

Patientsäkerhetsberättelse 2018

Region Jönköpings län



Dnr RJL 2019/552
Axel Ros, chefläkare
Region Jönköpings län
Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

1 SAMMANFATTNING	4
2 STRUKTUR	5
2.1 Övergripande mål och strategier	5
2.2 Organisation och ansvar	7
2.3 Samverkan för att förebygga vårdskador	9
2.4 Patienters och närståendes delaktighet.....	11
2.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	13
2.6 Klagomål och synpunkter	13
2.7 Egenkontroll.....	14
3 PROCESS.....	16
3.1 Åtgärder för att öka patientsäkerheten	16
3.2 Riskanalys.....	23
3.3 Utredning av händelser - vårdskador	23
3.4 Informationssäkerhet.....	24
4 RESULTAT OCH ANALYS.....	25
4.1 Egenkontroll.....	25
4.2 Avvikelse.....	33
4.3 Klagomål och synpunkter	34
4.4 Händelser och vårdskador	35
4.5 Riskanalys.....	36
5 MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR.....	37

1 SAMMANFATTNING

Region Jönköpings län är bland de ledande i Sverige och ska vara i världsklass i patientsäkerhet. Hög patientsäkerhet kräver långsiktigt och uthålligt arbete och är beroende av allas ansvar och engagemang. Det övergripande målet är att minska antalet vårdskador.

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 2018 fortsatt med full styrka för att uppnå ambitionen och målen. Viktiga åtgärder som vidtagits är bland många andra:

- NEWS har införts, ett verktyg för att identifiera patienter med risk för allvarlig försämring
- Sepsislarm har införts på de tre akutmottagningarna
- Genomförande av antibiotikaronder för adekvat antibiotikaanvändning har prövats
- Fortsatt spridning av metoden Gröna korset för ökad riskmedvetenhet
- Utbildningar inom Metodikum med scenarioträning
- Projekt kring trycksår med nollvision
- Nätverk för engagerat ledarskap
- Arbete med läkemedel via farmaceuter på vårdenheter
- Patientsäkerhetsdialoger- och ronder

Generellt visar resultaten att patientsäkerhetsarbetet går bra även om det finns områden som behöver förbättras. För vårdpreventionsarbetet, att minska risk för trycksår, fall, undernäring och dålig munhälsa, nås dock inte målet om andel där man utfört åtgärder hos patienter med risk. Punktprevalensmätning av trycksår visar att andelen patienter med sjukhusförvärvade trycksår är 5,5 % vilket är en minskning från föregående år.

Antibiotikaförskrivningen fortsätter att minska. Polyfarmaci till äldre är fortsatt hög medan förskrivning av olämpliga läkemedel ligger konstant. Andelen enheter som mäter följsamheten till de basala hygienrutinerna ligger stadigt på cirka 80 %. Punktprevalensmätningar för vårdrelaterade infektioner visar att 8 % av inneliggande patienter inom somatisk vård har en VRI, detta är i nivå med tidigare års mätningar. Det finns problem med överbeläggningar och utlokaliseringar, vilket ökar risken för vårdskador, men i mindre utsträckning än i de flesta andra landsting och regioner. Granskning av clostridieinfektioner visar ungefär lika många fall som tidigare men med fler medelvärden under målvärdet.

I Öppna jämförelser 2018 ses i förhållande till riksgenomsnitt resultat som ligger väl till vad gäller trycksår, vårdrelaterade infektioner, dödlighet efter stroke och slutenvård i livets slutsked. För några indikatorer är utmaningarna större, till exempel användning av antipsykotiska läkemedel till äldre och återfraktur efter tidigare benskörhetsfraktur. För flertalet indikatorer har det varit en förbättring av resultaten jämfört med tidigare.

En samlad analys av lex Maria-anmälningar, patient-/kundsynpunkter, 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 avvikelse rapporteringen vet vi att viktiga förbättringsområden är läkemedelshantering, omvårdnad, intern och extern samverkan samt hantering av vårddokumentation.

2 STRUKTUR

2.1 Övergripande mål och strategier

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

Region Jönköpings län är bland de ledande i Sverige och ska vara i världsklass i patientsäkerhet. Arbetet med patientsäkerhet och kvalitet har en lång och stark tradition. Vården ska vara personcentrerad, kunskapsbaserad och organiserad för 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 medarbetaren 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.



Särskilt viktiga områden i arbetet med patientsäkerhet är ledningens engagemang, 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.

2.2 Organisation och ansvar

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

Patientsäkerheten i Region Jönköpings län ska vara i världsklass. Hög patientsäkerhet kräver långsiktigt och uthålligt arbete och är beroende av allas ansvar och engagemang.

Huvudansvaret för patientsäkerhet följer linjeorganisationen.

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

Verksamhetschef, enhetschef eller motsvarande ansvarar för patientsäkerheten i sin verksamhet genom en löpande dialog med medarbetarna för att inspirera och engagera. De är länken mellan medarbetare och högsta ledningen och skapar förutsättningar för en hållbar och säker verksamhet samt en bra arbetsmiljö och patientsäkerhet genom att förebygga och ta tag i problem. Tillsammans med berörda utvecklar de arbetet med patientsäkerhet.

Varje medarbetare har ett patientsäkerhetsansvar i det dagliga arbetet och i det systematiska kvalitetsarbetet. De har stor betydelse för och påverkan på den enskilda patienten. Medarbetare bidrar till patientsäkerhetsarbetet genom att delta i att ta fram och vidareutveckla riktlinjer och rutiner samt följa dem och anpassa arbetsätt efter situation. De bidrar också till ständiga förbättringar samt en hållbar och säker verksamhet genom att lära av varandra, delta i risk- och avvikelshantering samt följa upp mål och resultat.

Ledningsansvar

Region Jönköpings läns högsta ledning har stor påverkan på innehåll och fördelning av vården och skapar förutsättningar för ett patientsäkerhetsarbete i världsklass. De sätter organisationskulturen för arbetet med patientsäkerhet och beaktar patientsäkerhetsperspektivet i de beslut som tas.

Regionfullmäktige beslutar om budget med verksamhetsplan samt flerårsplan.

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

Nämnd för folkhälsa och sjukvård ansvarar för att ett systematiskt patientsäkerhetsarbete bedrivs enligt patientsäkerhetslagen (2010:659).

Regiondirektören leder operativt Region Jönköpings läns verksamhet i enlighet med budget och flerårsplan och har ett övergripande ansvar för all verksamhet och fördelar ansvar för arbetsuppgifter och befogenheter till sjukvårdsdirektörer. Regiondirektören leder regionens ledningsgrupp och ingår i sjukvårdens ledningsgrupp.

Hälso- och sjukvårdsdirektören har som en del i sitt hälso- och sjukvårdsuppdrag övergripande ansvar för arbetet med patientsäkerhet och rutiner som påverkar patientsäkerhet. Hälso- och sjukvårdsdirektören är chef för avdelningen folkhälsa och sjukvård. Koppling finns till bland andra chefläkare, smittskydd vårdhygien, Strama, medicinska programgrupper, FAKTA-grupper, ledning för de medicinska verksamhetsområdena och verksamhetschefer. Hälso- och sjukvårdsdirektören ingår i regionens ledningsgrupp och leder sjukvårdens ledningsgrupp.

Ansvar för samordning och stöd

Chefläkare och patientsäkerhet är en sektion i avdelningen folkhälsa och sjukvård. En av chefläkarna är chef för sektionen. Sektionen ansvarar för det operativa arbetet med stöd till verksamheternas arbete med patientsäkerhet och ansvarar för övergripande sammanställning och analys av patientsäkerhetsområdet, övergripande vårdplatsamordning, arbetet med daglig styrning på sjukhusen samt leder det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Chefläkarna är anställda i sektion chefläkare och patientsäkerhet och ansvarar för lex Maria-anmälningar, företräder vårdgivaren i kontakter med Inspektionen för vård och omsorg när det gäller patientsäkerhet i de fall då inte annan befattningshavare särskilt efterfrågas.

Smittskydd vårdhygien planerar, organiserar och leder smittskydds- och vårdhygienarbetet i länet med syftet att tillsammans med vårdverksamheten förebygga uppkomsten av vårdrelaterade infektioner och smittspridning.

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

Läkemedelskommittén i Region Jönköpings län stödjer 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 och Kulturum. Genom läkemedelsdialoger på respektive sjukhus samt samverkan med vårdval primärvård görs planering och uppföljning inom verksamheterna.

Utvecklingsdirektören och medarbetare inom **Kulturum** stödjer Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete genom utveckling av och stöd för verksamheternas arbete med patientsäkerhet. Utvecklingsdirektören ingår i Region Jönköpings läns ledningsgrupp och sjukvårdens ledningsgrupp samt leder referensgrupp för patientsäkerhet.

Referensgruppen för patientsäkerhet är en läns gemensam grupp för patientsäkerhetsarbetets olika processer. Gruppens huvudsakliga uppgift att bidra till utveckling av patientsäkerhetsarbetet i Region Jönköpings län. 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.

Patientnämnden är underställd regionfullmäktige och får sitt mandat via dels lagstiftning, dels regionfullmäktiges reglemente. Nämndens uppgift är att stödja och hjälpa patienter och närstående i all offentlig finansierad hälso- och sjukvård.

