogerna. Rapportörerna får alltid återkoppling på handlagt ärende via avvikelshanteringssystemet.

## Händelseanalyser

Händelseanalysen är en systematisk utredning av negativa händelser och tillbud. Analysen omfattar rekonstruktion av händelseförlopp och en orsaksanalys. Syftet med analysen är att beskriva händelsen, utreda och beskriva bidragande faktorer ur ett individ- och systemperspektiv samt föreslå åtgärder.

Vidtagna åtgärder bör följas upp av uppdragsgivaren, analysledare samt involverade ansvariga inom 6 månader.

Under 2016 har minst 143 händelseanalyser genomförts. Några exempel på händelseanalyser är:

### Kirurgisk vård

Sammanlagt 64 händelseanalyser är genomförda. Det är en påfallande stor skillnad i hur många händelseanalyser som görs på olika kliniker, vilket kan tala för en skillnad i riskmedvetenhet och arbete med avvikelshantering.

Några exempel:

- Händelse när en patient gled av operationsbordet under pågående operation.
- Några olika om bristande journalföring.
- Fördröjd handläggning av skallskada på akuten på Länssjukhuset Ryhov, delad jourlinje med urologkliniken kan innebära risk för bristande introduktion av nya primärjourer.
- Några olika händelser som gäller brister i förlossningsvården.

### **Medicinsk vård**

Det är rapporterat 30 händelseanalyser inom de olika klinikerna. Det är tre kliniker som inte rapporterat in att händelseanalys är genomförda under 2016.

Händelseanalyser görs främst på händelser som blir lex Maria-fall.

De händelseanalyser som är gjorda kan delas in i följande tre kategorier: läkemedelsfel, bristande kommunikation/överskattning samt bristande diagnos/försenad behandling.

### **Psykiatri och rehabilitering**

Under året genomfördes 30 händelseanalyser inom de psykiatriska klinikerna, 2 inom rehabiliteringsmedicinska kliniken, 2 inom rehabiliteringscentrum och inga inom habiliteringscentrum.

Några exempel:

- Ett (misstänkt) suicidärende där utredning och händelseanalys genomfördes tillsammans med socialtjänsten. Gemensamt förbättringsförslag har tagits fram.
- Hyrläkarprocessen inom psykiatrin har kartlagts i samband med att en hyrläkare inte utförde sitt arbete på ett patientsäkert sätt. Flera avvikelserapporter låg till grund för händelseanalysen.
- Suicid under pågående slutenvård. Rutinen för oväntat dödsfall/suicid har uppdaterats.
- Patient som faller under vårdtid och drabbas av fraktur på lårbenshalsen.
- Patient som genomför intoxication under slutenvårdstid.

### **Medicinsk diagnostik**

Under året genomfördes 9 händelseanalyser inom laboratoriemedicin och 6 inom radiologi.

Några exempel:

- Avvikelse gällande felaktiga albuminsvar på laboratoriet i Eksjö.
- Avvikelse gällande fördröjning av urakut blodkomponentutlämning till en patient med svår övre GI-blödning.
- Ett femtiotal ofullständiga röntgensvar till remittenten på grund av tekniskt fel i röntgens produktionsystem RIS.
- Stroke i samband med kranskärlsröntgen.

# 10 Hantering av klagomål och synpunkter

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

Om en patient vill framföra sina synpunkter är det viktigt att den får det. I första hand ska berörd verksamhet ta hand om klagomålet.

Ibland inträffar något i vården som medför att patienten får en skada. Det är viktigt att händelsen utreds samt rapporteras och hanteras i avvikelshanteringssystemet Synergi. Om det är en allvarlig vårdskada, eller risk för sådan, ska chefläkaren kontaktas. Chefläkaren avgör allvarlighetsgraden och om skadan ska anmälas enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Vid en allvarlig vårdskada är det viktigt att både patient, närstående och personal får hjälp och stöd.

Under året har internutredningar i lex Maria-ärenden kompletterats med att verksamheten beskriver sina erfarenheter från händelsen samt hur lärandet ska spridas i verksamheten, både internt och externt.

Som led i det systematiska arbetet med att förbättra patientsäkerheten i Region Jönköpings län följer chefläkarna upp alla lex Maria-ärenden 6 månader efter att beslut fattats. Verksamhetschefer får då besvara frågor om vilka åtgärder som är genomförda, ange effekt av genomförda åtgärder, ange tidplan för åtgärder som ännu inte är genomförda samt ange orsak till om någon av åtgärderna inte ska genomföras.

En patient eller närstående kan anmäla en händelse i vården till IVO, en enskilds klagomål enligt IVO's terminologi. I Region Jönköpings läns hantering av dessa klagomål är det berörd verksamhet som besvarar klagomålet och chefläkaren som också bedömer anmälan och verksamhetens hantering av ärendet. För enskildas klagomål infördes hösten 2016 en rutin för de fall när verksamheten delges ett beslut med kritik från IVO. Chefläkaren frågar hur verksamhetschefen kommer hantera beslutet, det vill säga vilka åtgärder som kommer att vidtas samt hur erfarenheter av ärendet kommer spridas.

# 11 Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

Trots att vården hanterar klagomål av olika slag är det viktigt att komma ihåg att de allra flesta patienter är nöjda med den vård de får. Viktiga erfarenheter och lärdomar finns att hämta i patienternas och de närståendes berättelser vilka är värdefulla i vårdens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

	2014	2015	2016
Antal lex Maria-anmälningar	43	59	66
Antal enskildas klagomål (IVO)	114	107	144
Antal anmälningar Löf	533	539	594
Antal ärenden i patientnämnden avseende hälso- och sjukvården	490	553	555
Avvikelse i Synergi med händelsekategori Patientsäkerhet	5233	5277	5871
Avvikelse i Synergi med händelsekategori Informationssäkerhet	1032	925	1284
Patientens direktkanal	694	648	687

## Lex Maria

En lex Maria-anmälan görs av vården vid en händelse där en allvarlig vårdskada har uppstått alternativt att det varit en risk för allvarlig vårdskada. Med vårdskada menas en skada som drabbat en patient i vården och som hade kunnat undvikas. Antalet anmälningar enligt lex Maria har ökat successivt från år 2014. Tolkningen är inte att antalet vårdskador har ökat, utan att ökningen främst beror på att chefläkarna har arbetat med att öka medvetenheten om vårdskador och utrednings- och anmälningsansvar utifrån patientsäkerhetslagen. De flesta ärenden gäller vård, behandling och diagnostik (84 %) med fördelning främst inom delområdena diagnos, behandling samt självmord. Kirurgisk vård är det verksamhetsområde som gör flest lex Maria-anmälningar och får flest enskildas klagomål och detta överensstämmer med statistik i övriga landet. Tolkningen av detta är dels att kirurgi kan vara riskfylld verksamhet, dels att vårdskador är så uppenbara och tydliga i operativ verksamhet.

