



KVALITETS- och PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE

2020

Innehåll

Sammanfattning	3
STRUKTUR	4
Övergripande mål och strategier.....	4
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	5
Patienters och närståendes delaktighet.....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Klagomål och synpunkter	7
Egenkontroll	7
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	7
Riskanalys.....	12
Utredning av händelser - vårdskador	12
Informationssäkerhet	12
RESULTAT OCH ANALYS	13
Egenkontroll	13
Avvikelse.....	15
Klagomål och synpunkter	16
Händelser och vårdskador.....	17
Riskanalys.....	19
Mål och strategier för kommande år	19

Sammanfattning

2020 kan sammanfattas som det år när coronavirus och sjukdomen covid-19 vände upp och ned på det mesta, så även när det gäller kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet och de mål som sattes inför året.

Att ta med sig från året finns både negativa och positiva erfarenheter.

De övergripande målen under 2020 var säkerhetskultur, undvikbara vårdskador, säkra övergångar och patientmedverkan.

Samtliga erfarenheter när det gäller dessa övergripande mål är att de områden som är mest angelägna som förbättringsområden har utkristalliserats. Ett av de områdena är följsamheten till de basala hygienrutinerna och klädreglerna. Samt svårigheten att nå ut med information bland annat när det gäller detta. Den mätning som genomfördes när det gäller de basala hygienrutinerna och klädreglerna visade att det trots det mest påtagliga faktum att dessa faktorer minskar risken för smitta så visade inte resultatet att detta nått fram till fullo. Detta gör att vi kanske måste hitta andra sätt att nå ut till verksamheterna med information och stöd. För att följa säkerhetskulturen i vården, genomfördes under året den första mätningen gällande hållbart säkerhetsengagemang (HSE). Ett positivt utfall från den mätningen var att medarbetare inte räds att lyfta risker i vården.

Implementeringstakten av systemet för kunskapsstyrning fick bromsas till ett minimum och arbetet med att strukturera upp kvalitetsledningssystem fick sättas på paus. Liksom arbetet med att motverka undernäring i vården.

Det fick även implementeringen av infektionsverktyget, men då av en annan anledning då det visade sig att det fanns brister i IT systemen.

Årets kvalitetsdag med fokus på patientmedverkan genomfördes digitalt vilket var en positiv erfarenhet att bygga vidare på.

Läkemedelsenheten har trots pandemin slutfört projektet med att införa en ny läkemedelsleverantör och komma i gång med skötsel av läkemedelsförråd i egen regi.

Projektet som genomförs med hjälp av patientsäkerhetsmedel har trots pandemin kunnat genomföras till en relativt stor del. Några av dessa har berört trycksårspåbyggande arbete som var ett fokusområde. Men även områden för att säkra läkemedelshantering i verksamheter via klinisk farmaci.

När vi nu blickar framåt mot 2021 så pågår pandemin fortfarande men avsikten är att ta lärdom av det som skett och bygga vidare för en mer kvalitet- och patientsäker vård inom hälso- och sjukvård samt tandvård.

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år. Verksamhetschefer inom hälso- och sjukvård har enligt chefsavtalet ett ansvar att i den årliga verksamhetsberättelsen beskriva patientsäkerhetsarbetet under året.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

Chefer och medarbetares förhållningssätt till sin uppgift i vården är grunden till en hög kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården och tandvården.

För att få en bild av detta mäts årligen från och med 2020 medarbetarnas säkerhetsengagemang via HSE enkät (hållbart säkerhetsengagemang). Utifrån mätningens resultat får regionen en bild av aktuella förbättringsområden. Utfall från avvikelser och andra kvalitetsindikatorer är andra indikatorer för förbättringsområden och mål.

Arbetet med regionens mål för 2020 har påverkats och bromsats av Covid-19 pandemin som drabbat landet och regionen under våren och hösten. Där så har varit möjligt har man försökt komma vidare i nedanstående frågor.

För 2020 har ett övergripande mål och utmaning varit att minska antalet vårdrelaterade infektioner (VRI). Det finns även en utmaning när det gäller att öka följsamheten vid mätning av basala hygienrutiner och klädregler.

För regionen har vi en fortsatt utmaning att förbättra tillgängligheten - för primärvården en första bedömning och för slutenvården tid till specialistbedömning, samt vidare åtgärder. I arbetet med projektet God vård med rätt stöd, delprojekt patientsäkerhet har fokus bland annat kommit att läggas på arbetet med att förtydliga ledningssystemet i det systematiska kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet. En satsning bör göras från grunden och på övergripande regional nivå för att bli långsiktig och hållbar. Ett arbete där behovet har blivit tydligt utifrån de revisionsrapporter som besvarats under 2019.

Fortsatt fokus har varit på att genomföra händelseanalyser och minska väntetiden för utredningar som varit 1.5 - 2 år för vissa ärenden. Arbetet med att genomföra händelseanalyser är mycket viktigt för att både patient och personal ska få en återkoppling och ett besked i närtid om åtgärder när det gäller en misstänkt eller konstaterad vårdskada.

Att minska andelen trycksår ur ett långsiktigt perspektiv har också varit ett övergripande mål. Likaså fortsatt satsning på breddinförande av infektionsverktyget. Fortsatt satsning på att stärka patientens roll i vården har varit en målsättning. Dessutom avsågs att lägga ett tydligare fokus på arbetet för att öka kunskapen när det gäller nutrition och undernäring i vården. Implementeringen av systemet för kunskapsstyrning har bromsats till en stor del. Dock har arbetet med personcentrerade sammanhållna vårdförlopp fortsatt om än i mer långsam takt.

Organisation och ansvar

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

Regiondirektören - ansvarar för att det övergripande patientsäkerhetsarbetet bedrivs systematiskt. Godkänner den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

Primärvårds, - tandvårds, - och sjukhusdirektör - Planering, ledning, samordning, uppföljning och kontroll av verksamheterna inom respektive område.

Vårdvalsenheten

Enligt regelboken för primärvård sammanställs kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet i den årliga rapporten för vårdvalsenheten då informationen inkommit från de privata vårdgivarna.

Verksamheten för Kvalitet och patientsäkerhet (KP)- utgör ett stöd till verksamheterna, är sakkunnig till regiondirektören och ger stöd till den politiska förtroendemannaorganisationen. Verksamheten fungerar även som en specialistfunktion gentemot medborgare och myndigheter. I verksamhetens arbete beaktas barnets perspektiv *och* Barnkonventionen. I verksamheten finns bland annat Läkemedelsenheten samt ett antal funktioner däribland chefläkare, vårdhygien, kunskapsstyrning, försäkringsmedicin och det förebyggande arbetet mot våld i nära relationer
Inom verksamheten genomförs enligt delegationsordning lex Maria anmälningar efter utredning.

Cheftandläkare- att anmäla ärenden som rör regionens tandvård till IVO enligt Lex Maria

Smittskydd / Strama - Ansvarar för förslag/ aktiviteter som syftar till rationell antibiotikaanvändning och i förlängningen motverka antibiotikaresistens.

Patientnämnden - Etiska Nämnden - Ska bland annat hjälpa enskilda patienter med råd och stöd samt bidra till kvalitetsutvecklingen i hälso- och sjukvården. Återrapport sker bland annat till verksamheterna. Vidare sker samverkan med chefläkare.

Verksamhetschefen - att följa att patientsäkerhetsarbetet bedrivs integrerat i dagligt arbete enligt chefsavtal och i den årliga verksamhetsberättelsen lyfta det arbetet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En regional organisation finns för samverkan mellan Region Västernorrland och kommunerna, SocialReKo. Detta för att underlätta bland annat utskrivningsprocess och informationsöverföring. Samt även för att få ett bättre och säkrare flöde när det gäller avvikelser i vårdkedjan.

