

Patientsäkerhetsberättelse 2021



Innehåll

Inledning.....	3
SAMMANFATTNING.....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
En god säkerhetskultur.....	15
Adekvat kunskap och kompetens.....	17
Patienten som medskapare.....	20
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	24
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	28
Tillförlitliga och säkra system och processer	32
Säker vård här och nu	33
Stärka analys, lärande och utveckling	41
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	45
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR INFÖR 2022	47
Bilaga Mätningar och uppföljningar.	49

Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Patientsäkerhetsberättelsen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa: Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

SAMMANFATTNING

2021 har varit ett utmanande år på många sätt för hälso- och sjukvården både regionalt och nationellt.

Antalet identifierade och anmälda allvarliga vårdskador i regionen är på samma nivå som tidigare år. Sammanställning av resultat från egenkontroller och patienters synpunkter visar på en vård med god kvalitet och resultat i paritet med tidigare år trots en mycket ansträngd vårdplatssituation, och en fortsatt hård belastning direkt och indirekt av pågående pandemi. Det finns ett mycket stort engagemang hos hälso- och sjukvårdens medarbetare för god och säker vård, och tack vare medarbetarnas engagemang, kunskap och kompetens levererar regionen en hälso- och sjukvård av hög kvalitet.

Grundläggande förutsättningar för säker vård är en engagerad ledning och tydlig styrning, en god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens och att inkludera patienten som medskapare i vården. Patientsäkerhet och medicinsk kvalitet utgör Region Örebro läns centrala områden för god och säker vård.

Medarbetarenkäten visar på en god säkerhetskultur. Det avspeglas också i den oro och det engagemang medarbetare visar i de stora utmaningar sjukvården mött under 2021, så som vårdplatssituationen, pandemivården och förhållandena på akutmottagningarna.

Personal- och kompetensbrist är och har varit en del av vårdens verklighet en längre tid, så även under 2021. Arbete pågår på många sätt för säkra tillgången på personal med adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Under 2021 genomgick hälso- och sjukvårdsförvaltningen en omfattande omorganisation. Syftet med omorganisationen är att skapa en jämlik vård med god tillgänglighet, hög kvalitet och patientsäkerhet, med bättre förutsättningar för samverkan över verksamhetsgränser och med ökat fokus på medarbetarskap och bättre arbetsmiljö. Under pågående omorganisation och utifrån en samtidig pandemisituation har ansträngningen på sjukvården varit hög samtidigt som det funnits en otydlighet vad gäller samverkans- och arbetsrutiner för det strategiska patientsäkerhetsarbetet.

Arbetet med att förtydliga och förbättra rutiner och arbetssätt för det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet kommer att fortgå under 2022. Detta inkluderar upprättandet av en regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet.

Helena Walfridsson

Förvaltningsövergripande chefläkare

Maria Cottell

Patientsäkerhetskontroller

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Region Örebro läns vision: Tillsammans skapar vi ett bättre liv

Region Örebro läns vision är utgångspunkten för all verksamhet. Den pekar ut riktningen för organisationen och bidrar till att stärka den gemensamma identiteten.

Patientsäkerhet och medicinsk kvalitet utgör Region Örebro läns centrala områden för god och säker vård. Patientsäkerhetsarbetet är en del av vårdgivarens systematiska kvalitetsarbete och ska bedrivas som en integrerad del i det dagliga arbetet. I Region Örebro län ska patienter också känna sig trygga, informerade och delaktiga i den vård som ges av alla medarbetare på alla nivåer.

Med patientsäkerhet menas skydd mot vårdskada. Vårdskada definieras som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården i enlighet med patientsäkerhetslagen. Långsiktighet, engagemang och tydligt beskrivna mål i arbetet är avgörande för god och säker vård med alla de utmaningar och möjligheter som hälso- och sjukvården möter.

Organisation och ansvar

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

Region Örebro län är en politisk styrd organisation med olika uppdrag. Ett centralt uppdrag är att säkerställa att länets innevånare erbjuds god och jämlik hälso- och sjukvård samt tandvård med utgångspunkt från individens behov. Detta arbete

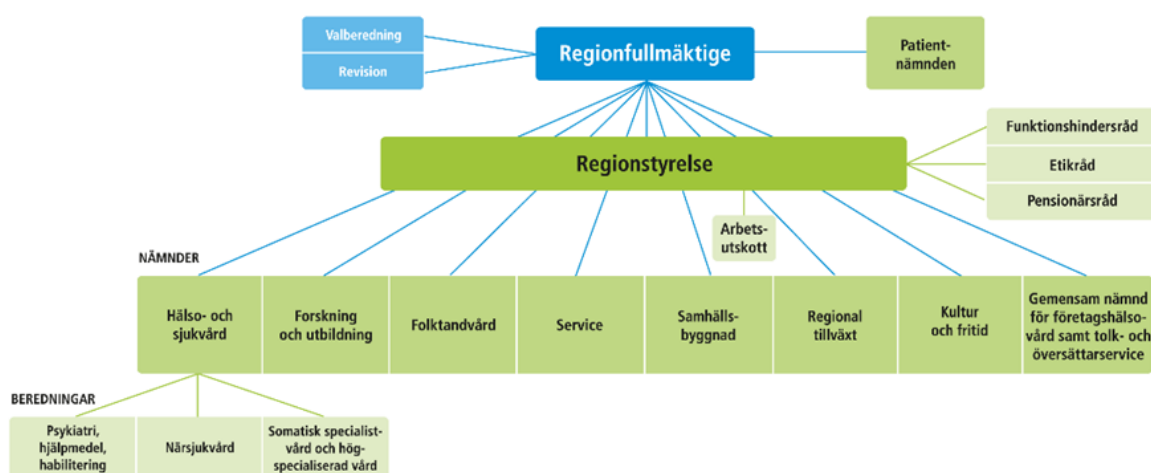
utförs huvudsakligen av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Folk tandvården men även i privat regi. Region Örebro län erbjuder högspecialiserad vård till länsinvånare och invånare från andra län genom särskilda avtal.

Regionfullmäktige är Region Örebro läns högsta beslutande organ. 71 politiskt valda ledamöter från olika partier i Örebro län beslutar om ekonomiska ramar och riktlinjer för Region Örebro läns verksamhet. Fullmäktige utser också ledamöter och ersättare i nämnder, liksom revisorer och revisorsersättare.

Regionstyrelsen leder och samordnar det politiska arbetet inom Region Örebro län. I regionstyrelsen sitter politiker som är valda av regionfullmäktige.

Regionstyrelsen har ansvar för de övergripande regionala utvecklingsfrågorna. De ansvarar också för att strategiskt planera för en hållbar utveckling för Region Örebro län och att följa upp hur verksamheten klarar sina mål. Regionstyrelsen ansvarar även för den ekonomiska förvaltningen och för att förbereda ärenden till regionfullmäktige.

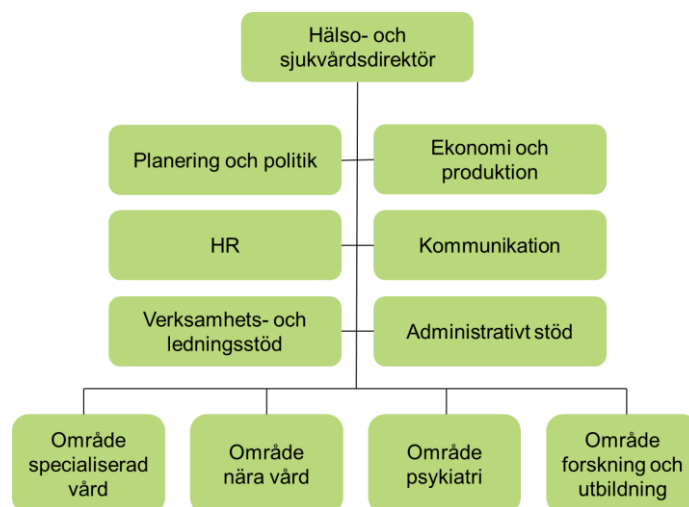
Nio nämnder ansvarar för att verksamheten inom de tilldelade ekonomiska ramarna bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Nämnderna står under regionstyrelsens uppsikt och ansvarar för sin verksamhet inför fullmäktige. Patientnämnden har en fristående ställning direkt under regionfullmäktige.



Region Örebro läns politiska organisation

I den politiska organisation som trädde i kraft år 2019 är Hälso- och sjukvårdsnämnden vårdgivare och har därmed ansvaret för att ett systematiskt patientsäkerhetsarbete bedrivs. Detsamma gäller för Folk tandvårdsnämnden. Servicenämnden ansvarar för verksamheten inom Regionservice.

Hälso- och sjukvården utgör Region Örebro läns största förvaltning och leds av hälso- och sjukvårdsdirektören som också är förvaltningschef. Verksamhet bedrivs på Universitetssjukhuset i Örebro (USÖ), länsdelssjukhusen i Karlskoga och Lindesberg, 25 vårdcentraler samt ett antal fristående enheter. Verksamheten är från och med 1 januari 2021 organisatoriskt indelad i fyra områden; Nära vård, Specialiserad vård, Psykiatri samt Forskning och utbildning.



Hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsorganisation

Inom område Specialiserade vården ingår 21 verksamhetsområden. Dessa inkluderar sjukhusverksamheter vid Universitetssjukhuset i Örebro, exklusive psykiatri och geriatrik. Dessutom ingår verksamhetsområdena anestesi och intensivvård, kirurgi, ortopedi och handkirurgi, röntgen och sjukhusfysik, kvinnosjukvård samt laboriemedicin som är organiserade som länskliniker.

Inom område Nära vård ingår 11 verksamhetsområden. Dessa inkluderar primärvård, verksamhetsområdena geriatrik, habilitering och hjälpmedel samt sjukhusverksamheter på de två länsdelssjukhusen.

I område psykiatri ingår fyra verksamhetsområden; allmänpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri och specialistpsykiatri.

Område FoU har 6 verksamhetsområden, varav arbets- och miljömedicin är det enda med en viss patientnära verksamhet. Dock är flera verksamhetsområden inom område FoU nära samarbetspartner i frågor om systematiskt patientsäkerhetsarbete, exempelvis Läke-medelscentrum och Utbildningscentrum. Region Örebro län bedriver också forskning och högre utbildning tillsammans med Örebro Universitet.

Folktandvården bedriver allmäntandvård, specialisttandvård och tandteknisk verksamhet. Allmäntandvården bedrivs vid 23 kliniker samt en mobil

tandvårdsklinik. Verksamheterna har ett nära samarbete med sjukhustandvården som bedrivs vid Verksamhetsområde huvud- hals- och plastikkirurgi.

Regionservice arbetar med stödprocesser inom områdena Administrativ utveckling och service, Försörjning, Kundtjänst, Regionfastigheter, Region IT och Medicinsk Teknik. Regionservice uppgift är att stödja och ge service till Regionens verksamheter och ledning.

I Region Örebro län finns inom respektive förvaltning en linjeorganisation med upprättad ansvarsbeskrivning som tydliggör uppdraget för respektive chefsroll. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen är den dominerande förvaltningen. Nedan beskrivs kortfattat ansvarsfördelningen i patientsäkerhetskänseende. Detta tydliggörs ytterligare i dokumentet ”Patientsäkerhet ansvarsbeskrivning”.

Hälso- och sjukvårdsdirektören ansvarar på uppdrag av hälso- och sjukvårdsnämnden för att Region Örebro läns hälso- och sjukvårdsverksamheter uppfyller intentionerna i gällande lagar, förordningar och föreskrifter. Denne ansvarar enligt uppdrag och delegation för verksamheterna utifrån gällande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt föreskrift avseende systematiskt patientsäkerhetsarbete. Förvaltningschefen har till sitt stöd en ledningsgrupp med utsedda chefer, t ex områdeschefer med uppdrag enligt delegation.

Områdeschef ansvarar enligt uppdrag och delegation för verksamheterna utifrån gällande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt föreskrift avseende systematiskt patientsäkerhetsarbete. Områdeschef ansvarar också för en organisationsstruktur med befogenheter och resurser för att stärka och utveckla kvalitet och patientsäkerhet och åtgärda brister, att egenkontroll och avvikelshantering sker inom områdets verksamheter, samt att den kvalitets- och patientsäkerhetsutbildning som erfordras för uppdraget anordnas för alla chefer och medarbetare

Verksamhetschef ansvarar för att organisera verksamheten så att den tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen ansvarar även för att alla medarbetare engageras, har rätt kompetens och tar ansvar för att god och säker vård bedrivs. Till verksamhetschefens stöd finns utifrån verksamhetens behov första linjens chefer med delegerat och avdelat ansvar.

Medarbetare ansvarar för att aktivt medverka i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och att rapportera händelser eller risker som rör patientsäkerheten.

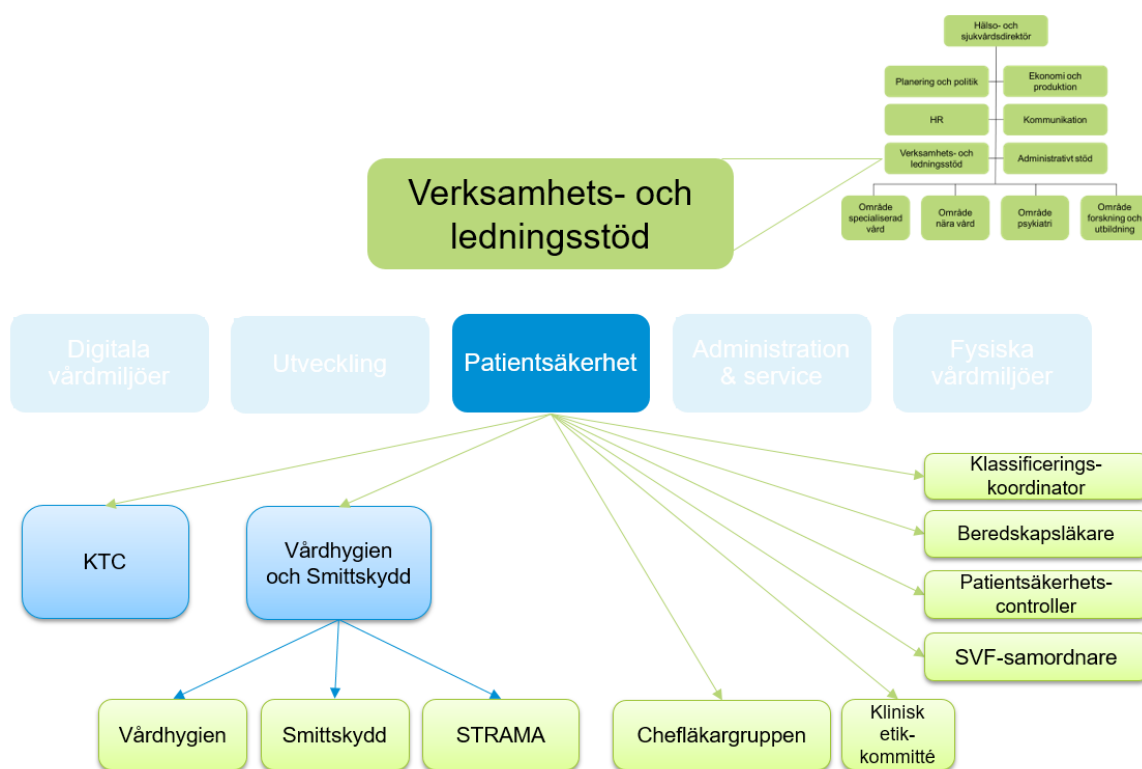
Inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen:

Förvaltningsövergripande chefläkare

Förvaltningsövergripande chefläkare har ett övergripande processansvar för samordning av chefläkarfrågor på förvaltnings- och områdesnivå. Den

förvaltningsövergripande chefläkaren företräder huvudmannen i patientsäkerhetsfrågor, både lokalt, sjukvårdsregionalt och nationellt och utgör ett stöd till övriga chefläkare vad gäller hanteringen av patientsäkerhetsfrågor med iakttagande av de specifika lagar, bestämmelser och myndighetskrav som föreligger inom patientsäkerhetsarbetet. Förvaltningsövergripande chefläkare är underställd chefen för verksamhets- och ledningsstöd, men rapporterar direkt till hälso- och sjukvårdsdirektör i patientsäkerhetsfrågor och deltar regelbundet i hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp (HSLG).

