

Patientsäkerhetsberättelse 2022



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

I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| Inledning..... | 2 |
| SAMMANFATTNING..... | 4 |
| GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD..... | 5 |
| Engagerad ledning och tydlig styrning..... | 5 |
| En god säkerhetskultur..... | 9 |
| Adekvat kunskap och kompetens..... | 10 |
| Patienten som medskapare..... | 11 |
| AGERA FÖR SÄKER VÅRD | 14 |
| Öka kunskap om inträffade vårdskador..... | 14 |
| Tillförlitliga och säkra system och processer | 21 |
| Säker vård här och nu | 24 |
| Stärka analys, lärande och utveckling..... | 30 |
| Öka riskmedvetenhet och beredskap..... | 34 |
| MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE 2023... | 37 |
| BILAGA 1. Organisation och ansvar..... | 39 |
| BILAGA 2. Exempel på planerade eller genomförda åtgärder i samband med lex Maria | 45 |
| Bilaga 3. Avvikelser | 48 |
| Bilaga 4. Mätning och uppföljning..... | 50 |

SAMMANFATTNING

År 2022 präglades till stor del av frågor rörande tillgången på vårdplatser inom hälso- och sjukvårdens slutenvård, kopplat till personal- och kompetensbrist och frågorna aktualiserades både internt och i media. Bristen på vårdplatser innebär en central patientsäkerhetsrisk och det är dessutom en viktig arbetsmiljöfråga. Genom engagemang, kunskap och kompetens inom verksamheterna kunde länets invånare få en god vård trots de svårigheter vårdplatsbristen medförde.

Frågor rörande vård av patienter med covid 19 var mindre framträdande under 2022 än under de två föregående åren, men särskilt mot slutet av 2022 ökade antalet patienter med covid 19, samtidigt som antalet patienter med influensa och RS-virusinfektioner ökade. Detta gjorde att ett stort antal patienter med olika typer av luftvägsinfektioner behövde beredas vård under en relativt kort tidsrymd, vilket innebar påfrestningar för såväl patienter som personal.

Samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården är en viktig del i verksamheten inom Region Örebro län, och även där kan patientrisker uppstå. Mot bakgrund av detta påbörjades under 2022 ett arbete med målet att kunna sammanställa olika typer av avvikelser i samverkan för att ledningar på olika nivåer inom både den kommunala hälso- och sjukvården och regionens hälso- och sjukvård ska kunna ta del av detta och förbättra formerna för samverkan.

Under 2022 påbörjades införandet av en ny beredskaps- och katastrofplanering, en viktig del i patientsäkerhetsarbetet, liksom arbete att ta fram en regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet.

Andreas Wladis
Förvaltningsövergripande chefläkare
Maria Cottell
Patientsäkerhetscontroller
Claes-Mårten Ingberg
Överläkare, senior rådgivare

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

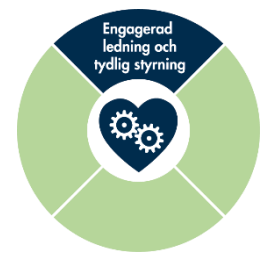
PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

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.

Hög patientsäkerhet och hög 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 vara 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 samt hög medicinsk kvalitet 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 Folktandvården men även i privat regi. Region Örebro län erbjuder högspecialiserad vård till länsinvånare och invånare från andra län genom särskilda avtal. För en detaljerad översikt över organisation och ansvar i Region Örebro län, se bilaga 1.

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 samverkan sker inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen, inom regionen och med externa aktörer.

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

Hälso- och sjukvården är organiserad på ett sätt som syftar till att skapa en jämlik vård med god tillgänglighet, hög kvalitet och patientsäkerhet inom alla olika verksamheter, med goda förutsättningar för samverkan över verksamhetsgränser och med fokus på medarbetarskap och arbetsmiljö. Detta kan exempelvis gälla samverkan kring vårdplatser och operationsresurser, samverkan mellan vårdcentraler och en fördjupad samverkan mellan somatik och psykiatri.

Frågor som rör läkemedel är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet.

Läkemedelscentrum, som organisatoriskt ligger under område Forskning och utbildning, har där en central roll och det finns ett nära samarbete mellan Läkemedelscentrum och Patientsäkerhetsenheten. Chefläkare ingår i den förvaltningsövergripande läkemedelsgruppen. Avstämning gällande läkemedelsrelaterade avvikelser sker kontinuerligt med patientsäkerhetscontroller. Läkemedelscentrum är också delaktigt i utformning och genomförande av patientsäkerhetsutbildningar. Samverkan kring riktlinjer som rör läkemedelshantering sker kontinuerligt.