Via Norrlandstingens regionförbund (NRF) sker bland annat samverkan i Regional samverkansgrupp - patientsäkerhet, inom ramen för det nya systemet för kunskapsstyrning i riket.

Läkemedelskommittén har ett flertal forum för att i dialog med verksamheterna fokusera på en patientsäker läkemedelsanvändning genom att visa på nya behandlingsrekommendationer och terapival samt tips för att minimera fel vid läkemedelsförskrivning, läkemedelshantering och läkemedelsfrågor vid vårdövergångar. Trots pandemi har ca 15 klinikdialoger

genomförts. För att främja patientsäkerheten i vårdövergångar primärvård/kommun och slutenvård/kommun träffar läkemedelskommittén kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor i ordinarie tider två till tre gånger per termin. Utifrån pandemin har behovet att träffas ökat och de har haft samverkansmöten cirka åtta gånger under året.

I RVN finns 58 behandlingslinjer som arbetats fram och som till stor del berör gränsövergångar - samverkan primärvård och specialistvården. Under 2020 har två nya behandlingslinjer tagits fram. Dels hudförändringar bål/ extremitet samt hyperkalcemi. Våren 2020 gjordes uppehåll i arbetet med nya behandlingslinjer på grund av pandemin men under hösten har arbetet med tre nya behandlingslinjer startat. Det gäller bensår, akuta ögonproblem och testosteronbrist hos män. Fram till november har 12 revisioner av befintliga behandlingslinjer genomförts och för ytterligare 6 pågår revidering.

Patients och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienter och anhöriga tillfrågas alltid om redogörelser vid händelseanalyser rörande allvarliga vårdskador, eller risk för sådan. Resultat av utredning återförs till patient/anhöriga. Här beaktas även barnets perspektiv utifrån barnkonventionen utifrån de fall där det är aktuellt. Ett flertal projekt med patientmedverkan har bedrivits inom dels Forskning Utveckling och Innovation (FUI), dels via patientsäkerhetsmedel samt dels inom DIGGA-projektet (digitalisering). Där ingår bland annat utvecklande metoder för hemmonitorering, uppföljningar av patienter i hemmet, förberedande informationsinhämtning från patienten innan besök i vården, patientutbildningar i grupp vid olika kroniska sjukdomar. Inom primärvården har ett arbete bedrivits med kommunen för att utveckla rutiner för förhandsplanering av vård, etisk vårdplan inom äldreården. SSIH har gjort projekt för att öka närståendes delaktighet vid vård i livets slutskede.

På kvinnokliniken har ett projekt för utvecklad kommunikation och stöd för gravida asylsökande inom Kramfors kommun genomförts där gravida varit delaktiga. Materialet som innefattar mödravård, föräldrautbildning och preventivmedel finns nu delat med barnmorskor i hela regionen.

Psykiatriska kliniken har bedrivit ett projekt med anställd medarbetare som har egen erfarenhet som patient inom psykiatri (Peer Support), med målsättning att förbättra patientsäkerheten. Anhöriga involveras i samtal dels vid inläggande vård. I öppenvård ordnas anhörigutbildning till patienter med bipolär sjukdom. Tyvärr har detta i år påverkats av pandemin. Psykiatri har regelbundna träffar med brukarrådet och olika brukarorganisationer. Man anordnar Psykiatrins dagar i regionen där brukarorganisationer och medborgare är inbjudna. Detta år genomfördes dagarna digitalt, med många deltagare.

Kvalitetsdagen 2020 hade som tema patientens delaktighet i den nära vården.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 501, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

All personal är skyldig att rapportera risker för vårdskada eller händelser som medfört vårdskada i avvikelssystemet Platina. Den utreds av avvikelsehandläggare/chef i verksamheten. Vid allvarliga- eller risk för allvarliga vårdskador skickas den vidare till chefläkare för bedömning. När avvikelser avslutats får inrapporterande personal återkoppling. Avvikelsestatistiken uppdateras varje månad och kan tas ut för hela RVN eller mer detaljerat på antingen verksamhetsnivå eller enhet. Verksamheten för Kvalitet och Patientsäkerhet gör varje år en övergripande analys i en rapport som redovisas för den politiska ledningen.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål som kommer direkt till verksamheten från patienter eller närstående hanteras av verksamhetschefen eller utsedd person. Klagomålen förs in i avvikelssystemet Platina och analyseras. De klagomål som först kommer IVO till känna hänvisas tillbaka till verksamheten och hanteras enligt ovan.

Patientnämnden-Etiska nämnden (PEN) tar emot klagomål och de har en löpande kontakt med verksamheterna. Månadsvisa möten med chefläkare bokas samt månadsvisa rapporter skickas till chefläkare och verksamheterna. En gång per år har PEN en återföringskonferens där verksamhetschefer och chefläkare träffas. Tandvårdsdirektören samt cheftandläkare får också månadssammanställning utöver den årliga återföringen.

Egenkontroll

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

Områden som ingår i egenkontrollen:

- Vårdrelaterade infektioner
- Basala hygienrutiner och klädregler
- Tillgänglighet
- Avvikelser
- Trycksår
- Patientens klagomål och synpunkter inklusive vi tar ditt missnöje på allvar.
- Andel som screenas, riskbedöms för undernäring
- Nationell patientenkät
- Hållbart Säkerhetsengagemang (HSE-enkät)
- Kvalitetsregister - Nationella databaser - Vården i Siffror, Hälso- och Sjukvårdsrapporten

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Satsningsområden 2020:

Utifrån handlingsplan mot vårdrelaterade infektioner (VRI) anställdes under 2020 en ST-läkare i vårdhygien. En rekrytering som direkt blev involverad i pandemiarbetet.

Den planerade implementeringen av infektionsverktyget kunde inte genomföras på grund av problem med HSA (Hälso- och Sjukvårdens Adressregister) ID för enheter som rapporterade in data. Vid en genomgång av samtliga hsaID såg man att det är få enheter som i nuläget har unika hsaID varpå ett breddinförande av infektionsverktyget i nuläget skulle vara mycket svårt. Beslut i styrgruppen togs att pausa breddinförandet av infektionsverktyget i väntan på Framtidens vårdinformationsstöd (FVIS) och därmed en omstrukturering av hsaID tillhörigheter.

Årets punktprevalensmätning angående vårdrelaterade infektioner (VRI) var planerad vecka 11 - 12 men ställdes in på grund av pandemin. Någon ytterligare mätning av VRI har inte genomförts under 2020.

För arbetet med ledningssystem, som sker på regional nivå med Region Västernorrlands delaktighet, rekryterades en projektledare som slutade i samband med pandemins början.

Därefter har arbetet varit vilande fram till hösten då en arbetsgrupp börjat med en kartläggning av det övergripande ledningssystemet på regional nivå.

Under övriga åtgärder:

Allmänt:

En enkät skickades ut till alla enheter i regionen angående hur man arbetat med kvalitet-och patientsäkerhet under 2020. 59 enheter svarade och alla utom en enhet följer kontinuerligt upp sina avvikelser. Den sistnämnda gjorde inte det på grund av för många avvikelser och tidsbrist. 22 enheter har också haft egna patientsäkerhetsprojekt. På frågan om vad som är den största utmaningen inför framtida kvalitets-och patientsäkerhetsarbete anges oftast tids- och resursbrist. 33 av enheterna har en handlingsplan för bemötande när det gäller våld i nära relationer och 28 enheter har lyft fram barnkonventionen i arbetet. Barn och Ungdomsmedicin har barnrättsombud på sina enheter och personal i verksamheten har börjat få utbildning i frågan. Verksamheten deltar också i Barnahus i Västernorrland. Regionfullmäktige har uttryckt att konventionen om barns rättigheter ska genomsyra hela organisationen. En revisionsrapport från oktober 2020 bedömer att barnrättsfrågan generellt sett inte aktualiserats i tillräcklig omfattning för att få ett tillfredställande genomslag. I rapporten lämnas ett antal rekommendationer till Regionstyrelsen, Hälso-och Sjukvårdsnämnden samt Nämnden för hållbar utveckling.