Förvaltningsövergripande chefläkaren är verksamhetschef för patientsäkerhetsenheten och leder ett sammanhållet arbete tillsammans med chefläkare/anmälningansvariga.



Patientsäkerhetsenheten under verksamhets och ledningsstöd

Patientsäkerhetsenheten

Enheten finns etablerad i syfte att stärka processarbetet runt patientsäkerhet. Genom att samla enheter och funktioner som är centrala för det strategiska patientsäkerhetsarbetet uppnås samordningsvinster och en tydlighet ut i organisationen. Enheten samverkar inom flera områden med kompetens, tillgänglighet och minskad risk för vårdskador som minsta gemensamma nämnare.

Enheter:

- Kliniskt träningscenter (KTC)
- Vårdhygien/ Smittskydd/ Strama

Funktioner:

- Klassificeringskoordinator (KVÅ – klassificering av vårdåtgärder)
- Samordnare Standardiserade vårdförlopp (SVF)
- Patientsäkerhetscontroller
- Chefläkargruppen
- Lokala och regional beredskapsöverläkare

Kopplade till enheten finns följande kompetensgrupper:

- Förvaltningsövergripande avvikelsegrupp
- Kompetensgrupp Risk- och händelseanalys (RA/HA)
- Markörbaserad journalgranskning (MJG)

Chefläkare finns representerad i följande:

- Funktionssäkerhetsrådet inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
- Informationssäkerhetsrådet inom Region Örebro län
- Förvaltningsövergripande läkemedelsgruppen (FÖL-gruppen)
- Rådet för medicinsk kunskapsstyrning (RMK)

Chefläkare/anmälningansvarig

Inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen finns utöver förvaltningsövergripande chefläkare, chefläkaruppdrag motsvarande 3,2 heltidstjänster. Dessa bemannades under 2021 av 6 chefläkare. Som led i omorganisationen inom HS-förvaltningen stärktes dessas oberoende genom att de flyttades organisatoriskt från områdesnivå i linjeorganisationen till att arbeta på direkt uppdrag av förvaltningsövergripande chefläkare men med chefläkaransvar för respektive område. Som ett led i att stärka omvårdnadsperspektivet inom chefläkargruppen utsågs en sjuksköterska som anmälningansvarig för omvårdnad.

Inom Folktandvården finns cheftandläkare med ansvar för anmälningar och avvikelser, och inom Regionservice finns anmälningansvarig för medicintekniska produkter.

Förutom anmälningansvarig inom sitt ansvarsområde deltar chefläkare/ anmälningansvariga i processinriktat patientsäkerhetsarbete på förvaltningsnivå samt inom områdets verksamheter. De ska också ansvara för att bevaka klagomål som handlar om patientsäkerhet, delta i risk-och händelseanalyser samt initiera och samordna utredning av vårdskador enligt gällande anmälningsskyldighet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkan sker på alla nivåer. Nedan beskrivs exempel på hur och inom vilka processer och områden som samverkan inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen, inom Regionen och med externa aktörer, identifierats och äger rum för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

Det viktigaste arbetet för att förebygga vårdskador sker dagligen i samverkan mellan verksamheter, i teamsamverkan mellan professioner och i samverkan mellan medarbetare samt ledning. Det handlar om mål, uppföljning och kommunikation, med åtgärder för förbättring där så krävs och positiv feedback när så ges möjlighet.

Inom förvaltningen:

Under 2021 genomgick hälso- och sjukvårdsförvaltningen en omfattande omorganisation. Syftet med omorganisationen är att skapa en jämlik vård med god tillgänglighet, hög kvalitet och patientsäkerhet, med bättre förutsättningar för samverkan över verksamhetsgränser och med ökat fokus på medarbetarskap och bättre arbetsmiljö. Under pågående omorganisation och utifrån en samtidig pandemisituation har ansträngningen på sjukvården varit hög samtidigt som det funnits en otydlighet vad gäller samverkans- och arbetsrutiner för det strategiska patientsäkerhetsarbetet.

Vissa funktioner har stärkts och kommer att förbättra samverkan framåt. En sådan är att det under 2021 inrättats en tjänst som kompetensutvecklingssamordnare. Denna tillhör Verksamhets- och ledningsstöd och jobbar nära både HR och Patientsäkerhetsenheten för att identifiera, samordna och möta behov av kompetensutveckling för ökad patientsäkerhet. Ett annat exempel är att beredskapsorganisationen har stärkts med tillsättandet av tre lokala och en regional beredskapsöverläkare. Dessa är direkt underställda förvaltningsövergripande chefläkare men arbetar tillsammans med beredskapssamordnarna inom enheten för säkerhet och beredskap (SoB). Beredskapsorganisationen arbetar i samverkan mellan SoB och Patientsäkerhetsenheten.

Läkemedelscentrum finns organisatoriskt under område Forskning och utbildning. Det finns ett nära samarbete mellan Läkemedelscentrum och Patientsäkerhetsenheten. Chefläkare ingår i den förvaltningsövergripande läkemedelsgruppen. Avstämning gällande läkemedelsrelaterade avvikelser ger kontinuerligt med patientsäkerhetscontroller. Läkemedelscentrum är också delaktiga i utformning och genomförande av patientsäkerhetsutbildningar. Samverkan kring riktlinjer som rör läkemedelshantering sker kontinuerligt.

Inom regionen

Rollen för Hälso- och sjukvårdens funktionssäkerhetsråd förtydligades under 2021. Funktionssäkerhetsrådets ansvar är att bevaka och utveckla krisberedskapen, säkerheten och funktions- och driftsäkerhetsarbetet. Detta arbete sker genom specifik planering och prioritering av åtgärder genom att analysera gapet mellan nuläge och uppsatta mål, så att Hälso- och sjukvården utifrån givna förutsättningar och gällande lagar upprätthåller en trygg och säker vårdmiljö. Till funktionssäkerhetsrådets regelbundna möten adjungeras företrädare för Regionkansli och Regionservice för att stärka samsyn kring lägesbild, utvecklingsbehov och prioriteringar.

Enheten för medicinsk teknik finns organisatoriskt under Regionservice. Enheten arbetar i mycket nära samverkan med hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Det finns en nära och omedelbar tillgång till medicinteknisk kompetens för alla hälso- och sjukvårdens verksamheter. Medicinteknik är representerad i relevanta samverkansforum så som exempelvis funktionssäkerhetsrådet. Anmälningsansvarig för medicintekniska produkter ingår som ordinarie medlem i chefläkargruppen.

Folktandvården arbetar i nära samverkan med hälso- och sjukvårdsförvaltningen liksom Regionservice, särskilt Enheten för medicinsk teknik. Enheten för Vårdhygien är en resurs även för Folktandvårdens verksamheter. Cheftandläkare ingår som ordinarie medlem i chefläkargruppen.

Patientnämnden är en viktig samverkanspartner vad gäller hantering av synpunkter och klagomål från patienter och närstående. Patientnämnden har direkt kontakt med verksamheterna kring enskilda klagomål. Förvaltningsövergripande chefläkare och patientsäkerhetscontroller har regelbundna avstämningar med tjänstemän på patientnämndens kansli samt tar del av statistik kring klagomål, svar och svarspåminnelser. Därutöver deltar företrädare för patientsäkerhetsenheten, chefläkare eller annan verksamhetsföreträdare vid de nämndmöten då sammanställningar och rapporter presenteras.

Vad gäller samverkan kring informationssäkerhet var god se egen rubrik nedan.

Med externa aktörer

IVO genomförde 2020 en tillsyn av regionens ansvar avseende medicinsk vård och behandling av äldre personer boende på särskilt boende (SÄBO). I regionens svar framgår ett omfattande arbete med långsiktiga och hållbara åtgärder för att komma till rätta med de brister som pandemin gjort extra synliga och som IVO:s tillsyn påtalat.

Under 2021 har arbete fortgått med de åtgärder som vidtagits och planerats utifrån tillsynen. Detta förbättringsarbete kräver samordning mellan regionen, privata vårdgivare och länets 12 kommuner. Vidtagna och planerade åtgärder, i viss mån uppföljning och utvärderingsplan redovisades till IVO 210819. Fortsatt uppföljning av åtgärder kommer att ske under våren 2022.

Det länsgemensamma arbetet för samverkan mellan regionen och länets kommuner vid utskrivning har fortsatt och i takt med att sjukvårdsbelastningen pga. pandemin har avtagit i intensitet har de ordinarie samverkansstrukturerna kunnat återupptas även om mötesformerna fortsatt till stor del varit digitala.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

I Region Örebro län hanteras en mycket stor mängd information. Information är också en av regionens viktigaste tillgångar och en förutsättning för en säker och effektiv verksamhet. Med informationssäkerhet inom regionen menas att kraven på konfidentialitet (sekretess), riktighet (att informationen är riktig) och tillgänglighet (att informationen är tillgänglig när det behövs) är tillgodosedda. Medborgarna ska kunna lita på att den information regionen hanterar och skyddas på ett bra vis. Informationssäkerhetspolicyn beskriver regionens mål och övergripande principer som gäller för informationssäkerhet i verksamheten. Riktlinjer, rutiner och stödjande dokument kompletterar policyn.

Under året har ett större fokus skett på det strategiska informationssäkerhetsarbetet. Styrande och stödjande dokument har uppdaterats och några nya har tagits fram. Flera utbildnings- och informationsinsatser har också kunnat genomföras i regionen.

Men informationssäkerhetsarbetet har även detta påverkats av den rådande pandemin. Digitaliseringsfrågorna är i fokus och det medför också många informationssäkerhetsfrågor. Digitaliseringen och informationssäkerhet hänger ihop eftersom informationssäkerhet (inklusive dataskydd som är en del av informationssäkerheten) är en förutsättning för digitalisering.

I hälso- och sjukvården i synnerhet finns det många informationssäkerhets- och dataskyddsfrågor kopplat till digitaliseringsfrågor. Den tekniska utvecklingen går mycket snabbt fram och det är en utmaning att fånga upp informationssäkerhet och dataskydd i god tid inför upphandling och inköp av nya system och tjänster. Det ställs lagkrav både på regionen och hälso- och sjukvårdsnämnden och berörd informationsägare att bedriva ett systematiskt informationssäkerhetsarbete.

Det finns fortfarande ett stort behov av att öka kunskapen i regionens verksamheter, så även i hälso- och sjukvårdsförvaltningen, om när och hur informationsklassningar och riskanalyser ska ske. Infosäkkollen, ett uppföljningsverktyg som MSB tagit fram som regionen har testat, visar att en kultur för informationssäkerhetsarbetet måste byggas upp inom samtliga förvaltningar i regionen.

Fler personer i verksamheterna behöver kunna genomföra både klassningar och riskanalyser. Detta behov är mycket tydligt inte minst utifrån den efterfrågan som finns från verksamheten men även utifrån det informationssäkerhetsarbetet som behöver ske enligt både dataskyddsförordningen, GDPR, och NIS-lagstiftningen, Lag (2018:1174) om informationssäkerhet i samhällsviktiga och digitala tjänster.

Även under 2021 har vårdgivare i Sverige och i andra länder varit utsatta för IT-angrepp.

På grund av den fortsatt ökande hotbilden mot även hälso- och sjukvården i Sverige så fortsatte MSB i början på året att hålla regelbundna möten med regioner och andra vårdgivare för att informera om aktuell hotbild och även ge förslag på åtgärder för att minska riskerna. MSB upphörde med dessa möten i april men regionerna får fortsatt löpande information om aktuella hot och it-säkerhetsincidenter. Utifrån denna information från MSB och även genom informationsutbyte mellan regionerna har regionen vid ett flertal tillfällen kunnat agera med åtgärder i den tekniska it-säkerhetsmiljön och även i e-postmiljön för att minska risken för angrepp och skadlig kod (virus, trojaner mm).

För mer detaljer se Årsrapport Informationssäkerhet 2021

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Regionens strålskyddsorganisation definierar ansvarsfördelning och samspel mellan tillståndshavare (regionstyrelsen), regiondirektör, förvaltningschefer/hälso- och sjukvårdsdirektör/folktandvårdsdirektör, verksamhetschefer, sjukhusfysiker och annan berörd personal. Strålskyddskommitté övervakar och handlägger ärenden för att optimera detta samspel.

Strålsäkerhetskommittén är indelad i tre grupper, en för strålbehandling och en för diagnostisk medicinsk och odontologisk radiologi samt en för intervention och operation. Radiologisk ledningsfunktion, strålningsfysikalisk ledningsfunktion, strålskyddsexpert och röntgensköterska/ sjuksköterska ingår. I strålsäkerhetskommittén för intervention och operation ingår även radiologisk ledningsfunktion för medicinsk röntgen. Verksamhetschef för röntgenkliniken, specialisttandvården och onkologiska kliniken ingår i respektive kommitté. Chefläkare adjungeras då större avvikelser gällande patientstrålsäkerhet tas upp.

Med anledning av tidigare avvikelse har ny kommunikationsprocess mellan behandlingspersonal på Strålbehandlingen, Medicinsk Teknik och Sjukhusfysik i samband med serviceåtgärder/installation av utrustning införts under 2021.

En riskanalys av strålbehandlingsprocessen med protoner vid Skandionkliniken har genomförts med deltagare från samtliga universitetskliniker i Sverige. Det är en komplicerad process med flera steg från hemmakliniken där dosplaneringen görs till Skandionkliniken där behandlingen utförs.

Det har utförts internrevision av strålsäkerhetsarbetet inom verksamheterna intervention, nuklearmedicin och brachyterapi. Under nästa år kommer det att arbetas med de förbättringsförslag som framkom där. Dessutom kommer övergripande riskanalyser med avseende på strålsäkerhet inom röntgen och nuklearmedicin att göras.

För mer detaljer se Strålsäkerhetsrapport 2021

En god säkerhetskultur

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

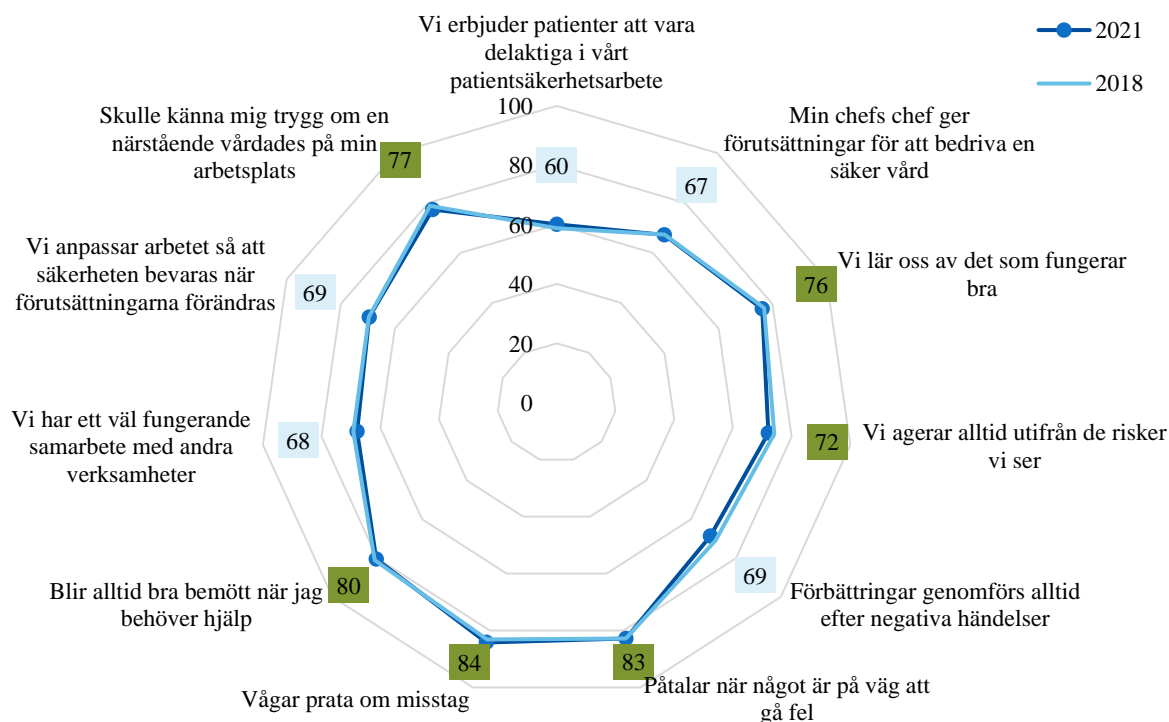


En god säkerhetskultur innebär att alla i hälso-och sjukvården är medvetna om och vaksamma på de risker som kan uppstå. Chefer och ledare har ett avgörande ansvar för att skapa förutsättningar för en god säkerhetskultur men var och en i organisationen har en viktig roll oavsett yrke. Kännetecknande för en god säkerhetskultur är det finns ett klimat som inte är skuldbeläggande, där medarbetare tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet samt ett aktivt arbete med att identifiera och minska risker och skador. Det är en lärande organisation utifrån både negativa händelser likväl som situationer där det gick bra.