## Enskildas klagomål

Enskildas klagomål till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) görs av patient eller närstående då de upplevt att patienten drabbats av en vårdskada. Antalet enskildas klagomål har ökat något år 2016. Även här gäller flertalet ärenden vård, behandling och diagnostik (54 %) med fördelning främst inom delområdena diagnos, behandling samt



undersökning/utredning. I de flesta ärenden har IVO funnit att vården bedrivits så att den uppfyller kraven på en god vård, att vårdpersonalen har utfört sitt arbete i överenskommelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att patienten har fått sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård. I de fall där Region Jönköpings län fått ta emot kritik (23 %) ses viktiga förbättringsområden inom vård, behandling och diagnostik.

### **Löf**

Till Löf (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag) kan en patient anmäla om den anser sig ha drabbats av en vårdskada. Antalet anmälningar till Löf har ökat något. Detta överensstämmer med Löf's nationella statistik och tros bero på kombinationen av en ökande befolkning och att en allt högre levnadsålder leder till fler vårdkontakter och således sannolikt fler anmälningar om skador. Ett annat skäl till ökningen kan vara att landstingen och regionerna arbetar mer aktivt med patientsäkerhet vilket ökar kunskapen om försäkringen, både inom sjuk- och tandvård men också i samhället.

### **Patientnämnden**

Till patientnämnden vänder patienter sig för att få råd och stöd, lämna synpunkter, klagomål och få information om rättigheter i vården. I patientnämndens ärenden ses viktiga förbättringsområden avseende vårdens ansvar vid kommunikation och informationsöverföring och då med särskilt fokus på vårdflöde, fast vårdkontakt, informationsöverföring och vårdplanering.

### **Avvikelser**

För att rapportera avvikelser använder personal IT-stödet Synergi. De avvikelser i Synergi som gäller patientsäkerhet påvisar förbättringsmöjligheter inom arbetsprocesser såsom läkemedelshantering, omvårdnad, samverkan samt vårddokumentationshantering. Avvikelser som gäller informationssäkerhet visar på möjligheter till förbättringar inom området riktighet och tillgänglighet.

Om patienterna inte är nöjda med vården eller det bemötande de fått kan de vända sig till patientens direktkanal som ser till att de får kontakt med den verksamhet som berörs.

# 12 Samverkan med patienter och närstående

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

## **Personcentrerad vård**

Region Jönköpings län har arbetat länge med att öka patienters delaktighet i hälso- och sjukvården. Vi gör det av flera skäl, främst för att vi vet att de mänskliga vinsterna är större när patienter och deras närstående är mer involverade i sin egen hälsa och vård, men också för att vi vet att de medicinska resultaten bli bättre, vården effektivare och kostnaderna lägre.

## **Journalen via nätet**

Patienter som vårdats i Region Jönköpings län har sedan 2015 möjlighet att ta del av sina journalanteckningar i en webb-lösning. Antalet inloggningar ökar kontinuerligt. Till årsskiftet var det cirka 50 000 förstagångsinloggningar.

## **Patientmedverkan**

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är patientmedverkan och personcentrering. Inom ramen för "Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård" fortsätter arbetet med att införa ett personcentrerat arbetssätt och patientmedverkan i alla verksamheter. Under året har en portal på intranätet och en webbsida tagits fram som stöd för arbetssättet.

## **Hälsocafé**

Ett samlingsnamn för olika aktiviteter för verksamhet som i första hand ska handla om att olika patientföreningar och övriga intressenter stöttar varandra i en hälsofrämjande verksamhet som ett komplement till hälso- och sjukvården.

## **Lärcafé**

En pedagogisk modell med målsättningen att deltagande patienter och/eller närstående ska få ökad kunskap och lära sig hantera sin livssituation och därmed få bästa möjliga livskvalitet. Ett ömsesidigt kunskapsutbyte gör att ny kunskap kan inhämtas av alla deltagare. Patienters och närståendes frågor och behov styr innehållet i kurserna och de deltar aktivt i planeringen och genomförande.

## **Lev för att leva**

I caféträffar har deltagare arbetat med att fokusera på hälsa i stället för sjukdom, att gå från passiva mottagare av vård till aktiva egenvårdare. Arbetet förväntas leda fram till ett studiematerial som kan utgöra underlag för spridning av modellen till övriga delar av landet.

## **Levande bibliotek**

Genom att ingå i levande bibliotek erbjuder personer med egen erfarenhet av sjukdom eller av att vara närstående sig att medverka/bidra på olika sätt i verksamheters utvecklingsarbete eller att gå in som volontär i olika sammanhang.

## **Patientstödjare**

Den patientstödjare (en person med egen patienterfarenhet) som anställdes vid självdialysen under 2012 har fortsatt arbeta och har numera utvidgat sitt arbetsområde till stora delar av Länssjukhuset Ryhov. Även på Höglandssjukhuset Eksjö finns patientstödjare. Inom psykiatrin har man anställt en inflytandesamordnare med uppdrag att stärka patientperspektivet.

**Patientens direktkanal**

Detta är en funktion i 1177 Sjukvårdsrådgivningen som tar emot klagomål från patienter och närstående och lämnar över den till verksamheterna via avvikelshanteringssystemet för vidare handläggning.

**Patient med vid utredningar av händelser**

Vid några tillfällen har patient och närstående som drabbats av vårdskada varit med i utredningen och förbättringsarbetet för att händelsen inte ska inträffa igen.

