

# Patientsäkerhetsberättelse 2017

---

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 .....	7
4	Struktur för uppföljning och utvärdering.....	9
5	Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet .....	10
6	Uppföljning genom egenkontroll .....	15
7	Samverkan för att förebygga vårdskador .....	16
8	Risikanalys .....	18
9	Informationssäkerhet.....	19
10	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	20
11	Hantering av klagomål och synpunkter .....	21
12	Samverkan med patienter och närstående.....	22
13	Sammanställning och analys av synpunkter och klagomål.....	24
14	Resultat .....	26
15	Övergripande mål och strategier för kommande år .....	34

# 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 i Region Jönköpings län. Vården ska vara personcentrerad, kunskapsbaserad och organiserad för patientsäkerhet. *Säker vård - alla gånger* med dess 16 fokusområden är det väl etablerade arbetssättet för verksamheternas arbete och det fortsätter att utvecklas och förbättras med vårdens utveckling. En ny strategi för arbetet med patientsäkerhet har implementerats. Strategin ska vägleda vårt arbete så att vi ännu bättre kan hantera dynamiken i den komplexa vården.

Patientsäkerhetsarbetet har 2017 fortsatt med fullt engagemang och styrka för att uppnå ambitionen och målen. Viktiga åtgärder som vidtagits är bland många andra:

- Fortsatt arbete inom länsgrupperna för *Säker vård - alla gånger*
- NEWS, ett arbetssätt för att tidigt identifiera patienter med risk för allvarlig försämring har införts
- Strama-arbetet för adekvat antibiotikaanvändning
- Fortsatt spridning av metoden Gröna korset för ökad riskmedvetenhet
- Arbete med vårdsamordningsprocessen mellan Region Jönköpings län och de tretton kommunerna
- Utbildningar inom Metodikum
- Ett omfattande arbete med risk- och händelseanalyser
- Patientsäkerhetsdialoger mellan ledning för verksamhetsområden och ledning för verksamheterna

Överlag är resultaten för arbetet med patientsäkerhet bra, men det måste hela tiden förbättras. För de mål som finns för patientsäkerhet i Region Jönköpings läns budget, vårdskademätning och vårdpreventionsarbetet, nås inte målen. Andel vårdtillfällen där vårdskador konstaterats med stickprovsmätning ligger på liknande nivå som senaste åren, men sett över en period från det mätningarna startade 2008 ser andelen ut att ha minskat. För vårdpreventionsarbetet, att minska risk för trycksår, fall, undernäring och dålig munhälsa, nås inte målet om andel där man utfört åtgärder hos patienter med risk.

Andel av patienter som får trycksår minskar, och resultaten är bäst i Sverige, men andelen är fortfarande för hög. Antibiotikaförskrivningen minskar fortsatt, nu även i slutenvårdens förskrivning. Förskrivning av olämpliga läkemedel till äldre minskar, men polyfarmacin i stort ökar. Resultaten för basala hygien- och klädregler är överlag bra.

Andel vårdrelaterade infektioner har inte kunnat redovisas för hela 2017 då statistikuttag med Infektionsverktyget inte har kunnat göras för helåret. Det finns problem med överbeläggningar och utlokaliseringar, vilket ökar risken för vårdskador, men i mycket mindre utsträckning än i de flesta andra landsting och regioner. 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 och att alla involverade medarbetare i olika verksamheter och på olika nivåer har en mycket god kännedom om vad patientsäkerhet handlar om och förstår på vilket sätt jag själv är en del av det arbetet.

För att lyckas med det är en kommunikationsstrategi för patientsäkerhet framtagen med tillhörande handlingsplan. Den handlar dels om att skapa förtroende hos invånarna och för omvärlden visa att Region Jönköpings län tar patientsäkerhetsarbetet på stort allvar och dels att det bedrivs ett systematiskt arbete på alla nivåer. Men främst handlar det om att berörda medarbetare ska ha en mycket god medvetenhet om hur det egna arbetssättet bidrar till en hög patientsäkerhet på både mikro-, meso- och makronivå och agera utifrån det.

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.

Strategiska angreppssätt för arbetet med patientsäkerhet i Region Jönköpings län 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).

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 16 fokusområden som utgör basen för utvecklingsarbetet i patientsäkerhet.

Varje fokusområde innehåller ett åtgärds paket med rutiner och riktlinjer baserade på vetenskap och beprövad vetenskap, som beskriver hur medarbetare ska arbeta för att minska risken för tillbud och skador. Varje fokusområde representeras av tvärprofessionella länsgrupper med uppgift att sätta mål för området, utveckla angreppssätt, sprida kunskap om arbetet och följa upp resultat.



*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 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, rehabilitering och diagnostik samt Vårdcentralerna Bra Liv (primärvård) 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 i regionen. Den stödjer verksamheternas arbete med patientsäkerhet utifrån chefläkares och chefsjuksköterskors arbetsuppgifter samt ansvarar för övergripande vårdplatssamordning 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 skäligen 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 regionens patientsäkerhetsarbete. 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, patientsäkerhessamordnare (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 verksamhetsområdenas 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.

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. Patientsäkerhetsronden har genomförts på några pilotkliniker med fokus på arbetsmiljö, säkerhetskultur och patientsäkerhet. Ronden innefattar ett gruppsamtal med medarbetare i patientnära arbete samt en rundvandring.

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. Detta ingår sedan i underlaget till Region Jönköpings läns patientsäkerhetsberättelse.

# 5 Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2*

I arbetet med patientsäkerhet utförs många olika aktiviteter och förbättringsarbeten i alla delar av verksamheten. Här beskrivs ett urval av det som genomförts under 2017.

## **Säker vård – alla gånger**

Under 2017 har en genomgång gjorts avseende fokusområdets aktualitet och innehåll för att stämma överens med Region Jönköpings läns strategiska angreppssätt för patientsäkerhet. Ett arbete med att ta fram mätningar som på övergripande nivå visar hur utvecklingen går har påbörjats. Målet är att varje fokusområde ska vara en levande process som anpassas och utvecklas efter behov och nuläge för att säkra hela vårdkedjan.

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

### **Aktivt ledarskap**

Utbildningsprogram för verksamhetschefer har utvecklats med fokus på områden som bättre flöde, bättre personorientering och att 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. Chefsutbildningarna bejakar ett helhetsperspektiv kring patientsäkerhet och bygger på ett mångårigt medvetet värdegrundsarbete.

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. Ett chefstraineeprogram startade våren 2017.

Hösten 2017 startades ett nätverk för chefer. Satsningen ska ge både nya och erfarna chefer utrymme att i dialog och nätverk med andra chefer, ge och få stöd och inspiration i aktuella frågor. Där lyfts frågor som fördjupad förståelse för chefsuppdraget och kommunikativt ledarskap.

### **Medarbetarskap och säkerhet**

Efter undersökningen Medarbetarskap och säkerhet hösten 2016 har arbetsplatserna analyserat sitt resultat och använt det som underlag att förbättra och utveckla verksamheten med fokus på att skapa ett bra psykosocialt arbetsklimat och en god medvetenhet om säkerhet. Undersökningen ersätter den tidigare medarbetarundersökningen Dialogen samt mätningen av patientsäkerhetskulturen. Under året togs en minienkät fram och denna är tänkt att från och med 2018 kunna användas de år den stora undersökningen inte genomförs.

### **Kommunikation**

Introduktion i verktygen SBAR och Teach-back ingår i yrkesspecifika utbildningsprogram: ST-Kvalitets- och utvecklingskursen, AT-LEKA, introduktionsutbildning för nyanställda sjuksköterskor (RIU) 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 för att identifiera patienter med risk för allvarlig försämring, och när man bör kontakta IVA-kompetens (MIG-team). Införandet den 1 januari 2017 ingår i *Säker vård – alla gånger*”, område ”Tidigt upptäcka svårt sjuk – och agera”. NEWS ersätter tidigare arbetsätt med vitala parametrar (BAS). Inför införandet hölls aulaföreläsningar för personalen på länets tre sjukhus och berörda klinikers läkargrupper informerades. Medarbetare har kunnat träna på poängsättningen via en framtagen e-learningkurs.