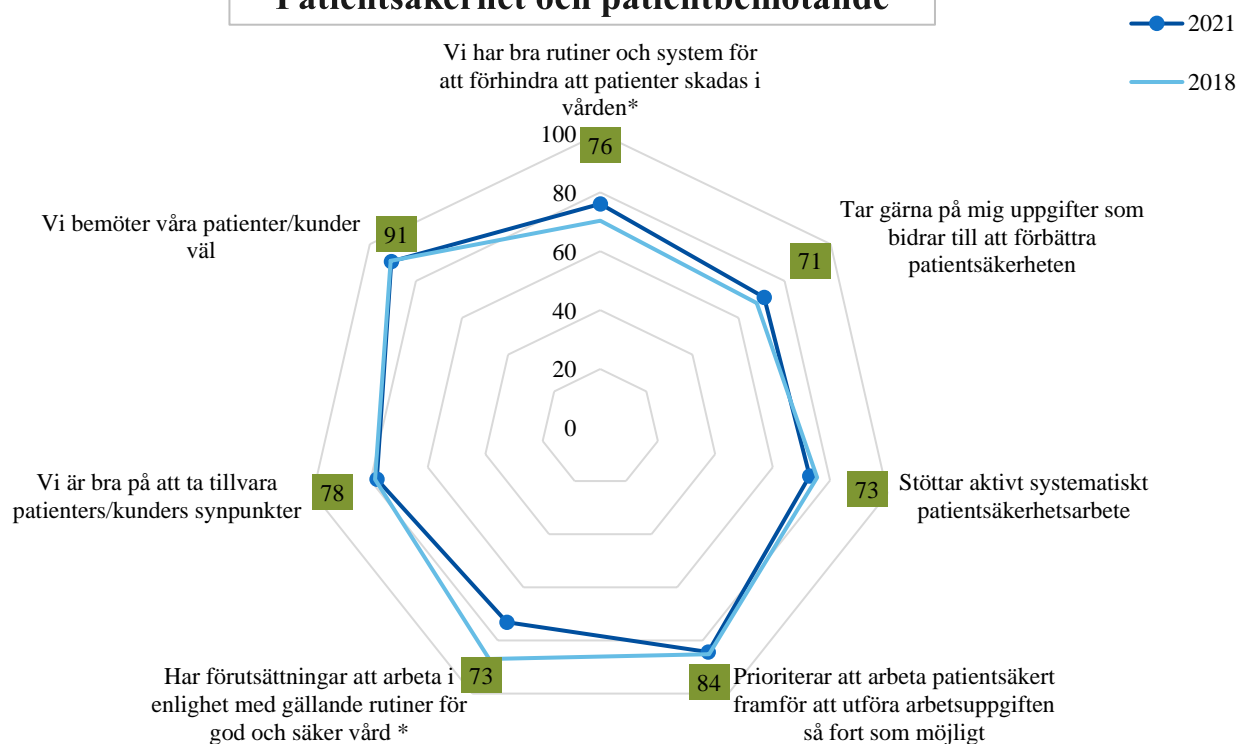
All personal i regionen som ska arbeta/arbetar som avvikelshandläggare erbjuds en heldagsutbildning där diskussion om säkerhetskultur ingår. Även utbildningar för chefer, ST-läkare, AT-läkare, utbildningsdagar för nyanställda sjuksköterskor, och studenter på läkarprogrammet innehåller delar om säkerhetskultur. Frågor om säkerhetskultur tas upp på patientsäkerhetsronderna som sker årligen i varje verksamhet. Det finns en medvetenhet om och struktur för att kommunicera och lära av inträffade händelser i de flesta verksamheter liksom förståelse för vikten av att ha ett öppet klimat.

Region Örebro län genomför vartannat år en medarbetarenkät som går ut till samtliga medarbetare för att undersöka arbetsmiljö, patientsäkerhet och medarbetar-engagemang. Enkäten avser att inhämta medarbetarnas upplevelser och ge en samlad beskrivning av arbetsplatsens arbetsmiljö och säkerhet för såväl medarbetare som patienter (för de som har patientnära kontakt). Mätningen utfördes under senare del av hösten 2021 och svarsfrekvensen var 79.9% inom HS-förvaltningen. Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) innehåller 11 frågeställningar angående patientsäkerhet. Generellt bör värden under 50 åtgärdas direkt. Värden mellan 50 och 69 innebär att utvecklingspotential finns och att de kan förbättras men är inte lika akuta. Frågor med värden över 70 indikerar god funktion och ska bevaras. Nedan ses ett urval av resultaten.

Hållbart säkerhetsengagemang (HSE)



Patientsäkerhet och patientbemötande



Exempel på kommentarer från chefer gällande säkerhetskultur från genomförda patientsäkerhetsronder 2021:

”Vi har regelbundna genomgångar av avvikelser och samtal om vikten att rapportera. Nya medarbetare introduceras i avvikelssystemet. Vi försöker jobba för att se varje enskild händelse/avvikelse som en påminnelse eller som ett tillfälle för lärdom. När jag förmedlar en avvikelse vill jag också lägga vikt vid hur viktigt det är att skriva avvikelser”

” Vi pratar positivt i gruppen om avvikelser. Det är en möjlighet till att lära och förbättra - inte peka ut!”

” Vi letar inte efter personer utan efter mönster och arbetssätt där det finns möjlighet att något kan gå fel. Samverkan inom kliniken för att skapa förståelse är viktigt.”

”Uppmuntran att skriva avvikelser. Avvikelserna återkopplas på sådant sätt att de stimulerar till dialog och lärande – viktigt att alla känner ”detta kunde ha hänt även mig” istället för att fundera över vem som har gjort felet (identifiera systemfel).”

Adekvat kunskap och kompetens

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

Bemanning, yrkeskompetens och erfarenhet

I HR´ s arbete med kompetensförsörjning har mycket handlat om att bistå i bemanningsplanering, rekrytering, omflyttning av medarbetare, förändringar i schema, villkor och ersättningar samt samverkan och förhandling med våra fackliga organisationer. Rekrytering och bemanning till vaccinationsnoderna har varit omfattande och ca 1200 medarbetare har rekryterats. Planeringen inför Hälso- och sjukvårdens omorganisation har även varit en stor del av vårens verksamhet, med bl. a risk- och konsekvensanalyser.

Den kartläggning om undersköterskans kompetens som gjordes av HR i samband med Projektet Framtidens vårdavdelning (2015-2016), ledde fram till projektet ”Framtidens undersköterska”. Kartläggningen visade på kompetensluckor och utifrån detta skapades en tre dagars utbildning för alla undersköterskor inom regionen. Projektet startade i februari 2019 och kommer att fortgå 2022 ut. Pga. pandemin pausades projektet, men har åter startades under slutet av 2021.



Under hösten har även ett projekt gällande valideringsutbildning för skötare startats. Ett 25-tal medarbetare inom psykiatri deltar i valideringsinsats med målsättning kompetens som skötare enligt den nya undersköterskeutbildning där psykiatri ingår.

Båda utbildningsprojekten Framtidens undersköterska samt valideringsprojektet inom psykiatri finansieras delvis med medel från omställningsfonden.

Introduktionsprogrammet för nya sjuksköterskor pausades under början av pandemin, men har under hösten 2021 återupptagits. Kompetensutvecklingssamordnare tillsammans med HR har börjat en översyn av innehåll och upplägg av programmet för att bättre möta behov i verksamheterna och aggregerad bild utifrån inträffade avvikelser. Mer fokus läggs på ökad kunskap och att få verktyg för att klara arbetet som ny sjuksköterska utifrån den arbetssituation som råder.

Verksamheterna rapporterar under 2021 en hög personalomsättning fr. a. på omvårdnadspersonal. Nyrekrytering sker kontinuerligt men förlust av erfarna sjuksköterskor skapar problem med inskolningar av nya, det blir svårt att bibehålla en hög kompetensnivå och att utbyta erfarenheter. Personalomsättningen medför minskad kvalitet gällande bemanningen även om kvantiteten är tillräcklig ”på pappret”. Verksamheterna rapporterar också hot mot patientsäkerheten pga. brist på specialistutbildade sjuksköterskor. Exempelvis skapar brist på operationssjuksköterskor ökade väntetider till operation. Man ser också brist på barnmorskor och intensivvårdssjuksköterskor.

HR bekräftar en stor rörlighet inom sjuksköterskegrupperna men ser även ett ökat intresse för sjuksköterskeyrket. Fler söker specialistutbildningar och glädjande nog fler sökande till IVA än vad man haft tidigare.

Arbetet med kompetensmodeller för sjuksköterskor har startats och workshops har kunnat genomföras i digital form. Syftet med kompetensmodellerna är att attrahera, utveckla och därmed behålla medarbetare. Det görs genom att skapa tydliga förutsättningar för kompetensutveckling och karriärvägar. Kompetensutvecklingen utgår från verksamhetens och patienternas behov. Samtliga regioner i Sverige ska senast i december 2022 ha utvecklat kompetensmodeller och påbörjat att införa dessa för vårdförbundets yrkesgrupper, enligt centrala avtal.

Våren 2021 präglades även av stor efterfrågan på stöd i arbetsmiljöfrågor. Det handlade till stor del om pandemisituationen. Medarbetare upplevde en mycket ansträngd arbetsmiljösituation och stöd har behövts bl. a från Regionhälsan.

Kompetensutveckling och fortbildning

Under 2021 har en samordnarroll för kompetensutveckling inrättats inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Samordnare för kompetensutveckling kom på plats 1 september 2021. Samtidigt flyttade studierektor för vård och omsorgscollege över från Utbildningscentrum till samma enhet, utvecklingsenheten under Verksamhets- och ledningsstöd.

Bygget av ett nytt hus (H-huset) på sjukhusområdet USÖ slutfördes under 2021 med digital invigning 10 februari. Utbildningsinsatser för alla medarbetare som flyttat in i H-huset (etapp 2) har pågått under slutet av 2020, hela första kvartalet 2021 och till viss del under hösten 2021. Det har bestått av en blandning av att fysiskt och via web-material lära känna sina lokaler, nya arbetssätt, akututrustningens placering, larm, brandgenomgång, flöden, ny medicinsk teknisk utrustning och att simulera olika akuta situationer. Simuleringarna har fokuserat på det som är nytt och inte på det medicinska omhändertagandet. Utgångspunkten har varit att kunna jobba patientsäkert i helt nya lokaler samt att medarbetaren ska känna sig trygg och ha en bra arbetsmiljö. Simuleringar på operation i H-huset planerades under ca sex månader och berörde fem kliniker. De ägde rum i december-20 under två heldagar. Tre olika operationsscenario skapades som tillsammans täckte in samtlig kritisk utrustning och dess placering. Personalen sam-tränade och gick igenom flöden och kommunikation, allt under överinseende av KTC samt verksamheternas egna instruktörer. Utvärderingar från samtliga scenarion sammanfattades och återkopplades till agerande grupp samt till chefer i respektive verksamhet. Sammanlagt deltog ca 100 medarbetare under dessa dagar och representerade samtliga professioner på operation.

Flera verksamheter har gjort utbildningsinsatser riktade till läkare kring ordination av läkemedel, läkemedelsmodulen samt journaldokumentation. Förvaltnings-gemensamma styrande dokument kring vårdokumentation och dokumentation av läkemedel i journal har utvecklats för att skapa bättre enhetlighet och säkerhet.

För att höja kompetens och trygghet i samband med digitala vårdmöten har en arbetsgrupp för utbildningsinsatser startat. Utvecklingsenheten, enheten för digitala vårdmiljöer och KTC är representerade. Arbetet med inventering av behov och förutsättningar har startat under hösten.

För att yrkeskompetens ska bevaras och uppdateras måste det finnas fungerande kunskapsstöd. Under året har kunskapsstöd upphandlats för medarbetare i primärvården (Medibas) och introducerades i början på april. Under hösten skissades förslag för en systematisk utveckling av primärvårdens kunskapsstöd på regionnivå. En del av förslaget är att engagera medicinskt ledningsansvarig (MLA) i förbättringsarbetet, bland annat genom deltagande i internutredningar inför eventuella anmälningar enligt lex Maria.

Distriktsläkardagarna är en tydlig och konkret kompetenshöjande insats för länets allmänspecialister. Övriga utbildningsinsatser kring patientsäkerheten i primärvården omfattar informationsträffar för avvikelsehanterare samt föreläsningar kring internutredningar för läkare.

Patientsäkerhetsenheten och chefläkargruppen deltar i undervisningen vid läkarprogrammen vid Örebro universitet. Undervisningen i patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete omfattar föreläsningar, seminarier, skriftliga uppgifter och praktiska övningar. Detta sker i samverkan med medicinsk juridik, patientnämnd, och medicinsk teknik. På samma sätt deltar chefläkare och patientsäkerhetscontroller i patientsäkerhetsundervisning för AT- och ST-läkare.

Chefsutbildningarna i patientsäkerhet återupptogs under hösten 2021, efter att ha pausats under pandemins första tid. Två utbildningsdagar riktade till verksamhets- och enhetschef med sammanlagt ett 30-tal deltagare genomfördes. Dessa utbildningar genomförs i samverkan mellan patientsäkerhetsenheten, KTC, Läkemedelscentrum och Regionservice medicinsk teknik.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Patientmedverkan sker på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. En grund är patientens delaktighet i egen vård och behandling. Den patient som är väl insatt i varför och hur olika moment i undersökning och behandling ska genomföras, bidrar även till att vårdförloppet blir som det är tänkt och till att avvikelser uppmärksammas. Patienters klagomål och synpunkter aggregeras och analyseras och utgör en källa till fokus på förbättringsområden. Se rubrik ”Klagomål och synpunkter” nedan.

Patientrapporterade mått ex genom PROM, PREM och Nationell patientenkät (NPE) används för att på ett övergripande plan få en bild av patienters upplevelse av vården. Se rubrik ”Nationella patientenkäten” nedan.

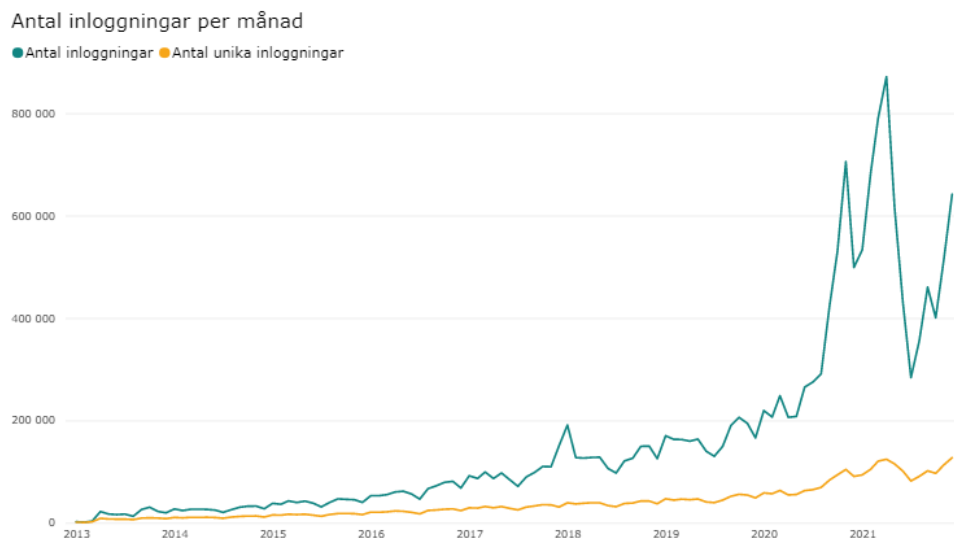
Patientföreträdare är också delaktiga i utformning av vårdstrukturer, i utbildning och i forskning. Förutom att patientföreträdare nationellt är delaktiga i exempelvis standardiserade vårdförlopp (SVF), vårdprogramsgupper, nationella screeningrådet etc., sker lokal och nationell dialog med patientföreningar kring vårdens utformning utifrån diagnos eller diagnosområde. I samband med undervisning används inom regionen ”proffspatienter” inom flera områden, exempelvis gynekologisk undersökningsteknik. Patientinflytande vid övergripande beslut möjliggörs genom att demokratiska processer säkras, transparens i politisk ledning och medborgardialog.