# 13 Resultat

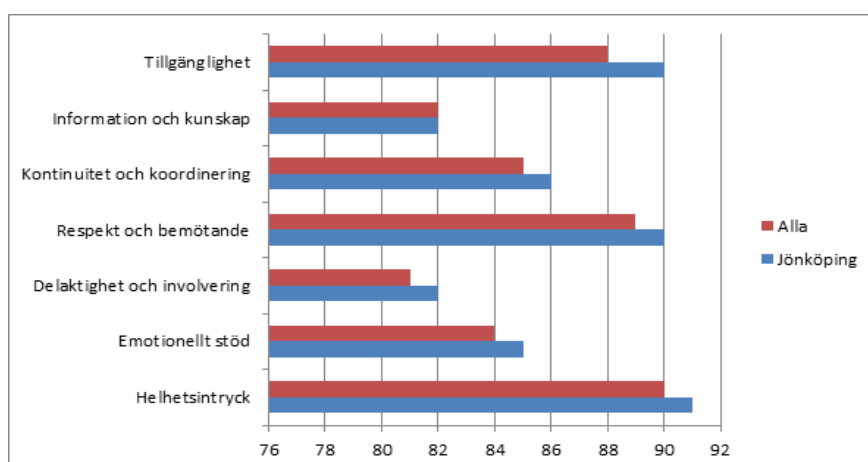
SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Generellt visar resultaten att patientsäkerhetsarbetet i Region Jönköpings län går bra, även om det finns områden som behöver förbättras. Sammanfattande resultat presenteras fortlöpande i olika forum. Nedan visas exempel på några viktiga aktiviteter och mätningar.

## Resultatmätt

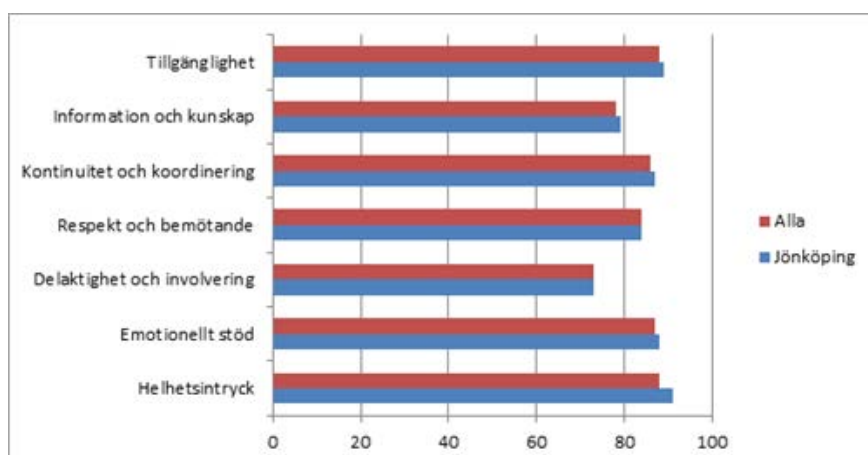
### Nationell Patientenkät

Nationell Patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Resultaten används i respektive verksamhets förbättringsarbete.



Specialiserad sjukhusvård öppenvård 2016, patienter som besökt öppenvård på sjukhus.

Region Jönköpings läns resultat i enkäten för öppenvården är bra och visar att man har mest positiva upplevelser kring respekt och bemötande. Minst positiva upplevelser ses kring möjligheten till delaktighet och involvering.



Specialiserad sjukhusvård slutenvård 2016, patienter som varit inlagda på sjukhus (slutenvård).

Även resultaten för slutenvården är bra och visar att man har mest positiva upplevelser kring området helhetsintryck och tillgänglighet. Minst positiva upplevelser ses kring möjligheten till delaktighet och involvering i sin egen vård.

## Vårdprevention

### Fall

För preventionsarbetet mot fall i vården där patienter kan skadas är målet minskning med 10 % fall per år. Antalet fall har minskat under flera år i rad och målet uppnås även under 2016, det rör sig om cirka 400 registrerade fall under 2016.

### Trycksår

För trycksår är målet att inga patienter ska drabbas av trycksår grad 2-4, vilket är sår som är allvarligare än bara rodnad eller blåsa. Målet nås inte. Knappt 9 % av patienter som identifieras vara i risk för trycksår drabbas av trycksår under vården hos oss och cirka hälften av dem är grad 2-4. Trycksår är fortfarande ett viktigt problemområde och insatserna måste intensifieras. Trycksår innebär stort lidande för patienterna och stora kostnader för vården. Insatser såväl i patienternas hem som på sjukhusen är viktiga.

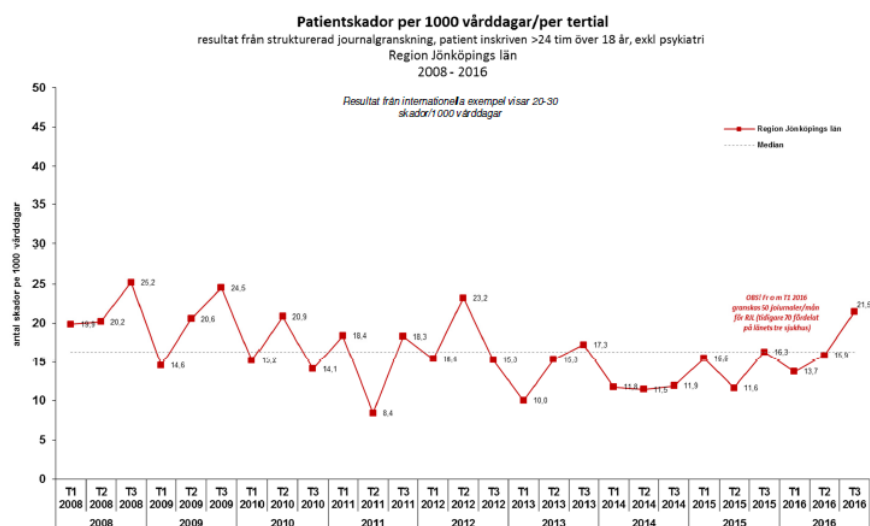
### Undernäring

Målet för arbetet mot undernäring är att andelen patienter med viktminskning >5 % ska minska med 10 %. Målet nås inte, under 2016 var andelen 4 % vilket var högre än andelen 2,8 % under 2015.