2.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

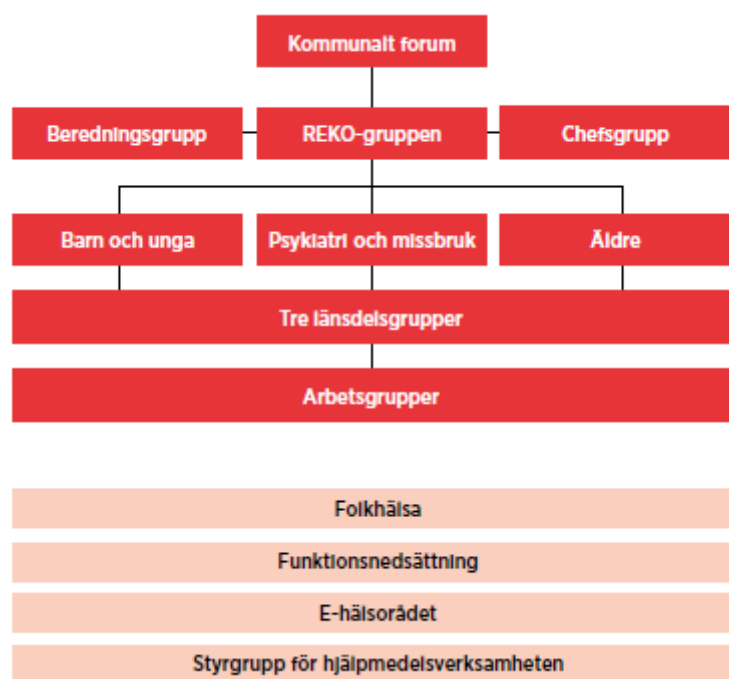
SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

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

Arbetsgrupp äldre analyserar avvikelser i samverkan och rapporterar till strategigrupperna. I den norra länsdelen finns ett händelseråd med representanter från kommunerna, primärvård och sjukhus och där analyseras och sammanställs avvikelserna för att sedan rapporteras till strategigrupp äldre.

Vårdsamordnare på vårdcentral

-Vårdsamordning och fast vårdkontakt är prioriterat arbete i syfte att öka tryggheten och tillgängligheten för de patienter som har störst vårdbehov. Vårdsamordnaren är nyckelperson i kontakterna mot den kommunala hemsjukvården och är också involverad i arbetet med upprättande av individuella vårdplaner.

Esther nätverk

Esther är ett samarbete mellan kommuner, primärvård och specialistvård i Region Jönköpings län för att utveckla samverkan i vården. Det började på Höglandet och har under senare år blivit en modell för hela Region Jönköpings län. Numera är Esther även en känd förebild och inspirationskälla nationellt och internationellt.

"Esther" är en symbolisk person med komplexa vårdbehov som kräver integrerad vård och samordning. Det är självklart att brukaren, patienten är aktiva deltagare i nätverket. För att få till personcentrerad vård på alla nivåer används en enkel återkommande fråga: "Vad är bäst för Esther?"

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 infördes 2017 och då det har upplevts som värdeskapande har arbetssättet permanentats under 2018.

Planering och styrning sommaren

En omfattande planering gjordes inför sommaren där en arbetsgrupp tidigt samordnade alla planer och beslut. En rutinbeskrivning för vårdplatskoordination vecka 25-34 skapades. Under sommaren kompletterades den dagliga styrningen på respektive sjukhus med ett dagligt länsövergripande videomöte på vardagar kl. 11:45, lett av någon av de tre sjukvårdsdirektörerna och med deltagande av bland annat verksamhetschefer, ambulansverksamhet, administration och tjänsteman i beredskap. Dessutom kunde

kommunala representanter delta vid behov.

Under sommaren var det också en veckostyrning av vårddokumentation för att resonera om och arbeta med åtgärder för utskriftsläget i Region Jönköpings län. Bakgrunden var att det fanns stora mängder utskrivna diktat på flera kliniker samt problem med att bemanna akutorganisationen vad gäller sekreterare vilket sågs som en stor patientsäkerhetsrisk. Vårdadministrativa chefer från de tre sjukhusen, chefsjuksköterskor och någon av direktörerna deltog vid dessa möten.

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
- vårdamordnare från primärvården
- från slutenvården deltar biträdande verksamhetschef från medicin- och geriatriskliniken samt chefsjuksköterskorna.

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

2.4 Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är patientmedverkan och personcentrering. I Region Jönköpings län finns ett etablerat 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 närståendeerfarenheter.

”Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård” är Region Jönköpings läns arbete för framtidens hälso- och sjukvård. Arbetet har gått från projekt till strategi och en av de viktigaste ansatserna är personcentrering och patientmedverkan.

En av delarna 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, en mötesplats för personer med cancer och närstående har under 2018 drivits bland annat med medel från Arvsfonden. Från att ha varit ett pilotprojekt i Jönköping har även verksamhet i Eksjö startat. Planering för uppstart i Värnamo och Tranås pågår. Verksamheten drivs tillsammans med ett 30-tal volontärer.

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. Intresset för att starta Lärcaféer ökar och under 2018 har drygt 30 nya kursledare utbildats.

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 45 personer med olika erfarenheter och åldrar. Personerna i biblioteket har engagerats 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.

Några av sammanhangen där personer från Levande bibliotek bidrar:

- Esther coachutbildningen.
- Esther SimLab, en modell för simulering och praktisk träning av icke-tekniska färdigheter (kommunikation, bemötande, samverkan, teamarbete) har tagits fram och testats inom ramen för utskrivningsprocessen och samordnad vårdplanering (SVPL).
- Front VL är ett internationellt och multiprofessionellt innovationsprojekt. Det övergripande syftet med projektet är att tillsammans med användare designa en individuellt anpassad teknik för att främja god hälsa genom hela livet, med fokus på seniorer.

Att utveckla **Co-production**, det vill säga samskapande med patienter och närstående är ytterligare ett arbete som pågår inom regionen i samverkan med bland annat Jönköping Academy.

Patientstödjare

Sedan tidigare är en patientstödjare anställd i ett regionuppdrag med utgångspunkt från Qulturum. Arbetsområdet har utvidgats och uppdraget sträcker sig över samtliga medicinska områden. Viktiga områden är olika typer av mötesplatser till exempel Lärcafé, självhjälpgrupper och Levande bibliotek. Under 2018 har ytterligare två personer projektanställts som patientstödjare.

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

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

Cirka 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.

2.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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. 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. Rapportörerna får alltid återkoppling på handlagt ärende via avvikelshanteringssystemet.

2.6 Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 och 6 §, 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. I Region Jönköpings läns grundläggande värderingar uttrycks viljan att föra dialog med patienter i termer av kundorientering. Att systematiskt lära av synpunkter och klagomål för att inte upprepa misstag är ett sätt att förebygga fel och att sträva efter ständiga förbättringar. Att patienter får snabb återkoppling och svar följer principen om snabba reaktioner på uttalade och outtalade behov. En ändamålsenlig hantering av synpunkter och klagomål går dessutom hand i hand med en personcentrerad vårdkultur.

En patient eller närstående kan efter att ha varit i kontakt med berörd verksamhet anmäla en händelse i vården till IVO, en enskilds klagomål enligt IVO's terminologi. I Region Jönköpings läns hantering av dessa klagomål är det chefläkaren som bedömer anmälan, berörd verksamhet som besvarar klagomålet och chefläkaren som därefter bedömer 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.

2.7 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.

Egenkontroll/Område	Omfattning	Källa
Uppföljning av arbetet i fokusområden för Säker vård - alla gånger	Följs löpande i referensgrupp patientsäkerhet	Arbetsgrupper för respektive fokusområde
Punktprevalensmätning för vårdrelaterade infektioner	3 gånger/år	PPM-databas SKL
Observationsstudier av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	1 gång/månad på klinik och vårdcentral	Rapport- och analysverktyg Diver
Uppföljning av aktiviteter inom vårdprevention	Fortlöpande i varje verksamhet för patienter 65 år och äldre	Senior Alert
Punktprevalensmätning för trycksår	1 gång/år	PPM-databas SKL
Uppföljning av antibiotikaförskrivning	1 gång/månad	Rapport- och analysverktyg Diver
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering inom slutenvård, primärvård och tandvård	1 gång/år	Rapport från esMaker till verksamheterna
Uppföljning av läkemedelsgenomgångar inom vårdval	1 gång/månad	Vårdvalsenheten
Uppföljning av läkemedelskommitténs förskrivningsmål	1 gång/månad	Rapport- och analysverktyg Diver
Läkemedelsberättelser	1 gång/halvår	Rapport- och analysverktyg Diver
Patientupplevelser - Nationell Patientenkät	Genomförs vart annat år	Sveriges Kommuner och Landsting
Medarbetarnöjdhet - Medarbetarskap och säkerhetsundersökning	Genomförs vart tredje år	Institutet för kvalitetsindikatorer (Indikator)
Patient-/kundsynpunkt	Rapporteras och följs fortlöpande	Synergi. IT-system för patient/kundsynpunkter, avvikelser och förbättringsförslag
Uppföljningar via Öppna Jämförelser	Löpande i respektive verksamhet	Vården i siffror och Kolada
Uppföljning via aktuella kvalitetsregister	Löpande i respektive verksamhet	Nationella kvalitetsregister

Registrering och analys av överbeläggningar och utlokaliserade patienter	Följs dagligen på sjukhusen, rapporteras 1 gång/månad	Väntetider i vården
Återinskrivningar	1 gång/månad	Rapport- och analysverktyg Diver
Avvikelse	Rapporteras och följs fortlöpande	Synergi. IT-system för patient/kundsynpunkter, avvikelser och förbättringsförslag
Markörbaserad journalgranskning av vårdskador	Varje månad inom somatisk och psykiatrisk vård	Nationell databas MJG
Analys av det samlade patientsäkerhetsläget genom sammanställning av lex Maria, enskildas klagomål, Löf-anmälningar, allvarliga avvikelser samt patientnämndsärenden görs av sektion chefläkare och patientsäkerhet	Löpande i respektive verksamhet. På övergripande nivå görs sammanställning och analys 3 gånger/år.	Evolution, Synergi, Löf, Patientnämnden
Patientsäkerhetsdialog	Genomförs varje år med samtliga kliniker i samband med verksamhetsuppföljningar	Interna anteckningar
Patientsäkerhetsrond - extern och intern	Genomförs vartannat år respektive integrerat med andra ronder varje år	Interna anteckningar
Ackrediterade och certifierade verksamheter	Interna och externa revisioner enligt systematisk plan	Upphandlade ackrediterings- och certifieringsorgan

3 PROCESS

3.1 Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 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 2018.

Säker vård – alla gånger

Säker vård – alla gånger är det gemensamma konceptet för patientsäkerhetsarbete och omfattar 16 områden. Varje fokusområde innehåller ett åtgärds paket med rutiner och riktlinjer baserade på vetenskap och beprövad erfarenhet för att minska risken för tillbud och skador. Under 2018 har stort fokus lagts på att säkra vårdkedjan även utanför den slutna vården.