Patientmedverkan måste också hanteras med försiktighet. Den patient som inte vill eller kan ta aktiv del i sin vård och behandling ska inte riskera att få en sämre anpassad vård. Vården ska erbjudas och prioriteras utifrån alla patienters vårdbehov, inte deras förmåga att framföra sina synpunkter eller medverka i vården. Vården ska utformas så att inte grupper av patienter som har ”svagare röst” missgynnas. Vid nyttjandet av patientföreträdare i beslutsamhang måste omsorg läggas på förutsättningarna för detta. Vem patient/närstående företräder, om patient/närstående förväntas representera andra utanför sin egen erfarenhet samt vilkas erfarenheter som inte representeras och hur dessa kan inkluderas.

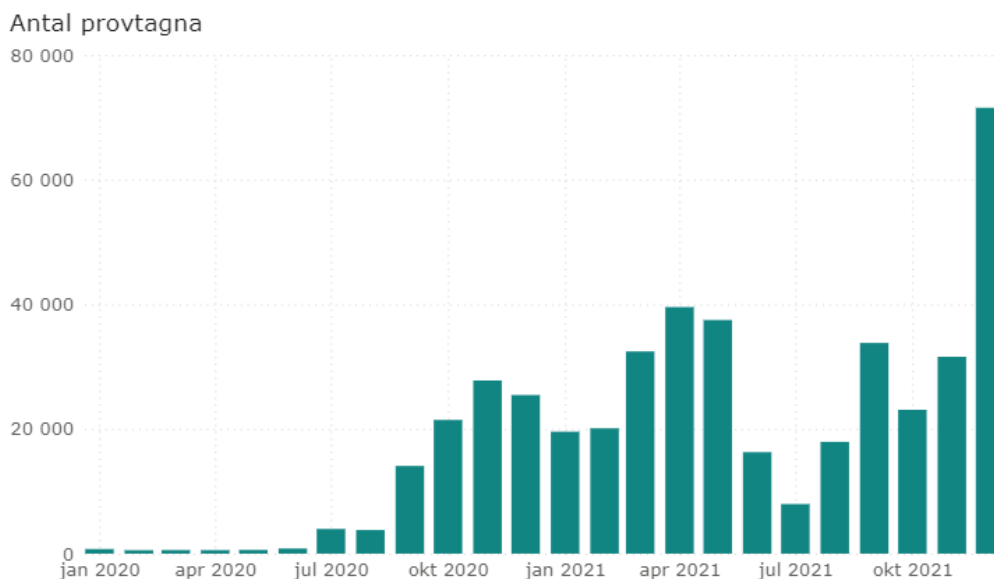
Digitala tjänster

Möjligheten att använda digitala tjänster för delaktighet i den egna vården finns sedan länge och användandet ökar vilket har varit helt nödvändigt under rådande pandemi. En kraftig ökning i användandet av tjänster sågs under 2020 och har fortsatt under 2021.

Antal inloggningar i 1177:s e-tjänster 2013 – 2021 Region Örebro län.



Under året har arbete med säkra digitala covid-tjänster fortgått och att säkerställa korrekt information gällande tillgängliga och nya e-tjänster Covid-19 på webbplatsen www.1177.se för t ex vaccination. Regionen har infört egen provtagning via Covid-19-provtagningslådor där sammankopplingen mellan provrör och analys i laboratoriesystemet sker via 1177s digitala tjänst ”Egen provhantering”. E-tjänsten ”Egen provhantering” där provtagningskit för PCR-provtagning covid kan registreras och besvaras ökade kraftigt under årets sista månader.



Antal provtagna via Egen provhantering 2020-2021 Region Örebro län.

Ökad användning ses även gällande digitala formulär som skickas till ut till invånare via 1177 vårdguidens e-tjänster. Exempel på formulär som Region Örebro län skickar ut via 1177 är Hälsodeklaration inför operation, Hälsodeklaration folktandvården, Levnadsvanefrågor, Introduktionsfrågor VuxenHab, Uppföljning TENS, Uppföljning FAR@.

Andra förbättringar av e-tjänster som gjorts under året är

- förbättrad säkerhet i e-tjänsterna gällande inloggning
- digitala doseringsbrev för förenklad Warandosering
- påbörjat arbete med att införa digitala kallelser inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen
- förbättrat flöde för beställning av vissa hemtester med eliminering av manuellt hanterade steg i processen gällande prover och provsvar vilket leder till ökad patientsäkerhet
- fortsatt införande av Min vårdplan cancer på ett flertal kliniker
- återkommande informationstillfällen för seniorer för att få ökad delaktighet och berätta mer som de säkra e-tjänster regionen tillhandhåller, t ex att kunna läsa sin journal eller förnya sitt recept.
- införande av ett nytt smittspårningsverktyg för covid 19 där 1177s formulär hantering nyttjas för att smittspåra vilket sker helt digital och patientsäkert.

Patientmedverkan Område psykiatri

I Område psykiatri finns ett etablerat arbete med brukarrevisioner och peer support. Brukarrevision är ett verktyg för kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling. Revisionen går ut på att brukare intervjuar brukare. Den fokuserar på frågor om bemötande, delaktighet och inflytande. Det finns en person anställd för att arbeta som peer support, vilket innebär att personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa utbildas till att arbeta som utbildade stödpersoner inom verksamheter som erbjuder vård, stöd eller rehabilitering.

Nationella patientenkäten

Patienters synpunkter på vården är en viktig källa för att ständigt förbättra vården. Genom att delta i Nationella patientenkäten (NPE) har patienter möjlighet att berätta om och svara på frågor rörande sina erfarenheter och upplevelser av vården. Resultaten används för att förbättra och utveckla vården utifrån ett patientperspektiv. Resultaten är också underlag för jämförelser mellan vårdenheter och ett redskap för styrning och ledning.

Nationell patientenkät genomfördes under perioden april - juli 2021 inom sjukhusverksamheterna i Region Örebro län, specialiserad somatisk öppen- och slutenvård. Frågorna i enkäten utgår från patientens perspektiv och är indelade i sju dimensioner; Helhetsintryck, Emotionellt stöd, Delaktighet och Involvering, Respekt och bemötande, Kontinuitet och koordinering, Information och kunskap och Tillgänglighet.

Den somatiska slutenvårdsmätningen visar goda resultat. I jämförelse med riket placerar sig Region Örebro län högre i dimensionspoäng i samtliga av de sju dimensionerna. Det tyder på att patienterna är nöjda, känner sig trygga, och fick den hjälp de önskade under vårdtillfället.

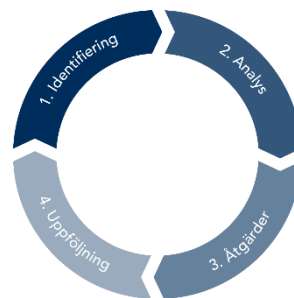
Även undersökningen från den specialiserade somatiska öppenvården gott resultat. Här placerar sig Region Örebro län i jämförelse med riket, högre eller i närheten av rikets dimensionspoäng, i de sju dimensionerna. Det kan tolkas som att patienterna upplever att de har möjlighet att ställa frågor under sina vårdtillfällen och medkänsla och engagemang från vårdpersonal. Patienterna uttryckte också att de skulle rekommendera mottagningen till andra i liknande situation.

Hösten 2021 utfördes primärvårdsundersökning och resultatet presenteras i början av februari 2022.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



Under rubriken Agera för säker vård presenteras de egenkontroller som utförts samt resultat och analys av dessa.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen på regionens enheter

SOSFS 2011:9, HSLF-FS 2017:37

Kvalitetsgranskning av läkemedelshandling är ett lagkrav och görs med syfte att identifiera förbättringsmöjligheter inom läkemedelshandlingens olika områden och på så sätt stödja enheternas arbete för ökad patientsäkerhet gällande handtering av läkemedel. Granskningen grundar sig i de föreskrifter och allmänna råd som reglerar läkemedelshandling i hälso- och sjukvården, i regiongemensamma riktlinjer och rutiner samt i lokala rutiner och hur ansvaret för läkemedelshandling fördelas på varje enhet, allt från ordination till iordningställande och administrering.

Kvalitetsgranskningen utförs av farmaceuter från Läkemedelscentrum och genomförs årligen på samtliga enheter (ca 220 st.) som hanterar läkemedel. Vid alla granskningar görs också en uppföljning av de åtgärder som vidtagits efter förra årets granskning.

Läkemedelsrelaterade avvikelser analyseras för att identifiera systematiska fel och brister. Dessa kan användas som fokusområden för granskningen. Granskningens fokusområden beslutas i samverkan mellan områdesrepresentanter, patientsäkerhetsenheten och Läkemedelscentrum.

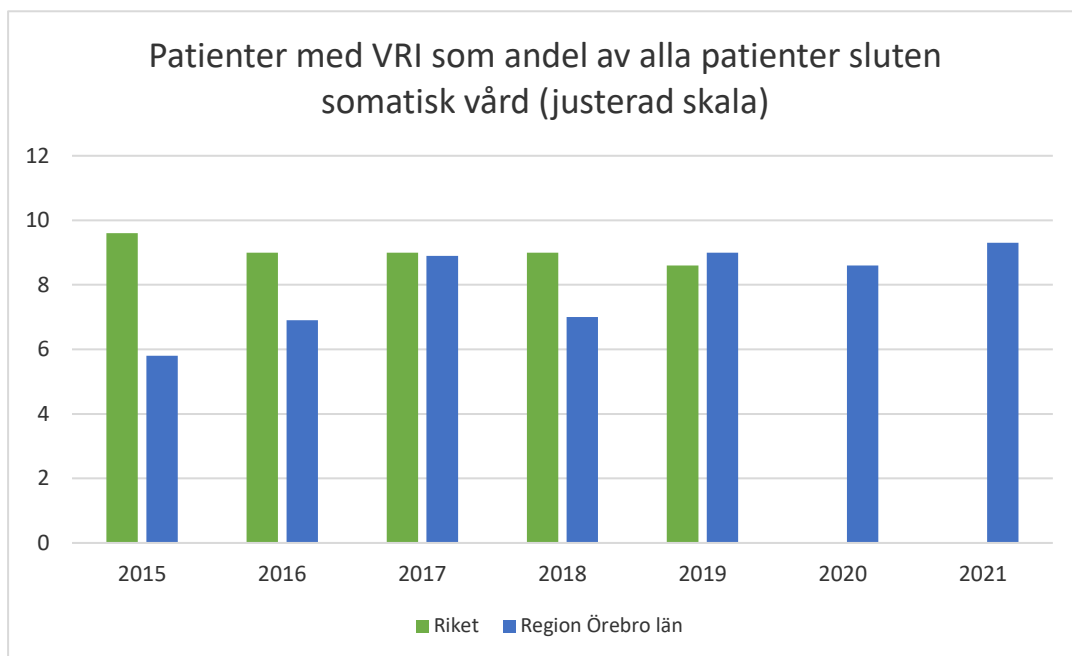
Under 2021 har särskilt fokus lagts på hur medarbetare introduceras till rutiner avseende läkemedelshandling, muntliga ordinationer, rutiner för uppföljning av läkemedelsordinationer inklusive generella direktiv, rutiner för kontroll av kontinuerliga infusioner, rutiner för handtering av narkotiska läkemedel samt rutiner för händelse av driftstopp i vårdsystemen.

Sammanfattningsvis visar granskningen att många rutiner gällande handtering av läkemedel fungerar bra men många enheter har i samband med granskningen noterat i sin förbättringsplan att de behöver arbeta med ovanstående områden.

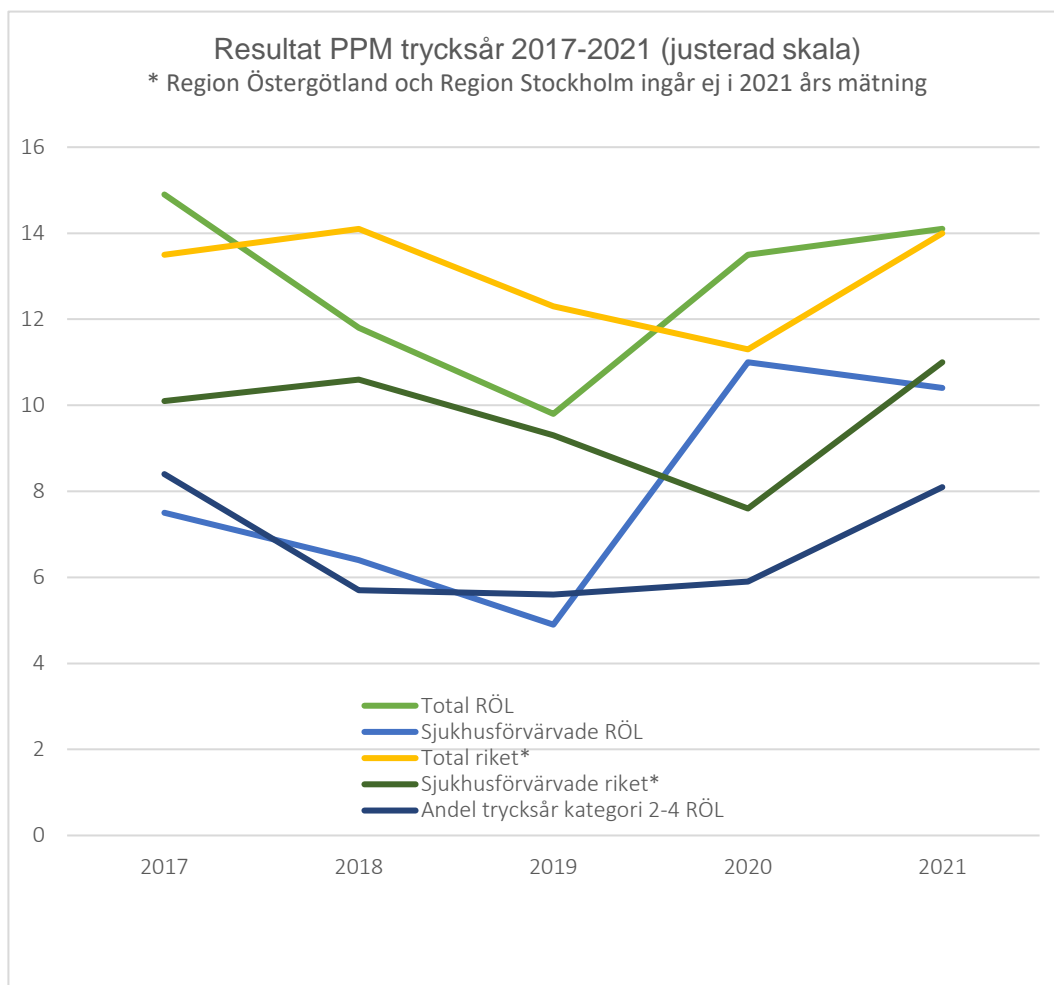
Resultat punktprevalensmätningar (PPM)

PPM används för att mäta förekomst av trycksår, vårdrelaterade infektioner (VRI) och följsamhet till basala hygien- och klädrutiner (BHK) vid en bestämd tidpunkt och är ett sätt att mäta kvalitet och skador i vården. (Resultat BHK-mätning presenteras under rubrik "Tillförlitliga och säkra system och processer" nedan). Försiktighet får iaktas i tolkningen av resultaten av PPM-mätningar då relativt litet underlag används.