## **Läkemedel**

Läkemedelskommittén har tillsammans med område läkemedelsförsörjning, inom ramen för *Säker vård - alla gånger* fortsatt arbeta inom följande områden kring patientsäkerhet och läkemedel:

- Förebygga läkemedelsfel i vårdens övergångar; Cosmic - överföring av läkemedelsordinationer, förbättra vårdövergången mellan operations- och intensivvårdsklinikerna och övriga kliniker genom arbete med läkemedelsdelarna i journalsystemen Cosmic och Metavision, vårdsamordning - läkemedel.
- Förebygga fel med högriskläkemedel; RIU – utbildning i läkemedelshantering för nyanställda sjuksköterskor, extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering
- Läkemedelsrelaterade problem; minskad polyfarmaci i syfte att minimera läkemedelsrelaterade problem, ordnat införande

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

## **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 kvalitetsregister Senior alert. En handlingsplan är framtagen för arbetet med vårdprevention och riktlinjer är reviderade.

## **Smittskydd vårdhygien**

Viktiga arbetsuppgifter har varit:

- Följsamhetsmätningar genomförs varje månad avseende basala hygienrutiner och klädregler. Ett förbättringsprojekt för hygienobservatörer har genomförts med syfte att öka antalet mätande enheter och att få ökad kunskap om hygienobservatörernas möjlighet att utföra sitt uppdrag, minska antalet vårdrelaterade infektioner och öka patientsäkerheten.
- Koncept med utbrottsgrupper där man med kort varsel sammankallar alla viktiga aktörer för att snabbt genomföra åtgärder som begränsar smittspridningen.
- Inga utbrott av multiresistenta bakterier förekom i hälso- och sjukvården i Region Jönköpings län under 2017. Däremot var det en ovanligt besvärlig calicisäsong som föranledde att utbrottsgrupper fick sammankallas.
- För att förbereda vården inför en ny calicisäsong genomfördes tre stora utbildningstillfällen i länet i oktober. Detta är en utbildning som nu planeras årligen.
- Ett par opererande verksamheter har fått särskilt stöd av smittskydd vårdhygien och Strama för att utreda postoperativa infektioner och identifiera förbättringsåtgärder.

## **Strama**

Viktiga arbetsuppgifter har varit genomförande av antibiotikaronder som ett projekt. Utvärdering visar en positiv effekt där projektets "mottagare" i stor utsträckning uppfattade ronderna som värdefulla. Arbets sättet föreslås nu bli permanent.

Antalet digitala vårdmöten har ökat stadigt och bland kontaktorsakerna dominerar olika infektionstillstånd. En journalgranskning har gjorts av de två största aktörernas följsamhet till FAKTA vid handläggning av pneumoni samt tonsillit. Resultatet pekade på behov av förbättringar i flera avseenden. Kvalitetskriterier för digitala vårdmöten är nu framtagna i Region Jönköpings län och ligger till grund för den fortsatta uppföljningen.

## **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. För att nå målet att 80 % av alla med risk för urinretention ska hanteras enligt riktlinjer, mäts följsamhet till riktlinjer varje månad på alla vårdavdelningar. För att ytterligare säkra att riktlinjen att överrapportera kateterbärare till hemsjukvården följs har enkät varit ute i primärvården. Urologkliniken har tillsammans med Qulturum påbörjat ett samarbete med Nya Karolinska Solna med syfte att ta fram riktlinjer för primärvården kring förebyggande av urinretention.

## **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. Så kallad scenarioträning är en viktig del av träningen för medarbetare vilket bidrar till god förmåga att hantera svåra kliniska situationer. Den sortens träning genomförs i allt större omfattning.

## **Regiongemensamt introduktions- och utvecklingsprogram för nyutbildade sjuksköterskor (RIU)**

Genom ett väl planerat och genomfört introduktions- och utvecklingsprogram skapas förutsättningar för nyutbildade sjuksköterskor att växa in i sin yrkesroll. Programmets teoretiska del och färdighetsträning omfattar 20 dagar fördelat på åtta månader. Målet är att stärka sjuksköterskans kliniska färdigheter och skapa trygghet och säkerhet i utövandet av omvårdnadsarbetet genom stöd av mentorer.

Programmet förväntas ge positiva synergieffekter när det gäller arbetet med patientsäkerhet, vårdkvalitet och arbetsmiljö samt bidra till att attrahera nyutbildade sjuksköterskor och säkra kompetensförsörjningen.

## **Introduktion nyanlända läkare**

Inom Vårdcentralerna Bra Liv fortsätter arbetet med introduktion av nyrekryterade läkare med legitimation från annat EU-land genom en gemensam utbildningsenhet. Syftet är att säkerställa kompetensnivån och ge möjlighet till praktik varvat med föreläsningar. Erfarna distriktsläkare fungerar som handledare och föreläsare.

## **Bättre läkarkontinuitet i primärvården**

Åtgärder pågår på flera vårdcentraler för att öka läkarkontinuiteten för de patienter som har återkommande vårdbehov. Listning till enskild läkare pågår vid många vårdcentraler och återkommande mätningar görs regelbundet av kontinuiteten.

### **Bra Liv senior**

De flesta vårdcentralerna arbetar med konceptet Bra Liv senior, vilket är en mottagning anpassad för äldre med stort vårdbehov.

### **Standardiserade vårdförlopp**

Region Jönköpings län inför standardiserade vårdförlopp inom cancervården enligt överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting. Projektet startade 2015 och pågår till och med 2018. Hittills har 28 standardiserade vårdförlopp införts.

Cancerpatienter ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling av en specifik cancerform. Standardförloppen beskriver kommunikation mellan patienten och de närstående samt anger tydligt ansvarsfördelning och processtider.

### **Gröna korset**

Gröna korset är en metod som bidrar till utveckling av säkerhetskultur och skapar ökad patientsäkerhetsmedvetenhet. Genom att dagligen identifiera risker och arbeta med förbättringar minskar antal vårdskador.

### **Anrop, sök och larm**

Under året bildades en styrgrupp som arbetar med frågor inom följande områden:

- Akutlarm (exempelvis hjärtlarm)
- Fastighetslarm (exempelvis gas- och vattenlarm)
- Medicintekniska larm (apparaturlarm för diagnos, behandling och rehabilitering)
- Patientanrop (patient kallar på personal)
- Tal och sök (bärbar telefoni, personsökning)
- Överfallslarm (personal kallar på hjälp)

Gruppen arbetar regionövergripande och tar fram standards och principer samt bereder frågor kring nya eller förändrade behov.

### **Rätt Använd Kompetens (RAK)**

Arbete med RAK pågår inom många verksamheter då bemanning och kompetens är avgörande för en 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 25 inom öppen- och slutenvård inom psykiatrisk vård. Granskningarna sker vid varje klinik och resultaten diskuteras regionövergripande med chefläkare och rapporteras till en nationell databas.

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

### **Kollegiala stödgruppen**

Det finns ett medarbetarstöd, som är en riktlinje för att strukturera hanteringen och bemötande av patient, medarbetare och klinikledning i samband med allvarliga vårdskador och lex Maria- händelser. En kollegial stödgrupp har etablerats vars syfte är att i enskilda

samtal ge stöd till den medarbetare som varit inblandad i händelse som ledde till en vårdskada. Stödgruppen utgörs av erfarna medarbetare som representerar flera olika yrkesgrupper.

### **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. Primärvården ska vara den genuina basen i hela hälso- och sjukvårdssystemet. Flera delprojekt pågår där arbetet bygger på förflyttningen från slutenvård till öppenvård, 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.