Projektet FVIS, Framtidens VårdInformationsSystem, fick på grund av pandemin till stor del göra halt i mars på grund av att engagerade medarbetare behövdes i vården. Efter sommaren återupptogs arbetet fullt ut. För närvarande pågår ett intensivt arbete med grundkonfiguration av systemet i samarbete med övriga upphandlande regioner och leverantören Cambio, samt förberedande av implementeringen i verksamheterna. I arbetet ingår chefläkare för att bevaka patientsäkerhetsaspekter. I slutet av november tillkännagavs att informationssystemet kommer att heta VISUS när det tas i drift.

Covid-19:

Under 2020 har pandemin påverkat sjukvården på ett genomgripande sätt. Stora omställningar har gjorts och görs i skrivande stund i december. Trots detta har flertalet enheter bedrivit patientsäkerhetsarbete och projekt vilket är positivt. Verksamheten för Kvalitet och Patientsäkerhet bidrog med medarbetare till intensivvård, smittspårning, funktionsgrupper och ledningsgrupper vilket medfört att annat arbete fördröjts, till exempel markörbaserad journalgranskning, återgivning av händelseanalyser, utredningar.

Avvikelser kopplade till Covid-19 relaterad vård i primärvård och specialistvård har insamlats under pandemins båda faser och kontinuerlig insamling pågår. Det är ett stort material som lämpar sig för mer omfattande analys än vad Kvalitets-och patientsäkerhetsberättelsen medger men vissa preliminära iakttagelser från pandemins första och andra våg redovisas under rubriken Avvikelser i resultatdelen.

Patientsäkerhet i realtid (PiR):

Patientsäkerhet i realtid (PiR) är en metodik som utvecklats inom somatisk vård på Östra Sjukhuset för att under pågående vårdtillfälle granska patientjournaler med avseende på dokumentation och bedömningar, leta markörer för vårdskada enligt metod för markörbaserad journalgranskning samt genomföra intervju av patienter / anhöriga på avdelning.

Granskningsteamet sammanställer sedan resultatet och återkopplar till avdelningspersonalen i syfte att starta en förbättringsprocess.

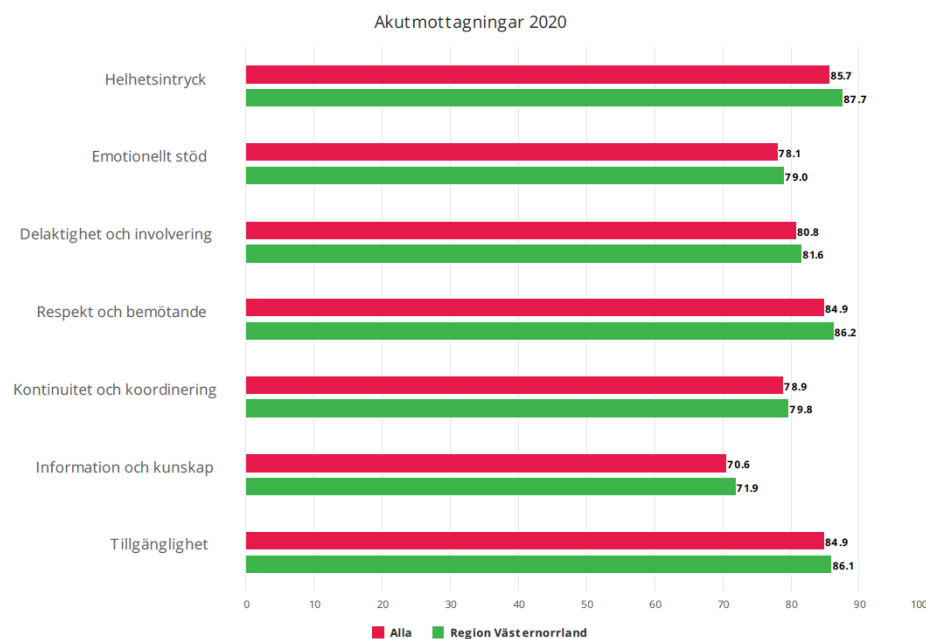
Psykiatriska kliniken har under 2020 velat delta i PiR som första verksamhet i regionen. Ett team av chefläkare, vårdutvecklare från verksamheten för Kvalitet- och patientsäkerhet har tillsammans med personal från psykiatrin genomfört detta på två avdelningar. Planen är att genomföra PiR på alla psykiatriska slutenvårdsavdelningar i regionen men pandemin har medfört att flera granskningar skjutits upp till 2021.

Nationell patientenkät:

Mätning planerades för specialiserad somatisk sjukhusvård (öppen och slutenvård) men blev framflyttad pga pandemin och planeras genomföras under våren-21. Under höst/ vinter 2020 pågick mätning för akutmottagningarna och tolkcentralen och resultaten publicerades i januari 21.

För tolkcentralen var resultatet gott. Överlag var brukarna positiva till de insatser de fick. I samtliga dimensioner/ kategorier var resultatet mycket högre än rikets snitt. Åtta regioner deltog i mätningen för tolkcentralen.

På akutmottagningarna i RVN fick slumpvis utvalda patienter svara på frågor. I samtliga områden förbättrades resultatet jämfört med föregående år och regionens resultat är bättre än genomsnittet för riket, där samtliga regioner deltog.



Patientsäkerhetsmedel:

En central fördelning av medel har skett till arbete med internanalyser, implementering av infektionsverktyget, nationell patientenkät, markörbaserad journalgranskning samt kvalitetsdag 2020. Medel avsattes även till vårdhygien som en del av handlingsplanen mot VRI.

Därutöver har medel beviljats till 50 olika projekt. De största summorna har gått till projekt PEER support, psykiatriska kliniken samt klinisk apotekare på onkologen. PEER support innebär att man har anställt invånare med tidigare erfarenhet som patient som medarbetare för att förbättra patientmedverkan i vården. Klinisk apotekare har som mål att förbättra rutiner

och kompetens kring läkemedelsfrågor inom vårdnära verksamhet. Ett ökat nyttjande av farmakologisk kompetens inom olika kliniker är en stark nationell trend.

Ett projekt med klinisk farmaceut bedrivs även inom LARO-verksamheten.

Bland övriga projekt ses en stor bredd. Kvinnokliniken driver flera projekt för att förbättra patientmedverkan och jämlik vård i samband med graviditet. Bland annat har medel gått till projekt för utvecklad kommunikation och stöd för gravida asylsökande och nyanlända inom Kramfors kommun. Materialet har sedan distribuerats till barnmorskor i regionen.

Kvinnokliniken har även projekt med mål att minska förlossningsskador och jämlik gynekologisk cancervård.

Ögonkliniken har beviljats medel för utveckling av produktionsplanering.

Flera projekt bedrivs av länets akutmottagningar, för att förbättra flöden och omhändertagande akut. Geriatrik-Neurologi-Rehabilitering (GNR) i Örnsköldsvik driver utveckling av multiprofessionellt demensteam.

En del projekt bedrivs kring arbete för att motverka trycksår.

Medicinkliniken har inventerat länets invånare som har förmaksflimmer med mål att optimera strokeförbyggande behandling, i samarbete med primärvården.

Inom primärvården finns projekt kring föräldragrupper, kroniska sår, osteoporos, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) samt förbättring av kontaktvägar inom primärvårdsrehab verksamhet.

Pandemin har medfört en påverkan på möjligheten att driva dessa projekt. Omfattningen av påverkan är för tidig att uttala sig om.

Läkemedelskommittén och Läkemedelsenheten:

Läkemedelskommitténs arbete genomsyras av tanken att varje patient i varje stund ska ha en säker och medicinskt ändamålsenlig behandling.