Inom regionen

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 får 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). Fortsatt uppföljning av vidtagna och planerade åtgärder har skett under 2022. En av dessa åtgärder var inrättandet av en tjänst som äldrevårdsöverläkare. Äldrevårdsöverläkaren ska bland annat bidra till att skapa en struktur för uppföljning och kvalitetsförbättringar inom äldreområdet. Den aktuella läkaren ska också bidra till att öka och säkerställa den medicinska, etiska och juridiska kompetensen samt ge stöd till vårdcentralledning och läkare på länets vårdcentraler.

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 år 2022 har fokus varit på det strategiska informationssäkerhetsarbetet. Styrande och stödjande dokument har uppdaterats, bland annat policyn för informationssäkerhet. Nya styrande dokument har även tagits fram och flera utbildnings- och informationsinsatser har också kunnat genomföras i regionen.

Informationssäkerhetsarbetet har under 2022 påverkats av händelserna i omvärlden och då synnerhet kriget i Ukraina. I samband med att kriget i Ukraina bröt ut ökade också IT-angreppen mot regioner liksom andra myndigheter i Sverige.

Digitaliseringsfrågorna är fortsatt 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. Under våren anställdes en informationssäkerhetshandläggare på HS-staben som ska stötta hälso- och sjukvårdsförvaltningen i det nära operativa informationssäkerhetsarbetet. Detta har inneburit ett stort lyft för informationsarbetet i hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

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. Men här finns numera ett nära stöd i dessa frågor vilket är mycket positivt.

Under senare delen av 2022 har informationssäkerhetsarbetet kopplat till nya vårdinformationssystemet Cosmic intensifierats. Detta är ett viktigt och omfattande arbete som kommer att fortsätta även under det kommande året.

För mer detaljer se Årsrapport Informationssäkerhet 2022.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Organisationsplanen för strålsäkerhet har anpassats till den nya organisationen av hälso- och sjukvården. En riskanalys över hur strålsäkerheten påverkas av omorganisationen pågår och väntas vara klar i början av 2023.

Internrevisionsarbetet med Akademiska Sjukhuset i Uppsala som inleddes under 2021 har fortsatt och i år handlat om dosplaneringsprocessen vid extern strålbehandling samt strålsäkerhet för personal inom interventionsverksamhet.

Med anledning av en avvikelse som inträffade inom brakyterapi har ändrade rutiner för dokumentation och ordination införts. En övergripande riskanalys gällande brakyterapi pågår och förväntas vara klar i början av 2023.

Inför öppnande av nya akutröntgen har riskanalys gällande trauma-DT ur ett strålskyddsperspektiv gjorts. Dessutom utbildningsinsatser kring rutinerna i den nya traumaverksamheten genomförts.

Utbildning inom strålsäkerhet för de som ska inneha uppdraget radiologisk ledningsfunktion inom intervention och opererande verksamheter har genomförts.

För mer detaljer se Strålsäkerhetsrapport 2022.

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.

Utifrån resultaten från medarbetarenkäten som genomfördes 2021 pågår arbete med att ta fram handlingsplaner i verksamheterna.

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

De första månaderna av året präglades fortfarande av pandemisituationen, bl. a med hög andel av korttidssjukfrånvaro. Utbildningar och aktiviteter på plats i regionens lokaler startade under första kvartalet 2022.

Under 2022 genomfördes en löneöversyn enligt tidsplan med förskjutning för Vårdförbundets yrkesgrupper till dess det centrala avtalet var klart.

Arbete med kompetensmodeller för sjuksköterskor genomfördes och för allmänsjuksköterskor är modellen klar och implementering pågår. Nästkommande yrkesgrupp är specialistsjuksköterskor. Validering av skötare pågår inom psykiatri och kompetensförsörjningsanalys genomfördes under våren.

Som ett komplement till avgångsenkäterna genomfördes även avgångsintervjuer. Detta med anledning av att vissa verksamheter haft stor rörlighet inom sjuksköterskegruppen. Avgångsorsaker är främst lön, arbetstider samt arbetsmiljö. Det finns en rörlighet inom sjuksköterskegrupperna men även ett ökat intresse för sjuksköterskeyrket. Fler söker specialistutbildningar och det är fler sökande till intensivvårdsavdelningar än tidigare.

Inför sommaren förelåg stora problem med bemanningen. Detta gällde avsaknad av erfarna medarbetare samt en generell brist på medarbetare i många personalkategorier. Brist på hyrpersonal inom framförallt primärvård är också ett problem, något som är gemensamt för regioner och kommuner nationellt.