Några aktiviteter inom *Säker vård - alla gånger*

Aktivt ledarskap

Chefsutbildningarna bejakar ett helhetsperspektiv kring patientsäkerhet och bygger på ett mångårigt medvetet värdegrundsarbete. Patientsäkerhet har på olika sätt belysts i de olika chefsprogrammen där det specifikt är med i våra två teman; kundorientering och processorientering där diskussions- och förberedelsefrågor har fokus på hur man klarar tillgänglighet, bemötande och måluppfyllelse där patientsäkerhet finns som en avgörande faktor för att uppnå dessa. Patientsäkerhet är ett ämne på samtliga storgrupp sjukvård för att engagera chefer och ledare.

Nätverk för engagerat ledarskap är långsiktig satsning som ska ge samtliga chefer i Region Jönköpings län utrymme att ge och få stöd och inspiration i aktuella frågor.

Nätverksträffarna utgör mötesplatser där chefer kan utbyta erfarenheter och kunskap med chefskollegor från olika verksamhetsområden och på så sätt möjliggöra utveckling av det personliga ledarskapet såväl som verksamheten.

För att stärka chefskapet inom Vårdcentralerna Bra Liv erbjuds Chefsarena Bra Liv, introduktionsprogram, mentorskap samt chefstraineer.

Medarbetarskap och säkerhet - minienkät

I väntan på att undersökningen Medarbetarskap och säkerhet ska genomföras på nytt 2019 finns möjlighet att genomföra en minienkät. Denna är frivillig och riktar sig till verksamheter som vill följa upp genomförda åtgärder och arbeta med förbättringar.

National Early Warning Score (NEWS)

NEWS är ett verktyg för övervakning av patientens vitala funktioner och kan vara till hjälp för att identifiera patienter med risk för allvarlig försämring. Verktöget anger en åtgärdstrappa när man ska öka övervakningen med tätare intervall, när man ska tillkalla läkare för ny bedömning och när man bör kontakta IVA-kompetens (MIG-team).

Under hösten togs beslut att revidera NEWS-verktyget och uppgradera det till NEWS 2 under 2019. NEWS 2 är väldigt likt nuvarande NEWS, men med vissa förbättringar och förtydliganden i detaljer, och har mer betoning på att upptäcka sepsis.

Sepsislarm har under året införts på de tre akutmottagningarna för att säkerställa tidig identifiering av sepsis. Genom ett strukturerat arbetssätt inkluderande riktlinjer och

standardvårdplan, är syftet att minska variationerna och förbättra omhändertagandet av denna patientgrupp. Utbildning av cirka 2000 medarbetare inom såväl slutenvård som öppenvård och ambulanssjukvård har genomförts och sjukhusövergripande team med sepsisombud i form av läkare och sjuksköterskor från samtliga kliniker har bildats. Under hösten har sepsisprocessen granskats som del av Löf's projekt med Säker sepsis.

Läkemedel

Under 2018 har arbete kring patientsäkerhet och läkemedel skett inom följande områden:

- 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, samordnad läkemedelslista - kommun och region.
- Förebygga fel med högriskläkemedel; uppdatering av riktlinjer för hantering av högriskläkemedel, kvalitetsarbete kring Waran-behandling till barn, läkemedelsautomater för narkotika samt restnoterade läkemedel.
- Läkemedelsrelaterade problem; olämplig polyfarmaci, läkemedelsbehandling till äldre samt rapport "Uthämtade antidepressiva respektive narkotikaklassade läkemedel i Region Jönköpings län".

Arbetet bedrivs till stor del genom anställd läkemedelsstrateg och farmaceuter anställda inom område läkemedelsförsörjning i nära samarbete med personal på aktuella vårdenheter och 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. Där registreras riskbedömningar, åtgärder, uppföljningar och händelser. Detta gör att varje enhet kan följa den vårdpreventiva processen och dess resultat, vilket möjliggör för enheterna att arbeta med ständiga förbättringar. Under året har ett projekt kring trycksår startats upp och i samband med det togs beslut om en nollvision för trycksår.

Smittskydd vårdhygien

Viktiga arbetsuppgifter har varit:

- Följsamhetsmätningar genomförs varje månad avseende basala hygienrutiner och klädregler (BHK). Hygienobservatörsträffar har genomförts vår och höst i syfte att minska antalet vårdrelaterade infektioner och öka patientsäkerheten.
- Utbildningsinsatser för nya sjuksköterskor, infektionskurs på Hälsohögskolan, introduktion till nyanställda, temautbildningar calici och influensa samt spol- och diskutbildning.
- 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 2018. Calicisäsongen medförde fem utbrott inom slutenvården. Utbrottsgrupper sammankallades vid dessa tillfällen och att tidigt vårda drabbade patienter separat med särskild personal dygnet runt visade sig vara en betydande framgångsfaktor för att begränsa omfattningen på utbrotten.

- Anmärkningsvärt nog inträffade två mindre utbrott av den allvarliga men ovanliga infektionen barnsängsfeber på två olika förlossningsavdelningar under året. Ett intensivt arbete med smittspårning, miljöprovtagning, provtagning av personal, undervisning av personal, auskultation av hygiensjuksköterska och hygienronder genomfördes. I efterförloppet har många positiva effekter setts; viss förbättring av lokaler, bildande av en hygiengrupp, bättre följsamhet till BHK och förändrade rutiner med ett ökat fokus på och intresse för hygienfrågor hos samtliga yrkeskategorier.
- Under 2018 har smittskydd vårdhygien varit delaktiga i planeringen kring flera byggprojekt. I samband med utbyggnad på Länssjukhuset Ryhov har ett så kallat showroom byggts upp. Det är ett vådrum med toalett, närförråd och ett mottagningsrum som byggts upp för att personalen ska kunna testa inredning och arbetsrutiner. Vårdhygien ser stora fördelar med det arbetssättet ur patientsäkerhetssynpunkt.

Strama

Viktiga arbetsuppgifter har varit genomförande av antibiotikaronder där infektionsläkare stödjer rationell antibiotikaanvändning på vårdavdelningar. Utvärdering visar en positiv effekt där projektets "mottagare" i stor utsträckning uppfattade ronderna som värdefulla. Arbetssättet är ännu inte permanentat.

Fem privata aktörer erbjuder digitala vårdmöten till patienter från hela landet inom ramen för vårdval. Vårdcentralerna Bra Liv erbjuder i sin tur digitala besök för sina listade patienter via appen Bra Liv Nära. Antalet digitala besök har fortsatt öka stadigt och liksom tidigare dominerar olika infektionstillstånd.

Nationella Stramas kvalitetskriterier för digitala vårdmöten ligger till grund för uppföljningen i Region Jönköpings län. Utvärdering av följsamhet till riktlinjerna görs i samverkan med primärvårdsenheten.

Kvarvarande urinkateter

Gemensamma riktlinjer *KAD - bara när det behövs som* används inom slutenvårdsavdelningar har reviderats och utökats för att gälla även primärvården och hemsjukvården. Ansvariga coacher finns i verksamheterna för att stödja arbetet och mäta följsamheten. Urologkliniken har tillsammans med Qulturum påbörjat ett samarbete med Nya Karolinska Solna, smittskydd och kommunen med syfte att ta fram riktlinjer för primärvården och hemsjukvården kring förebyggande av urinretention och vårdrelaterade infektioner orsakade av KAD.

Övriga områden

Detta är exempel på aktiviteter som inte ingår i konceptet *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 teamträningen för medarbetare vilket bidrar till god förmåga att hantera svåra kliniska situationer i en nära nog verklig miljö.

Kompetensförsörjning – rekrytering sjuksköterskor och läkare

Inom Region Jönköpings län finns ett fortsatt kontinuerligt behov av att rekrytera läkare och främst inom samma områden där det råder nationell brist på läkare; allmänmedicin, psykiatri och vissa små specialistområden. För att trygga läkarförsörjningen, genom att öka antalet anställda läkare och minska antalet hyrläkare, pågår kontinuerligt arbete. Rekrytering

av AT-läkare och ST-läkare utgör i huvudsak grunden för försörjning av specialistutbildade läkare. Under senare år har antalet AT-tjänster utökats för att möta behovet av ST-läkare samtidigt som antalet ST-läkare har ökat markant. Ytterligare åtgärder för att möta behovet av läkarförsörjning är att rekrytera färdiga specialister från andra länder.

Rekrytering av sjuksköterskor och svårigheten att bemanna vissa avdelningar på kort och lång sikt är en aktuell fråga. Speciellt viktigt är det att rekrytera vikarier under semesterperioden. Det finns strategier för rekrytering av semestervikarier inom perspektiven attrahera, rekrytera samt utveckla/behålla.

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 samt hyrläkare

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.

Introduktion av hyrläkare har förbättrats avseende information om lokaler, rutiner och IT-stöd. Läkare och vårdadministratör samverkar med syfte att all dokumentation ska vara klar innan hyrläkare avslutar sitt arbete.

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.

Standardiserade vårdförlopp (SVF)

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.

Region Jönköpings län har infört samtliga 31 standardiserade vårdförlopp inom cancervården enligt överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting. Projektet startade 2015 och har pågått enligt tidplan till och med 2018 och är nu avslutat. Arbetet fortsätter med stöd till verksamheterna för att utveckla förloppen.

Gröna korset

Gröna korset är en enkel visuell metod för medarbetare i sjukvården att dagligen identifiera risker och vårdskador i realtid. Metoden skapar ett underlag för riktat systematiskt förbättringsarbete som ökar patientsäkerheten samt stärker patientsäkerhetskulturen.

Fördelen med Gröna korset är att medarbetare får en ökad kunskap om vilka vårdskador och risker som finns i sin verksamhet och att enheten kan arbeta med förbättringsåtgärder utifrån sina resultat. På flera enheter har metodiken för Gröna korset utvecklats och använts även för att beskriva händelser samt situationer i det dagliga arbetet där man har lärt av det som gått bra och på så sätt stärkt patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsdialoger

Klinikledning, verksamhetsrådets ledningsstab och chefläkare träffas en gång per år under hösten för att få en gemensam bild av patientsäkerhetsläget, det proaktiva arbetet i verksamheten samt ge involverade en möjlighet till reflektion.