### **Vårdsamordning**

Lagen om Samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård trädde i kraft 1 januari 2018. Ett projekt för att utveckla arbetssätt för samordnad vårdplanering för att skapa trygghet i samband med in- och utskrivning från sjukhus har genomförts i samverkan mellan Region Jönköpings län och de 13 kommunerna i länet. Trygg och säker vård och omsorg organiseras i fyra delprojekt och arbetet samordnas av en övergripande projektgrupp som rapporterar till ledningsgrupp för samverkan, Reko. Under året har Cosmic Link, ett nytt vårdplaneringssystem, tagits i drift. Tillgången till information via nationell patientöversikt har successivt blivit bättre under 2015-2017.

### **Verksamhetsområden rapporterar**

Kliniker och verksamhetsområden rapporterar i sina patientsäkerhetsberättelser ett mycket stort antal aktiviteter för att förbättra patientsäkerheten. Här lyfts ett fåtal exempel utan inbördes viktning eller värdering jämfört med de som inte tas med.

Från alla verksamhetsområden rapporterar alla enheter att de arbetat med att säkra sina processer, rutiner och riktlinjer. De har 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.

2017 har varit ett år då en del planerade neddragningar av vårdplatser genomförts och det har framförallt varit inför sommarperioden. Ett omfattande arbete med riskanalyser och noggrann planering har genomförts för att upprätthålla patientsäkerheten.

Utbildning av medarbetare i patientsäkerhetsarbete har genomförts på olika sätt - utbildning i både risk- och händelseanalys, utbildningar med fokus på patientsäkerhet II och resiliens med mera.

Åtgärder har vidtagits för att säkerställa en stabil egen bemanning av läkare, sjuksköterskor och andra personalgrupper. Detta för att såväl öka kontinuiteten i patientens vård och behandling, som för att minska risken för oplanerade stängningar av vårdplatser/avbokningar.

Fortsatt arbete med vårdplaner (individuella vård-, rehabiliterings- och habiliteringsplaner) och Samordnad Individuell Plan (SIP) pågår för att ge en välplanerad och sammanhållen vård i såväl öppenvård som slutenvård.

Rutiner för patientsäkerhetsdialoger har fortsatt att utvecklas där verksamhetsledning tillsammans med chefläkare och sjukvårdsdirektör för ett strukturerat samtal om patientsäkerheten vid kliniken en gång per år.

Utformning av en regiongemensam rutin för patientsäkerhetsronder på klinisk nivå pågår.

## 6 Uppföljning genom egenkontroll

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

En väl fungerande egenkontroll innebär ett fortlöpande arbete 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 inom vårdprevention i Senior alert
- Patientenkät för att efterfråga hur vården upplevs
- Uppföljningar via Öppna Jämförelser
- Uppföljning via aktuella kvalitetsregister
- Medarbetarskap och säkerhetsundersökning (ingen ny är genomförd 2017)
- Observationsstudier av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
- Rapporter ur Infektionsverket (till och med oktober)
- 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.

# 7 Samverkan för att förebygga vårdskador

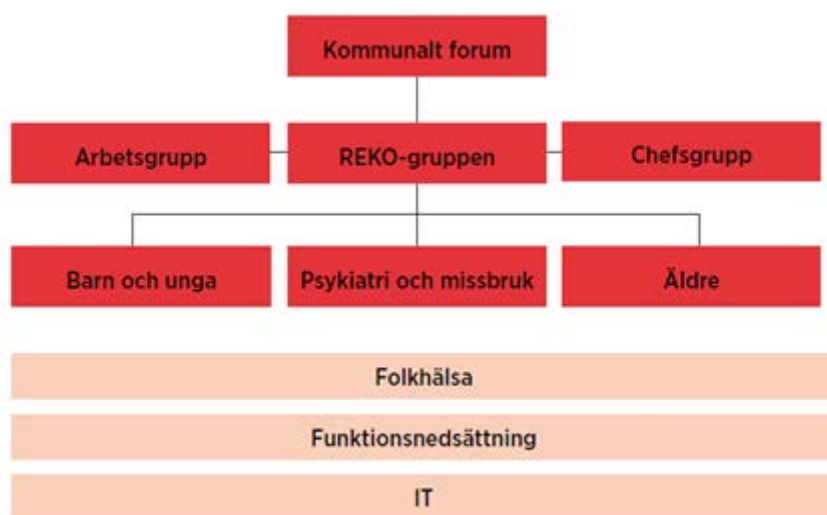
SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 3 § p 3

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 för 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 för barn och unga, psykiatri och missbruk, samt äldre, omvärldsbevakar och verkar för bästa möjliga samverkan.

Allt arbete ska utgå från att invånarna får ta del av insatser som håller hög kvalitet och bygger på bästa tillgängliga kunskap. Arbetssättet förutsätter ett ständigt och systematiskt lärande och utgår från tre kunskapskällor - forskning, praktik och personer i behov av vård och omsorg. Det finns gemensamma handlingsplaner för olika behovsgrupper som exempelvis äldre, barn och unga, samt personer med psykisk sjukdom.



## **Exempel på arbetssätt i samverkan**

### ***Arbetsgrupp äldre***

Händelserådet i arbetsgrupp äldre analyserar avvikelser i samverkan och rapporterar sammanställning av avvikelserna samt föreslår åtgärder till arbetsgrupp äldre.

### ***Vårdsamordnare på vårdcentral***

Uppdraget för vårdsamordnare är att stödja personer i alla åldrar med behov av samordning inom hälso- och sjukvården. Funktionen bidrar till tryggare patient, högre tillgänglighet, bättre arbetsmiljö på vårdcentralen och bygger på ett proaktivt arbetssätt.

### ***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 Högländet 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.

## **Hantering av händelser och risker**

### ***Daglig styrning***

Daglig styrning är en mötesplats och ett arbetssätt för att samordna sjukhusens resurser utifrån aktuellt läge avseende vårdplatsbeläggning, bemanning och eventuella smittor. Mötet leds av chefsjuksköterska och ansvarig för vårdplatssamordningen är hälso- och sjukvårdsdirektören. Dagligen samlas vårdenhetschefer från enheter med vårdplatser samt vårdplatskoordinatorer 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.

### ***Veckostyrning Länssjukhuset Ryhov***

På motsvarande sätt hålls ett kort möte varje fredag med syftet att diskutera och om möjligt åtgärda problem samt risker på ett sjukhusövergripande plan. Till mötet kallas verksamhetschefer, smittskyddsläkare, platschefer eller motsvarande för regionfastigheter, medicinsk teknik, IT samt lokal samordnare. Mötet leds av chefläkare. Arbetssättet har införts som en provverksamhet på Länssjukhuset Ryhov 2017.

### ***Veckostyrning med kommunerna och primärvården***

För att korta kontaktvägarna, ha en öppen kommunikation och ökad förståelse för varandras verksamheter möts följande funktioner per länsdel till ett kort möte varje vecka via telefon eller videomöte:

- äldreomsorgschef/enhetschef och socialchef från kommunerna
- vårdsamordnare från primärvården
- från slutenvården deltar biträdande verksamhetschef från medicin- och geriatrikliniken samt chefsjuksköterskorna.

Syftet är att stämma av aktuellt läge, lösa och diskutera övergripande problem samt identifiera risker.

## 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 både på övergripande och på lokal nivå där verksamheterna utför egna analyser med tillhörande åtgärdsförslag. Ansvar för riskanalyser följer linjeorganisation.

2017 har minst 73 (93 st 2016) formella riskanalyser genomförts.

De formella riskanalyserna som genomförts under året kan delas in i områden: inför ombyggnationer, växling av arbetsuppgifter, uppgradering läkemedelsmodul, neddragning av vårdplatser, bemanning, stängning och överflyttning av verksamheter, nystartade verksamheter samt avveckling av hyrläkare.