Under året pågick ett projekt gällande samverkan och arbetsmiljö. Samtliga verksamheter genomförde samverkansutbildning med fokus på arbetsmiljöfrågor. Ett arbetsmiljöutskott (AU) inrättades på HS-nivå med representation från samtliga fackförbund och HR-partner på områdesnivå. AU är ej skyddskommitté men

arbetsmiljöfrågorna bereds, följs upp och rapporteras i ordinarie HS-samverkan. Projektet genomfördes i samverkan med de fackliga organisationerna. Ny utbildning för chefer i hälsosam schemaläggning togs fram i samarbete med Regionhälsan, främst med inriktning på nattarbete.

Dialogträffar med chefer genomförs kontinuerligt med olika temaområden. Sedan våren 2022 sker rekrytering av enhetschefer av rekryteringsenheten inom HR via en säkerställd process. Upphandling av digitaliserade akter har påbörjats regiongemensamt. Vidare är ett nytt schemasystem upphandlat och ett pilotprojekt med schemaläggning i det nya systemet är påbörjat. Uppföljning genomfördes i maj av arbetsmiljöenkät i samband med ordinarie verksamhetsuppföljning på HS-nivå. Inom HR tillsattes en funktion med ansvar för arbetsmiljöfrågor inom förvaltningen.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

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.



Patientmedverkan sker på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. En grund är patientens delaktighet i egen vården 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 sammanställs och analyseras och utgör en källa till fokus på förbättringsområden. Se rubrik ”Klagomål och synpunkter” nedan. Patientrapporterade mått ex genom PROM, PREM (för patienter i standardiserade vårdförlopp vid cancerdiagnos) och Nationell patientenkät (NPE) används för att på ett övergripande plan få en bild av patienters upplevelse av vården. Patienters synpunkter på vården är en viktig källa för att ständigt förbättra vården. Genom att delta i 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.

I Område psykiatri finns ett etablerat arbete med *peer support*, vilket innebär att personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa utbildas till att arbeta som stödpersoner inom verksamheter som erbjuder vård, stöd eller rehabilitering. Inom

verksamheten finns en person anställd för att arbeta som *peer support*. Dessutom finns ett etablerat arbete med brukarrevision, vilket är ett verktyg för kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling. Revisionen innebär att tidigare brukare intervjuar brukare med fokus på frågor som rör bemötande, delaktighet och inflytande.

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.

Hösten 2021 utfördes primärvårdsundersökning och resultatet presenterades i början av februari 2022. Frågorna i enkäten utgår från patientens perspektiv och är indelade i dimensioner; Helhetsintryck, Emotionellt stöd, Delaktighet och Involvering, Respekt och bemötande, Kontinuitet och koordinering, Information och kunskap, Tillgänglighet, Levnadsvanor och frågor relaterade till covid 19. I jämförelse med riket placerar sig Region Örebro län lägre i dimensionspoäng i samtliga av dimensioner utom Levnadsvanor. Svarefrekvensen var knappt 40 %.

Under året genomfördes mätningar inom Barn- och ungdomspsykiatri respektive vuxenpsykiatri. Mätningen omfattade både öppen och slutna vård. Dimensionerna är samma som ovanstående förutom Levnadsvanor och frågor relaterade till covid 19.

För Barn-och ungdomspsykiatrin visar resultatet högre poäng än riksgenomsnittet för i stort sett alla dimensioner både inom den slutna och öppna vården. Vuxenpsykiatri slutenvård har lägre poäng i alla dimensioner medan öppenvården har liknande eller högre poäng.

Under året utfördes en pilotundersökning gällande ambulanssjukvård. 175 personer besvarade samtliga frågor med fasta svarsalternativ i undersökningen. Regionens resultat följer rikets och nästan alla dimensioner har något bättre resultat än riksgenomsnittet. Helhetsintryck, Kontinuitet och koordinering samt Respekt och bemötande har högst dimensionsvärden medan Delaktighet och involvering lägst resultat.

Min vårdplan

Under hösten 2022 återupptogs arbetet med införandet av e-tjänsten Min vårdplan cancer. Ett riktat kartläggningsarbete fortlöpte under hösten för identifiering av aktiva vårdplaner samt användandet av dessa. Min vårdplan för peniscancer, tjock- och

ändtarmscancer och äggstockscancer används aktivt inom de berörda verksamheterna. Utbildningsinsatser och aktivering av vårdplanerna planeras för bröstcancer, urotelcancer, prostatacancer och huvud- och halscancer. Införandeprocessen för återstående vårdplaner ska uppdateras efter avslutat kartläggningsarbete.

Patientmedverkan inom kunskapsstyrning

Målet med kunskapsstyrning är en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet. I det lokala arbetet med kunskapsstyrning finns patient/närstående/ brukarråd i olika arbetsgrupper. Metoder som används är bl. a. intervjuer, fokusgrupper, enkäter och personcentrerad processkartläggning

Patientkontrakt

Det finns behov av att förbättra kontinuiteten och öka delaktigheten för patienter inom svensk hälso- och sjukvård. Därför pågår ett nationellt arbete inom ramen för omställningen mot nära vård bland annat genom att införa patientkontrakt och stärka kraven runt fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i primärvården.