Patientsäkerhetsronder

Ronder genomförs på enskild klinik vartannat år på våren och innefattar ett gruppsamtal med medarbetare i patientnära arbete, samtal med klinikledningen samt en rundvandring. Ronderna ger förutsättningar att diskutera relevanta patientsäkerhetsfrågor och belyser sambanden mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet. Den ger ledningen och medarbetare en gemensam bild av patientsäkerhetsläget. Ronden ska ses som ett verktyg för det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Den ska ge möjlighet till reflektion och kunskapsutbyte och bidra till en förbättrad säkerhetskultur genom att synliggöra risker i vardagen.

Rätt Använd Kompetens (RAK)

Arbete med RAK pågår inom många verksamheter då bemanning och kompetens för rätt arbetsuppgifter 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. Bedömningar och resultaten diskuteras regionövergripande med chefläkare och rapporteras till en nationell databas. Alla vårdskador som identifierats med ledning av MJG-metoden återrapporteras till respektive klinik som en möjlighet att användas i förbättringsarbete och för ökat lärande. 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 är etablerad 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.

Patientkontrakt

Exempel på ett strategiskt utvecklingsområde är Patientkontrakt. Patientkontraktet ska skapa förutsättningar för att relationen mellan patienten och vården bygger på samskapande och gemensamt ansvar. Patientkontraktet är inget juridiskt kontrakt utan bör ses som ett kultur- och strukturarbete som ska bidra till bättre delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan. Patientkontraktet handlar om att i varje möte mellan individen och vården söka, stärka och ta tillvara individens egen förmåga och vilja utifrån vad som är

viktigt för den personen. En av strategierna för arbetet med patientkontrakt är att integrera införandet i det arbete som redan pågår.

1177 Vårdguiden på telefon

För att korta svarstiderna arbetar 1177 Vårdguiden på telefon i Region Jönköpings län i samverkan dygnet runt med Region Östergötland, Halland samt Dalarna sedan maj 2018. Mellan vissa tider på dygnet samverkar sju andra regioner efter att samtalen stått 4 minuter i respektive regions egen kö. Detta medför att det är än viktigare att följa arbetsätt och rutiner och därför finns en kvalitets- och utbildningsplan som inkluderar kvalitetsgranskning, dokumentationsutbildning, hospitering, samtalscoachning av certifierade samtalscoacher samt individuell handledning regelbundet till alla sjuksköterskor.

Vårdsamordning

Lagen om Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård trädde i kraft 1 januari 2018. Arbetsätt för samordnad vårdplanering har utvecklats för att skapa trygghet i samband med in- och utskrivning från sjukhus, detta gjordes i samverkan mellan Region Jönköpings län och de 13 kommunerna i länet.

Strålsäkerhet

Året har haft fokus på ökad strålsäkerhetskunskap och kännedom till chefer och medarbetare via kontinuerlig avstämning, sjukhusfysik på intranätet, teoretisk strålskyddsutbildning i olika form samt praktisk strålskyddsutbildning i små grupper.

En helt ny nuklearmedicinsk verksamhet har byggts upp där hänsyn tagits till flödet och strålsäkerheten. Inför den nya PET/CT-verksamheten har stora utbildningsinsatser utförts, både internutbildning samt auskultation hos andra sjukhus. Arbetet har genomförts kring automatisering av datainsamling för nuklearmedicin. För CT-undersökningar har stråldoserna kunnat sänkas med cirka 20 % med bibehållen diagnostisk kvalitet.

Inom röntgen har det genomförts kontinuerligt optimeringsarbete och då särskilt på de dosbelastade modaliteterna, paketutbildning till angio-/interventionister (kardiologer och kärlkirurger) som saknat grundutbildning i röntgenfysik och röntgenteknik, nya regler för uppföljning och hantering av patient med hög huddos inom angio-/interventionsverksamhet, automatisering av uppföljning och datainsamling av patientstråldoser.

För att få en säkrare planering av strålbehandling har dagliga ronder införts där läkarna gemensamt granskar ritade targetvolymmer för ett stort antal diagnoser, kort daglig avstämning har införts för strålbehandlingsfysiker och detta främjar informationsöverföring och fördelning av arbetsuppgifter för att undvika stressrelaterade avvikelser, en läkarjourtelefon är införd som innebär mindre störningar för resterande strålläkare och underlättar för all personal som snabbt behöver kontakt med ansvarig läkare.

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.

Patientsäkerhet är en stående punkt på dagordning i verksamhetsområdenas ledningsgruppsmöten. Då lyfts aktuella ämnen och resultat samt dras lex Maria-ärenden för gemensamt lärande.

2018 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.

- Fortsatt arbete med vårdplaner och Samordnad Individuell Plan (SIP) pågår för att ge en välplanerad och sammanhållen vård i såväl öppenvård som slutenvård och med andra samarbetspartners såsom kommun och primärvård.
- Arbete med Rätt Använd Kompetens (RAK) pågår då bemanningssvårigheter är en av de största utmaningarna i verksamhetsområdena, men också för att nyttja rätt kompetens för olika arbetsuppgifter.
- Fortsatt och utvecklat stöd av klinisk farmaceut i slutenvården inom psykiatrin. Detta för att öka säkerheten kring läkemedel i sjukvården och stödja läkare och sjuksköterskor i det dagliga arbetet med läkemedel på avdelningarna.
- Arbetet med systematiska läkemedelsgenomgångar har fortsatt inom Vårdcentralerna Bra Liv med ambitionen att alla hemsjukvårdspatienter samt patienter på särskilda boenden ska ha årlig läkemedelsgenomgång i nära samverkan med berörda sjuksköterskor i kommunen.
- Flera kliniker har arbetat med ökad brukarmedverkan i vården. Detta har skett exempelvis genom inflytelsesamordnare, peers, patientintervjuer, Lärcafé och brukarråd/dialog.
- Markörbaserad journalgranskning (MJG) inom de vuxenpsykiatriska klinikerna med syfte att kvalitetsgranska sluten- och öppenvård i psykiatrin.
- Det är strategiskt beslutat i Medicinsk vård att alla enheter ska införa Gröna korset och det är gjort med ytterst få undantag.
- Inom Medicinsk vård har en checklista tagits fram till patienten att användas under vårdtiden samt i samband med utskrivningssamtalet. Patienten bidrar till och tar ansvar för att få den information som behövs innan hemgång och det blir en hjälp för läkaren att informera om alla delar.
- Sepsislarm har under året införts på de tre akutmottagningarna för att säkerställa tidig identifiering och genom ett strukturerat arbetssätt, inkluderande riktlinjer och standardvårdplan, minska variationerna och förbättra omhändertagandet av denna patientgrupp med hög mortalitet. Sepsisprocessen har granskats som del av Löf's projekt med Säker sepsis för att finna styrkor, men också förbättringsområden att arbeta vidare med. En handlingsplan är framtagen för de tre akutsjukhus i länet.
- Arbete för att minska dubbeldokumentation, öka strukturen och öka användandet av gemensamma dokument i Cosmic.
- Stort fokus på hygienfrågor i Kirurgisk vård. Under 2018 togs ett beslut på målet 95 % följsamhet till riktlinjer för basala hygienrutiner och klädregler. Verksamheter med goda resultat har fått presentera sina framgångsfaktorer. Ett utbrott av barnsängsfeber ledde till ett omfattande arbete som sedan har redovisats i ledningsgruppen. Hygienobservatörerna i verksamhetsområdet har samlats vid ett tillfälle där sjukvårdsdirektör och utvecklingschef deltog. Där lyftes särskilt frågan om ledningens stöd och att resultat och erfarenhet efterfrågas.
- I arbetet med vårdprevention har det tillkommit trycksårsombud på de flesta kliniker.

3.2 Riskanalys

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

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 försämrade kvalitet eller patientsäkerhet. Det kan vara risker i den befintliga verksamheten, risker som uppstår vid förändringar av arbetsätt eller vid införande av nya metoder och ny teknik. Det kan också vara risker som ses vid frekventa avvikelser inom samma område.

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.

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 arbetsätt som stödjer sådan riskvärdering stimulerats men behöver fortsatt utvecklas.

3.3 Utredning av händelser - vårdskador

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

Utredning av händelser

Det är viktigt att hälso- och sjukvårdens kvalitet fortlöpande utvecklas och säkras för att förebygga vårdskador. Händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada utreds och risker diskuteras konstruktivt inom verksamheterna. 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.

Händelseanalysen är en systematisk utredning av negativa händelser och tillbud. Analysen omfattar rekonstruktion av händelseförlopp och analys av bakomliggande orsaker samt analys av barriärer som har eller skulle kunnat hindra händelseförloppet eller begränsa skadorna. Syftet med analysen är att beskriva händelsen, utreda och beskriva bidragande faktorer ur ett individ- och systemperspektiv samt föreslå åtgärder.

Som stöd för utredning finns Nitha som är ett nationellt IT-stöd för händelseanalys. Nitha består av en operativ del där analysledare registrerar och utför analyser av skador inom vården enligt en systematiserad metod som ger bra underlag för internutredningar och stärker systemperspektivet i analysen. Nitha består också av en kunskapsbank, där vårdpersonal kan ta del av avslutade analysrapporter för spridning av lärande.

Internutredningar i lex Maria-ärenden är nu kompletterade med att verksamheten beskriver sina erfarenheter från händelsen, hur lärandet ska spridas i verksamheten, både internt och externt. Även tidplan och ansvar för åtgärder har 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.

3.4 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. Mängden information samt utbytet av information ökar i omfattning både 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. Det är också viktigt att verksamheten kan lita på att informationen är korrekt och inte avsiktligt eller oavsiktligt förändrad. Information som rör enskilda personers sociala, medicinska och andra personliga förhållanden måste skyddas noga mot oönskad förändring, förlust och röjande.

Uppföljningar, åtgärder och utvärdering

Under året har flertalet genomgångar och analyser genomförts som har resulterat i en handlingsplan för åtgärder inom ett antal områden inom informationssäkerhet.