Förutom att WHO deklarerade den 11 mars att covid-19 är en pandemi så genomfördes i mars för första gången ett leveran-törsbyte av regionens läkemedelsförsörjare till ApoEx AB från Apoteket AB. Båda har krävt extra arbete för att säkerställa en patientsäker läkemedelsanvändning. Läkemedelskommittén och Läkemedelsenheten har bevakat kunskapsläget avseende covid-19 både nationellt och internationellt samt utifrån behov skapat riktlinjer för Region Västernorrland framförallt när det gäller läkemedelsbehandling.

Ordination på recept

I februari uppgraderades NCS Cross med en funktion som underlättar för förskrivare att lägga in ordinationsorsak i recept och vid slutenvårdsordinationer. Under 2020 är detta en frivillig åtgärd vid förnyelse av recept och en obligatorisk åtgärd vid nyförskrivning. Februari 2021 blir det obligatoriskt både vid nyförskrivning och förnyelse.

Utskrivningsmeddelande med läkemedelsberättelse

Under hösten 2019 gjordes både en mätning av antalet utskrivningsmeddelanden med läkemedelsberättelser från sjukhusvården och en journalgranskning för att undersöka kvaliteten i läkemedelsberättelserna. Efter granskningen skapades en rutin med uppmaning till verksamheterna att själva granska journaler. Ännu finns inga uppgifter om resultatet av det.

Läkemedelsgenomgångar

Januari-oktober 2020 registrerade primärvården 2444 fördjupade läkemedels-genomgångar. Om man fortsätter i samma takt blir det knappt 3000 fördjupade läkemedelsgenomgångar under året, att jämföra med 3539 samma period 2019. Skillnaden bedöms till stor del förklaras av pandemin.

Studiecirkel läkemedelshantering

För en ökad kvalitet och patientsäkerhet genomförde Läkemedelskommittén hösten 2019 tillsammans med specialistvården fortbildningar för läkemedelsansvariga sjuksköterskor för att de själva inom respektive enhet skulle hålla fortbildning för sina kollegor i studiecirkelform.

Studiecirkeln hade fem avsnitt, övergripande läkemedelsrutiner, ordination av läkemedel, iordningsställande av läkemedel, hantering av narkotiska läkemedel och läkemedel i vårdens övergångar. Trots pandemin har 24 enheter genomfört hela studiecirkeln och 237 enskilda sjuksköterskor deltagit.

Läkemedelsrelaterade fortbildningar

Under 2020 har länets förskrivare, sjuksköterskor och övrig vård- och omsorgspersonal erbjudits ett antal medicinska fortbildningar. Initialt fanns en oro då alla fysiska möten ställdes in men mycket har kunnat genomföras digitalt. Nästan varje tisdag har Läkemedelskommittén kunnat erbjuda en medicinsk lunchföreläsning.

Säkerhetskultur:

Chefer och medarbetares förhållningssätt till sin uppgift i vården är grunden till en hög kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården och tandvården.

Med anledning av detta mäts årligen från och med 2020 medarbetarnas hållbara säkerhetsengagemang (HSE). Mätningen görs samtidigt som medarbetarenkäten för hållbart medarbetarengagemang (HME). HSE består av elva påståenden där medarbetaren får bedöma riktigheten i påståendet på en skala mellan 1-5 där 1 stämmer dåligt och 5 stämmer mycket bra. Resultatet presenteras i index. Index visar på förbättringsområden och målet är ännu inte satt för det index som vi eftersträvar eftersom detta är det första år som regionen fullt ut mäter HSE.

Det vi kan se utifrån årets resultat är att det finns en tillåtande kultur när det gäller att våga tala om sina misstag samt att påtala när något är på väg att gå fel. Där har vi i båda fallen index på över 90. Det som tydligt kan ses som förbättringsområden är att erbjuda patienter att vara delaktiga, där visar index endast 65.

Därför finns detta som ett övergripande mål när det gäller kvalitet och patientsäkerhetsarbetet 2021.

Kvalitetsregister-Nationella databaser

Klinikerna följer de register som är relevanta för den egna verksamheten, och gör egna analyser och åtgärder utgående från resultat.

Kontaktperson inom KP följer kontinuerligt arbetet med nationella jämförelser. Ett resultat av detta arbete är Hälso- och sjukvårdsrapporten som brukar publiceras i slutet av våren varje år. Denna rapport återförs till ledningsgrupper inom slutenvård och primärvård för analys och diskussion. Materialet används även inom utbildningar av personal i olika sammanhang.

Tandvård:

Under året har avvikelshanteringen fortlöpt obehindrat men på grund av pandemin har övrigt patientsäkerhetsarbete fått stå tillbaka. De planerade mötena för avvikelshandläggarna har fått skjutas på framtiden. Inför kommande år planerar man att återuppta dessa möten och arbeta vidare med kvalitets-och patientsäkerhetsfrågor.

Risikanalyser

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

Den metod som har använts beskrivs i handboken ”Risikanalyser och händelseanalys – analysmetoder för att öka patientsäkerheten” (Sveriges kommuner och landsting 2015) och är baserad på Root Cause Analysis (RCA). Risikanalyser genomförs i verksamheten oftast tillsammans med vårdutvecklare och chefläkare. Flera riskanalyser har genomförts i regionen under 2020. Var god se Risikanalyser under Resultat och Analys.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Avvikelse bedöms i berörd verksamhet av utsedd avvikelsehandläggare. Vid misstanke om allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada, kontaktas chefläkare för bedömning om en händelseanalys ska genomföras. En vårdutvecklare genomför utredningen tillsammans med ett av verksamheten utsett team. Vissa händelser som tex fallskador genomförs som internutredningar i verksamheten. Vid konstaterad allvarlig vårdskada eller risk härför görs en lex Maria anmälan till IVO.

Under en period under våren gjordes ett uppehåll i utredningar som bedömdes möjliga på grund av utredarnas prioriterade förflyttning till pandemirelaterad verksamhet. Under 2020 har också allt fler händelser- misstänkta allvarliga vårdskador utretts av berörd verksamhet själv genom internutredning som underlag till eventuell lex Maria-anmälan. Dessa utredningar har genomförts med stöd av verksamheten för Kvalitet-och Patientsäkerhet. Bakgrunden till förändringen är vetenskapen att patientsäkerhetsarbete bör bedrivas så nära berörda medarbetare som möjligt för bästa lärande och ihållande effekt. Detta skapar också bättre förutsättningar för verksamhetscheferna att vara delaktiga under utredningens gång.

Utifrån att Hälso- och sjukvårdsnämnden gett uppdrag till förvaltningscheferna att genomföra djupare analyser av avvikelserna har verksamheten för kvalitet och patientsäkerhet under februari-mars utbildat avvikelsehandläggarna (specialistvården, primärvård och tandvården) om uppföljning och analys av avvikelser. Detta för att verksamheten ska få ett bra underlag om vilka kvalitetsarbeten som behöver göras utifrån avvikelserna. Planerade utbildningar under hösten fick dock ställas in på grund av rådande pandemi.

Dialogforum för alla avvikelsehandläggare i länet (specialistvården, primärvård och tandvården) har genomförts, med information om kommande nyheter i avvikelshanterings-systemet samt utbildning i patientsäkerhet och grupparbete i klassificering av avvikelser.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

I regionen sker den största delen av arbetet med analyser, uppföljning och förbättringsåtgärder av informationssäkerheten i förhållande till avvikelserapportering. Resultatmässigt bedöms inte arbetet med informationssäkerhet ha påverkats i någon större omfattning av COVID-19 läget.

Sammantaget under kvartal 1, 2 och 3 har 619 avvikelser rörande informationssäkerhet registrerats i regionens avvikelssystem. Avvikelseapporteringen kompletteras av rapportering av personuppgiftsincidenter. Under året (Q1 t.o.m. Q3) har 115

personuppgiftsincidenter registrerats och bedömts av regionens dataskyddsorganisation. 17 av dessa rapporterades vidare till Datainspektionen.