De nationella mätningarna VRI ställdes in under 2020 och 2021, därför finns inget resultat på nationell nivå. Mätningen i regionen inkluderade 333 patienter. En viss försämring sågs i resultatet jämfört med 2020, dvs en ökning i förekomsten av VRI.



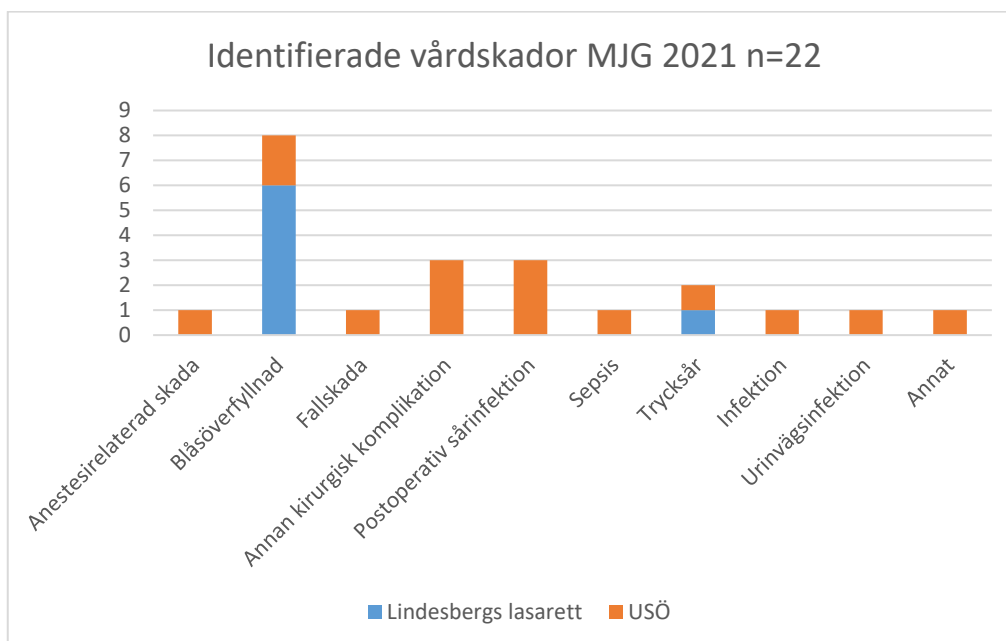
Sjukhusförvärvade trycksår innebär att patienten fått trycksår under sjukhusvistelsen. Det har skett en viss förbättring i regionen jämfört med 2020. På nationell nivå har andelen sjukhusförvärvade trycksår ökat till 11 procent jämfört med 8 procent 2020. Förebyggande arbete innebär bland annat att hud- och riskbedömning ska genomföras och dokumenteras snarast vid ankomst till sjukhus, att madrasser anpassas, att hälavlastning används och att patienten regelbundet vänds efter schema. Mätningen omfattade 382 patienter.



Markörbaserad journalgranskning (MJG)

Strukturerad journalgranskning används för att mäta förekomsten av skador i vården. MJG innebär att journaler granskas från ett slumpvist urval av avslutade vårdtillfällen på sjukhus. Vid granskningen identifieras journaluppgifter med hjälp av markörer som kan indikera skada. Ett team bestående av sjuksköterskor och läkare bedömer uppgifterna för att kunna fastställa om en skada skett och i så fall vilken typ, konsekvens, allvarlighetsgrad samt om den anses vara undvikbar. Om skadan hade kunnat undvikas betecknas den som en vårdskada.

Nedan presenteras resultat från USÖ och Lindesbergs lasarett. Totalt granskades 460 journaler. Slutresultat från Karlskoga lasarett är ännu inte sammanställt på grund av att granskare och slutgranskare under 2021 behövt prioritera kliniskt arbete.



Andelen identifierade skador ligger på samma nivå som 2020.

Utifrån SKR: s rekommendationer granskades även 88 journaler för patienter med covid-19. Totalt identifierades nio skador varav fem trycksår, två blåsöverfyllnad och två vårdrelaterade infektioner.

Infektionsverktyget

Infektionsverktyget är implementerat inom RÖL, men sammanställning och analys av resultat är i nuläget begränsad pga. resursbrist.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Har vården varit säker

Vårdgivare är (enl. PSL 3 kap 3§) skyldig att **utreda** händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

Vårdgivare har (enl. PSL 3 kap 5§) skyldighet att till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) **anmäla** händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria). Vem som ska anmäla, vad som ska anmälas och vad anmälan ska innehålla regleras av Patientsäkerhetslagen och föreskriften om Vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete.

Vårdskada definieras i Patientsäkerhetslagen (PSL 1 kap §5) som "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården".

Nedan presenteras hur identifiering, utredning, anmälan, kommunikation och uppföljning av vårdskada hanteras inom Region Örebro län

Identifiering:

Via avvikelser:

Vid oönskad händelse som innebär skada eller risk för skada upprättas en avvikelserapport. Ansvaret för avvikelshantering ligger på respektive verksamhet. Avvikelse rörande händelse som inneburit eller riskerat att innebära vårdskada för patienten markeras till chefläkare. Anmälningsskyldigheten enl. Lex Maria avser händelser som lett till allvarlig vårdskada eller inneburit risk för allvarlig vårdskada.

Patientsäkerhetscontroller har dialog med avvikelsehandläggare samt läser även icke chefläkarmarkerade avvikelser för att identifiera allvarliga avvikelser som inte chefläkarmarkerats.

Via klagomål:

Klagomål och synpunkter från patienter eller närstående kan inkomma direkt till verksamheten, via e-tjänst på 1177.se, via anmälningsskylt via hemsidan eller

via post till Klagomålsenheten. Patient och/eller närstående kan också vända sig till Patientnämnden, som i sin tur kontaktar verksamheten. Patientnämnden kontaktar även förvaltningsövergripande chefläkare och/eller patientsäkerhetscontroller vid klagomål som inger misstanke om allvarlig händelse. Klagomål fördelas till aktuell verksamhet som ansvarar för att svara. Svar ska förmedlas till patient/närstående skyndsamt, måltid är inom 4 veckor. Om klagomål inkommer som inger misstanke om allvarlig händelse kontrolleras att händelsen hanteras via avvikelssystemet. Klagomål som inkommer till IVO och förmedlas till chefläkare eller verksamhet hanteras på likartat sätt.

Utredning:

Vid vårdskada eller risk för vårdskada ska utredning och dokumentation ske inom verksamheten i enlighet med föreskriften. Chefläkarmarkerade avvikelser bedöms primärt av respektive chefläkare. Ärenden som helt eller huvudsakligen handlar om avvikelser inom omvårdnad bedöms av anmälningsansvarig för omvårdnad. Ärenden som helt eller huvudsakligen berör medicintekniska produkter bedöms av anmälningsansvarig för medicintekniska produkter. Ärenden som berör tandvården bedöms av cheftandläkare. Om händelsen inneburit vårdskada eller risk för vårdskada görs en bedömning av allvarlighetsgrad och en internutredning genomförs.

Om händelseförloppet är komplicerat eller involverar flera olika verksamheter kan internutredningen fördjupas i form av en händelseanalys.

Händelser där anmälan enligt lex Maria kan vara aktuellt diskuteras i chefläkargruppen. I chefläkargruppen ingår chefläkare utifrån medicinska områden, anmälningsansvariga för medicintekniska produkter och för omvårdnad, samt cheftandläkare.

Anmälan:

Om vårdskada bedöms som allvarlig (dvs allvarlig undvikbar skada, se ovan) anmäler chefläkare eller anmälningsansvarig händelsen enl. lex Maria och internutredning bifogas anmälan. I anmälan ska framgå händelseförlopp, konsekvenser, orsaksanalys, åtgärder, uppföljning och patientens upplevelse.

Kommunikation:

Resultat av internutredning, att lex Mariaanmälan görs och IVO: s beslut ärendet kommuniceras till berörd verksamhet. Minst en gång årligen genomförs en patientsäkerhetsrund inom varje klinik/verksamhet. En gemensam mall för patientsäkerhetsronden används, och klinikens ev. lex Maria-ärenden diskuteras.

Ärenden anmälda enl. lex Maria publiceras på Regionens hemsida med en kortfattad beskrivning av händelsen.

Uppföljning:

För att säkra att föreslagna åtgärder är vidtagna ska uppföljning av anmälan om allvarlig vårdskada ske inom 6 månader. Ansvarig chefläkare stämmer av 6-månadersuppföljningen med respektive verksamhet, och dokumenterar i diarieärendet att uppföljningen är genomförd.

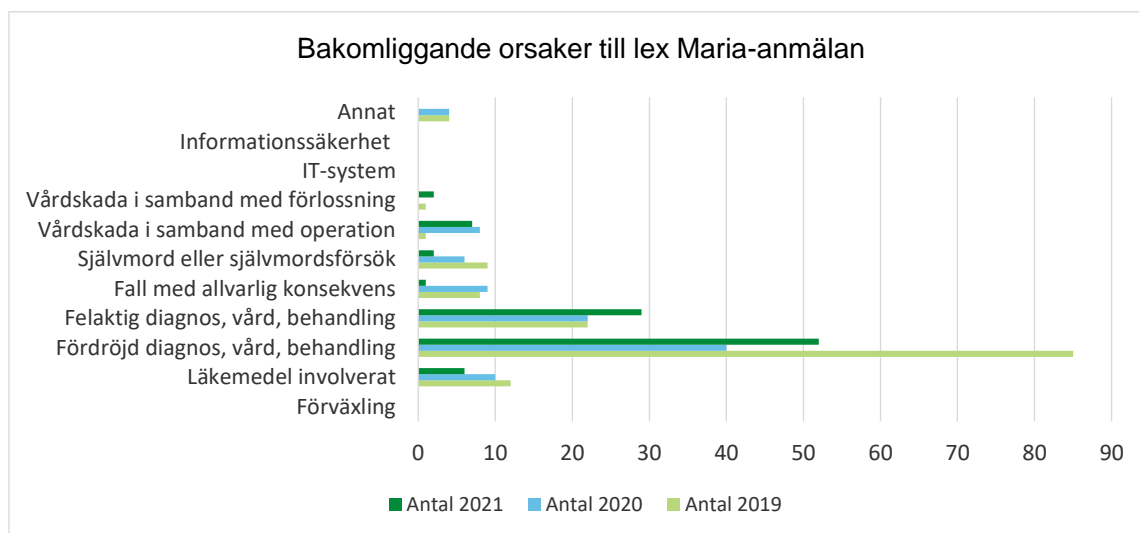
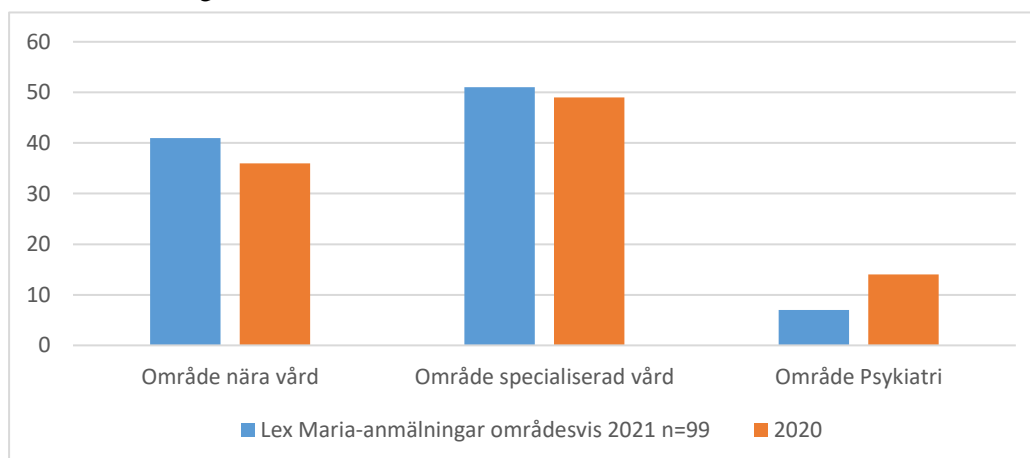
Inspektion och tillsyn 2021

Hälso- och sjukvården och tandvården, står under statlig tillsyn från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Säkerheten i vården baseras på vårdgivarens ansvar enligt ovan. IVO bedriver därutöver sin tillsyn via inspektioner såväl utifrån pågående ärenden som egeninitierade områden.

Inspektion	Tillsyn
Vävnadsinrättningen vid Laboratoriemedicinska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro	Laboratoriemedicin, Universitetssjukhuset Örebro
	Allmänpsykiatrisk öppenvård, Område psykiatri
	Medicinsk vård och behandling till äldre på särskilt boende (SÄBO)
	Akutkliniken, Universitetssjukhuset Örebro
	Barn- och ungdomspsykiatri
	Vävnadsinrättningen, laboratoriemedicinska kliniken

Sammanställning vårdgivarens utrednings- och anmälningsansvar 2021

Under 2021 verkställde HS-förvaltningen 99 lex Maria-anmälningar vilket är samma antal som föregående år



Antalet genomförda händelseanalyser ökade under 2021 jmf 2020.

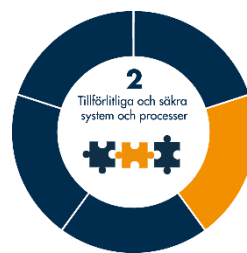
Händelseanalyser under 2021
Katastroforganisation utifrån allvarlig flygplansolycka
Beredskapsorganisation utifrån bombhot, Område Psykiatri
Omhändertagande av patient med andningssvårigheter
Översvämning i serverrum som ger störningar i telefoni

Exempel på genomförda åtgärder efter lex Maria:

Händelse	Åtgärd
Urosepsis efter KAD byte	Utbildningsmaterial för internutbildning på aktuell enhet. Projekt med att använda Vårdgivarwebben som forum för information /utbildningsmaterial till externa vårdgivare.
Fall med allvarlig konsekvens	Ändrad rutin för riskbedömning. Förnyad bedömning avseende undernäring, trycksår och fall ska ske när patient har vårdats på avd en vecka och eller efter signifikant medicinjustering
Försenad koloskopi	Översyn för ökad samverkan endoskopiverksamhet RÖL för att korta köer
Blåsskada i samband med operation	Ny rutin för att koppla in urolog och röntgenolog tidigare skede för samråd för att optimera undersökningar införd
Fördröjd behandling av nydebuterad diabetes typ 1	Revidering av text i nationella kunskapsstödet för barnhälsovården (Rikshandboken). Redaktionen av Rikshandboken accepterade förslag på förtydligande om brådskanegraden vid misstanke om diabetes hos barn. Det blev således åtgärd för hela landet.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten. Nedan presenteras exempel på system och processer som syftar till att stärka patientsäkerheten.



Läkemedelsgenomgångar

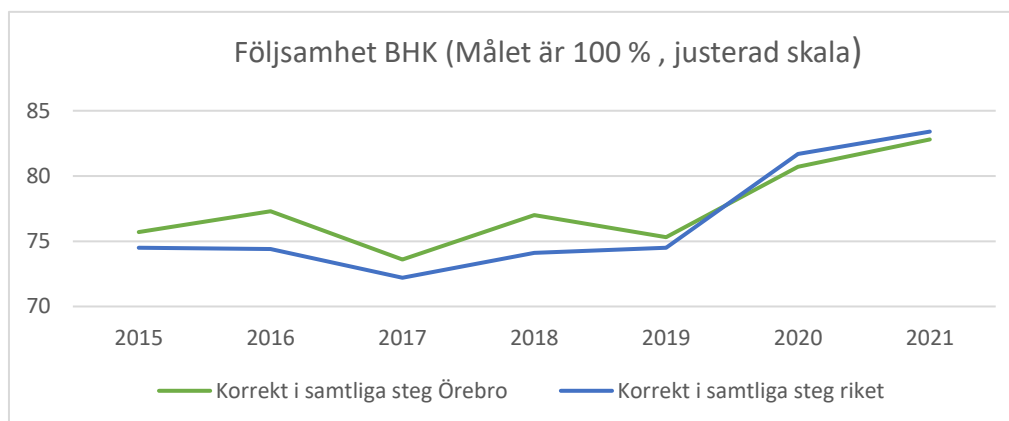
HSLF-FS 2017:37

En läkemedelsgenomgång är en process i flera steg med syfte att förebygga fel i vårdens övergångar och åstadkomma en så hög överensstämmelse som möjligt mellan de läkemedel som en patient är i behov av, är ordinerad och använder vid det aktuella vårdtillfället. Syftet är att säkerställa en korrekt, aktuell ändamålsenlig och säker läkemedelslista i den situation patienten befinner sig för tillfället samt att bedöma behovet av en fördjupad läkemedelsgenomgång. Antalet läkemedelsgenomgångar ökade under 2021 både inom primärvård såväl som specialistvård vilket är positivt ur patientsäkerhetsperspektiv.