Ett patientkontrakt är en gemensam överenskommelse mellan patienten och vårdgivaren. Patientkontraktet är inte någon egen plan utan handlar i stället om att skapa ett sammanhang för patienten av de pusselbitar som redan idag finns i olika planverktyg.

En handlingsplan för arbetet fastställdes under senare delen av 2021. Under 2022 har lokala pilotprojekt genomförts inom primärvården. I norra länsdelen genomfördes ett arbete med att arbeta praktiskt utifrån förutsättningarna för patientkontrakt och ett personcentrerat förhållningssätt på några vårdcentraler. På en vårdcentral i Örebro startades ett arbete tillsammans med bland annat sjuksköterskor från Örebro kommun och distriktsläkare för att stärka den medicinska planeringen runt sköra äldre. Arbetet är för närvarande vilande pga. den pressade situationen i kommunen och primärvården.

Vid två andra vårdcentraler i Örebro pågår ett lokalt kvalitetsarbete runt samordnad individuell plan (SIP) för att undersöka hur kraven på en god samordning kan uppfyllas för patienter som tackar nej till möten med alla aktörer.

Det finns stora tekniska utmaningar i arbetet med patientkontrakt gällande dokumentation där nationellt stöd behövs.

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. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet

Socialstyrelsen kom 2020 med Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Visionen i handlingsplanen är *God och säker vård – överallt och alltid* med det övergripande målet att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada. Handlingsplanen är utformad för att kunna användas av kommuner och regioner som genom egna handlingsplaner kan etablera principer, prioriteringar och mål för sitt patientsäkerhetsarbete.

I och med Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan 2022 beslutades att ge HS i uppdrag att med utgångspunkt i Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet utforma en regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Planeringsarbetet påbörjades under våren och planen ska vara framtagen, förankrad och färdigställd i slutet av juni 2023. Uppdragsägare är förvaltningsövergripande chefläkare och styrgruppen inkluderar representanter från samtliga områden inom HS-förvaltningen.

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.



Resultat punktprevalensmätningar (PPM)

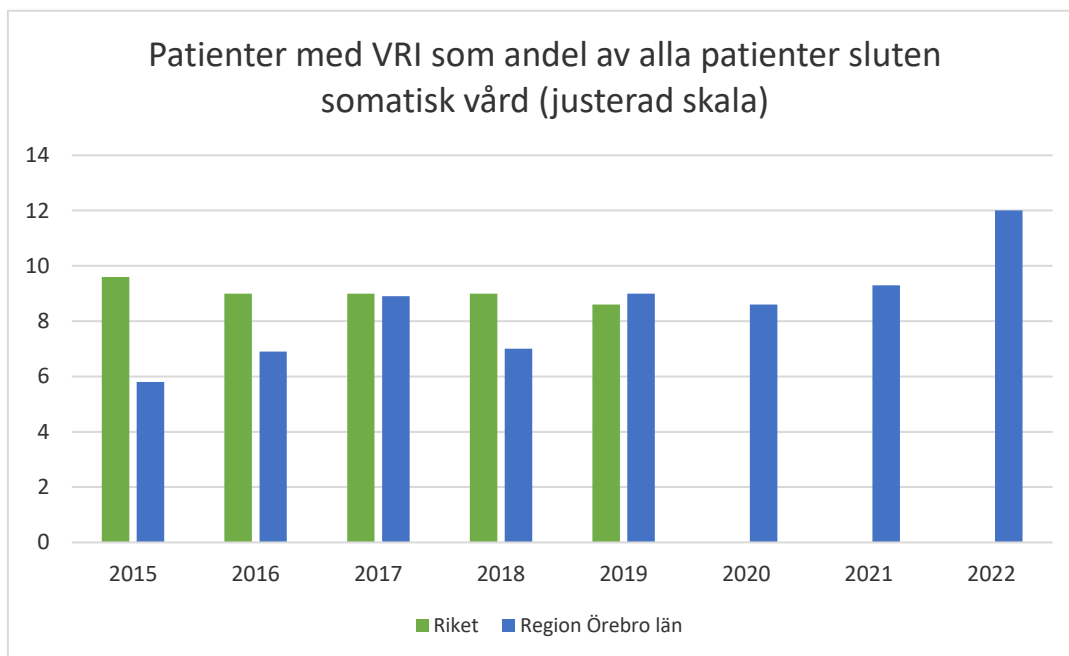
PPM används för att mäta förekomst av trycksår, vårdrelaterade infektioner (VRI) och följsamhet till basala hygien- och klädrutiner (BHK) vid en bestämd tidpunkt och är ett sätt att mäta kvalitet och skador i vården. (Resultat BHK-mätning presenteras

under rubrik ”Tillförlitliga och säkra system och processer” nedan). Försiktighet får iaktas i tolkningen av resultaten av PPM-mätningar då relativt litet underlag används.