Det blir allt tydligare, och är i linje med angreppssätten för patientsäkerhet, att riskvärdering i det dagliga arbetet är av stor betydelse. Därför har under året utveckling av arbetssätt som stöder sådan riskvärdering stimulerats.

Exempel på riskvärdering i det dagliga arbetet och exempel på proaktivt riskarbete: morgonmöten för att bedöma patientsäkerhet utifrån bemanning, användande av Gröna korset, daglig reflektion i slutet av arbetspass där risker synliggörs, frekventa löpande bedömningar avseende risker kopplat till patientsäkerhet som görs av medarbetare av olika professioner.

## 9 Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Information är en viktig strategisk resurs för Region Jönköpings län. Tillförlitlig informationsförsörjning är avgörande för förmågan att uppnå verksamhetsmålen. Den totala mängden information samt utbytet av information ökar i omfattning både inom och mellan olika verksamheter inom Region Jönköpings län och med externa aktörer.

För att kunna skapa trygghet och säkerhet är det mycket viktigt att informationshanteringen skyddas från avsiktliga och oavsiktliga störningar. Information som rör enskilda personers sociala, medicinska och andra personliga förhållanden måste skyddas noga mot oönskad förändring, förlust och avslöjande.

### **Uppföljningar, åtgärder och utvärdering**

Under året har en omfattande genomgång och analys genomförts som har resulterat i en handlingsplan för åtgärder inom ett antal områden inom informationssäkerhet.

Genomgången och analysen har genomförts som ett led i att ny dataskyddsförordning GDPR - General Data Protection Regulation träder i kraft maj 2018. Ett projekt har startats för genomförande av ny dataskyddsförordning som har en stark koppling till informationssäkerhets- och integritetsfrågor.

Kontinuerlig uppföljning har fortlöpande genomförts i verksamheten genom systematisk loggkontroll av medarbetare och patientjournaler. Åtgärder har vidtagits där incidenter och avvikelser har uppkommit. Hälso- och sjukvårdens IT-kontaktpersoner samt andra grupper har fått kontinuerlig utbildning inom området.

Informationssäkerhet har varit en del i riskanalyser som genomförts i samband med till exempel införande av nya IT-system eller andra produkter för digitalisering inom hälso- och sjukvården. Riskanalyser enbart riktade mot informationssäkerhetsområdet har inte gjorts.

Ett arbete med att informationssäkerhetsklassa strategiska IT-system och produkter har påbörjats. Strategin är att IT-system och produkter som införs i en teknisk plattform ska ha genomgått en informationssäkerhetsklassning.

Informationssäkerhetsklassningen genomförs för att se vilka konsekvenser som uppstår i verksamheten om till exempel informationen inte kan nås, om den förvanskas, brister i åtkomstbegränsning eller det inte går att följa upp vem som gjort vad med informationen. Informationssäkerhetsklassningen leder fram till en handlingsplan med åtgärder för att säkra upp eventuella brister. För detta ändamål används verktyget KLASSA.

Utredning, åtgärder och uppföljning har även genomförts i de fall patienter gjort anmälan om att någon inom vårdverksamheten haft obehörig åtkomst till journal.

# 10 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. 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.

Under 2017 har minst 98 (143 st 2016) händelseanalyser genomförts.

De händelseanalyser som är gjorda under året kan delas in i följande tre kategorier: läkemedelsfel, bristande kommunikation/översäkring samt brister i vård, behandling och diagnostik.

# 11 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 ytterligare kompletterats med att verksamheten beskriver sina erfarenheter från händelsen, hur lärandet ska spridas i verksamheten, både internt och externt samt har tidplan och ansvar för åtgärder förtydligats.

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 och ange orsak till om någon av åtgärderna inte ska genomföras samt beskriva hur kunskap och lärdomar från händelsen har spridits.

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 finns rutin för de fall när berörd verksamhet 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.

# 12 Samverkan med patienter och närstående

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är patientmedverkan och personcentrering. I Region Jönköpings län finns sedan flera år ett pågående arbete med att såväl öka patientmedverkan som att införa en personcentrerad vård. Arbetet görs i samverkan med de olika verksamhetsområdena, Kommunal utveckling, patientorganisationer och enskilda personer med patient- eller närståendeeffarenheter.

Under 2017 intensifierades arbetet "Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård". Arbetet har en tydlig ansats av personcentrering och patientmedverkan och utgår från idén om förflyttningen från slutet till öppen vård, från sjukhus till vårdcentral och från vård till hälsofrämjande insatser tillsammans med andra samhällsaktörer och invånarna själva.

Ett av delprojekten i "Tillsammansarbetet" är **Hälsocafé**, ett samlingsbegrepp för flera olika aktiviteter och mötesplatser med fokus på att stärka invånarna att själva kunna påverka sin hälsa och livskvalitet.

**Hjärtats hus** är en mötesplats för personer med cancer och närstående som under året drivits som ett pilotprojekt i Jönköping. Ansökan om medel till Arvsfonden gav som resultat att medel beviljades till en utökning och utveckling under tre år framåt.

**Lärcaféer** har funnits och har fortsatt att utvecklas i sin form under flera år. De har efterfrågats som ett alternativ till patientskolor. Pedagogiken bygger på ett samspel mellan patienter/anhöriga och medarbetare och patienters/anhörigas frågor och behov styr innehållet i kurserna. Genom att patienter och närstående själva engagerar sig i sin egen vård och hälsa ökar möjligheten till bättre förståelse och följsamhet till exempel ordinerad behandling vilket i sin tur ökar patientsäkerheten. Medicin-, infektions- och psykiatriska kliniken och barnhälsovården är exempel på verksamheter där man använt pedagogiken.

**Levande bibliotek** består av personer med egen erfarenhet av sjukdom eller anhöriga som vill dela med sig av sin erfarenhet. Biblioteket har fortsatt att fyllas på och består nu av cirka 40 personer med olika erfarenheter i åldrarna mellan 28 och 80+, en tredjedel män och två tredjedelar kvinnor. Personerna i biblioteket efterfrågas för medverkan i utvecklingsarbete, som föreläsare och som erfarna patienter i Lärcafé för att nämna några områden. De erfarenheter de har med sig kan bidra till en ökad patientsäkerhet.

I ett samarbete mellan patientföreningen HjärtLung och Region Jönköpings län genomfördes ett pilotprojekt **Lev för att leva** under 2016. Erfarenheterna av pilotprojektet togs in i ett nytt nationellt projekt där hälsocoacher har utbildats. I cirkelform genomförs utbildningar för personer med hjärt-lungsjukdomar för att öka hälsan och bli bättre i sin förståelse av sin sjukdom och vård och därmed ökad patientsäkerhet.

## **Patientstödjare**

En patientstödjare är anställd i ett regionuppdrag med utgångspunkt från Kultorum. Arbetsområdet har utvidgats och uppdraget sträcker sig över samtliga medicinska områden. Viktiga områden är olika typer av mötesplatser till exempel Lärcafé, självhjälpsgrupper och levande bibliotek. Under året har även samverkan med folkhälsoavdelningen utvecklats och stärkts.

På Höglandssjukhuset Eksjö finns patientstödjare som är knuten till medicin- och geriatrikliniken. Inom psykiatri och rehabilitering finns en inflytandesamordnare med uppdrag att stärka patientperspektivet.

#### **Patientens direktkanal**

Detta är en funktion som till och med 2017 fanns i 1177 Sjukvårdsrådgivningen som tog emot klagomål från patienter och närstående och lämnade över dem 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.

#### **Brukarråd inom primärvården**

Drygt hälften av vårdcentralerna har brukarråd som träffas några gånger per termin. Brukarrådet är ett naturligt forum för att återkoppla avvikelser och brister i direkt dialog med patienterna. Flera vårdcentraler har under året bjudit in till öppna föreläsningar med olika teman, där frågestund och dialog varit ett viktigt inslag.