	Enkel läkemedelsgenomgång	Fördjupad läkemedelsgenomgång
2021	9966	3527
2020	7826	2959

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

En förutsättning för säker vård och att minska smittspridning är att basala hygienrutiner och klädregler alltid följs. Ett systematiskt arbete för en god hygienisk standard på enhetsnivå, med stöd av vårdhygienisk expertis, syftar till att begränsa antalet vårdrelaterade infektioner samt att minska risken för att smitta sprids.



Resultatet av mätningen visar att andelen korrekt i samtliga kläd-och hygienriktlinjer har förbättrats med 2 procentenheter jämfört med 2020 och baseras på 1537 observationer.

Suicidprevention

Suicidprevention är en fråga som kontinuerligt arbetas med i allt från att behandla underliggande sjukdom till korrekta tvångsåtgärder där sådana måste genomföras.

Arbetet med suicidprevention har under 2021 inneburit verkställande av flera beslutade åtgärder i projektet ”Säker Suicidprevention”. Vårdprogram suicidnära patienter har reviderats och gäller för hela Hälso-och sjukvårdsförvaltningen. För patienter som genomfört suicidförsök men som inte har en kontakt etablerad inom psykiatrin finns mobil resurs som en brygga under det akuta skedet och följer patienten till kontakt har säkerställts. Uppdraget för resursen omfattar förutom patientkontakter även stöd till anhöriga samt utbildnings- och konsultationsinsatser. Under 2021 lanserades också en introduktionsutbildning för personal där svåra samtal och suicidriskbedömning ingår.

Fortsatt arbete med implementering av lokala och nationella kunskapsstöd samt att stärka lokal samverkan genom exempelvis arbete för att tillgodose att patienter med omfattande vårdbehov med flera huvudmän inblandade får en god planering och samordning.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

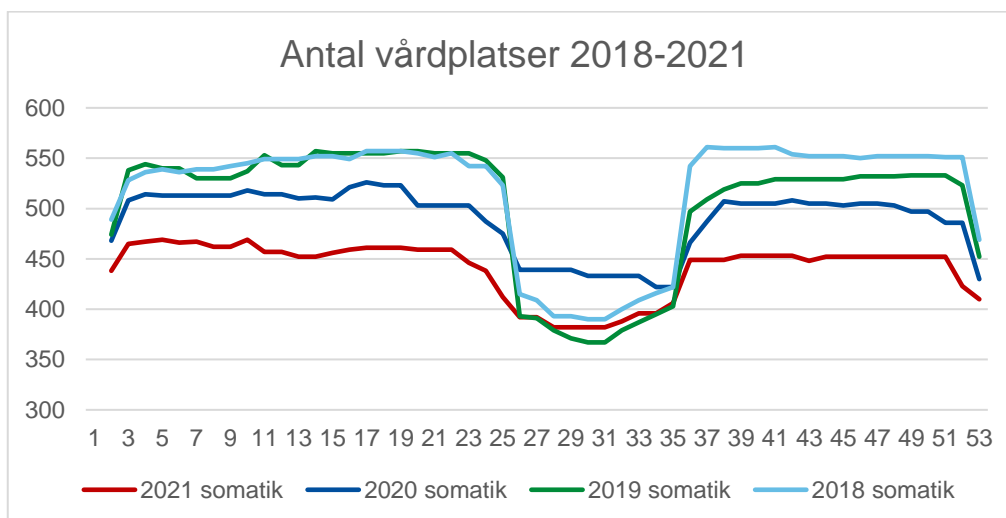


Är vården säker idag

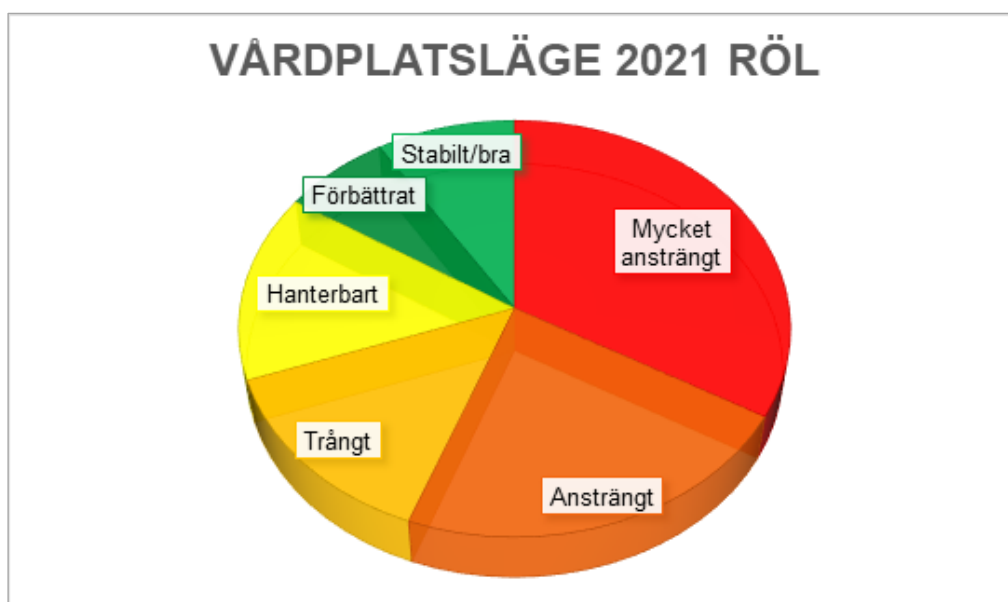
Vårdplatser

Optimalt antal vårdplatser inom slutenvården i Region Örebro län har betydelse för att upprätthålla hög patientsäkerhet och god arbetsmiljö. Riktlinjen ”Vårdplatser på somatiska avdelningar i Region Örebro län” uppdaterades i slutet av året. För att få en gemensam bild över vårdplatsläget i regionen sker dagliga vårdplatsmöten.

Antalet vårdplatser i länet har på 5 år minskat med 20%, vilket är på samma nivå som riket i övrigt. Detta är en av förklaringarna till situationen med ökat antal överbeläggningar, utlokaliserade patienter och ökade vistelsetider på akut-mottagningarna som ses under 2021. Det innebär också att mer tid och resurser behövs för att hitta vårdplats eller andra vårdinsatser för att i möjligaste mån bibehålla god och säker vård.

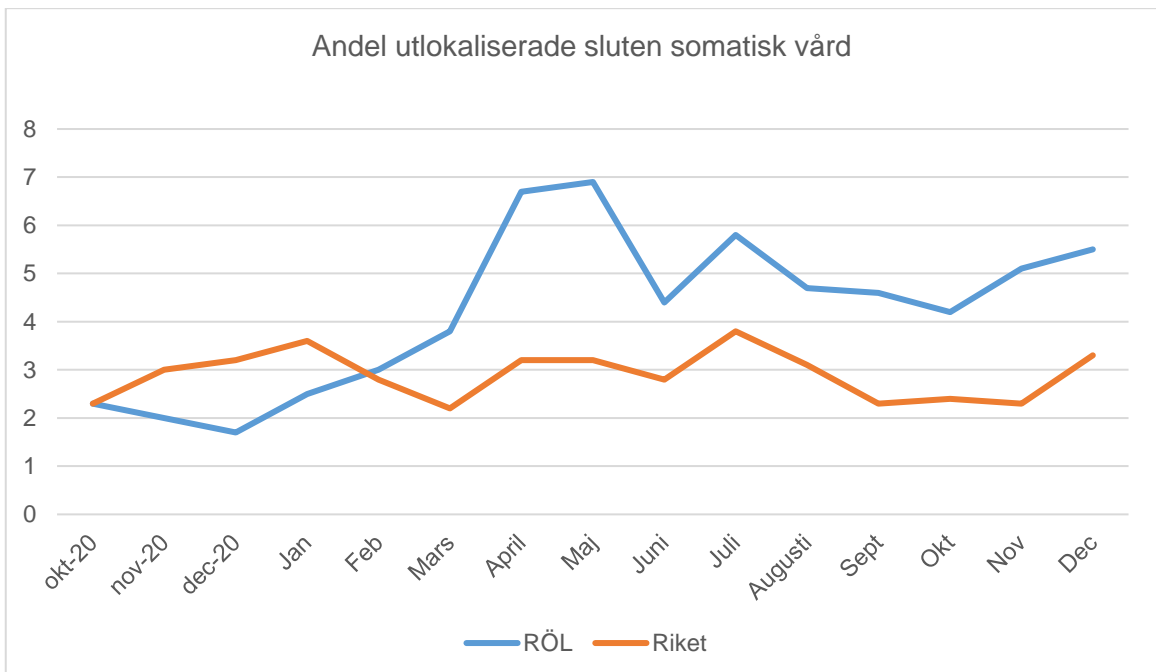
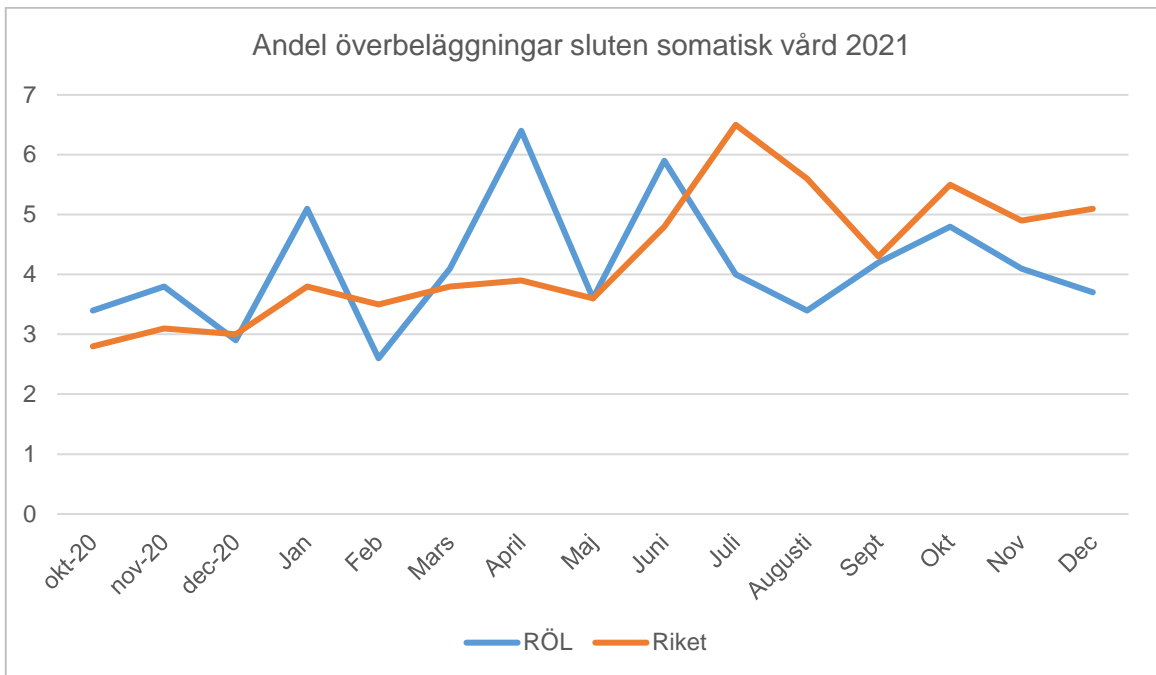


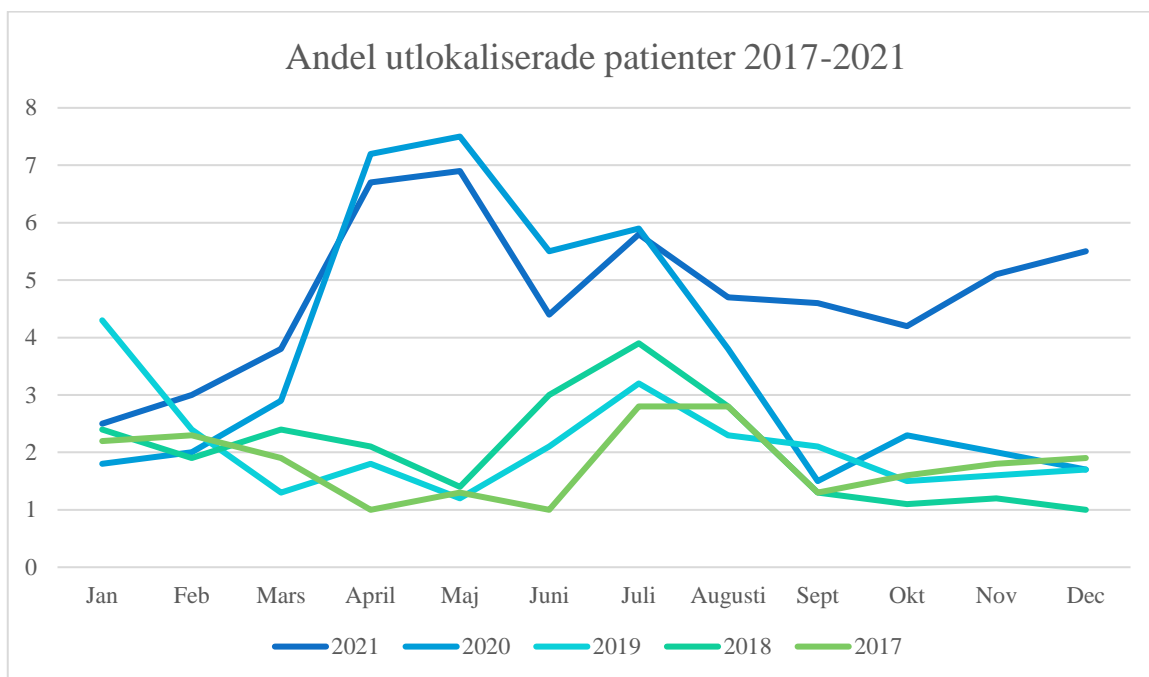
Efter de dagliga vårdplatsmötena går information ut till berörda chefer. Vårdplatsläget beskrivs i kategorier utifrån stabilt/bra, förbättrat, hanterbart, trångt, ansträngt och mycket ansträngt. Nedan ses fördelningen i de olika kategorierna under 2021.



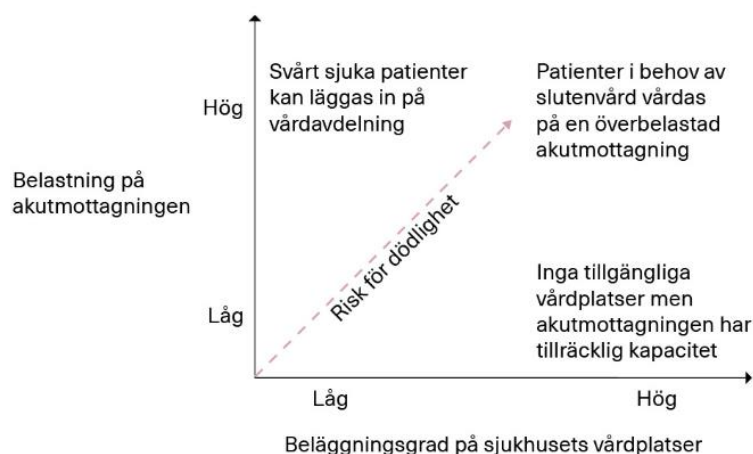
Utlokalisering innebär att patienten vårdas på annan vårdenhet än den som har specifik kunskap, kompetens och medicinskt ansvar för patienten. Överbeläggning är när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på en disponibel vårdplats. En disponibel vårdplats definieras som en vårdplats i sluten vård med fysisk utformning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Överbeläggning och utlokalisering av patienter ger avsevärt ökad risk för vårdskador vilket beror på att det inte alltid finns tillräcklig kompetens och kapacitet för att möta patientens behov och sjukdomstillstånd.