### Ohälsa i munnen

I arbetet med munhälsa är ett av målen att av de patienter som riskbedöms ska totalt 60 % få sin munhälsa bedömd. Målet nås inte, det är cirka 40 % som riskbedöms. Det andra målet är att 90 % av de som bedöms ha risk för ohälsa i munnen ska få åtgärder insatta. Det målet är uppnått.

## Vårdskademätning

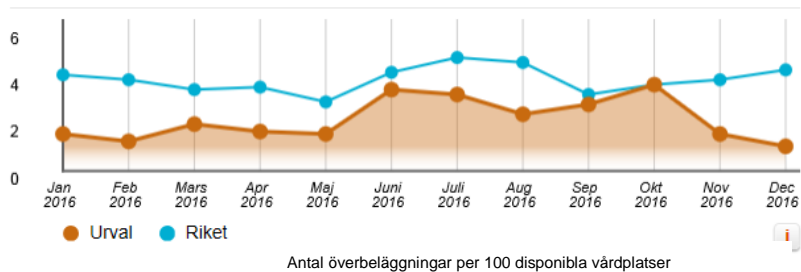


På nationell nivå anser man sig nu kunna påvisa att vårdskadorna minskar. På sjukhus- och regionnivå är det svårt att dra samma slutsatser då datamängden är för liten. Granskningen och mätningen är ändå viktig, eftersom kunskapen och lärandet bidrar till att minska risken

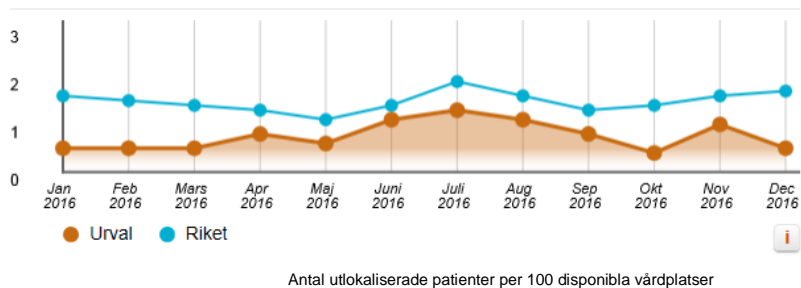
för vårdskador i framtiden.

## Överbeläggningar och utlokaliseringar

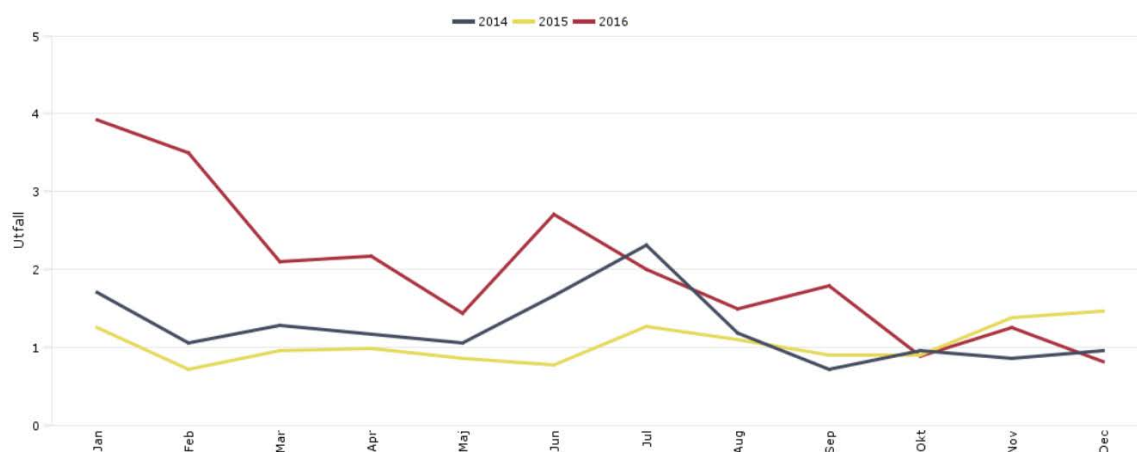
### Överbeläggning



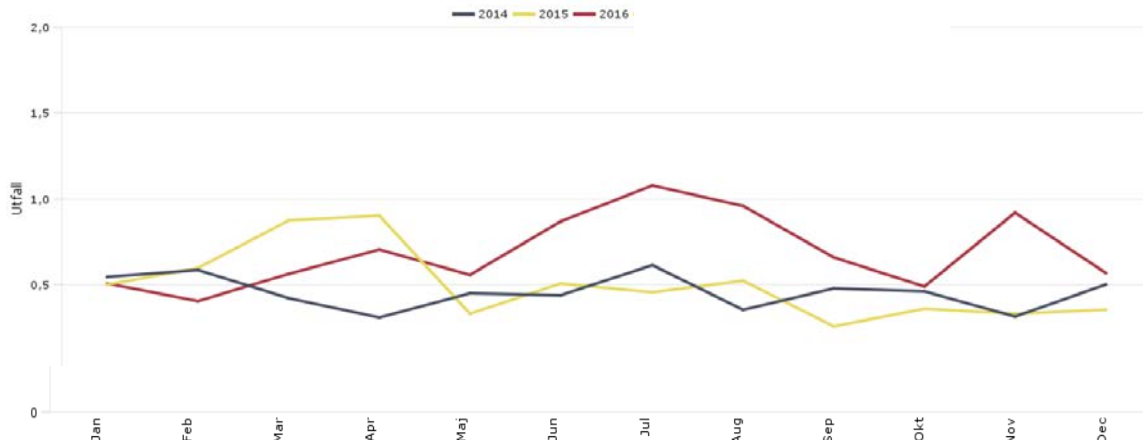
### Utlokaliserade patienter



### Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser Region Jönköpings län totalt 2014-2016