# 13 Sammanställning och analys av synpunkter och klagomål

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

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	2017
Antal lex Maria-anmälningar	43	59	66	57
Antal enskildas klagomål (IVO)	114	107	144	133
Antal anmälningar Löf	535	540	606	573
Antal ärenden i patientnämnden avseende hälso- och sjukvården (exkl. privata vårdcentraler)	490	553	555	648
Avvikelser i Synergi med händelsekategori Patientsäkerhet	5233	5277	5871	5827
Avvikelser i Synergi med händelsekategori Informationssäkerhet	1037	934	1339	1327
Antal kontakter i Patientens direktkanal	694	648	687	590

## 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.

1 september 2017 ändrades Socialstyrelsens föreskrift om utredning av vårdskador. Tidigare var det obligatoriskt att göra lex Maria-anmälan vid alla självmord där den avlidne varit i kontakt med sjukvården inom 4 veckor före dödsfallet. Efter den 1 september ska lex Maria-anmälan endast göras om självmordet uppfattas som en undvikbar skada orsakad av brister i vården. Detta är en förklaring till det minskade antalet anmälningar 2017.

Antalet anmälningar enligt lex Maria har annars 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 (83 %) med fördelning främst inom delområden diagnos, behandling samt självmord.

## 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 minskat något i jämförelse med år 2016. Även här gäller flertalet ärenden vård, behandling och diagnostik (54 %) med fördelning främst inom delområden behandling, undersökning/utredning samt diagnostik. I en majoritet av de klagomål som IVO har granskat har IVO funnit att vården bedrivits så att den uppfyller kraven på en god vård. I de fall där



Region Jönköpings län fått ta emot kritik (27 %) ses viktiga förbättringsområden inom vård, behandling och diagnostik.

Kirurgisk vård är det verksamhetsområde som gör flest lex Maria-anmälningar och får flest enskilda 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.

### **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 de senaste åren, dock inte under 2017. 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 för tillgänglighet, information samt möjlighet till delaktighet och samordning.

### **Avvikelser**

De avvikelser i Synergi som gäller patientsäkerhet påvisar förbättringsmöjligheter inom arbetsprocesser såsom läkemedelshantering, omvårdnad, samverkan samt hantering av vårddokumentation. Antalet anmälningar är stabilt över de senaste åren. Det finns en trend mot större andel anmälningar av observerade risker, och mindre andel av händelser. Detta kan tala för en ökad riskmedvetenhet vilket är positivt. Avvikelser som gäller informationsäkerhet visar på möjligheter till förbättringar inom området riktighet och tillgänglighet. I en alltför liten andel redovisas i Synergi uppföljning av effekt av de åtgärder som man beslutat om efter hantering av avvikelserna.

Om patienterna inte är nöjda med vården eller det bemötande de fått har de hittills och under 2017 kunnat vända sig till patientens direktkanal som ser till att de får kontakt med den verksamhet som berörs. Ändrade arbets sätt för hantering av synpunkter och klagomål gäller från 1 januari 2018.

# 14 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.

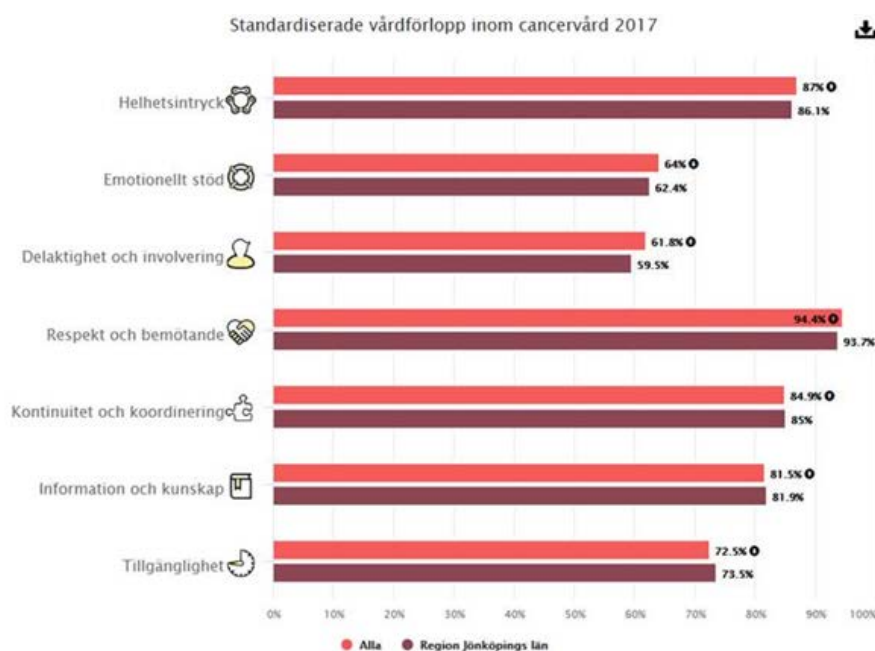
## Resultatmätt

### Nationell Patientenkät

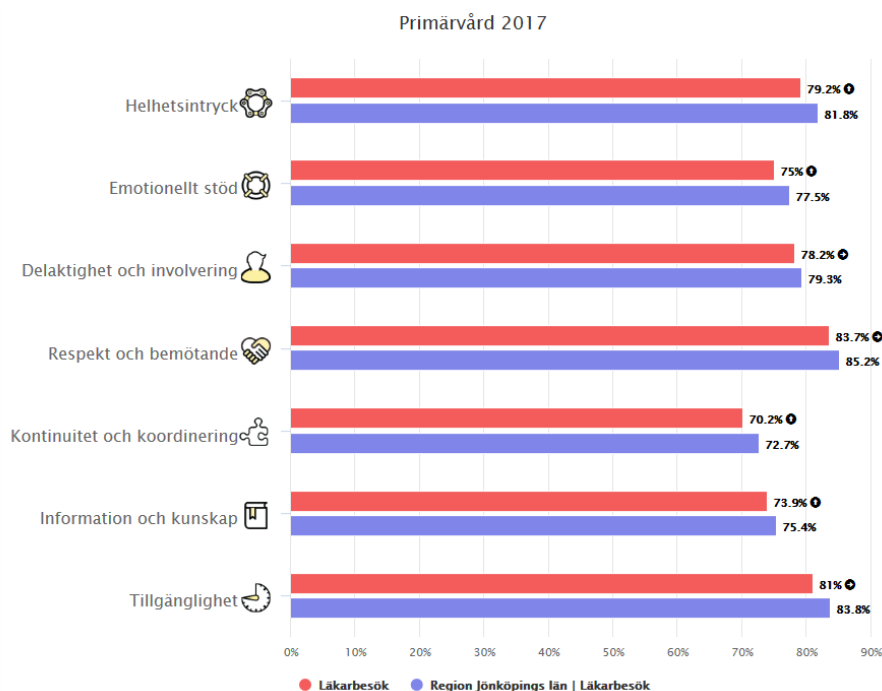
Nationell Patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Resultaten används i respektive verksamhets förbättringsarbete. Någon övergripande nationell patientenkät är inte genomförd 2017.

### Standardiserade vårdförlopp inom cancervård

Inom ramen för satsningen på standardiserade vårdförlopp (SVF) inom cancerområdet görs månadsvis mätningar för att utvärdera hur patienterna upplever att det är att utredas inom cancervården. Under första kvartalet fick 558 patienter en sådan enkät och svarsfrekvensen var 58 procent. Resultatet inom de olika dimensionerna följer riket generellt. Det finns en skillnad mellan grupperna "de som inte får en cancerdiagnos" och "de som diagnostiseras med cancer" där de utan cancerdiagnos ses vara något mindre nöjda i dimensionerna "emotionellt stöd" samt "delaktighet och involvering". Arbetet inom dessa områden behöver utvecklas.