Ett projekt har genomförts i verksamheten för att anpassa Region Jönköpings läns verksamhet till den nya dataskyddsförordningen (GDPR).

Kontinuerlig uppföljning har fortlöpande genomförts i verksamheten genom systematisk loggkontroll av medarbetare och dess tillgång till patientjournaler.

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

Verksamheten rapporterar informationssäkerhetsincidenter i avvikelshanteringssystemet Synergi. Åtgärder har vidtagits där incidenter och avvikelser har uppkommit. Hälso- och sjukvårdens IT-kontaktpersoner samt andra grupper har fått utbildning inom området.

Informationssäkerhet har varit en del i riskanalyser som genomförts i verksamheten i samband med till exempel införande av nya IT-system eller andra produkter för digitalisering inom hälso- och sjukvården. Ett mindre antal riskanalyser enbart riktade mot informationssäkerhetsområdet har genomförts under året.

Ett arbete med att informationssäkerhetsklassa strategiska IT-system och produkter pågår. Strategin är att nya IT-system och produkter som införs i verksamheten ska ha genomgått en informationssäkerhetsklassning.

Informationssäkerhetsklassningen genomförs med hjälp av verktyget KLASSA från SKL. Systemägaren bestämmer systemets nivåer för tillgänglighet, riktighet och konfidentialitet utifrån vilka konsekvenser som kan uppstå 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 i KLASSA leder fram till en handlingsplan med åtgärder för att säkra upp eventuella brister.

4 RESULTAT OCH ANALYS

4.1 Egenkontroll

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. Under året har undersökningar genomförts inom den specialiserade somatiska och psykiatriska vården. Överlag har patienterna ett gott intryck av sitt besök eller vistelse inom den specialiserade vården. Patienters upplevelser mäts också kontinuerligt inom de så kallade standardiserade vårdförloppen.

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 76 % har utförda åtgärder vid risk för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen vilket är sämre än målet 90 % och något sämre än föregående år.

Av de patienter som riskbedömdes 2018 hade 70 % minst en risk inom de fyra områdena, vilket är en ökning med 4 %. En anledning till ökningen kan vara att de patienter som läggs in har ett större vårdbehov. Under året har arbetet med att rekrytera sakkunniga inom samtliga områden intensifierats. En del arbete kvarstår för att optimera kunskapsspridning i verksamheterna. Bemanningsproblematik och hög andel nyanställd personal på flera arbetsplatser är en utmaning för vårdpreventionsarbetet.

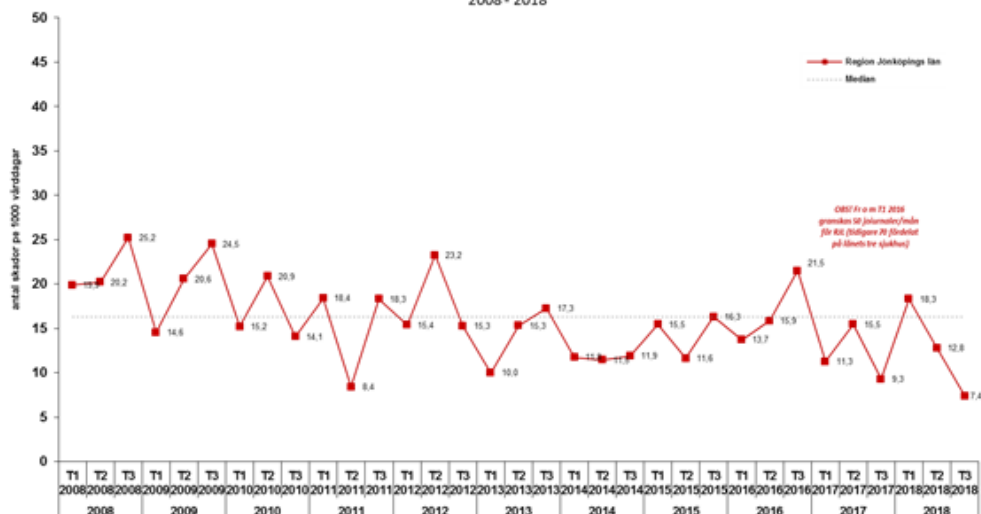
Trycksår

För trycksår är en nollvision antagen där målet är att inga patienter ska drabbas av trycksår. Punktprevalensmätning av trycksår visar att andelen patienter med sjukhusförvärvade trycksår är 5,5 % vilket är en minskning från föregående år. Under året har det förebyggande arbetet intensifierats. En projektanställd sjuksköterska har tillsammans med verksamheterna utifrån målområdena identifierat åtgärder som nu införs för att nå nollvisionen.

Vårdskademätning

Det finns en variation över tid i antalet skador. Med använd metod kan man inte med säkerhet jämföra resultat mellan på varandra följande år. Över tid förefaller det vara en minskning av antalet skador 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 skador som identifieras i mätningen bidrar till att minska risken för skador i framtiden.

Patientskador per 1000 vård dagar/per tertial
 resultat från strukturerad journalgranskning, patient inskriven >24 tim över 18 år, exkl psykiatri
 Region Jönköpings län
 2008 - 2018



Vid uppföljning via journalgranskning kan vi konstatera att man inom somatisk vuxenvård följer rutinerna att göra NEWS-kontroller på i stort sett alla patienter, i 20 % är dock NEWS-mätningar inte kompletta.

Överbeläggningar och utlokaliseringar

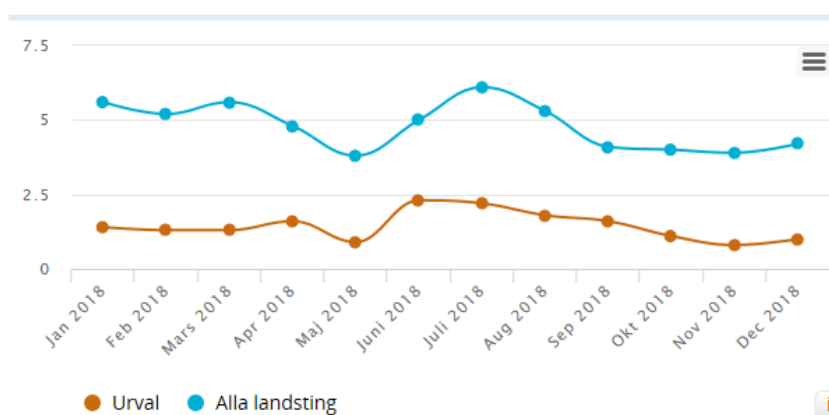
Överbeläggning innebär att patient vårdas på rätt avdelning, men på en plats som är utöver ordinarie kapacitet för avdelningen. Utlokalisering innebär att en patient vårdas på en avdelning som inte är den där patienten egentligen borde vårdats.

SKL har 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 2018 jämfört med 2017. Detta är anmärkningsvärt bra med tanke på de problem som varit under året med neddragna vårdplatser på grund av bemanningsproblem.

På grund av sjuksköterskebrist har vårdplatser fått stängas vid enstaka tillfällen men även under längre perioder. Stabsläge på grund av vårdplatsbrist har utlösts vid ett tillfälle.

Somatisk vård – urval Region Jönköpings län

Överbeläggning



Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser

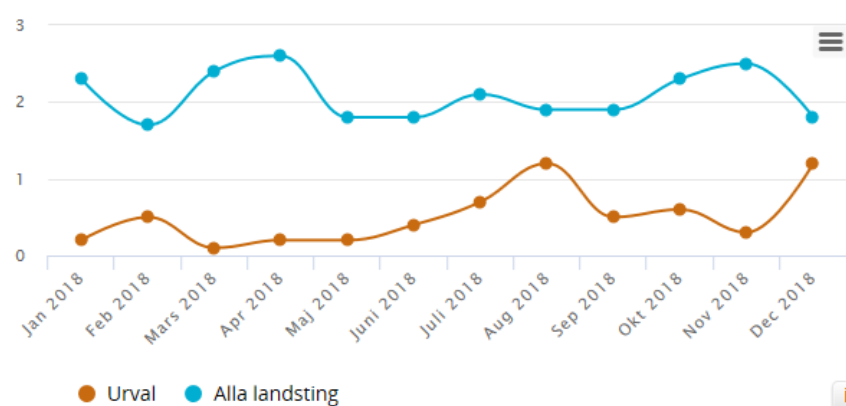
Utlokaliserade patienter



Antal utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser

Psykiatrisk vård – urval Region Jönköpings län

Överbeläggning



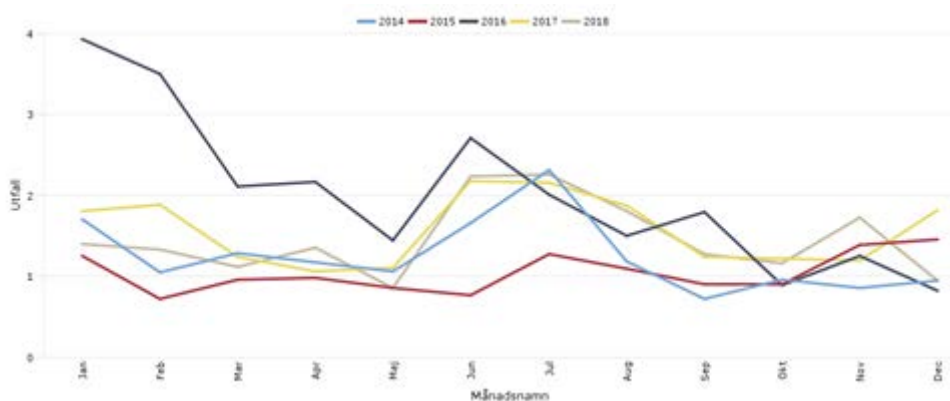
Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser

Utlokaliserade patienter

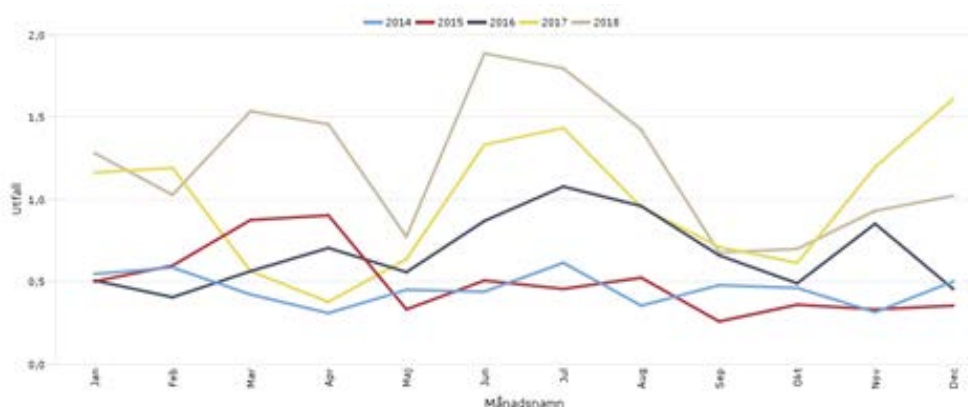


Antal utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser

Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser Region Jönköpings län totalt 2014-2018



Antal utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser Region Jönköpings län totalt 2014-2018



Utvärdering vårdplatsneddragningar

Under hösten genomfördes en utvärdering för att belysa följderna av de senaste årens vårdplatsneddragningar vad gäller patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi inom Region Jönköpings län.