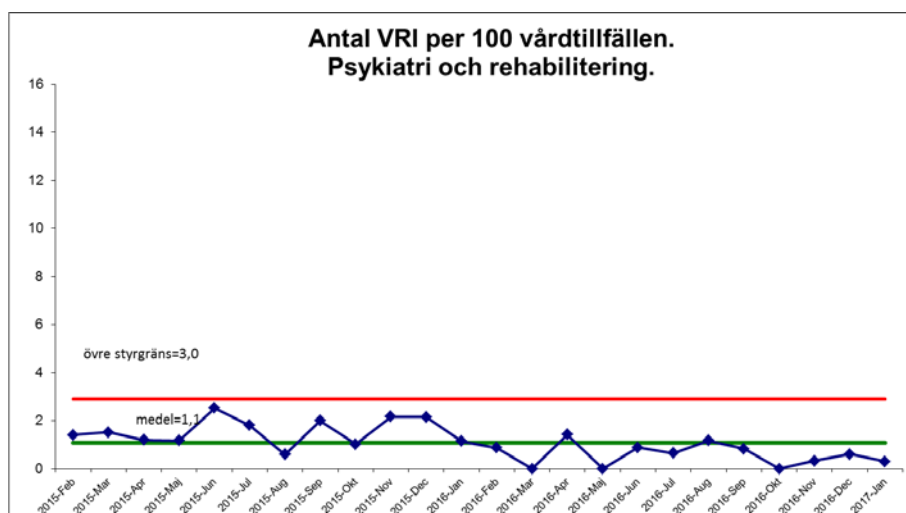
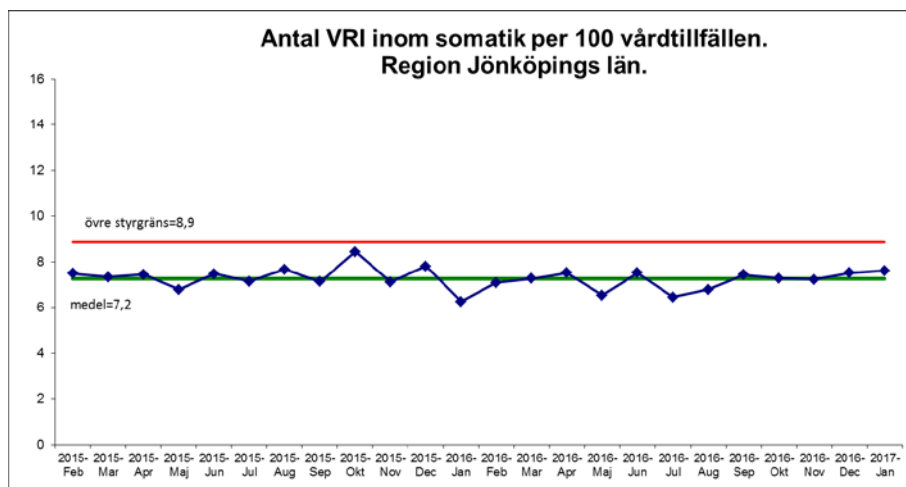


## Antal utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser Region Jönköpings län totalt 2014-2016



Överbeläggning innebär att patient vårdas på rätt avdelning, men på en plats som är utöver ordinarie kapacitet för avdelningen. Utlokalisering innebär att en patient vårdas på en avdelning som inte är den där patienten egentligen borde vårdats. SKL har i en rapport under 2016 konstaterat att risken för vårdskada är dubbelt så stor om patienten vårdats utlokaliserad. I ett nationellt perspektiv är problemen med överbeläggningar och utlokaliseringar mindre i Region Jönköpings län, men under det senaste året har problemen ökat här vilket är ett observandum.

## Vårdrelaterade infektioner (VRI)



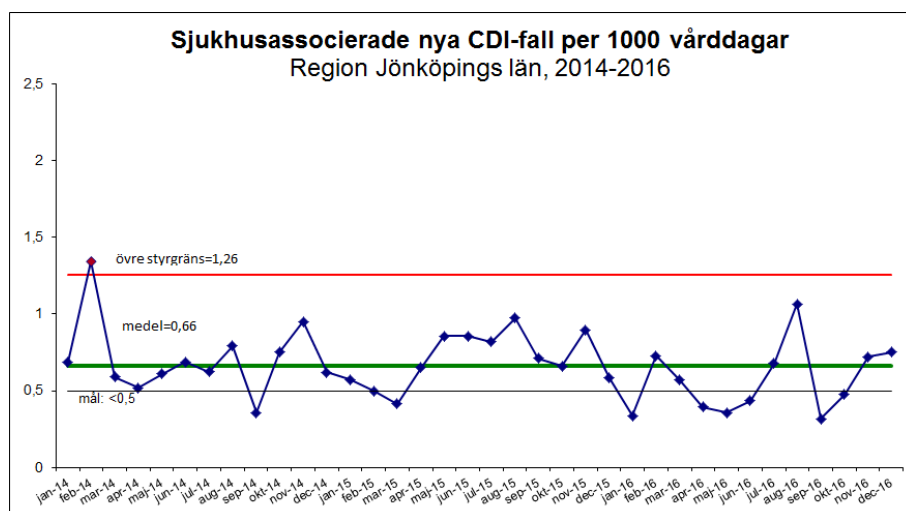
Vårdrelaterade infektioner (VRI) mäts med Infektionsverktyget som baseras på läkares registrering i journal när antibiotika ordineras i slutenvården. Registreringen är inte komplett men resultatet är sannolikt en god indikator för VRI-läget.

Frekvensen VRI i somatisk vård ligger på en stabil nivå över tid, och de insatser som görs för att minska infektionerna bär ännu inte frukt.

I den psykiatriska vården finns en möjlig trend till minskad förekomst av VRI.

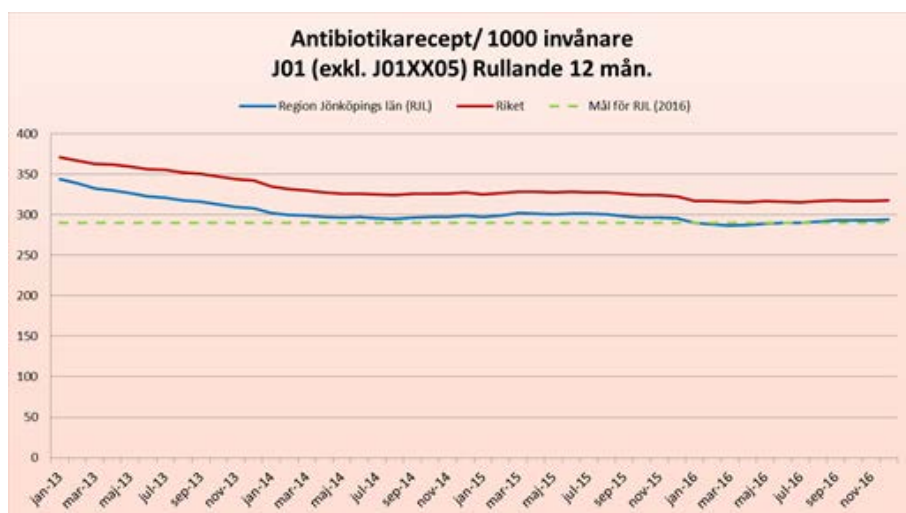


## Clostridium difficile



Statistik för 2016 visar ungefär lika många fall som åren innan. Som tidigare år är andelen något högre på Höglandssjukhuset Eksjö. Många faktorer påverkar risken för problem med Clostridie-infektioner. I smittskydd vårdhygiens analys av infektionerna förefaller antibiotikabruk vara den viktigaste faktorn.