## Primärvård



Undersökning inom primärvården genomfördes 2017, och kommer att redovisas i mars 2018. I den är resultaten bättre för primärvård i Region Jönköpings län än i Sverige i helhet för alla dimensioner.

Mest nöjda är patienterna med visad respekt och bemötande. Kontinuitet och koordinering är den dimension där förbättringspotentialen är störst, både i länet och i riket.

Region Jönköpings län deltar också tillsammans med ett mindre antal landsting/regioner i en undersökning inom rehabilitering. Den blir klar i februari 2018.

### Vårdprevention

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen. Varje enskild äldre person som möter vård och omsorg ges möjlighet till en riskbedömning, förebyggande åtgärder och uppföljning för att säkerställa att åtgärderna gör skillnad.

Resultatet för Region Jönköpings län visar att 79 % har utförda åtgärder vid risk för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen vilket är sämre än målet 90 %. Under året gjordes det en uppdatering av registret vilket har försämrat möjligheten att ta ut rapporter avseende undernäring och ohälsa i munnen.

### Fall

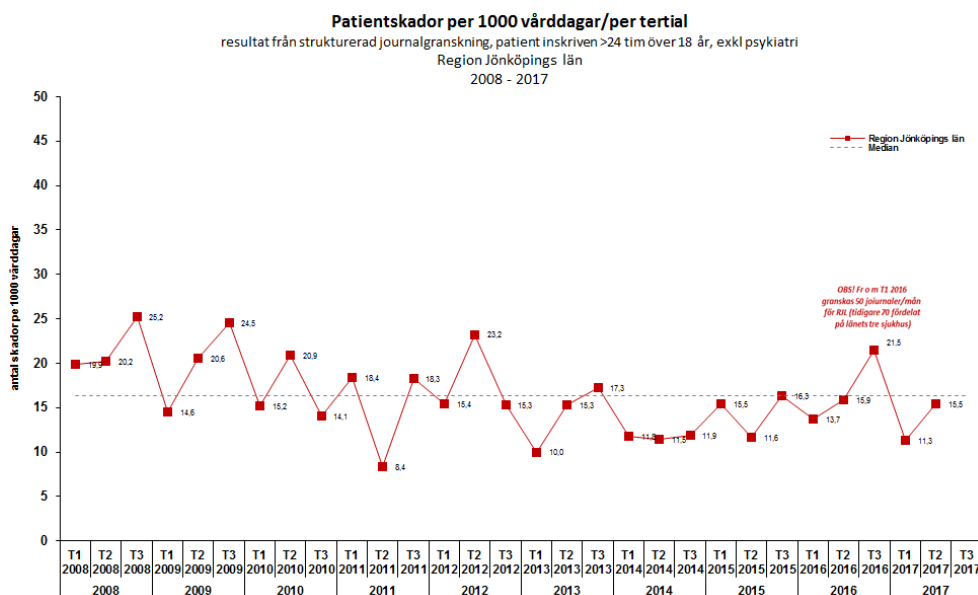
För preventionsarbetet mot fall i vården där patienter kan skadas är målet en minskning med 10 % fall per år. Antalet fall har minskat under flera år i rad och målet uppnås även under 2017, då det var en minskning med 12,5 %.

### Trycksår

För trycksår är målet att inga patienter ska drabbas av trycksår. Punktprevalensmätning av trycksår visar att andelen patienter med trycksår är 7 %. Även om det är bästa resultatet i Sverige visar det att trycksår fortfarande är ett viktigt problemområde och insatserna måste intensifieras eftersom trycksår innebär stort lidande för patienterna och innebär stora kostnader för vården.

## Vårdskademätning

Det finns en variation över tid i antalet vårdskador. Med använd metod kan man inte med säkerhet jämföra resultat mellan på varandra följande år. Över tid förefaller det vara en minskning av antalet vårdskador sedan mätmetoden infördes 2008, även om jämförelsen är vanskelig då både mätmetoden och vården ständigt utvecklas och förändras. Granskningen och mätningen är ändå viktig, eftersom kunskapen och lärandet av de vårdskador som identifieras i mätningen bidrar till att minska risken för vårdskador i framtiden.



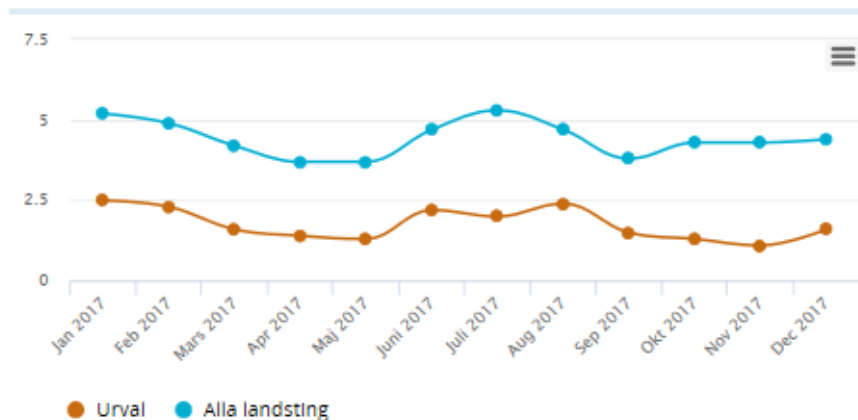
## Överbeläggningar och utlokaliseringar

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 2017 konstaterat att risken för vårdskada är dubbelt så stor om patienten vårdats utlokaliserad. I ett nationellt perspektiv är överbeläggningar och utlokaliseringar mindre vanligt i Region Jönköpings län och har för helåret minskat något 2017 jämfört med 2016. Detta är anmärkningsvärt bra med tanke på de problem som varit under året med neddragna vårdplatser på grund av bemanningsproblem.

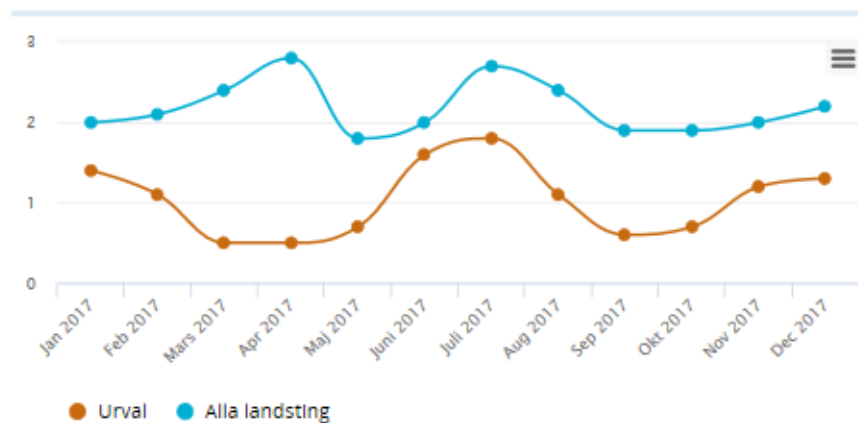
På grund av sjuksköterskebrist och spridning av smitta har vårdplatser fått stängas kortvarigt under enstaka tillfällen. Stabsläge har utlösts vid fyra tillfällen och förstärkningsläge vid ett tillfälle.