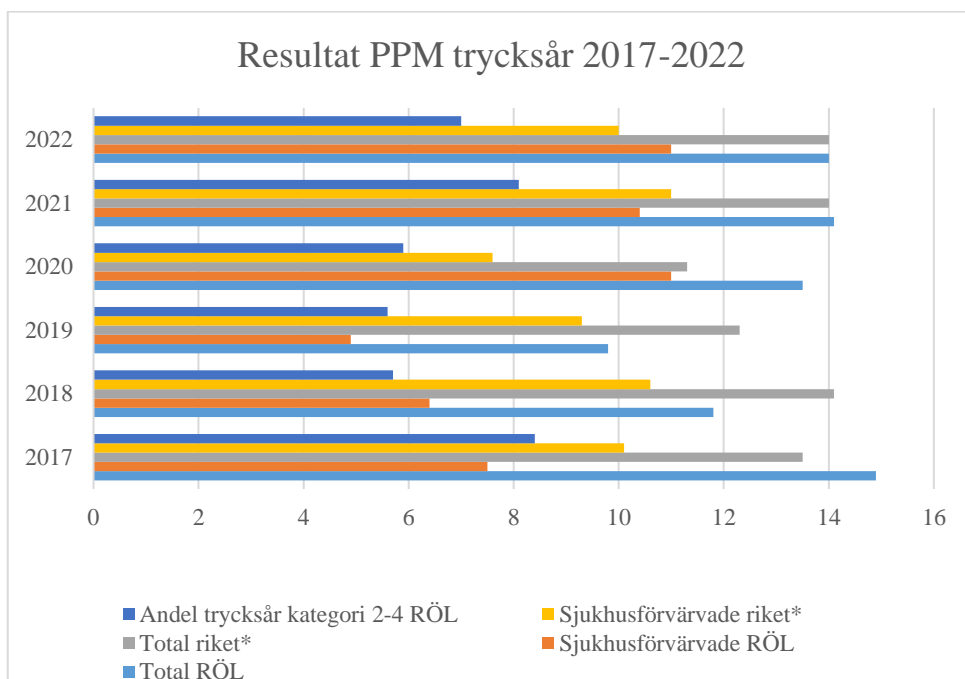
De nationella mätningarna VRI ställdes in under pandemiåren och även detta år, därför finns inget resultat på nationell nivå. Fler och fler regioner väljer att använda Infektionsverktyget istället. Mätningen i regionen 2022 inkluderade 301 patienter. En försämring sågs i resultatet jämfört med föregående år, dvs en fortsatt ökning i förekomsten av VRI. Tydliga rutiner och god följsamhet är en förutsättning för att förebygga VRI särskilt då vårdtyngden är hög. Minskat antal VRI ger även minskad antibiotikaanvändning vilket är gynnsamt i arbetet mot antibiotikaresistens.

Vårdhygien har planerat för en workshop kring VRI som kommer äga rum nästa år där undersköterskor, sjuksköterskor och läkare bjuds in till föreläsning och olika scenarier.

Sjukhusförvärvade trycksår innebär att patienten fått trycksår under sjukhusvistelsen. Det skedde en viss förbättring i regionen under året.



Även på nationell nivå minskade andelen sjukhusförvärvade trycksår något. 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 337 patienter.