Även om andel överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter är lägre i Region Jönköpings län än i landet i övrigt har de ökat, vilket är ett observandum eftersom det medför risk för vårdskador. Beläggningsgraden har ökat under åren och att i längre perioder ha beläggningsgrad på över 90 %, som man har på vissa kliniker och enheter i länet, medför risker för arbetsmiljö och patientsäkerhet. Vårdplatsreduktionen kan ha bidragit till den lägre kostnadsutvecklingen i hälso- och sjukvården, men på den nivå av resultatredovisning som utredningen gjordes kan ingen säker effekt på patientsäkerhet eller arbetsmiljö påvisas.

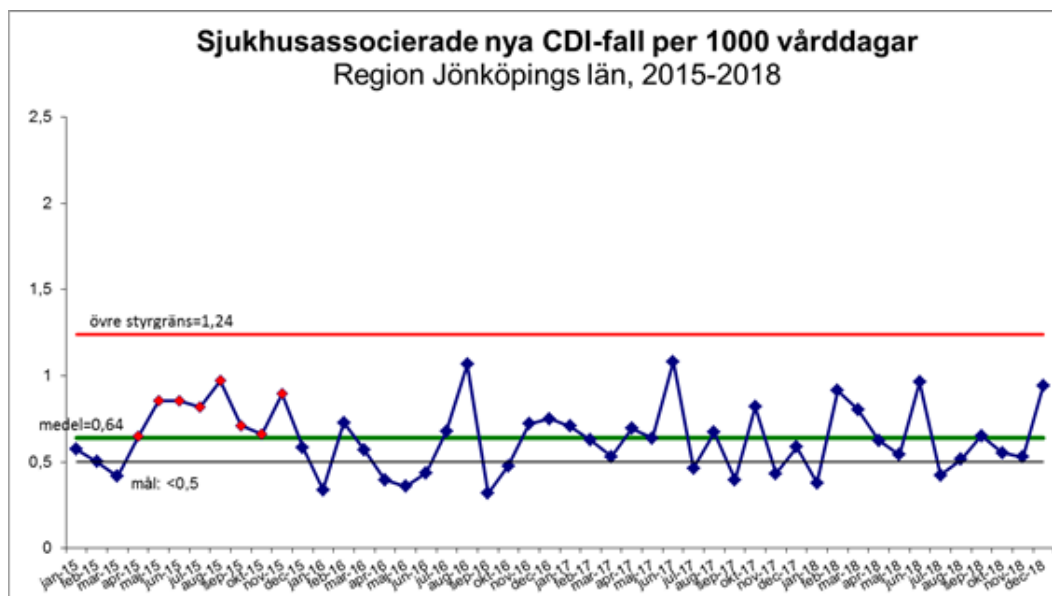
Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Förekomsten av VRI följs via Infektionsverktyget. Tyvärr innebar en tidigare uppgradering av Cosmic till att inrapporteringen fick avbrytas. Det har påverkat både verksamheternas egen uppföljning av VRI och antibiotikaval samt Stramas och vårdhygiens övergripande analyser. Under 2018 har ett intensivt arbete pågått för att starta upp Infektionsverktyget (IV) i Cosmic R8.1. Tre pilotkliniker har startats under hösten och efter utvärdering av validering ska resterande somatiska kliniker starta under 2019.

I avsaknad av data från IV har tre punktprevalensmätningar (PPM VRI) genomförts under året. Aggregerad data från dessa tre mätningar visar att 8 % av inläggande patienter inom somatisk vård har en VRI. Det är i nivå med tidigare års PPM VRI-resultat.

Clostridium difficile

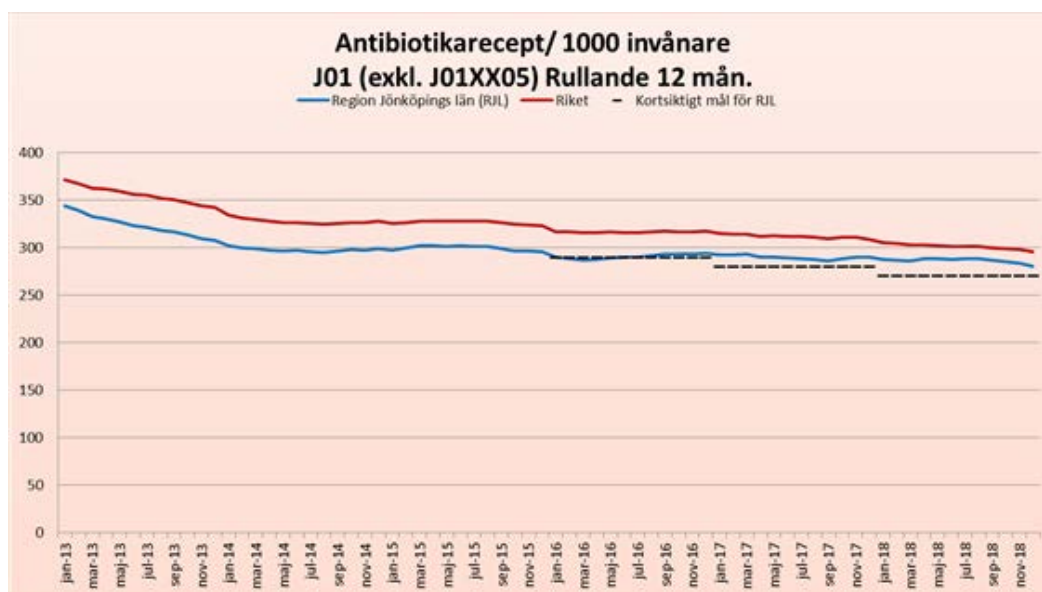
Smittskydd vårdhygien granskar alla nya fall av clostridium difficile-infektioner (CDI) i Region Jönköpings län sedan 2013. Statistiken för 2018 visar ungefär lika många fall som året innan men med fler medelvärden under målvärdet på 0,5 CDI-fall/1000 vårddagar.



Strama, antibiotikaförskrivning

Inför 2018 sänktes det kortsiktiga målet till 270 recept/1000 invånare. Genomsnittet för hela året blev 280 recept/1000 invånare, vilket kan jämföras med 290 under år 2017.

2017 års nedgång i slutenvårdens förskrivning har avtagit och resultatet 70 rec/1000 invånare under 2018 är exakt samma nivå som 2017. Utomlänsförskrivningen ökade med 5 % och det kan till viss del härledas till digitala vårdmöten. Ungefär 2,5 rec/1000 invånare skrevs ut av de mest anlidade digitala vårdgivarna till personer i vårt län.