## Överbeläggning



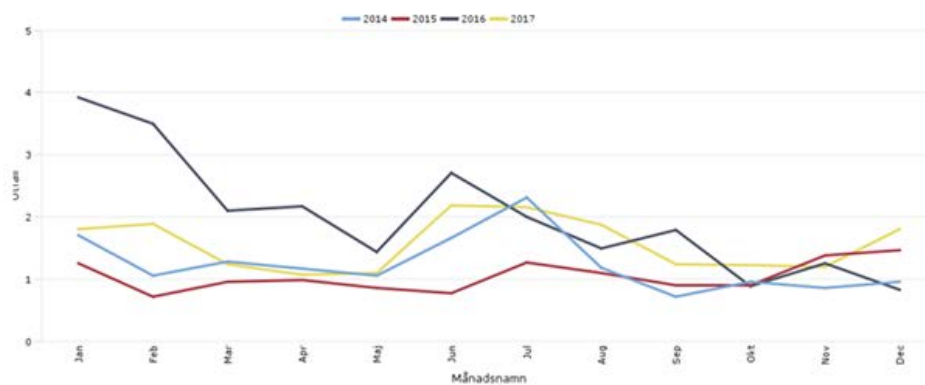
Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser

## Utlokaliserade patienter

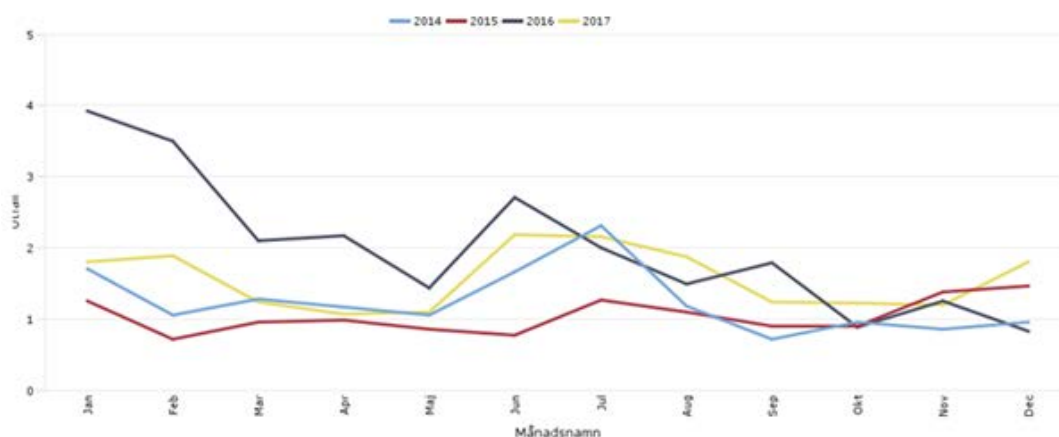


Antal utlokaliserade patienter per 100 disponibla

## Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser Region Jönköpings län totalt 2014-2017



## Antal utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser Region Jönköpings län totalt 2014-2017



### Vårdrelaterade infektioner (VRI)

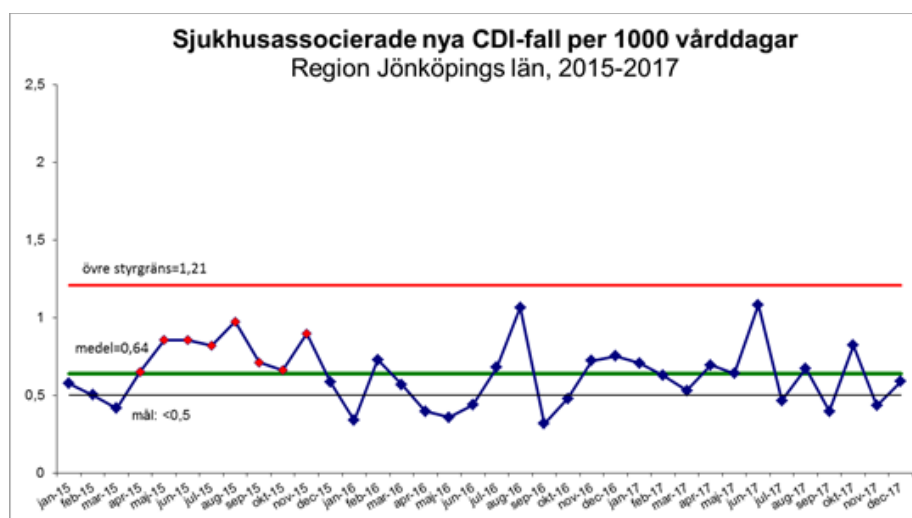
Förekomsten av VRI följs via Infektionsverket. Tyvärr innebar höstens uppgradering av Cosmic att inrapporteringen fick avbrytas. Det påverkar både verksamheternas egen uppföljning av VRI och antibiotikaval samt Stramas och vårdhygiens övergripande analyser. Förhoppningen är att problemet i Cosmic kan vara löst till april 2018.

I referensgruppen för patientsäkerhet har det antagits ett mål på 5,0 VRI/100 vårdtillfällen. Under perioden januari till och med oktober registrerades det på länets tre sjukhus i genomsnitt 7,2 VRI/ 100 vårdtillfällen. För att minska förekomsten krävs riktade insatser gentemot de infektionstyper som är vanligast, nämligen postoperativ infektion, pneumoni, urinvägsinfektion utan feber samt clostridium difficile (CDI).

### Clostridium difficile

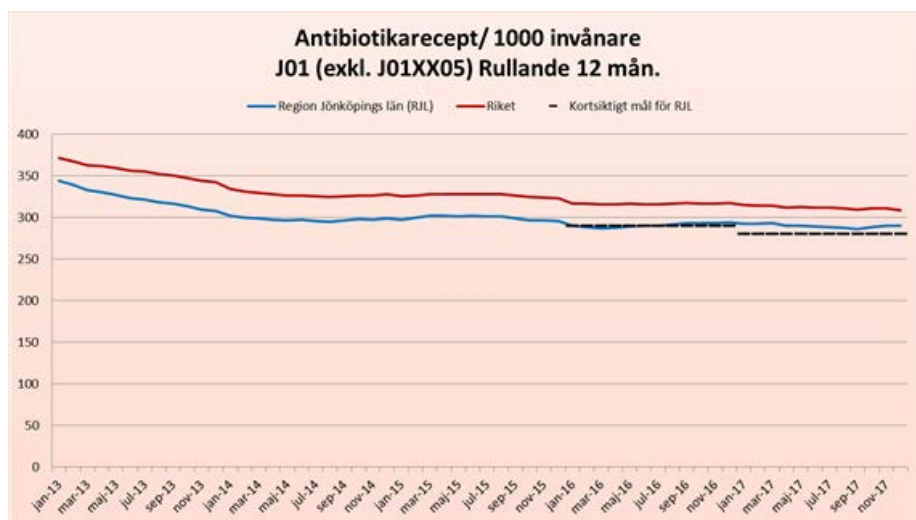
Smittskydd vårdhygien granskar alla nya fall av clostridium difficile-infektioner (CDI) i Region Jönköpings län sedan 2013. Statistiken för 2017 visar ungefär lika många fall som året innan men med fler medelvärden under målvärdet på 0,5 CDI-fall/1000 vård dagar (se graf nedan).

Möjligheten att typa clostridieproverna har inte mikrobiologilaboratoriet lyckats med under 2017 men inga stora anhopningar av fall har förekommit under året, vilket talar för att det inte varit problem med smittspridning.



## Strama, antibiotikaförskrivning

Inför 2017 sänktes det kortsiktiga målet till 280 recept/1000 invånare. Genomsnittet för hela året blev 290 recept/1000 invånare, vilket kan jämföras med 294 under år 2016. Bra Livs vårdcentraler har samtliga varit framgångsrika när det gäller att fortsätta minska antibiotikaförbrukningen. 24 vårdcentraler nådde full måluppfyllelse. För första gången på länge kan en minskning i slutenvårdens förskrivning anses. I december 2017 låg den på lägsta nivån sedan 2013: 70,1 recept/ 1000 invånare.