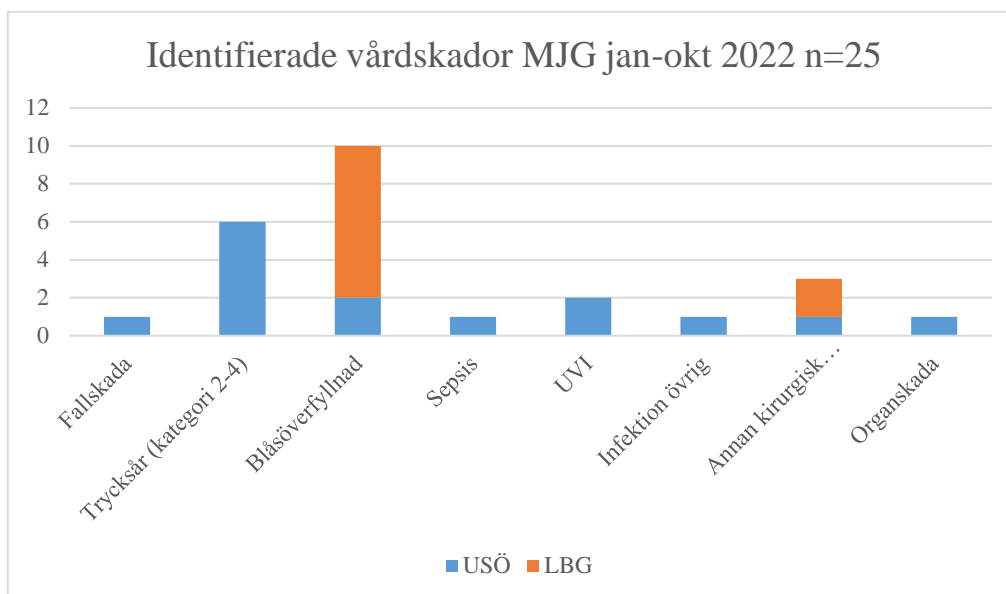


**Regionerna Jönköping, Kalmar, Stockholm, Sörmland, Västerbotten och Östergötland ingår ej i 2022 års mätning.*

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 400 journaler mellan januari och oktober. Slutresultat från Karlskoga lasarett är ännu inte sammanställt på grund av att granskare och slutgranskare behövt prioritera annat arbete. Andelen identifierade vårdskador har minskat något på USÖ och ökat något på Lindesbergs lasarett jämfört med 2021. Det är dock svårt att dra slutsatser mellan två på varandra följande år utan trender över längre tid behöver följas. Dessutom är urvalet per klinik litet.



För att granska journaler enligt MJG behövs tid och resurser. Resultaten rapporteras in i en nationell databas. MJG har bidragit till kunskap om vårdskador på nationell nivå under åren men arbetssättet på regional nivå behöver utvecklas för att förbättra rutiner och arbetssätt. Särskilt angeläget är att hälso- och sjukvårdens ledning och verksamhetschefer kan ta del av tydligt presenterade utdata rörande både verksamheterna i Region Örebro län och jämförbara verksamheter i andra regioner. I framtagandet av detta spelar SKR en viktig roll.

Har vården varit säker

Hälso- och sjukvårdspersonal är (enl. PSL 6 kap 4§) skyldiga att **rapportera** händelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada. 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. Ansvar 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 anmälningsskyldig för omvårdnad. Ärenden som helt eller huvudsakligen berör medicintekniska produkter bedöms av anmälningsskyldig 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.

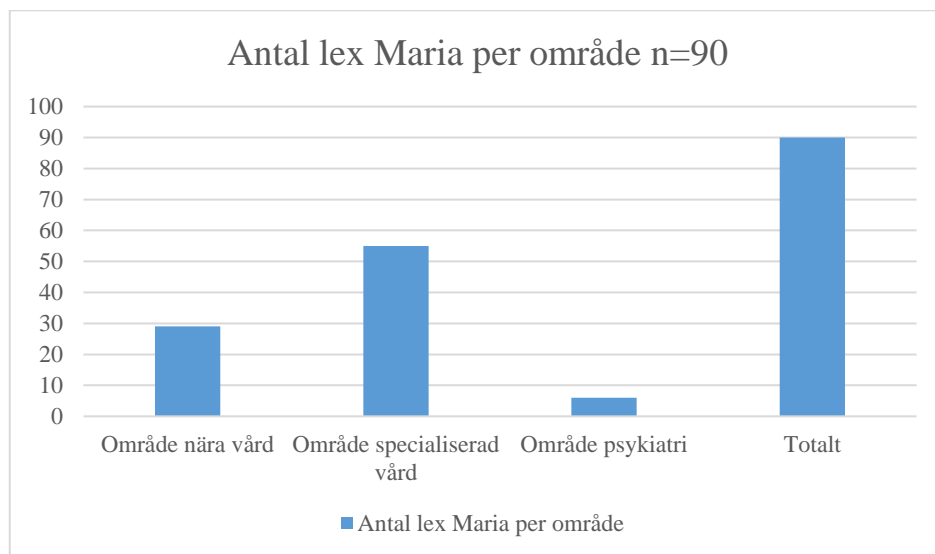
Inspektion och tillsyn 2022

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.