## Antibiotika



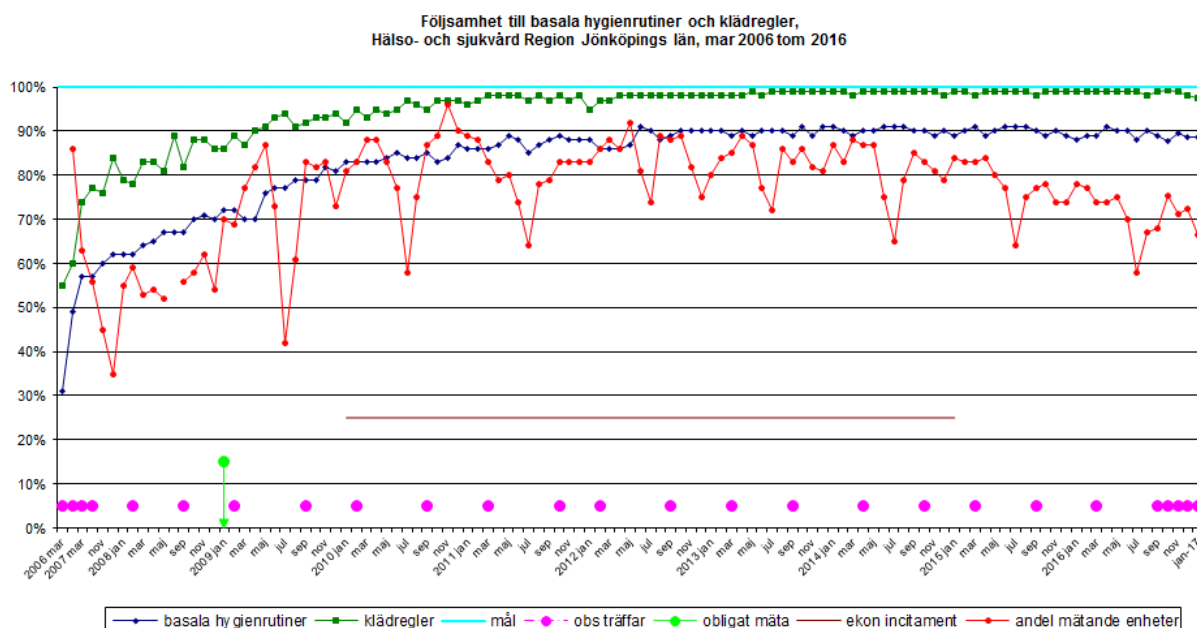
Antibiotikarecept/1000 invånare 2013-2016, samtliga förskrivare.

Antalet vårdplatser och därmed även vård dagar har under året minskat. Rekvisitionen av antibiotika till sjukhusen har också minskat samtidigt som sjukhusens receptförskrivning av antibiotika inte ökat (se tabell). Sjukhusens bidrag till det totala "antibiotiketrycket" i befolkningen minskade alltså under 2016.

J01 (exkl J01XX05)	2016	2015	Diff
DDD	130390	143376	-9,1 %
DDD/ 100 vård dagar	43,2	43,8	-1,5 %
Antal recept/1000 inv. från sjukhusen	72,8	73,4	-1 %

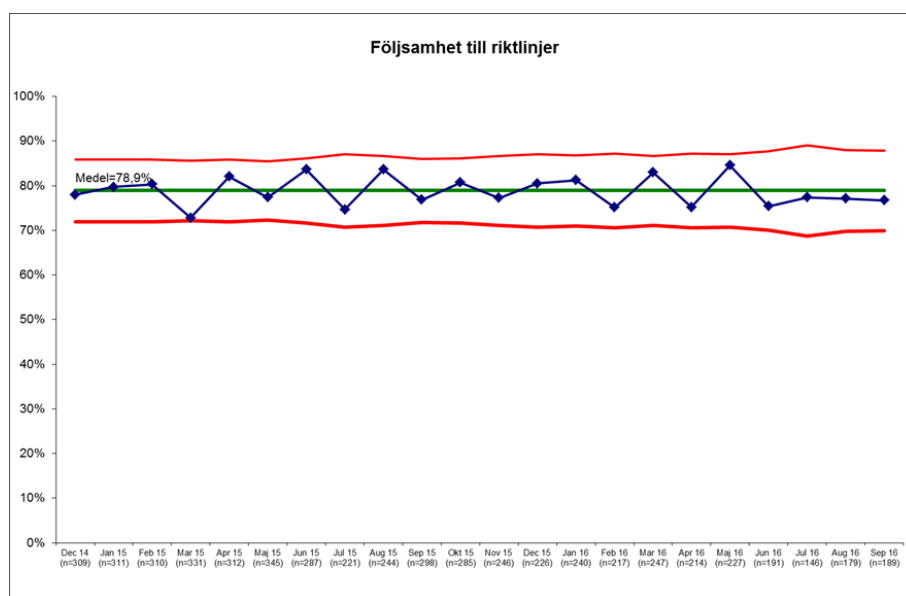
## Processmätt

### Basala hygienrutiner och klädregler



Följsamhetsmätningar till de basala hygienrutinerna och klädreglerna genomförs varje månad. Resultaten är överlag mycket bra. Då andel mätande enheter minskat något det senaste året genomför smittskydd vårdhygien under hösten 2016 och våren 2017 ett förbättringsprojekt gentemot hygienobservatörerna.