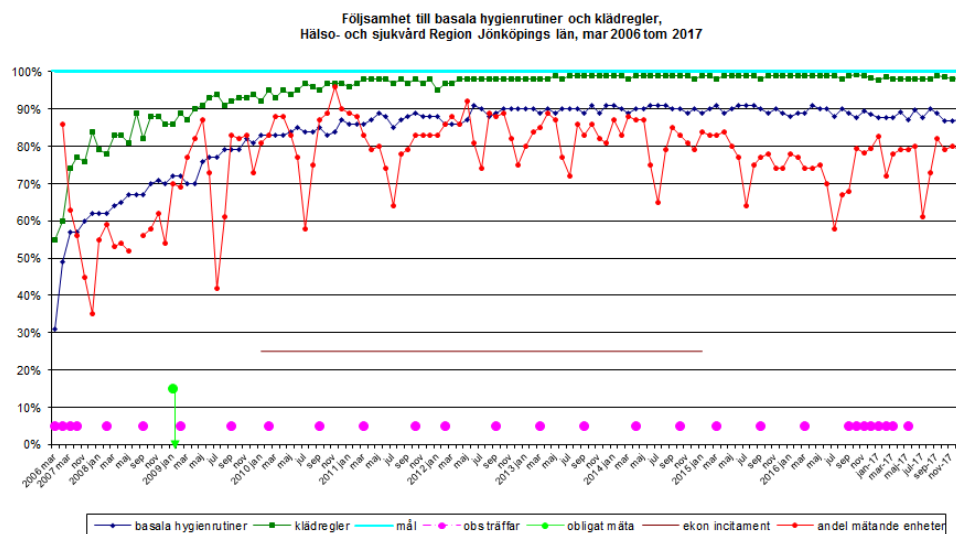


Antibiotikarecept/1000 invånare 2013-2017, samtliga förskrivare

## Processmått

### Basala hygienrutiner och klädregler

Senaste åren sågs en negativ trend i andelen mätande enheter, med ett deltagande ner mot 60 %. Efter ett förbättringsprojekt gentemot hygienobservatörerna i Region Jönköpings län ses nu att den negativa trenden i andelen mätande enheter är bruten och deltagandet i följsamhetsmätningarna ligger runt 80 %. Mätresultaten är överlag stabilt höga och bra, men enstaka verksamheter har enligt mätningarna problem med efterföljnad av rutinerna.



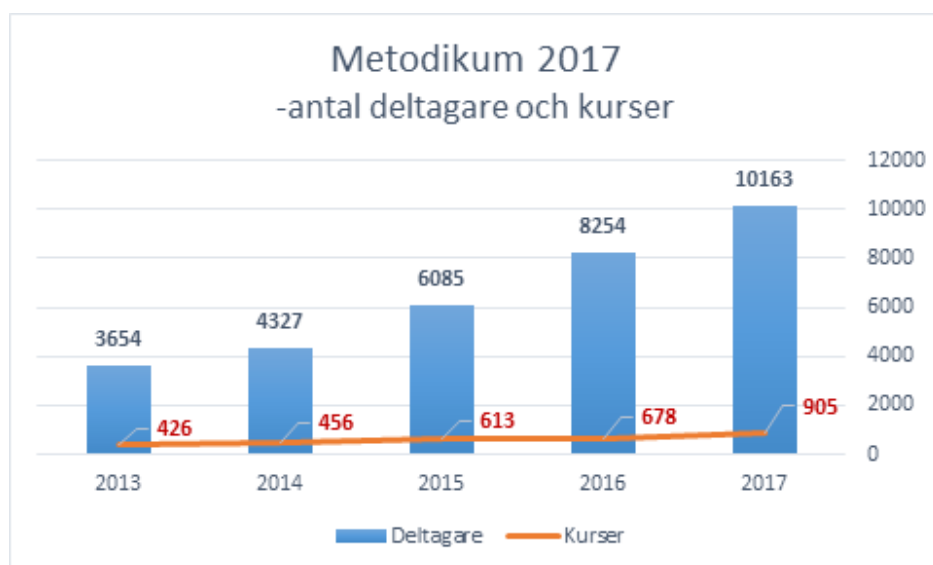
### Kvarvarande urinkateter

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 för KAD - bara när det behövs på cirka 80 %, vilket är ett acceptabelt resultat.

## Strukturmått

### Metodikum

Metodikums verksamhet det senaste verksamhetsåret har inneburit ytterligare ökning av verksamheten sett till såväl antalet deltagare som antalet kurser.



Det regiongemensamma introduktions och utvecklingsprogrammet (RIU) engagerar allt fler, såväl deltagare som instruktörer. Idag har cirka 250 nyanställda/nyexaminerade sjuksköterskor genomfört eller genomför programmet. Utvärderingarna visar att sjuksköterskorna upplever att programmet till stor del eller helt och hållet har bidragit till ökad trygghet och säkerhet i den kliniska vardagen. 99 % upplever att de kan förmedla sin nyvunna kompetens vidare till kollegor i sin verksamhet.

Under året gjordes en investering för att stödja vårdcentralernas behov av träning av akut omhändertagande och HLR för ökad möjlighet att använda simulatorer och materiel. Vidare har flera aktiviteter inom vårdpreventionsområdet genomförts. Metodikum har även varit aktiv i extern samverkan när det gäller forskning inom området samt utveckling av nationellt instruktörsutbildningsprogram.



## **Läkemedel**

Under 2017 har läkemedelskommittén följt patientsäkerhet och läkemedel genom följande centrala mätningar via rapport- och analysverktyget Diver:

- Läkemedelsberättelser till patient i slutenvård
- Läkemedelsgenomgångar inom Vårdval Primärvård
- Läkemedelskommitténs förskrivningsmål - polyfarmaci, olämpliga läkemedel till äldre

Resultaten har varit stabila de senaste åren och varierar stort mellan olika verksamheter. Användande av läkemedelsberättelser till patienter som skrivs hem från sjukhus varierar till exempel från 5 till 80 % mellan klinikerna. Detta lyfts med länets verksamhetschefer genom dialog och riktad information. Förskrivning av olämpliga läkemedel till äldre minskar, men polyfarmacin i stort ökar.

## **Risk- och händelseanalyser**

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

## **Gröna korset**

Hälften av enheterna (47 st) har infört och använder Gröna korset kontinuerligt. Även inom mötesforumet Daglig styrning används metoden sedan hösten 2017. Viss ökning av registrerade avvikelser i Synergi kan förklaras av Gröna korset.

# 15 Övergripande mål och strategier för kommande år

## Övergripande mål

De mål för patientsäkerhet som sätts i budget och flerårsplan för 2018 ska uppnås av Region Jönköpings län som helhet samt av 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

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, undernäring och dålig munhälsa, samt åtgärder för att minska risker i vårdens övergångar.

## Strategiska angreppssätt

De strategiska angreppssätten för arbetet med patientsäkerhet i Region Jönköpings län 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 2018 fortsätter arbetet med att utveckla arbetet i linje med dessa angreppssätt.

## Arbetssätt

*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 2018 utvecklas arbete med patientsäkerhetsronder där ledningen för verksamhetsområden besöker verksamheterna för uppföljning av och diskussion om verksamheternas arbete med patientsäkerhet.

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

Patientsäkerhet ska vara ett återkommande ämne i olika ledningsmöten. Arbeta 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. När Stratsys nu införts som stöd för ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet kommer detta arbete underlättas. Under 2018 fortsätts det arbete som påbörjades 2017 för denna samlade analys.

### **På verksamhetsområdesnivå**

Klinikerna, de medicinska verksamhetsområdena och Vårdcentralerna Bra Liv har i sina planer för 2018 beskrivit deras planer för arbetet med patientsäkerhet. Viktiga områden som de beskriver att de ska arbeta med är:

- Utveckla arbetsätten för förbättringsarbete och lärande av avvikelser
- Arbete med att definiera, följa och leda efter indikatorer för patientsäkerhet
- Utveckla arbetsätt för riskhantering
- Arbete med att säkra stabil egen bemanning och kompetens hos medarbetarna
- På vårdcentralerna arbete för de svårast sjuka genom fast vårdkontakt och samordning av sjukvårdsbehov, fler hembesök av läkare samt samverkan med andra aktörer
- Uppmärksamma och förbättra omhändertagandet av individer med psykisk ohälsa i primärvården