Som exempel på förbättringsåtgärder avseende informationssäkerheten bör främst nämnas etableringen av en informationssäkerhetsorganisation vilket är ett konkret resultat av projektet för översyn av ledningssystemet för informationssäkerhet, LIS som påbörjade vid årsskiftet 2018/2019 och pågår 2020 ut. Inom ramen för ett samverkansavtal med regionens uppdragstagare för drift- och underhåll av vår IT-infrastruktur bedrivs ett systematiskt informationssäkerhetsarbete inom ett så kallat Säkerhetsforum. Arbetet har främst IT-säkerhetsinriktning men hanterar också ofta frågor kring krav på ärendehantering och behörighetskontroller vid beställningar. Under Q1-Q3 har tre dokumenterade möten hållits. IT drift- och underhållsfunktionen har under Q1-Q3 registrerat sju (7) IT-incidenter. Efter bedömd påverkansgrad på verksamheten hade en (1) incident medium påverkan, fyra (4) hög påverkan samt två (2) kritisk påverkan.

De kritiska incidenterna ägde rum den 13 februari samt den 5 mars. Händelsen den 13 februari berodde på fel i brandväggsregler vid driftsättning av nya servrar. Konsekvensen för verksamheten blev att intranätet var otillgängligt. Händelsen den 5 mars orsakades av stora mängder kontrolltrafik vilket medförde att datorer och telefoner fungerade dåligt eller inte alls. I den mån det ändå fungerade upplevdes applikationerna som mycket långsamma. Det blev också avbrott i hjärtövervakningen på vissa avdelningar. Händelsen bedöms inte ha medfört någon vårdskada.

Under året har arbetet med systematiska och regelbundna stickprovskontroller av åtkomster varje månad slumpvis tagit fram 200 patienter. När det gäller riktad åtkomstkontroll, vilken oftast i praktiken benämns loggkontroll och härstammar från en så kallad ”Begäran om loggutdrag”, har under året kommit in totalt 39 ärenden. 33 av dem har kommit från begärande patienter och 6 från verksamheter som en del av det systematiska informationssäkerhetsarbetet.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

	Strategi	Åtgärd	Resultat
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	Årlig mätning två gånger/ år. Öka följsamhet till 100%. De enheter som <90% följsamhet ska ta fram en handlingsplan för ökad följsamhet	Vårdhygien håller grundutbildning ar i BHK i dec. Arbete med frågan i respektive enhet.	Följsamhet i regionen vid mätning v37-38 var 83%

Analys: Total följsamhet har ökat från föregående år från 81 % till 83 % vilket innebär att nästan var femte medarbetare i patientnära vård inte arbetar enligt BHK rutin och därmed kan bidra till att smitta sprids. Enheter som har resultat <90 % behöver arbeta mer aktivt med frågan.

Vårdrelaterade infektioner (VRI)	Strategi Planerad mätning ej genomförd pga pandemi	Åtgärd Ingen	Resultat <i>Inget</i>
----------------------------------	--	------------------------	---------------------------------

Analys: Mätning behöver göras 2021

Trycksår grad 1-4	Strategi Förvalta arbetet och resultaten efter trycksårsprojektet och stödja verksamheterna i deras preventiva arbete	Åtgärd Utbildningstillfällen och stöd i samband med punktprevalensmätning v10. Verksamheternas eget arbete i frågan	Resultat Alla kategorier RVN 12,3%, Riket: 11,3% Sjukhusförvärvade trycksår RVN 11,1% (7,2% 2019), Riket 7,8% 2020. Fördelning på sjukhus sjukhusförvärvade trycksår Sollefteå 33,3 % Örnsköldsvik 8,5 % Sundsvall 4,8 %
-------------------	---	---	--

Analys: Regionens resultat 2020 är sämre jämfört med föregående år till vilket Sollefteås resultat starkt bidrar. Frågan är hur representativt det resultatet är? Mot bakgrund av att Sollefteås resultat grumlar bilden kan man inte dra några större slutsatser annat än att Örnsköldsvik förbättrat sitt resultat från 18,6 % 2019 och att Sollefteås resultat behöver utredas vidare i verksamheterna. Av tänkta centrala insatser 2020 blev inga utförda på grund av pandemin. Befintlig trycksårsrutin ses nu över och ett omtag planeras 2021.

Andel som screenas/ riskbedöms för undernäring	Strategi Tänkt fokusområde 2020	Åtgärd Arbete med nutritionsprojekt vilande på grund av pandemi	Resultat Inga mätningar påbörjade
--	---	---	---

Analys: Fortsatt behov av att skapa nutritionsorganisation finns. Enheter i regionen arbetar olika med frågan och följsamhet varierar.

Primärvård: medicinsk bedömning inom 3 dagar av läkare eller annan legitimerad personal	Strategi Regelbunden utbildning/information om registrering. Lathundar. Information om vårdgarantin	Åtgärd Översyn av scheman för att öka andel med kontakt samma dag. Utveckla arbete med patienten på distans via videobesök.	Resultat 74 % hela regionen för män och kvinnor Regiondriven: 75 % kvinna, 74 % män Privat 73 % kvinna, 74 % män (mätperiod jan-okt)
---	---	---	---

Analys: Förbättrade resultat trots rådande pandemi jmf 2019 70,4 % Dock under riket som ligger på 80 % nivå, se tabell 1.

Primärvård: Kontakt med primärvård samma dag för rådgivning/ tidsbokning	Strategi Regelbunden utbildning/ information om registrering. Lathundar. Information om vårdgarantin	Åtgärd Översyn av scheman för att öka andel med kontakt samma dag. Startat teleQ nätverk för att utveckla arbetet för ökad tillgänglighet. Utbildning. Information	Resultat Hela regionen Vår 93 %, Höst 86 % Regiondriven Vår 93 % Höst 83 % Privat Vår 94 % Höst 91 %
---	--	--	---

Analys: RVN är i nivå med riket, se tabell 2. 2019 var måluppfyllelsen 86 % i genomsnitt.

Specialistvård: Andel som väntat 90 dagar eller kortare, förstasbesök	Strategi Handlingsplaner	Åtgärd Bland annat produktionsplanering. Pga. pandemin har merparten av utvecklingsarbetet skjutits upp	Resultat Kvinna 60 %, Man 58 % Mätperiod (Jan-Okt)
--	------------------------------------	---	---

Analys: RVN ligger som tidigare påtagligt under riksgenomsnittet, se tabell 3. 2019 var måluppfyllelsen i genomsnitt 63 %. Från april -20 och framåt ses en liten sänkning i tabellen vilket delvis kan förklaras av pandemins påverkan på specialistvården.

Specialistvård: Andel som väntat 90 dagar eller kortare operation/ åtgärd	Strategi Handlingsplaner	Åtgärd Bland annat produktionsplanering, arbete med operationsflöden. Pga pandemin har merparten av utvecklingsarbetet skjutits upp	Resultat Kvinna 48 %, Man 50 % Mätperiod (Jan-Okt)
--	------------------------------------	---	---

Analys: RVN ligger under riksgenomsnittet men har gjort en upphämtning från sept/oktober, se tabell 4. En påtaglig svacka i kurvan ses i alla regioner från våren och framåt vilket bedöms bero på den belastning på slutenvården som pandemin utgjort. Genomsnittlig måluppfyllelse för 2019 var 58 %.

Avvikelser

Covid-19 relaterade avvikelser

Under första och andra vågen av Pandemin har det skrivits rikligt med covidavvikelser. I månadsskiftet mars-april gällde det bland annat triagetältens funktion men också osäkerhet kring rutiner som ändrades allt eftersom. En del avvikelser handlade även om brister i skyddsutrustning samt om provtagning och provhantering.