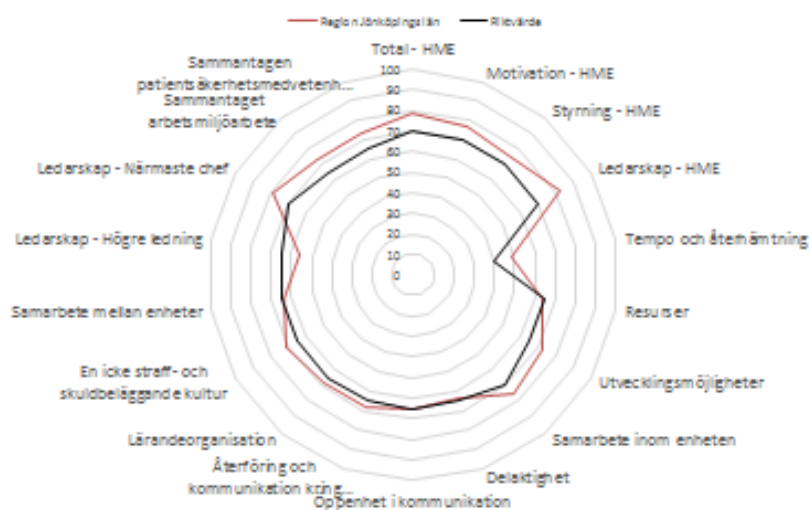
### Kvarvarande urinkateter



Att KAD används på rätt indikationer och sköts på rätt sätt att avgörande för att minska risken för urinvägsinfektioner. Arbetsätten är väl utvecklade och spridda i slutenvården. Processen är stabil med följsamhet till riktlinjerna KAD - bara när det behövs på cirka 80 %, vilket är ett acceptabelt resultat.

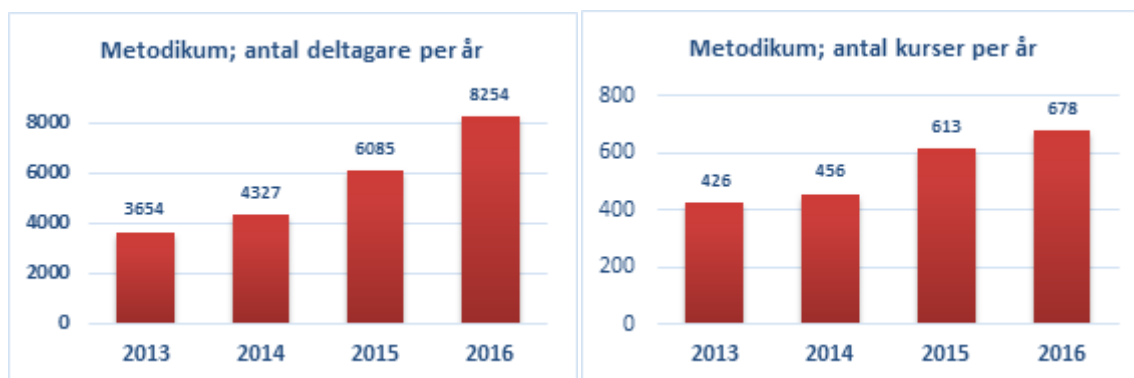
## Strukturmått

### Medarbetarskap och säkerhetsundersökning



Region Jönköpings läns övergripande resultat visar att våra styrkor finns inom ledarskapet hos närmsta chef, motivation, samarbete inom enheten och styrning. Förbättringsområden är inom tempo och återhämtning, ledarskap högre ledning, resurser samt delaktighet.

## Metodikum



Antalet övningstillfällen och deltagare ökar kontinuerligt år för år och antalet instruktörer som nyttjar resurserna blir fler.

### Risk- och händelseanalyser

Under året har det genomförts tre händelseanalysutbildningar och en riskanalysutbildning samt en utbildning i FRAM (Funktionell Resonans Analys Metod) som är ett alternativ till ordinarie risk- och händelseanalysmetoder.

### Gröna korset

45 av Region Jönköping läns avdelningar har infört och använder Gröna korset kontinuerligt. Viss ökning av registrerade avvikelser i Synergi kan förklaras av Gröna korset.

# 14 Övergripande mål och strategier för kommande år

## Övergripande mål

De mål för patientsäkerhet som sätts i budget och flerårsplan för 2017 ska uppnås av Region Jönköpings län som helhet samt enskilda verksamhetsområden och kliniker när så är tillämpligt.

Region Jönköpings län är bland de ledande i Sverige och ska vara i världsklass i patientsäkerhet. *Säker vård – alla gånger* är utgångspunkt för allt arbete med patientsäkerhet med målet att patientsäkerheten är den bästa möjliga och att den fortlöpande utvecklas och förbättras i takt med hälso- och sjukvårdens utveckling.

## Strategiska fokusområden

Fokusområde för arbetet med patientsäkerhet i Region Jönköpings län har formulerats under 2016 och är:

- Personcentrering och processutveckling med ständiga förbättringar där säker vård alla gånger är i fokus.
- Utveckla och använd bästa rutiner och riktlinjer enligt evidens och beprövad erfarenhet.
- Utveckla och använd arbetssätt för riskhantering.
- Utveckla och använd arbetssätt för kontroll, anpassning och reaktion i den dynamiska vården.
- Begränsning av vårdskadans effekt om den ändå inträffar (för patient, närstående och vårdpersonal).

Under 2017 utvecklas arbetssätt i linje med dessa strategiska fokusområden.

Särskilt viktiga områden i arbetet med patientsäkerhet är att minska vårdrelaterade infektioner, Strama-arbetet för adekvat antibiotikaanvändning, arbetssätt och vårdmiljöer som minskar risken för spridning av multiresistenta bakterier, läkemedelsarbetet, vårdpreventionsarbetet för att minska risk för fallskada, trycksår, malnutrition (undernäring) och dålig munhälsa, samt åtgärder för att minska risker i vårdens övergångar.