Den ökning av utlokaliserade som ses under vårmånaderna 2020 och 2021 kan till viss del relateras till covidvård, då vissa patienter registreringstekniskt markerades som utlokaliserade vid vård på covid-avdelning. Under sommarmånaderna ses alla år en ökning av utlokaliserade som relateras till den samlokalisering av vårdavdelningar som sker sommartid. Den nedgång i utlokaliserade patienter som normalt kommer efter sommarmånaderna uteblev 2021 och antalet utlokaliserade fortsatte att ligga på höga nivåer även under hösten.



Källa: SNS rapport 76, ur SNS forskningsprojekt Vård och omsorg i det 21:a århundradet.

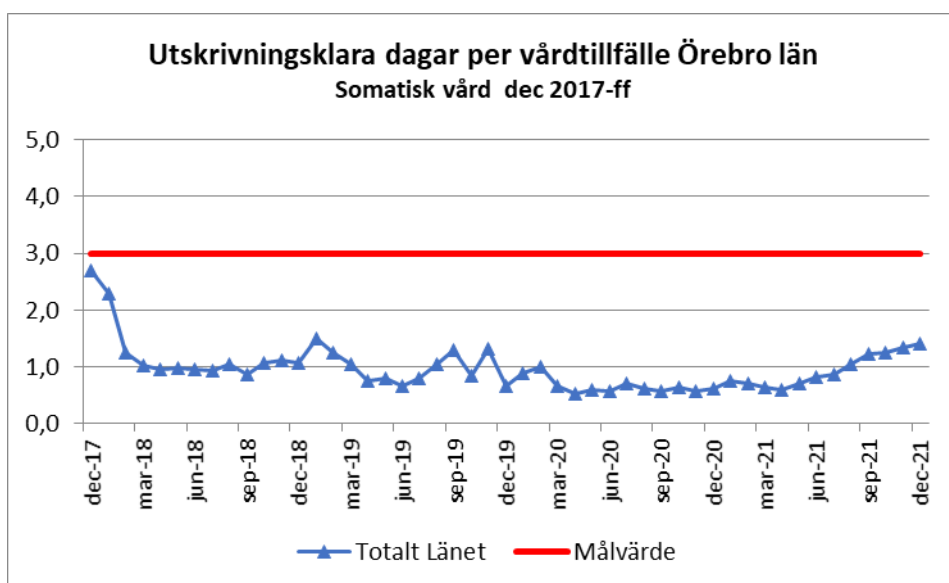
Vårdövergångar mellan regional slutenvård och kommunal vård

Pandemin har inneburit stora påfrestningar för verksamheterna hos båda huvudmännen. Samtidigt har vikten av att patienter inte vistas i onödan på sjukhus kanske aldrig varit större. Trots detta har de arbetssätt som etablerats för samverkan vid utskrivning kunnat bibehållas under året även om en del utvecklingsarbete fått stå tillbaka. Länets 12 kommuner har trots det ansträngda läget i verksamheterna kunnat erbjuda kommunala insatser snabbt efter utskrivning. Antalet dygn för utskrivningsklara har ökat under året även om ingen kommun överskridit målvärdet hemgång inom tre dagar från det patienten är utskrivningsklar.

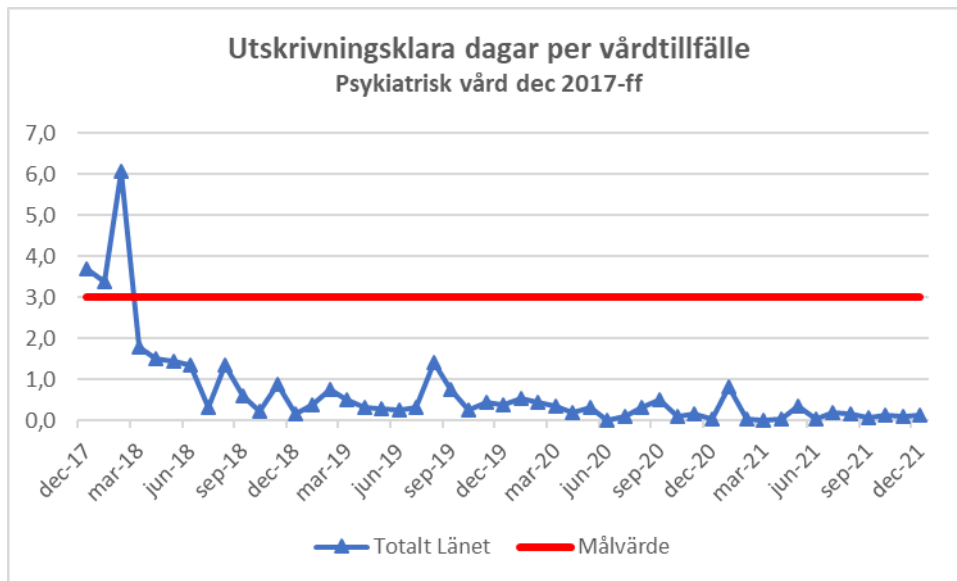
Ett stort utvecklingsområde är den samordnade individuella planeringen runt patienten som görs inom ramen för en samordnad individuell plan (SIP). Processen behöver fungera bättre både i samband med utskrivning samt när patienten befinner sig i öppna vårdformer. Antalet upprättade SIP har minskat under året och antalet varierar mycket mellan verksamheterna. Under året har ett arbete genomförts med att ta fram ett årshjul med indikatorer som ska rapporteras till Chefsgruppen för social välfärd samt vård och omsorg och som börjar tillämpas under 2022.

Några områden där utvecklingsarbete pågår är:

- Utveckling av fast vårdkontakts roll och uppdrag
- Proaktivt arbete för att undvika onödig inskrivning
- Förvaltning och utveckling av ViSam-modellen, länets modell för samverkan och informationsöverföring.
- Säkra stöd till utskrivningsprocessen i nytt verksamhetssystem
- Fortsatt uppföljning av utskrivningsprocessen.



Värden har ökat under senare delen av året främst orsakat av att Örebro kommun haft problem med att ta hem utskrivningsklara. Arbete med åtgärder för att bryta utvecklingen pågår.



Fortsatt mycket låga värden inom psykiatrin. Med enstaka undantag skrivs patienter ut den dag de är utskrivningsklara.

Leveransproblem medicintekniska produkter

Under början av mars 2021 uppstod ett betydande leveransproblem av verksamhetskritisk medicinteknisk utrustning i samband med att Region Örebro läns leverantör av bland annat infusionsaggregat till infusionspumpar meddelar att ett stort antal produkter återkallades då företaget inte kunde garantera dessas sterilitet. Detta inträffar samtidigt som hälso- och sjukvården var hårt ansträngd på grund av ökande antal patienter som behövde sjukhusvård relaterat till pandemin.

Ersättningsprodukter fanns inte att tillgå. En risk- och konsekvensanalys genomfördes där risken med att använda levererade aggregat bedömdes vara mindre än risken med att sluta använda alla levererade aggregat och därmed inte kunna använda infusionspumpar för läkemedelsadministrering. En åtgärdsplan upprättades och en arbetsgrupp tillsattes för att leda arbetet utifrån åtgärdsplanen.

Inga allvarliga konsekvenser uppstod som konsekvens av leveransproblemen och inga vårdskador har kunnat identifieras.

Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Riskanalyser genomförs i verksamheten inför större förändringar, se exempel nedan. Risker som fångas upp i avvikelssystemet av allvarlig art går vidare till chefläkarbedömning och internutredning.

Riskanalys övergripande nivå	Riskanalys verksamhetsnivå (urval)
Leveransproblem aggregat till infusionspumpar	Neddragning vårdplatser Infektionskliniken
Införande av Mitt vaccin	Ryggkirurgi i H-huset
Byte av leverantör för tvätt och textilservice	”Raka spåret” – samarbete ortopedavdelning 6 och MAVA
	Sammanslagning av vårdcentraler under semesterperioden
	Omorganisation specialistmottagningarna Karlskoga och Lindsberg
	Vård av akutkirurgiska patienter avdelning 37 från 15 november
	Minska lokaler/antal vårdplatser avdelning 39B

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Vårdgivare är (enl. PSL 2010:659, 3 kap 7 §) skyldighet att till IVO anmäla legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som uppvisar sådana brister i sin yrkesutövning att patienternas säkerhet kan vara i fara. Anmälningssplikten gäller även vikarier, inhyrd och tidigare anställd legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Om en vårdgivare anser att det finns skäl att en medarbetare, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården utgöra en fara för patientsäkerheten, så ska detta anmälas snarast till IVO.

Nedan presenteras hur identifiering, utredning, anmälan, kommunikation och uppföljning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som kan utgöra en fara för patientsäkerheten hanteras inom Region Örebro län

Identifiering:

Via avvikelser:

Avvikelse rörande händelse som inneburit eller riskerat att innebära vårdskada för patienten markeras till chefläkare. Patientsäkerhetscontroller läser även icke chefläkarmarkerade avvikelser. Chefläkare och/eller patientsäkerhetscontroller uppmärksammar om enskild yrkesutövare förekommer i upprepade avvikelser.

Via klagomål:

Om klagomål inkommer som inger misstanke om att enskild legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal utgör en fara för patientsäkerheten kontaktas chefläkare och verksamhetschef för att skapa en helhetsbild kring enskild personal. En bedömning görs av den aktuella händelsen och om övriga klagomål, avvikelser eller anmälningar finns för individen.

Via enskilda klagomål till IVO:

IVO utreder klagomål från patienter och närstående som gäller allvarigare händelser inom vården. I de fall IVO bedömer att klagomålet kan anses vara riktat mot en enskild hälso- och sjukvårdspersonal kontaktas berörd person. När IVO:s utredning är klar skickas ett förslag till beslut så att anmälaren, vårdgivaren och berörd hälso- och sjukvårdspersonal får möjlighet att lämna synpunkter innan slutgiltigt beslut fattas. Om kritik som är riktad mot enskild personal är av allvarlig art kan IVO välja att inleda en utredning av dennes yrkesutövning.

Via Lex Maria-anmälningar:

När enskild legitimerad yrkesutövare förekommer i samband med lex Maria-ärende görs i chefläkargruppen en bedömning om det finns skäl att misstänka att denne utgöra en fara för patientsäkerheten.

Via verksamhetschef:

Verksamhetschefen har det yttersta ansvaret för patientsäkerheten inom sin verksamhet. Verksamhetschef som uppmärksammar att enskild legitimerad yrkesutövare utgöra en fara för patientsäkerheten kontaktar chefläkare som del i utredningen.

Utredning:

Utredning av legitimerad yrkesutövare görs av verksamhetschef. Chefläkare bistår i utredningen, tillsammans med HR-partner och facklig representant. Vilka åtgärder som ska vidtas tydliggörs av riktlinjen: *”Bristande yrkesutövning eller misskötsamhet av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal”*

Anmälan:

Beslut om att anmälan enligt 3 kap. 7 § PSL fattas av chefläkargruppen. Anmälan består av chefläkaren anmälan tillsammans med anmälan och utredning från

verksamhetschef. Chefläkare bifogar bilagor enl ovan samt journalkopior/avvikelser. Handlingarna diarieförs och skickas till IVO.

Under 2021 anmäldes 5 legitimerade yrkesutövare enligt nedan.

Område nära vård	2
Område specialiserad vård	2
Hälsoval	1
Totalt	5

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Avvikelser

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

En avvikelse definieras som en ej förväntad händelse som medfört eller kunnat medföra skada på patient medarbetare, besökande, utrustning eller organisation. Enligt Patientsäkerhetslagen är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att bidra till att upprätthålla hög patientsäkerhet genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren.

Avvikelsehantering ingår som en viktig beståndsdel i ledningssystemet tillsammans med egenkontroll. Varje verksamhet ska ha rutin för avvikelsehantering, verksamhetschef ansvarar för detta. I den omorganisation som pågår kvarstår arbetet med att skapa rutiner och arbetssätt för hur patientsäkerhetsarbetet ska bedrivas på områdesnivå bl. a vad det gäller avvikelseansvarig och samarbete med respektive chefläkare samt systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Merparten av de avvikelser som rapporteras inom HS-förvaltning och drygt hälften inom FTV handlar om patientsäkerhet. Utöver hanteringen avvikelser i respektive verksamhet läses och bedöms samtliga avvikelser rörande patientsäkerhet inom HS-förvaltningen av patientsäkerhetscontroller med avsikt att identifiera allvarliga händelser som inte markerats till chefläkare såsom risk för allvarlig vårdskada.

Under året har antalet avvikelser bl.a. gällande blåsöverfyllnad, fall med allvarlig konsekvens, läkemedel, utlokaliserade patienter, kompetensbrist och vårdplatsbrist ökat.

Målvärden för avvikelshantering finns. De indikerar hur det systematiska arbetet med avvikelser fungerar. Samtliga målvärden uppnåddes med god marginal även 2021 vilket är en fortsättning på den positiva utveckling som skett under flera år.

Antal avvikelser 2021

	Antal avvikelser 2021	Varav patientsäkerhet	Antal avvikelser 2020	Antal avvikelser 2019
HS-förvaltning	9172	6080	9218	10322
Folktandvård	543	290	514	635
Regionservice	635	63	730	931

Exempel på åtgärder efter avvikelser inom HS-förvaltning 2021:

Händelse	Åtgärd	status
Avvikelser som kan härledas bero på bristande inskolning/introduktion av underläkare, ST-läkare	Förbättrad introduktion av nya läkare, införande av checklista	pågående
Långa ledtider SVF-urotelial, cystoskopi- risk för fördröjd behandling	Förbättra flödet för SVF-urotelial, utbildning av fler cystoskopister.	pågående
Suboptimalt omhändertagande av patient med akut tillstånd	Utbildning i HLR/akutvagn m.m. genomförts på alla slutenvårdsenheter inom Område psykiatri	Pågående, fortsätter 2022
Viktig information om patienten tappas bort vid överflyttning av patient till annan enhet	Fortsatt arbete med förbättrad kommunikation mellan olika vårdenheter vid förflyttning av patienter	Pågående, fortsätter 2022
Blåsöverfyllnad	Massivt fokus på att göra befintlig rutin känd och anpassa till verksamhet. Inköp av flera bladderscans.	Pågående, fortsätter 2022

Klagomål och synpunkter

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

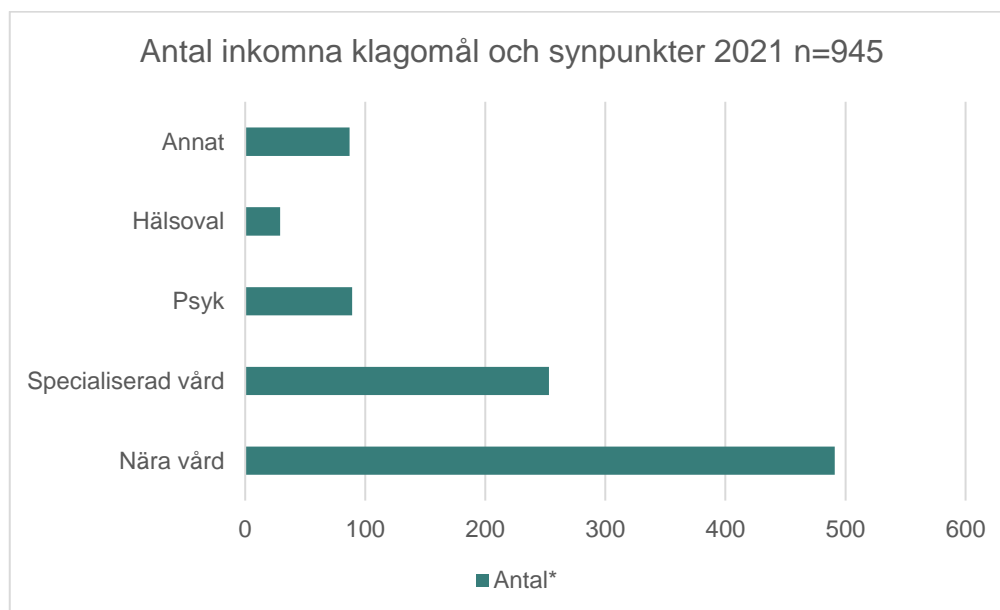
Verksamhetschefen har det yttersta ansvaret för att klagomål och synpunkter i den egna verksamheten hanteras och besvaras. Klagomål och synpunkter ska bedömas och värderas utifrån ett vårdskadeperspektiv för att garantera god och säker vård. Vid misstanke om allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada (lex Maria) ska verksamhetschef involvera chefläkare. Detsamma gäller vid misstanke om brister i yrkesutövning hos legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Patientsäkerhetscontrollern har en viktig koordinerande roll. Inflödet och spridningen inom förvaltningen följs. Verksamheternas besvarande och efterlevnad till svarsrutin var genomgående god även under 2021. Det nationella arbetet med en enhetlig väg in till vårdgivaren via Inera har återupptagits och fortsätter 2022. Regionen är representerad i den nationella referensgruppen.