I maj och juni var det många avvikelser om personal men även patienter som utsatts för smitta. Allt eftersom ökade antalet avvikelser om smittad personal. Avvikelser rapporterades

också gällande rutiner kring hantering och inläggning av misstänkt och bekräftat covid smittade patienter, samt rutiner som inte följdes eller som man inte hade kännedom om.

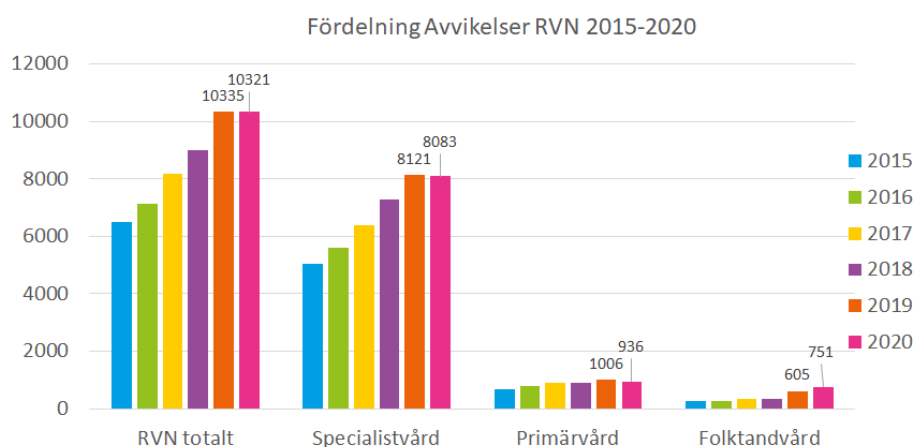
Efter en lugnare sommar ökade avvikelserna under hösten i takt med ökat antal inläggande covid-positiva patienter. Som under våren rapporterades avvikelser om hantering och inläggning av misstänkt och bekräftat covid smittade patienter. Men även avvikelser om ett ökat antal smittad personal har inkommit.

Utifrån vårens inrapporterade avvikelser har utredning påbörjats på grund av misstänkt allvarlig vårdskada i två fall med smittspridning till patienter samt två händelser med komplikationer vid tracheostomi.

Av rapporteringen att döma verkar de svårigheter som sågs under våren ha fortsatt under hösten. Om så är fallet, och höstens rapportering inte kan antas bero på en ökad avvikelserrapportering, uppstår frågan varför vi inte i större utsträckning tillvaratagit erfarenheter från den första pandemivågen? Vi kan konstatera att avdelningsvården i december är mer belastad än i våras vilket också kan vara en bidragande faktor. Det är för tidigt att dra några säkra slutsatser i nuläget utan ytterligare analys behövs. Totalt under året rapporterades ca 800 Covid -19 relaterade avvikelser.

Avvikelser i övrigt

Under 2020 har det totala antalet avvikelser minskat marginellt. 10 321 jämfört med 10 335 föregående år. Den enda förvaltningen som lyckats öka sin avvikelserrapportering är folktandvården som jobbat aktivt för att rapporteringen ska öka. Att arbeta för att öka rapporteringen är viktigt då bedömningen är att det generellt sett fortfarande finns en underrapportering. Med tanke på att 800 av avvikelserna är Covid-19 relaterade så bedöms avvikelserrapporteringen gällande övrig vård ha minskat.



De fem vanligaste avvikelsområdena inom RVN är i rangordning:

1. 2018 Vårdadministration (Samordnad vård-/omsorgsplanering, Journal, Remisshantering)
2. 1842 Diagnostik och utredning (Provhantering/analys, Undersökning/diagnostisering, Bild och funktionsmedicin)
3. 1090 Omvårdnad (Fall, Allmän omvårdnad, Infarter)
4. 971 Kommunikation
5. 800 Behandling

Klagomål och synpunkter

Ärenden till patientnämnden (PEN) har under 2020 ökat en aning jämfört med föregående år, se nedanstående tabell. Kommunikation, vård och behandling samt tillgänglighet är de tre dominerande områdena. I dessa ärenden återfinns synpunkter och upplevelser kring bland annat bristande information och delaktighet, felaktig/fördröjd undersökning, diagnos och behandling, långa väntetider samt att vårdgarantin inte uppfylls.

Under året har nämnden analyserat klagomål, vilket har utmynnat i tre rapporter.

Verksamheten för Kvalitet- och patientsäkerhet har månatligen tagit del av patientnämndens ärenden, samt haft täta avstämningar. Detta är en del i ett aktivt patientsäkerhetsarbete med att fånga upp händelser där det kan finnas misstanke om risk för eller faktisk vårdskada. Av de granskade ärendena finns klagomål som gått vidare till avvikelse eller utredning, exempelvis händelseanalys.)

Kontaktsak Patientnämnden Etiska nämnden	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	varav kvinnor	varav män	varav okänt kön
Vård och behandling	-	213	290	151	136	2
Resultat	-	57	60	35	25	
Kommunikation	-	414	389	226	161	2
Dokumentation och sekretess	-	47	44	31	13	
Ekonomi	-	28	28	15	13	
Tillgänglighet	-	160	128	61	65	2
Vårdansvar och organisation	-	62	57	36	21	1
Administrativ hantering	-	72	72	44	28	
Övrigt	-	33	37	22	15	
Totalt	1 134	1 086	1105	621	477	7

*här återfinns även synpunkter rörande egenprovtagning för Covid-19.

Till RVN har 366 missnöjesanmälningar registrerats 2020, jämfört med 323 föregående år. Majoriteten 263 kom direkt till verksamheterna, 65 via PEN och 38 via IVO. 222 gäller specialistvården vilket är fler än föregående år 177. Till folktandvården minskade de enskilda klagomålen från 73 till 61st 2020. Till primärvården ökade de från 72 till 80 2020. I båda fallen var förändringarna marginella. De enskilda klagomålen till IVO var i nivå med 2019 och av dessa gällde 28 specialistvården, 9 primärvården samt 1 folktandvården.

Från PEN finns 65 missnöjesanmälningar registrerade i RVNs diarium och vid kontroll med PEN framkommer att PEN under 2020 skickat 204 ärenden till verksamheterna med begäran om yttrande. Här finns, liksom föregående år, en betydande underregistrering i RVNs diariesystem från verksamheternas sida. 2021 kommer PEN skicka ärendena via diarier vilket torde åtgärda problemet med underregistrering i avvikelssystemet.

Händelser och vårdskador

Under 2020 initierades 123 händelseanalyser, dvs det beslutades att händelseanalys eller internutredning ska göras som underlag till eventuell lex Maria-anmälan. 236 ärenden bedömdes av chefläkare och av dessa gick 123 till händelseanalys. Föregående år var det motsvarande 245 chefläkarärenden varav 101 gick till händelseanalys.

Antalet initierade händelseanalyser ökade för andra året i rad. Under flera år har verksamheten för kvalitet och patientsäkerhet aktivt arbetat med att minska den kö som bildats utifrån tidigare resursbrist. Under året har vårdutvecklarna som i normala fall agerar som analysledare under en betydande del av tiden fått lägga händelseanalysarbetet åt sidan för att arbeta med Covid-relaterade arbetsuppgifter. Trots detta har antalet avslutade händelseanalyser ökat. Totalt 93 händelseanalyser genomfördes jämfört med 67 händelseanalyser 2019.

Detta har möjliggjorts genom att ett skifte har skett för att bedriva patientsäkerhetsarbetet närmare verksamheten och allt fler händelser- misstänkta allvarliga vårdskador utretts av berörd verksamhet själv genom internutredning. Dessa utredningar har genomförts med stöd av verksamheten för Kvalitet-och Patientsäkerhet. 57 Internutredningar har utretts eller är under utredning i jämförelse med 25 2019.

2020 gjordes sammanlagt 66 lex Maria anmälningar av de 93 genomförda händelseanalyserna, varav 57 gällde specialistvården och 9 primärvården. Inga Lex Maria anmälningar gjordes i folktandvården eller inom Rättspsykiatri.