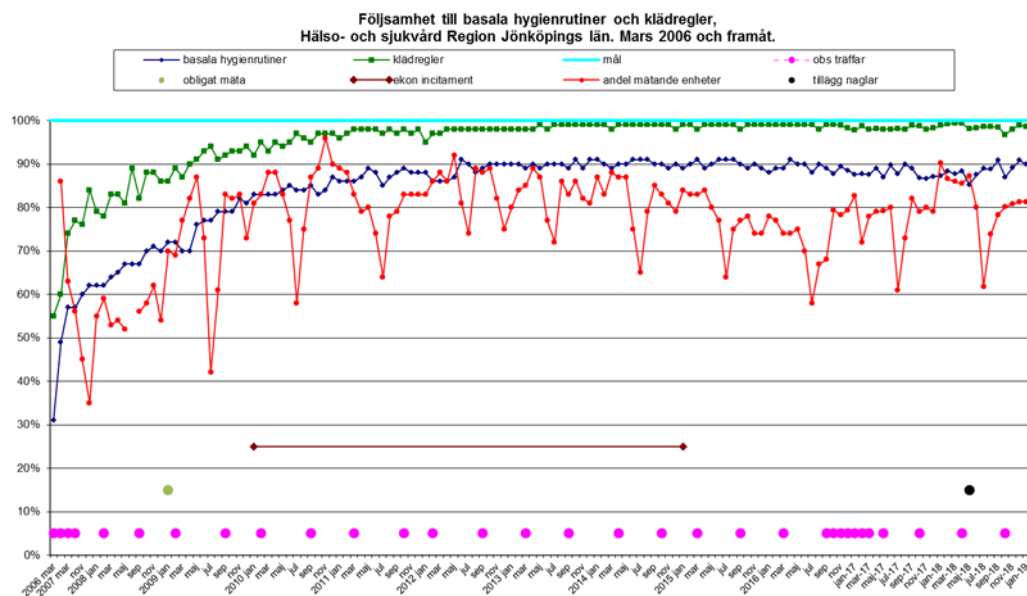


Processmått

Vårdhygien

Hygienobservatörsträffar och följsamhetsmätningar

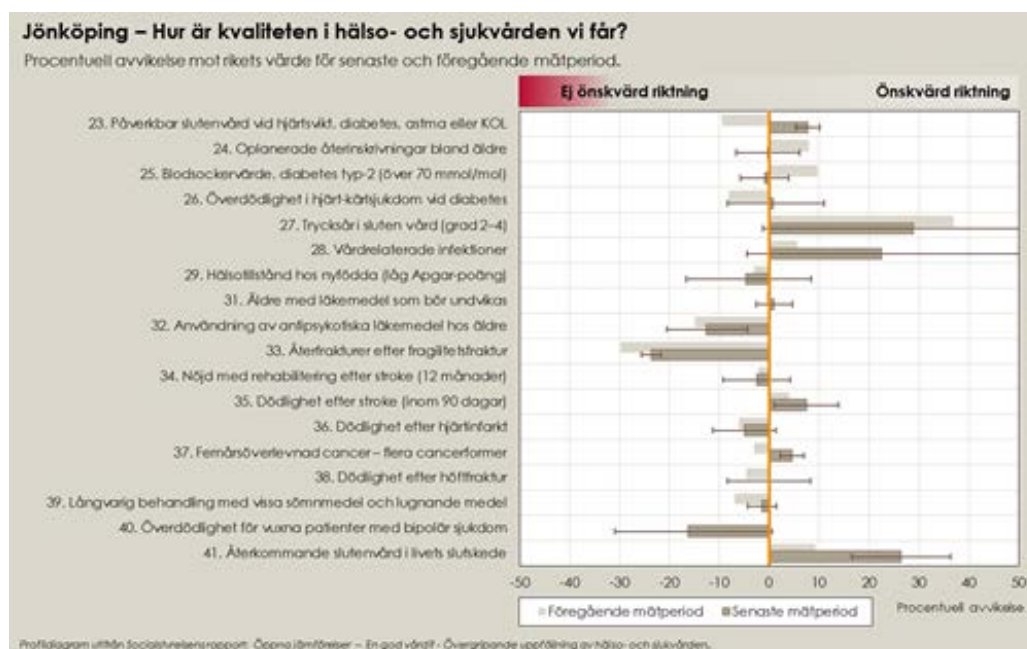
Andelen enheter som mäter följsamheten till de basala hygienrutinerna inom hälso- och sjukvården ligger stadigt på 80 % eller högre, med en tillfällig nedgång under sommaren. Effekten av det förbättringsprojekt som genomfördes under 2016-2017 ser därför ut att vara hållbar.



Kvarvarande urinkateter

Att KAD används på rätt indikationer och sköts på rätt sätt är avgörande för att minska risken för urinvägsinfektioner. 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. Processen är stabil på cirka 75 % till följsamhet av riktlinjerna för KAD-bara när det behövs.

Öppna jämförelser

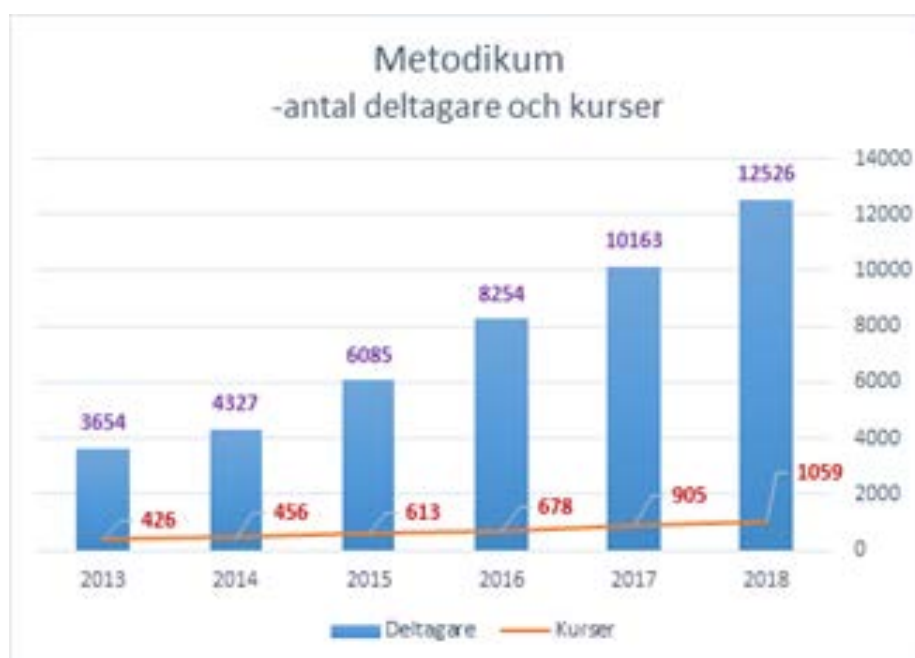


I Socialstyrelsens rapport "Öppna jämförelser 2018 – En god vård?" ges en övergripande uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat från sex olika frågor. En av frågorna är **Hur är kvaliteten i hälso- och sjukvården vi får?** I den sammanställningen finns viktiga klassiska patientsäkerhetsindikatorer men också indikatorer som belyser pålitlighet i viktiga kliniska processer, där vi utmanas i förhållande till vår strategi för patientsäkerhet där processutveckling och pålitlighet i processerna är viktiga delar. I förhållande till ett riksgenomsnitt ligger vi väl till vad gäller trycksår, vårdrelaterade infektioner, dödlighet efter stroke och slutenvård i livets slutsked. För några indikatorer är utmaningarna större, till exempel användning av antipsykotiska läkemedel till äldre och återfraktur efter tidigare benskörhetsfraktur. För flertalet indikatorer har det varit en förbättring av resultaten jämfört med tidigare mätperiod.

Strukturmått

Metodikum

Metodikums verksamhet har under året ökat motsvarande 15 % avseende antalet deltagare och aktiviteter. Förutsatt att "träning ger färdighet/säkerhet" kan produktionsmålet innebära att patientsäkerheten stärks.



Under hösten utbildades cirka 60 verksamhetsinstruktörer i grundläggande pedagogik med fokus på hur vi skapar utbildningar för ett ökat lärande och en ökad kompetensutveckling hos deltagarna. Genom att öka verksamhetsinstruktörernas förståelse och kunskap för pedagogik och lärande ökas också möjligheten för medarbetare att höja sin kompetens. Cirka 20 verksamhetsinstruktörer har utbildats med fokus på att designa praktisk träning för olika färdigheter som är nödvändiga inom respektive specialisering i vården. De senaste pedagogiska principerna används för att effektivt träna praktiska sätt att tänka och agera i den kliniska vardagen. Den sortens träning genomförs i allt större omfattning.

För fortsatt stöd och utveckling av pedagogik och lärande erbjuds återkommande seminarier och workshops för verksamhetsinstruktörerna. Syftet är att skapa plattformar för instruktörerna att diskutera, reflektera och utveckla sina utbildnings- och träningsmoment.

Strålsäkerhet

Ökad andel chefer, medarbetare, AT- och ST-läkare har genomgått strålskydds- och strålsäkerhetsutbildning. En strålsäkerhetsrapport upprättas årligen där strålsäkerhetsarbetet redovisas mer i detalj.

Utvärdering av vårdplats- och verksamhetskoordineringen sommaren 2018

En utvärdering gjordes med syfte att finnas som underlag för åtgärder till kommande år. Utvärderingen visade att det förefaller ha "gått bra", trots brister och risker förknippat med vårdplatsbrister och personalbrist har i huvudsak en god och patientsäker vård kunnat bedrivas. Att det i huvudsak har gått bra har i stor utsträckning berott på stora insatser av medarbetarna, och ledningen i samordningen av verksamheten i länet samt med kommunerna. Daglig styrning 11.45 har varit ett framgångsrikt koncept.

Patientsäkerhetsdialoger- och ronder

Under 2018 har patientsäkerhetsdialoger genomförts i samtliga verksamheter. Genom dialogerna förstärks patientsäkerhetsperspektivet i arbetet med ledning och styrning. Patientsäkerhetsronder har genomförts inom 24 av 25 verksamheter enligt fastställd plan. Ronderna upplevs som givande av alla involverade och ger oss förutsättningar för att integrera patientsäkerhet och arbetsmiljöfrågor.

Läkemedel

Under 2018 har läkemedelskommittén följt patientsäkerhet och läkemedel genom följande mätningar:

- Läkemedelsberättelser till patient i slutenvård: Resultaten försämras i alla verksamhetsområden på de tre sjukhusen. Under 2019 behövs en diskussion kring hur vi bäst fångar kommunikation till patient om fortsatt läkemedelsbehandling.
- Läkemedelsgenomgångar inom vårdval primärvård: I genomsnitt får 76 % av äldre med polyfarmaci en läkemedelsgenomgång men viss variation mellan vårdcentralerna. Under 2019 ska innehållet i läkemedelsgenomgångar i primärvård ses över.
- Nationella patientenkäten: Resultatet följs avseende de frågor under information och kunskap som rör läkemedelsbehandling och det finns ett fortsatt behov av mer kommunikation kring läkemedelsbehandling.
- Läkemedelskommitténs forskrivningsmål för polyfarmaci och olämpliga läkemedel till äldre: Polyfarmaci till äldre är fortsatt hög inom Region Jönköpings län. Olämpliga läkemedel ligger konstant. Mätningar kring polyfarmaci behöver vidareutvecklas till att rikta in sig på olämplig polyfarmaci så inte utsättning sker av läkemedel som patienten faktiskt behöver.
- Biverkningsrapportering följs från Läkemedelsverket: Antalet rapporter i länet fortsätter att minska. Det används både elektronisk rapportering och pappersblankett, troligen på grund av oklara rutiner.
- Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshandling: Erbjuds fortsatt av läkemedelskommittén genom ett webbformulär för självskattning. Fortsatt lågt deltagande från flera enheter.

Risk- och händelseanalyser

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

4.2 Avvikelser

	2015	2016	2017	2018
Avvikelser i Synergi med händelsekategori Patientsäkerhet	5277	5871	5827	6844
Avvikelser i Synergi med händelsekategori Informationssäkerhet	934	1339	1327	1482

De avvikelser i Synergi som gäller patientsäkerhet påvisar förbättringsmöjligheter inom arbetsprocesser såsom läkemedelshantering, omvårdnad, intern och extern samverkan samt hantering av vårddokumentation. Antalet registrerade avvikelser har ökat något där det är negativ händelse samt tillbud som har ökat vilket är en skillnad mot föregående år. Det hade varit önskvärt att trenden avseende att antal avvikelser med risk hade fortsatt öka.