## Angreppssätt

Det huvudsakliga arbetet utförs inom verksamheterna med stöd av Qulturum och sektion chefläkare och patientsäkerhet. *Säker vård – alla gånger* är det gemensamma konceptet för riktlinjer och uppföljning av centrala områden i arbetet med patientsäkerhet. Arbetet och resultaten ska följas upp och stödjas i patientsäkerhetsdialoger som genomförs regelbundet i verksamheterna. Under 2017 införs åter patientsäkerhetsronder där ledningen för verksamhetsområden besöker verksamheterna för uppföljning av och diskussion om verksamheterna arbete med patientsäkerhet.

Verksamheternas arbete med patientsäkerhet genomförs och koordineras med stöd av Qulturum, sektion chefläkare och patientsäkerhet, läkemedelskommittén, smittskydd vårdhygien, Metodikum med flera. Stödfunktionerna fortsätter sitt arbete med att utveckla sitt arbete i linje med strategiska fokusområden.

Patientsäkerhet ska vara ett återkommande ämne i olika ledningsmöten. Arbete och resultat inom patientsäkerhetsområdet redovisas och diskuteras fortlöpande.

För samverkan med kommunerna finns ledningssystem för samverkan på både medarbetar-, chefs- och politisk nivå för att tillsammans göra bästa möjliga för invånarna. I samverkan arbetar man inom områdena barn och unga, psykiatri och missbruk, äldre samt folkhälsa, funktionsnedsättning och IT. Patientsäkerhet ska beaktas inom samtliga områden.

### **Arbete med samlad analys**

För att förstå helheten i arbetet med patientsäkerhet och dess resultat är det viktigt med en samlad analys för att kunna prioritera insatserna rätt. Vi ser att vi inte alltid har lyckats fullt ut med det tidigare och detta arbete ska stärkas under 2017. När Stratsys nu införts som stöd för ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet kommer detta arbete underlättas.

### **På verksamhetsområdesnivå**

Förutom sedan tidigare pågående arbete med och uppföljning av patientsäkerhet planerar respektive verksamhetsområde bland annat för dessa aktiviteter under 2017:

#### **Kirurgisk vård**

- Flera verksamheter beskriver att de ska utveckla sina arbetsätt med avvikelser.
- Arbete med CTG-utbildning, arbetsätt och certifiering på kvinnoklinikerna.
- Flera verksamheter beskriver att de ska fortsätta utveckla arbetet med komplikationskonferenser.
- Flera kliniker kommer arbeta med patientmedverkan i processarbetet.
- Ansluta operationsverksamheten till Svenskt perioperativt register (SPOR), om integrationsarbetet med Cosmic TM och Metavision kan slutföras.
- Arbete med rekrytering och bemanning.
- Komma i gång med förbättringsarbetet - Riktlinjer för patienter med KAD och risk för urinretention till primärvården.

#### **Medicinsk vård**

- En gemensam struktur på avvikelshantering inom Medicinsk vård ska tas fram. Där ska fokus ligga på att återkoppla händelser till organisationen i sin helhet. Detta så att alla kan lära av det som hänt.
- Efterfråga att fler avvikelser, risk- och händelseanalyser görs.
- Skapa förutsättningar för kompetensutveckling hos både nya och erfarna medarbetare.
- Sprida och öka användningen av patientsäkerhetsmetoder som SBAR, Gröna korset och Teach back.
- Inkludera patienter och närstående i patientsäkerhetsarbetet i en allt högre grad.

#### **Psykiatri och rehabilitering**

- Spridning i länet av pilot-projektet om förbättrad somatisk hälsa för psykiskt sjuka
- Införandet av klinisk farmaceut vid urval av patienter med stort behov.
- Utveckling av brukarstyrd habiliteringsplanering.
- Reflektionsgrupp för fast anställda läkare inom psykiatrin.
- Utveckla brukarstyrd inläggning inom psykiatrin.
- Utveckla arbetet med den länsgemensamma markörbaserade journalgranskningen.
- Införa Senior alert inom heldygnsvården.

- Förbättra suicidriskbedömningarna samt utbildning och implementering av ny suicidriktlinje gemensam för BUP länet.
- Deltagande i DEP-lyftet, ett projekt inom BUP som innebär utbildning av personal samt implementering och kvalitetssäkring av införandet av nationella riktlinjer för depression.
- Inom rehabiliteringscentrum utveckla samverkan med kommunerna i vårdkedjans övergångar via till exempel gemensamma utbildningar, möten och nätverksträffar.

### Medicinsk diagnostik

- Förbättra tillgängligheten, främst inom klinisk fysiologi, röntgen och patologi.
- Minska beroendet av hyrläkare.
- Nya och säkrare metoder för blodgruppering.
- Utifrån resultaten i medarbetar- och säkerhetsundersökningen hösten 2016 utveckla och förbättra arbetsmiljön ytterligare. God arbetsmiljö ger bättre patientsäkerhet.
- Fortsatt utvärderings- och implementeringsarbete av IT-stödet *iGuide*, vilket förväntas ha hög inverkan för att välja och utföra rätt undersökning genom såväl förbättrat beslutsstöd som remissunderlag.
- Förbättra remiss och svar ytterligare, till exempel genom utarbetade av fler remiss- och svarsmallar.
- Utveckla en rutin för att mäta, analysera och åtgärda missvisande svar från diagnostiken.

### Vårdcentralerna Bra Liv

- Genomföra riktade informationsinsatser till hela länets befolkning inom områdena antibiotika, tobaksavvänjning, suicidprevention Våga fråga med mera.
- Arbeta för att vård ges av rätt kompetens, till exempel genom "open access" till fysioterapi och sjuksköterskebaserad infektionsmottagning.
- Fortsatt informationskampanj för att minska antibiotikaanvändningen. Målet är 150 recept/1000 listade (oviktat) avseende vårdcentralernas förskrivning.
- Konceptet trygg, säker och kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning införs under 2017.
- Vårdcentralerna Bra Liv har tagit fram gemensamma kriterier för senior-/äldremottagning, vars syfte och mål är att skapa trygghet för patienter med stora vårdbehov. Höja kvaliteten för patienter i hemmet genom fler hembesök och vårdplaneringar.
- Fortsätta utveckla "Mötesarena Bra Liv" för gemensam kompetensutveckling inom prioriterade utbildningsområden.
- Fler digitala vårdkontakter, mellan enskilda vårdgivare och vårdtagare samt i samverkansmöten med flera parter.
- Fortsatt arbete med att förbättra läkarkontinuiteten.