Av 123 initierade händelseanalyser var fördelningen av patienter 58 män och 65 kvinnor:

Bland allvarliga avvikelser är fördröjd diagnostik relativt vanligt förekommande. Orsakerna här är ofta komplexa och involverar följsamhet till rutiner, problem vid informationsöverföring. Brist på rätt kompetens och tillgänglighet till adekvata beslutsstöd kan också medverka. Fortsatt arbete med kunskapsstyrning är i detta område viktigt.

En verksamhet har sedan flera år haft återkommande allvarliga skador på grund av försenad uppföljning av patienter, orsakat av flera komplexa faktorer. Åtgärder har vidtagits i form av projekt lett av extern konsult för produktionsplanering, samt förändrade rutiner kring kontroller och anställning av undersköterskor för att frigöra tid för sjuksköterskor.

Allvarliga fallskador och suicid är områden som följs över tid. Dessa ses minska under 2020. Däremot ses en ökning av fördröjda diagnoser.

Nationellt pågår dialog och forskning hur ett förbättrat lärande kan uppnås utifrån de utredningar som görs.

Flera allvarliga läkemedelskador har rapporterats. Utredningar har skett i samarbete med läkemedelsenheten. Bland åtgärder finns utbildning samt projektanställning av farmaceut i ett par verksamheter.

Under 2020 har i KP ett arbete gjorts kring möjligheten att aggregera och analysera typ och orsaker avseende allvarliga avvikelser. Bedömningen blev att det hittillsvarande systemet för kontroll och översikt inte varit tillfredsställande. Ett nytt system har därför under hösten tagits fram tillsammans med IT och detta kommer att tas i drift i januari 2021.

Utredningar och lärdomar från allvarliga händelser har varit tema för lunchföreläsningar.

I början av januari 2020 skickades mail ut till alla verksamhetschefer och enhetschefer i specialistvård och primärvård. Detta då verksamheten för Kvalitet och patientsäkerhet under 2019 sett en ökning av avvikelser, chefläkarärenden och allvarliga händelser som gått till händelseanalys. Frågan som ställdes var om de upplevde att det var en ökning av allvarliga händelser och vårdskador eller om ökningen kan bero på att man rapporterar fler avvikelser. En enhet svarade att vårdkvaliteten och säkerheten är bättre nu än för några år. 30 svarade att dom bedömer att vårdskadorna inte har ökat under 2019. 16 av dessa anger att en ökad avvikelserrapportering är orsaken. Flera beskriver att man aktivt arbetat med att öka

rapporteringen. Man har ökad medvetenhet och det finns en större trygghet att rapportera avvikelser. Två enheter har svarat att man ser fler vårdskador. En av dessa ser det som en tillfällig topp av allvarliga händelser. Den andre ser både en ökad avvikelserapportering men även ett ökat antal allvarliga vårdskador de senaste två åren som har en klar koppling till bristande kännedom om rutiner hos vikarier och hyrsjuksköterskor. Vilket oroar då de har flera enheter med hög andel hyrpersonal.

Flera av de som inte angett att de ser ett ökat antal allvarliga händelser har dock påpekat ökad risk för vårdskador utifrån att det är:

- Högt tryck på produktion och brist på vårdplatser.
- Stor personalbrist och överbeläggningar på många håll.
- Svårare sjuka patienter som kanske kan göra att det blir fler avvikelser.
- Hyrpersonalen har ändrats från att ha varit erfarna sjuksköterskor till att det nu är nya ganska oerfarna som kommer.

Risکاناليس

Åtta riskanalyser gjordes 2020. En handlade om sommarstängning av förlossningen i Örnsköldsvik. Tre andra rörde förslag om närsjukvårdens organisation (en för varje sjukhusort). Som led i omorganisationen av den fortsatta länsverksamheten gjordes en riskanalys angående planerad sammanslagning av Ögon och Hörselvården. En gällde organisationsförändring av cytostatikabehandling. På grund av besparingsförslag gjordes riskanalys angående stängning av psyk avd 61 i Örnsköldsvik samt flyttning av GNR-, medicin-, röntgen- och kardiologisk mottagning från Härnösand.

Mål och strategier för 2021

Målsättningarna för kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet bygger på både långsiktighet och årsvisa anpassningar. 2020 blev det år som på grund av covid-19 pandemin visade både på styrkor och svagheter i kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet i regionen. Vi tar nu vara på dessa erfarenheter och bygger vidare på dem. Följande områden är en del av de mål och strategier vi har i kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet 2021.

Kunskapsstyrning

Som en viktig grundläggande del i det övergripande kvalitetsarbetet arbetar så går nu implementeringsarbetet med systemet för kunskapsstyrning in i en ny fas där teori ska omsättas i praktik med stöd från verksamheten för Kvalitet- och patientsäkerhet. Efter att under 2020 ha bromsats upp av pandemin, tar nu planeringen ny fart. Bland annat genom att ett antal personcentrerade sammanhållna vårdförlopp är på väg från Sveriges Kommuner och Regioner för att implementeras som en viktig del i införandet av nya kunskapsunderlag.

Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet.

I början av 2020 presenterade Socialstyrelsen en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Utifrån den handlingsplanen kommer en regional handlingsplan att upprättas, för att nå länsperspektiv så kommer det arbetet även att ske i samverkan med länets sju kommuner.

Fem fokusområden presenteras i planen fem fokusområden:

- ökad kunskap om inträffade vårdskador
- tillförlitliga och säkra system och processer

- säker vård, här och nu
- stärka analys, lärande och utveckling
- öka riskmedvetenhet och beredskap

Inför planering av det systematiska arbetet med kvalitet- och patientsäkerhetsfrågor 2021 så kommer dessa fokusområden att beaktas inom regionen och en handlingsplan kommer att tas fram utifrån dessa.

Vård och vårdskador i Region Västernorrland

Inom Region Västernorrland har vi som långsiktigt mål att erbjuda vård av hög kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och tandvården.

Invånarna i vårt län ska vara trygga med att den vård de erbjuds utgår från regionens etiska policy, är säker och byggs på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Vårdskador orsakar onödigt mänskligt lidande och risken för att drabbas måste därför minimeras. I det arbetet ska Region Västernorrland därför arbeta proaktivt och systematiskt genom att identifiera, förebygga, åtgärda och följa upp avvikelser.

Vårdrelaterade infektioner

För att på så sätt uppnå en god och säker vård är det även viktigt att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner och begränsa smittspridning. Basala hygienrutiner och klädregler är här en viktig faktor liksom att regionen verkar för säkra städrutiner.

Följsamheten när det gäller basala hygienrutiner och klädregler kommer att vara i fokus 2021. En anledning till detta är den mätning som gjorts 2020 och visar ett i stort sett, oförändrat resultat under 90% är ett förbättringsområde. Framförallt under en pågående pandemi där det har varit och är ett stort fokus på basala hygienrutiner och klädregler.

Covid-19 pandemin under 2020 visade även att ytterligare vårdhygieniska insatser bör göras för att minska risken för vårdrelaterade infektioner. Detta beaktas i planeringen för patientsäkerhetsarbetet under 2021. Ett fortsatt arbete utifrån handlingsplan mot VRI kommer att fortgå under 2021.

Trycksår

Trycksårsmätningen 2020 gav vid handen att det finns ytterligare behov att fokusera på det förebyggande arbetet. Som en del i det fokusarbetet prioriteras verksamheternas egna trycksårsförebyggande projekt vid ansökningar via patientsäkerhetsmedel.

Undernäring

Undernäring har vi i region Västernorrland sedan 2020 som nytt satsningsområde.

Detta innebär att vi har skapat en riktlinje som uppmanar verksamheterna att upprätta avvikelser när det inte har genomförts en riskbedömning för undernäring vid inskrivning på sjukhus.