De avvikelser som gäller informationssäkerhet visar på möjligheter till förbättringar inom området riktighet och tillgänglighet.

Inom verksamheterna har målet varit att öka avvikelserapporteringen, för att i nästa steg öka möjligheten att lära och utveckla utifrån inkomna avvikelser. I en alltför liten andel redovisas i Synergi uppföljning av effekt av de åtgärder som man beslutat om efter hantering av avvikelserna.

Inom **Vårdcentralerna Bra Liv** ses en stor variation av rapporterade avvikelser i Synergi och medarbetare uppmuntras att rapportera mera. Antalet avvikelser är lågt i förhållande till verksamhetens omfattning.

Inom **de kirurgiska verksamheterna** är några exempel på avvikelser inom områden så som bemanning, oskrivna diktat, läkemedel samt kommunikation.

Inom **de medicinska verksamheterna** ses en större andel avvikelser med risk än avvikelser som gäller tillbud vilket är positivt och tyder på en utvecklad patientsäkerhetskultur. Samverkan och läkemedel är viktiga områden att arbeta vidare med.

Inom **de psykiatriska verksamheterna** har avvikelserna ökat särskilt mycket inom patientsäkerhet. En orsak till detta tros vara den ökade vårdtyngden i heldygnsvården som har visat på ökat antal risker, tillbud och händelser. Även en ökad allvarlighetsgrad kan ses vilket påverkar både patientsäkerhet och arbetsmiljö. Verksamheterna har även uppmanat medarbetarna att rapportera samtliga självskadehandlingar vilket tidigare inte gjorts i samma utsträckning.

Inom **de diagnostiska verksamheterna** finns en utarbetad rutin att tertiärvis analysera statistik lokalt samt att jämföra och analysera i ett länsperspektiv. De vanligast förekommande orsakerna till uppkomna avvikelser inom respektive område beskrivs vara följande: bristande kontroll/identifiering/ouppmärksamhet, avsaknad av/bristande kommunikation, avsteg från rutiner, stress och bristande samarbete.

Inom **habiliteringscentrum samt rehabiliteringscentrum** handlar en stor andel av de rapporterade avvikelserna om brister i samverkan med kommun.

4.3 Klagomål och synpunkter

	2015	2016	2017	2018
Antal enskildas klagomål (IVO)	107	144	133	59
Totalt antal ärenden patientnämnden	653	653	746	843
Totalt antal registrerade patient-/kundsynpunkter i Synergi	966	772	629	564

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. Det kraftigt minskade antalet 2018 beror på nya bestämmelser för hur patienter och närstående ska lämna klagomål och synpunkter på vården. De ska inte längre vända sig till IVO utan direkt till vårdgivaren. Rutin inom Region Jönköpings län är att dessa ärenden ska registreras i Synergi som en patient-/kundsynpunkt.

Klagomålen handlar främst om vård, behandling och diagnostik (54 %) med fördelning främst inom delområden undersökning/utredning, behandling 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 (30 %) ses viktiga förbättringsområden inom vård, behandling och diagnostik.

Kirurgisk vård är det verksamhetsområde som 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.

Patientnämnden

Till patientnämnden vänder patienter sig för att få råd och stöd, lämna synpunkter, klagomål och få information om rättigheter i vården. Ökningen av antalet ärenden 2018 tolkas bero på att patienterna inte kan vända sig till IVO i samma utsträckning som tidigare. I patientnämndens ärenden ses viktiga förbättringsområden avseende vård och behandling samt kommunikation. Nämnden lyfter i sin årsrapport att ärenden ofta handlar om dåligt bemötande, bristande information och litet utrymme till delaktighet. I rapporten beskrivs även ökade handläggningstider som beror på att verksamheterna inte kommer in med svar inom angiven tid. Nämnden efterlyser också ett mer systematiskt arbete med att använda patienters klagomål och synpunkter i hälso- och sjukvårdens kvalitetsarbete.

Patient-/kundsynpunkter i Synergi

Det är viktigt för patient och närstående att få beskriva sin upplevelse av vården. Vänder sig en patient eller närstående till en verksamhet med en synpunkt är rutinen att detta registreras i Synergi. Synpunkterna handlar främst om bemötande, diagnos/behandling, information/kommunikation, tillgänglighet och väntetider. En anledning till det minskade antalet 2018 kan vara att verksamheten har registrerat ärendet som en avvikelse istället för en patient-/kundsynpunkt eftersom en ökning av antalet avvikelser finns mellan år 2017 och 2018.

4.4 Händelser och vårdskador

	2015	2016	2017	2018
Antal händelseanalyser	105	143	98	140 varav 67 är gjorda i Nitha
Antal lex Maria-anmälningar	59	66	57	51
Antal anmälningar Löf	540	606	573	590

Händelseanalys

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.

Händelserna är av olika karaktär och det är svårt att se något tydligt mönster. De händelseanalyser som är gjorda under året kan dock delas in i följande tre kategorier: olika läkemedelsfel, bristande kommunikation/överskrifning samt brister i vård, behandling och diagnostik.

Efter en uppgradering av journalsystemet Cosmic har flera verksamheter lyft problem med brister i läkemedelsmodulen. Användarvänligheten har minskat och det är svårare att göra rätt. Detta har utretts och resulterat i två lex Maria-anmälningar.

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 sedan 2017.

De flesta ärenden gäller vård, behandling och diagnostik (80 %) med fördelning främst inom delområden diagnos, självmord, behandling samt läkemedelsordination.

Kirurgisk vård är det verksamhetsområde som gör flest lex Maria-anmälningar 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 har ökat något de senaste åren, Detta överensstämmer med Löf's nationella statistik och bedöms bero på att det bedrivs mer vård i Sverige med en växande befolkning och en allt högre levnadsålder, att operationer och medicinska ingrepp blir mer komplexa samt att regionerna och landstingen arbetar mer aktivt med patientsäkerhet vilket ökar kunskapen om försäkringen, både inom sjuk- och tandvård men också i samhället i stort.

4.5 Riskanalys

	2015	2016	2017	2018
Antal riskanalyser	82	93	73	80

Riskanalys

Det görs generellt för få riskanalyser i förhållande till den omfattande verksamhet som bedrivs och arbetssätten kring dagliga riskavstämningar till exempel med stöd av Gröna korset kan spridas och utvecklas ytterligare. Angeläget att öka riskmedvetenheten än mer särskilt om det brister i personaltäthet och -kontinuitet och i samband med ny/oerfaren personal.

De formella riskanalyserna som genomförts under året kan delas in i områden: inför ombyggnationer, neddragning av vårdplatser, överföring mellan vårdinstanser och kommunikation, bemanning och kompetens, hot och våld, stängning och överflyttning av verksamheter, nystartade verksamheter samt kring vårdadministration med många oskrivna diktat.

En större riskanalys har genomförts med anledning av byte av IT-system för remisser och svar ROS till den i journalsystemet Cosmic integrerade beställning- och svarsmodulen BOS. Riskanalysen identifierade en rad risker och ligger till grund för Region Jönköpings läns handlingsplan för en säker implementering och övergång till BOS.

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.

Gröna korset

Hälften av alla enheter använder Gröna korset kontinuerligt. Även inom mötesforumet Daglig styrning används metoden sedan hösten 2017. En vinst ses i detta forum att kunna identifiera risker och vårdskador i realtid och därefter snabbt kunna agerande för att förebygga risksituationer.

5 MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR

Övergripande mål

De mål för patientsäkerhet som sätts i budget och flerårsplan 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 angreppssätt för arbetet med patientsäkerhet i Region Jönköpings län är fortsatt:

- 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 arbetsätt för riskhantering
- Utveckla och använd arbetsätt för kontroll, anpassning och reaktion i den dynamiska vården
- Begränsning av vårdskadans effekt om den ändå inträffar (för patient, närstående och vårdpersonal)

Arbetet med att få de strategiska angreppssätten förankrade i patientsäkerhetsarbetet behöver fördjupas. Detta kommer göras i förhållande också till det patientsäkerhetsarbete som sker i ett nationellt perspektiv, där den nationella kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvård kommer organiseras på ett likartat sätt samt, med Socialstyrelsens arbete med en nationell handlingsplan för patientsäkerhet.

Strategiska fokusområden

Fortsatt arbete med att minska vårdrelaterade infektioner, Strama-arbetet för adekvat antibiotikaanvändning, arbetsätt 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.

Utifrån de strategiska angreppssätten för arbetet med patientsäkerhet sker aktiviteter inom identifierade områden:

- Tydliggöra ledning och styrning av det proaktiva arbetet med patientsäkerhet
- Förhållningssätt för ökad riskmedvetenhet
- Utveckla former för lärande
- Utveckla arbetsätt för att fånga patienters upplevelser av patientsäkerheten, till exempel från patientnämndens ärenden, intervjuer med patienter, och klagomålshanteringen

Arbetsätt

Säker vård – alla gånger är det gemensamma konceptet för riktlinjer och uppföljning av centrala fokusområden i arbetet med patientsäkerhet. Dessa områden behöver ändras och revideras.

Patientsäkerhetsarbetet och resultaten ska följas upp och stödjas i patientsäkerhetsdialoger som genomförs regelbundet i verksamheterna. Fortsätta arbete med patientsäkerhetsronder där ledningen för verksamhetsområdena besöker verksamheterna för uppföljning av och diskussion om verksamheternas arbete med patientsäkerhet.

Patientsäkerhet ska vara ett återkommande ämne i olika ledningsmöten. Arbete och resultat inom patientsäkerhetsområdet redovisas och diskuteras fortlöpande. Klinikerna, de medicinska verksamhetsområdena och Vårdcentralerna Bra Liv har i sina planer för 2019 beskrivit deras arbete med patientsäkerhet.

Arbete pågår med att skapa ett ledningssystem för strålsäkerhet samt tydliggöra ansvar och roller, skapa vägar för kommunikation av mål och uppföljning av resultat inom organisationen.

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.