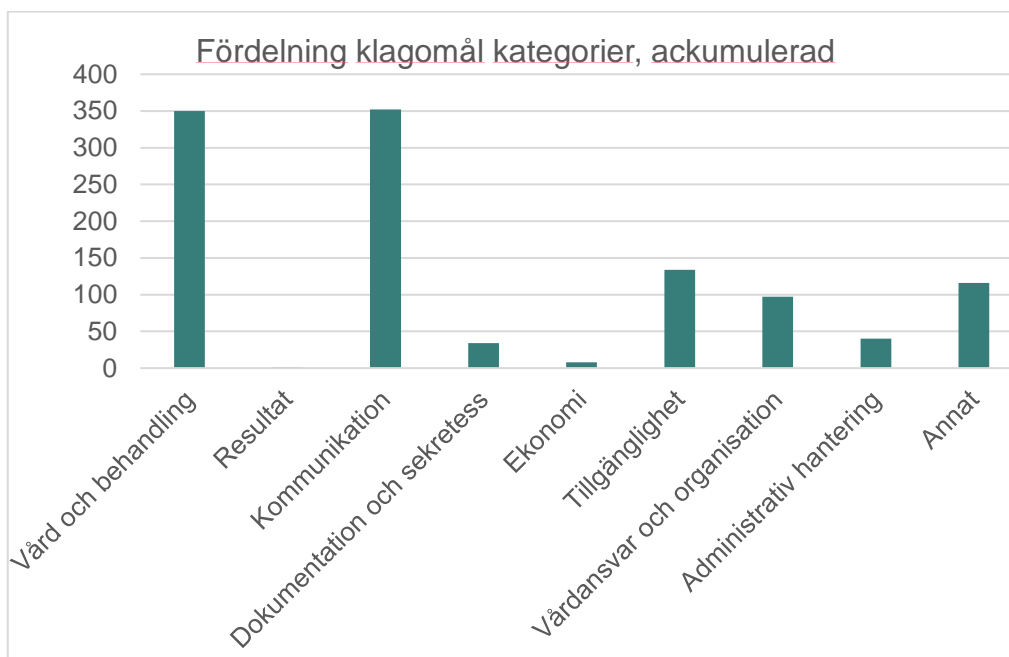
Under året inkom 945 klagomål och synpunkter till Region Örebro län, vilket är en ökning mot föregående år (833). Detta inkluderar inte klagomål via Patientnämnden. Det mest frekventa sättet att framföra sitt klagomål var via e-tjänsterna på 1177 och de största orsaksområdena för var vård och behandling samt kommunikation.

De covid-relaterade klagomålen ökade, främst de som gällde vaccination. Snabba förändringar i rekommendationerna från Folkhälsomyndigheten, tillgång på vaccin och svårigheter att boka tider var det vanligaste klagomålen.

Tre klagomål genererade lex Maria-anmälan och ytterligare ett är under utredning.



*Summan av områdenas antal kan överstiga totalsumman då ett klagomål kan beröra flera områden



Exempel på åtgärder efter klagomål:

Händelse	Åtgärd
Felaktig behandling av hög urinvägsinfektion hos barn	Justerade receptfavoriter gällande licensläkemedel vid behandling av hög urinvägsinfektion hos barn för att säkra att rätt läkemedel och rätt dos ges vid hög urinvägsinfektion.
Flera klagomål gällande fördröjd diagnos av koloncancer	Utbildning har genomförts på de enheter som haft aktuella fall men spridning kommer ske via distriktsläkardagarna för bredare effekt.

Patientnämnden

Lag om stöd vid klagomål mot hälso-och sjukvården (2017:372)

Om det känns svårt att framföra synpunkter eller klagomål direkt till vårdgivaren kan patienter och närstående vända sig till patientnämnden som är opartisk och fristående från vården.

Patientnämndens kansli och chefläkarorganisationen har en etablerad kontakt och fortlöpande avstämningar. Många klagomål under det gångna året gällde brister i undersökningar, bedömningar och behandlingar samt bristande möjlighet till delaktighet i kontakten med hälso- och sjukvården. Patienterna efterlyser mer information och större möjligheter att påverka vården. Under våren inom ett stort antal klagomål som kan kopplas till den pågående pandemin. Dessa gällde framförallt svårigheter att boka tid för vaccination mot covid-19 via telefon.

Patientnämnden begär av sitt kansli tematiska rapporter. I samband med presentation av dessa var utsedda företrädare från hälso- och sjukvården samt chefläkare varit representerade för diskussion, analys och återföring.

Rapporter och analyser 2021

- Helårsanalys av 2020-års ärenden där patienten är ett barn.
- Helårsanalys av 2020-års ärenden relaterade till covid-19.
- Klagomål och synpunkter som avser akutsjukvården i Region Örebro län.
- Halvårsanalys av klagomål som inkommit perioden 1 januari–30 juni 2021.
- Klagomål och synpunkter från patienter och närstående till patienter med psykisk ohälsa.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Akutlarm

Under 2021 har arbetet i den förvaltningsövergripande gruppen för akutlarm startats. Syftet med gruppen är att säkerställa att strukturen vid omhändertagandet av akuta livshotande tillstånd inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen Region Örebro län bibehålls, systematiskt följs upp och uppdateras. Gruppen verkar på uppdrag av den förvaltningsövergripande chefläkaren och leds av verksamhetschef vid AnIVA-kliniken eller av denne utsedd person. Gruppen rapporterar till förvaltningsövergripande chefläkaren men har mandat att besluta i frågor som rör förvaltningsövergripande riktlinjer kring akutlarm, akutvagnar och akututrustning samt utbildningsrelaterade frågor.

Säkerhet och beredskap

Under 2021 har ett arbete med att utveckla och förstärka beredskapsorganisationen inletts. Tre lokala beredskapsöverläkare och en regional beredskapsöverläkare har tillsatts. Arbetet med att se över regionens katastrof- och beredskapsplaner samt en inventering kompetensutvecklingsbehov inom säkerhet och beredskap samt inom stabsmetodik har startats.

Under året har arbetet med att säkerställa en fungerande process gällande driftstörningar i våra verksamheter fortsatt. Målet är att minimera konsekvenserna av olika driftstörningar som på olika sätt kan påverka verksamheten och därmed patientsäkerheten.

Vid händelser som ex. katastrofläge, brand, hot eller översvämning kan en enhet som tillfälligt kan ta över ordinarie verksamhet vara nödvändig. Två olika allvarliga

bombhot mot sjukhuset och psykiatri under året har påvisat behovet. En tillfällig akutmottagning på USÖ har skapats och är redo att tas i drift (Urologmottagnigen i B-huset) om behov uppstår.

Fungerande säkerhetssystem (passersystem, inbrottslarm, person/överfallslarm och kameraövervakningssystem) är en förutsättning för patient och- personaltrygghet. En översyn i samverkan mellan RS, FTV och HS gällande säkerhetsinstallationer påbörjades under 2021 liksom ett fortsatt arbete med att bevaka och kravställa processen runt säkerhetssystem.

För att kunna bedriva en god och säker vård på Region Örebro läns tre sjukhus och krävs robusta och driftsäkra tekniska system. Arbetet med att säkra reservvatten och rutiner för våra tre sjukhus har under året fortsatt liksom arbetet med att säkra upp rutiner avseende avstängning av ventilation vid externa hot.

Funktionssäkerhetsrådet ska bevaka och utveckla krisberedskapen, säkerheten och funktions- och driftsäkerhetsarbetet. Under året utvecklades rådet med ny organisation, och ett förtydligat och förstärkt mandat. Rådets ansvar är att samordna och utveckla frågor som gäller krisberedskap (förebygga, motstå och hantera krissituationer), säkerhet (patient och medarbetare) samt funktions – och driftsäkerhet (robusthet, drift och verksamhet).

Riskområden/utmaningar är:

- tillgång till förbrukningsmaterial och medicintekniska produkter över lag pga. brist på komponenter och material i världen
- återanvändning av engångsprodukter
- efterlevnad av nya regelverken
- spårbarhet på medicintekniska produkter
- IT attacker som påverkar medicintekniska produkter/system/mjukvaror

Regionen har under året tagit fram ett övergripande ledningssystem för medicintekniska produkter och implementeringsprocessen har pågått under året och kommer pågå under 2022 för att säkerställa ovanstående.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR INFÖR 2022

I Region Örebro län ska patienter känna sig trygga, informerade och delaktiga i den vård som ges av kompetenta och engagerade medarbetare på alla nivåer. Målet för Region Örebro län är att erbjuda patienter en god, jämlik och säker vård med nollvision för vårdskador.

I Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan 2022 framgår att Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har i uppdrag att med utgångspunkt i Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet utforma en regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Denna kommer att tas fram under 2022 och ersätter och utvecklar tidigare patientsäkerhetsstrategi.

Utformandet av Patientsäkerhetsberättelsen för 2021 i enlighet med den mall för patientsäkerhetsberättelsen som är framtagen på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, är ett första steg i förarbetet till utformning av en regional handlingsplan och utgår från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Arbetet med att ta fram en regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet kommer att inkludera alla nivåer i organisationen och kräva engagemang från såväl linjeorganisationen som förvaltningens stödfunktioner.

Region Örebro län ska stå för ett säkerhetsklimat där öppenhet och transparens medverkar till en lärande organisation för alla medarbetare. Arbetet med säkerhetskultur kommer att vara central i arbetet under 2022.

Under 2022 fortsätter arbetet med att bygga en organisation inom Hälso- och sjukvården som möjliggör en jämlik vård med god tillgänglighet, hög kvalitet och patientsäkerhet, med bättre förutsättningar för samverkan över verksamhetsgränser och med ökat fokus på medarbetarskap och bättre arbetsmiljö. Detta inkluderar att tydliggöra organisation, rutiner och arbetssätt för det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Samverkan med kommunerna är av stor vikt och ska förstärkas ytterligare.

Vårdplatssituationen har under 2021 varit en stor utmaning och arbetet med att säkra tillgången på slutenvårdsplatser i förhållande till invånarnas behov kommer att fortsätta. En del i detta är fortsatt arbete för att behålla erfarna medarbetare som trygghet och stadga framförallt inom vårdavdelningarna. En ökad rörlighet leder till ökat behov av introduktion och kontinuerlig kompetensutveckling.

Kompetensmodellerna beräknas kunna implementeras i verksamheterna under vt -22.

I samarbete med LäkeMedelscentrum har en fristående kurs i läkemedelshantering för sjuksköterskor tagits fram. Den ska nå sjuksköterskor som arbetat några år eller

längre och behöver uppdatera sig på regelverket och rutiner. Undervisningen sker i team med farmaceut och erfaren sjuksköterska för att bredda plattformen för diskussioner. Pilot-grupp går första utbildningen 18 januari, 2022, och kommer få lämna utvärdering på innehållet. Start första utbildningstillfället blir v 10 enligt preliminär plan.

Inom Vårdhygien och STRAMA är arbete påbörjat som liknar det med läkemedelshantering. Första mötet ägde rum i december 2021.

Planeringen för etapp 3 i H-husprojektet pågick under hösten 2021. Akutröntgen får nya lokaler och akutmottagningen får tre nya akutrum, varav ett är avsett för traumaomhändertagande med integrerad CT i det initiala omhändertagandet. Liknande planering som skedde på operation i H-huset pågår för traumaomhändertagandet, där åtta kliniker samordnas för träning och undervisning under våren 2022. Parallellt med det förbereds medarbetarna på akutmottagningen och röntgen för att flytta in i nya lokaler med nya arbetssätt och flöden och ett tätare samarbete mellan klinikerna. Samma upplägg är planerat för dem, med utbildning inom olika områden, för att bibehålla patientsäkerhet och skapa förutsättning för en god arbetsmiljö. Flytten kommer att äga rum i olika steg och kommer att vara helt klar i mitten av maj, 2022.

Träning via kliniskt träningscentrum (KTC) är planerat i full skala under 2022 med en rad olika utbildningsaktiviteter av varierande omfattning. KTC ska verka för att vara det stöd vårdverksamheterna och medarbetarna behöver genom en ökad samverkan i kompetensutvecklingsfrågor inom regionen och i samarbete med universitetet.

Bilaga Mätningar och uppföljningar.

Mätning/ uppföljning	Omfattning och frekvens	Källa	Kommunikation av resultatet
Basala hygienrutiner och klädrutiner (BHK)	Nationell mätning en gång per år Lokal mätning en gång per år, oftare utifrån behov	Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)/ PPM-databasen Region Örebro län	Resultatet från nationell och lokal mätning ses direkt i databasen och återförs Hygienombudsträffar
Vårdrelaterade infektioner	Nationell mätning en gång per år Lokal mätning en gång per år	SKL/ PPM-databasen Region Örebro län	Resultatet från nationell och lokal mätning ses direkt i databasen och återförs
Trycksår	Nationell mätning, landstings- gemensam mätning två gånger per år och lokala mätningar varje månad inom delar av somatisk slutenvård	SKL/ PPM-databasen Region Örebro län	Resultatet från nationell och lokal mätning ses direkt i databasen och återförs
Antibiotika- förskrivning	Kvartalsvis	Folkhälso- myndigheten	Smittskyddsläkaren rapporterar till lokala Stramagruppen
Infektions- verktyget	Kvartalsvis	Region Örebro län	Controller i varje område skickar ut till verksamhetschefer för återföring/ analys
Hygienronder	Löpande	Verksamheter HS, kommuner	Protokoll redovisas till verksamhetschef och chefläkare för återföring/ analys
Avvikelser lokalt	Antal och karaktär följs löpande	Avvikelsehanterings- system	Avvikelseansvariga Verksamhetschef/ chefläkare
Avvikelser övergripande	1 gg/mån	Avvikelsehanterings- system	Patientsäkerhets- controller/chefläkare

Klagomål och synpunkter	Antal följs löpande Sammanställning månadsvis	Rutin för klagomålshantering Region Örebro län	Verksamhetschefer Områdeschefer Patientsäkerhets- controller Chefläkare
Risk-och händelseanalyser	Antal analyser följs löpande	Internt register/Nitha	Kompetensgrupp Chefläkare
Allvarliga vårdskador och anmälnings-skyldighet	Regelbunden avstämning och uppföljning var 3:e vecka	Chefläkargrupp Verksamhetschefer	Områdeschef Förvaltningsöver- gripande Chefläkare Delårsrapport
Överbeläggningar av patienter och Utlokaliserade patienter	Antal följs dagligen per sjukhus inom somatisk och psykiatrisk slutenvård	SKL och Regionens datalager	Ledningsgrupper Rapporter och analys
Patientsäkerhets-rond	1 gg/år	Verksamheter HS	Protokoll redovisas av verksamhetschef till chefläkare för uppföljning och dialog Patientsäkerhets-berättelse