Arbetet är bara i sin linda och behöver fortsatt utvecklas för att stödja verksamheter i arbetet med att minska risken för undernäring och därmed även förebygga risken för exempelvis trycksår och fall.

Händelseanalyser och lex Maria

Händelser som kan bedömas som vårdskada, risk för allvarlig vårdskada eller allvarlig vårdskada, ska utredas via upprättandet av en avvikelse som sedan utreds och vid bedömning av risk för eller allvarlig vårdskada blir även chefläkaren delaktig i utredningen och gör bedömning om händelseanalys och eventuell lex Maria anmälan.

Inom kvalitet- och patientsäkerhet har det de senaste två åren varit ett stort fokus på att arbeta mer effektivt med de utredningar där chefläkare bedömer den typen av vårdskador. Trots att

arbetet intensifierats så har det ändå skett en ökning av händelser som gör att arbete med att få ett snabbare och mer effektivt flöde på utredningar måste fortsätta. Här har patientsäkerhetsmedlen en viktig roll.

Förebyggande arbete mot våld i nära relationer

Det förebyggande arbetet mot våld i nära relationer har från 2020 blivit en funktion i verksamheten för Kvalitet- och patientsäkerhet. Här finns ett stort behov att hitta en strategisk riktning, både inom regionen och i samverkan med kommuner och länsstyrelse. Därför finns det med som en del i målsättningen för 2021.

Säkerhetskultur

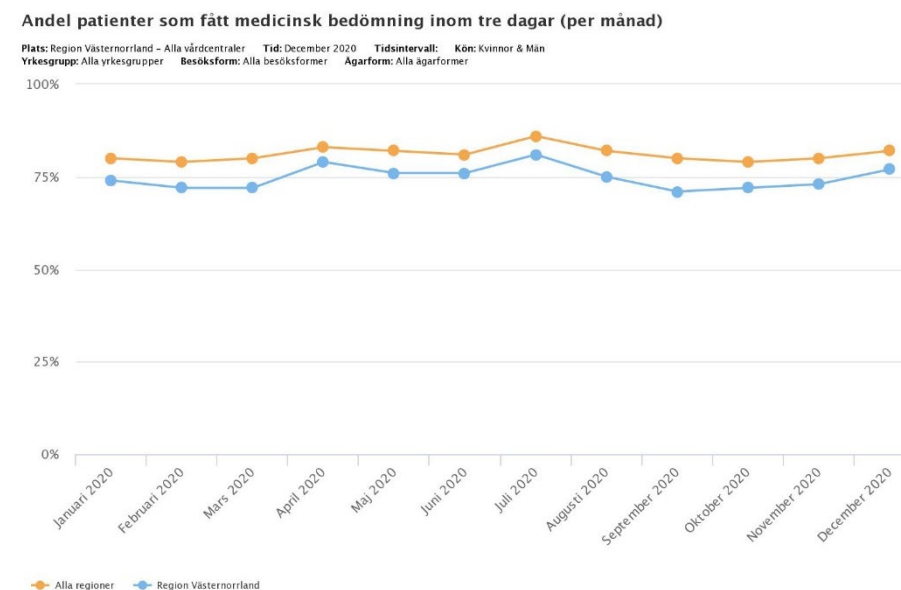
En säkerhetskultur som uppmuntrar rapportering av negativa händelser utan att vara fördömande och som fokuserar på en systemsyn istället för en individsyn är mycket viktigt. Inom regionen vill vi ta vara på misstag som en källa till kunskap för att ge en säkrare vård. Vi vill även lyfta de goda exemplen som ett lärande. Det är även viktigt att notera att medarbetarnas arbetsmiljö är en betydande del i kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet och påverkar säkerhetskulturen. Det bör därför beaktas i allt patientsäkerhetsarbete. Säkerhetskulturen i vården kommer även fortsättningsvis att följas via årlig mätning av hållbart säkerhetsengagemang (HSE) i samband med den årliga mätningen av hållbart medarbetarengagemang (HME).

Kvalitetsledningssystem

Även det arbete som påbörjats med att tydliggöra kvalitetsledningssystemet kommer att fortsätta men med den skillnaden att det genomförs i samverkan med uppbyggnaden av ett centralt ledningssystem inom regionen.

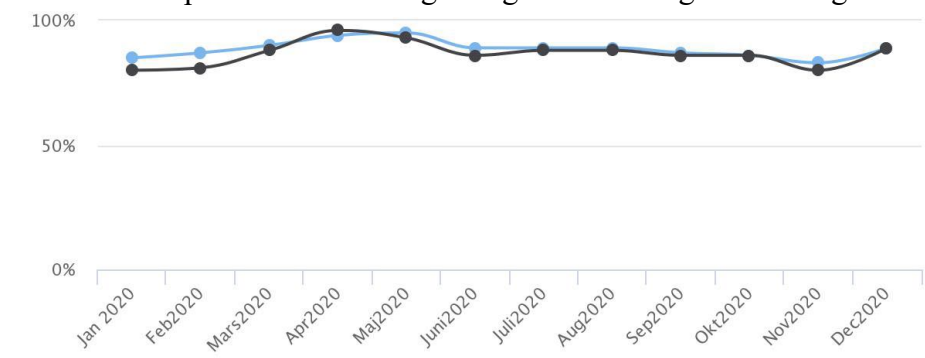
Bilaga

Tabell 1.



Tabell 2.

Kontakt med primärvård för rådgivning / tidsbokning samma dag.

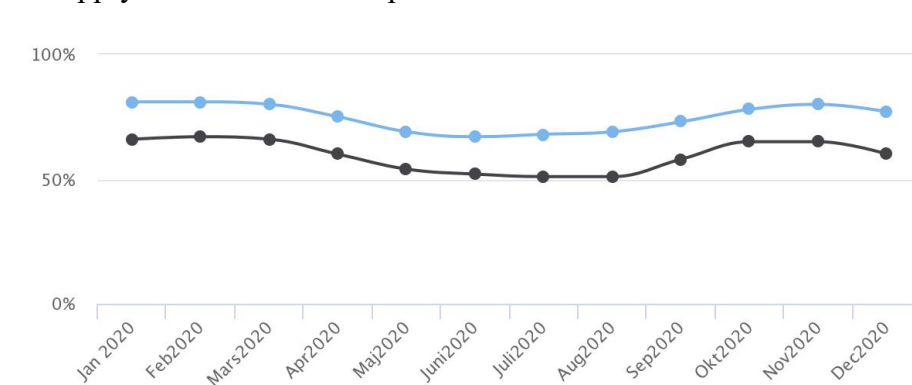


Blått: riket

Svart: Region Västernorrland

Tabell 3

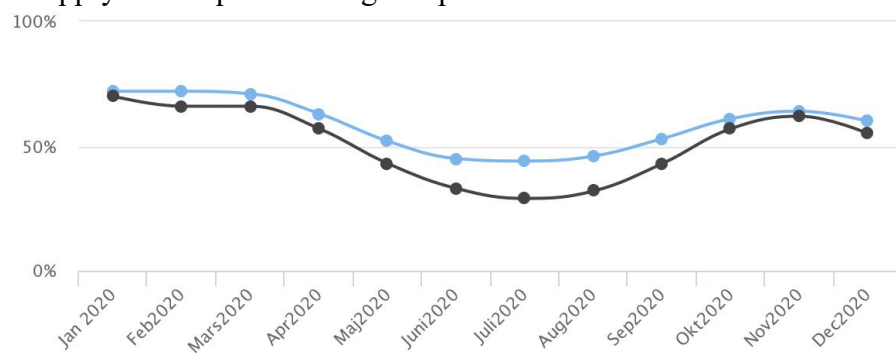
Måluppfyllelse första besök specialistvården



Blått: riket

Svart: Region Västernorrland

Tabell 4
Måluppfyllelse Operation/ åtgärd specialistvården



Blått: riket

Svart: Region Västernorrland