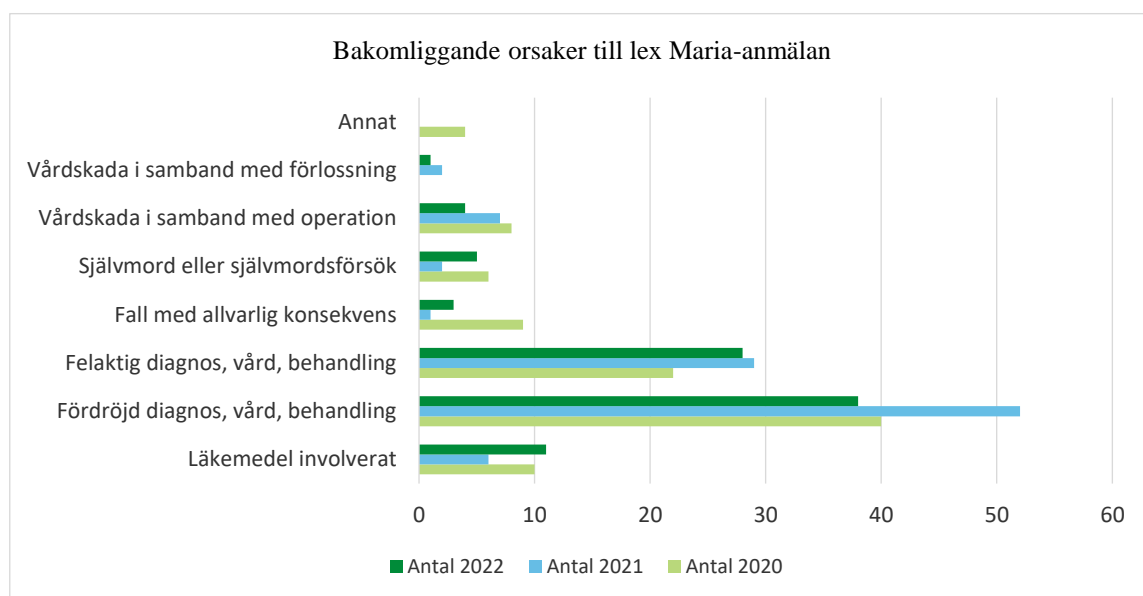
| Tillsyn 2022 |
|---|
| Akutkliniken, Lindeberg samt Karlskoga, Område nära vård |
| Nationell tillsyn av regionernas katastrofmedicinska beredskap |
| Nationell tillsyn av regionernas sjukhusvård |
| Verksamhetsområde obstetrik och gynekologi, Område specialiserad vård |
| Verksamhetsområde laboratoriemedicin, blodverksamheten, Område specialiserad vård |

Sammanställning vårdgivarens utrednings- och anmälningsansvar 2022

Under 2022 verkställde HS-förvaltningen 90 anmälningar enligt lex Maria vilket är något färre än föregående år. Flera händelser är dock under utredning.



Exempel på genomförda åtgärder efter lex Maria presenteras i bilaga 2.



Inga händelseanalyser påbörjades under 2022 pga. bristande resurser och organisation. En analys som påbörjades under 2021 avslutades (bombhot Område psykiatri)

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.



Läkemedel

Den förvaltningsövergripande läkemedelsgruppen (FÖL) arbetar bl.a. med att ta fram förvaltningsövergripande rutiner/mallar för att underlätta att göra rätt. Val av områden att fokusera på utgår från såväl inträffade fel såsom identifierade risker. En förvaltningsövergripande behandlingsrekommendation för behandling av paracetamolintoxikation har tagits fram och är färdig att fastställas i FÖL.

Arbetet med en regionövergripande lista över läkemedel som får ges på generellt direktiv har färdigställts under 2022 och är under implementering. Under arbetet identifierades en mycket hög användning av sömnläkemedel vilket föranledde en riktad insats, där man beslutat att dessa inte ska finnas med på generella direktiv. En utbildning har tagits fram för alla i regionen i syfte att öka vårdpersonalens kunskap om sömn och olika strategier som kan användas för att främja sjukhusvårdade patienters sömn utan läkemedel.

Under 2022 har ett journalgranskningsverktyg avseende läkemedel tagits fram. Verktöget är utformat som en enkät som lämpar sig för kontroll av den egna verksamheten, s k egenkontroll. Detta innebär granskning av journaldokumentation på patientnivå. Egenkontrollen är tänkt att utföras regelbundet, minst årligen och gärna med stöd från Läkemedelscentrum. Resultat och förbättringsåtgärder tas upp i dialog i verksamheten. Ett annat område där journalgranskningsverktyget kan användas är för uppföljning av läkemedelsgenomgångar i slutenvård, avseende kvalitet.

Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering är ett lagkrav och görs med syfte att identifiera förbättringsmöjligheter inom läkemedelshanteringens olika områden. På så sätt kan enheternas arbete för ökad patientsäkerhet gällande hantering av läkemedel stödjas. Granskningen grundar sig i de föreskrifter och allmänna råd som reglerar läkemedelshantering i hälso- och sjukvården, i regiongemensamma riktlinjer och rutiner samt i lokala rutiner och hur ansvaret för läkemedelshantering 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. Granskningarna genomfördes under 2022 till största delen genom fysiska besök på enheterna. Vid alla granskningar görs 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 2022 har särskilt fokus lagts på rutiner samt ansvar för läkemedelsordinationer vid inskrivning av patient, information om läkemedel vid utskrivning av patient, rutiner för översyn av läkemedelsmallar, rutiner för moment som kan innebära särskilda risker vid iordningställande och administrering av läkemedel så som spädning och handhavande av infusionsutrustning (infusions- och sprutpumpar) samt efterlevnad till rutiner för säker förskrivning av läkemedel med beroenderisk i primärvården.

Sammanfattningsvis visar granskningen att många rutiner gällande hantering av läkemedel fungerar bra men många enheter konstaterade i samband med granskningen att de behöver arbeta med ovanstående områden.

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 något under 2022 både inom primärvård såväl som specialistvård vilket är positivt ur patientsäkerhetsperspektiv.

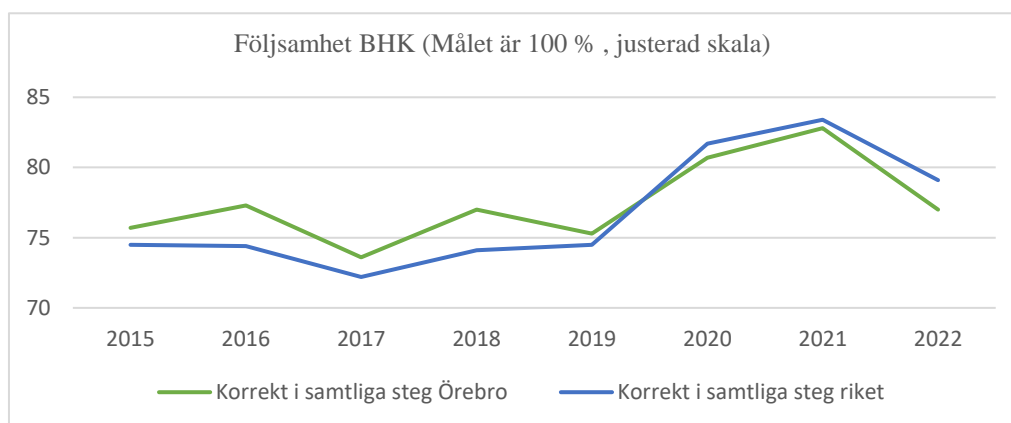
| | Enkel läkemedelsgenomgång | Fördjupad läkemedelsgenomgång |
|-------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| 2022 | 10 139 | 3 862 |
| 2021 | 9 966 | 3 527 |
| 2020 | 7 826 | 2 959 |

Infektionsverktyget

I dag används infektionsverktyget för att registrera antibiotikakrävande infektioner. Detta möjliggör att rapporter som visar antalet VRI kan erhållas. Validering av de data som kan tas ut från infektionsverktyget pågår. Målet är att varje verksamhet ska kunna ta ut och analysera rapporten för att vidta åtgärder med syfte att förebygga VRI. För att detta ska fungera behöver controllers eller motsvarande utbildas som kan bistå HSLG och verksamhetsområdenas ledningar med att ta ut regelbunden statistik. Vårdhygien och Strama (Samverkan mot antibiotikaresistens) kan sedan bistå med hjälp av tolkning och förbättringsarbete utifrån resultatet.

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 försämrats med drygt 5 procentenheter jämfört med 2021 och baseras på 1554 observationer.

Ingående förvaltningar samt resultat:

| Förvaltning | Område | Resultat korrekt i samtliga kläd- och hygienriktlinjer |
|--------------------|---------------------------|--|
| HS | Område specialiserad vård | 77% |
| | Område psykiatri | 48% |
| | Område nära vård | 82% |
| Folktandvård | | 89% |
| Privata vårdgivare | Capio läkargruppen | 90% |
| | Privata vårdcentraler | 90% |

Suicidprevention

Suicidprevention inom hälso- och sjukvården är ofta en fråga om arbete med suicidnära patienter. Det är en fråga som kontinuerligt arbetas med i allt från att behandla underliggande sjukdom till korrekta tvångsåtgärder där sådana måste genomföras. Arbetet med suicidprevention innebar under 2022 bland annat att regionens mobila resurs för suicidprevention inkluderades i ordinarie praktik. Förutom patientkontakter, stöd till anhöriga samt utbildnings- och konsultationsinsatser ingår även efterlevandestöd vilket har utvecklats vidare. Under året innefattade utbildningsuppdraget allt från introduktionsutbildning för personal, där svåra samtal och suicidriskbedömning ingår, till utbildningsinsatser för samverkanspartners. Fortsatt arbete planeras med implementering av lokala och nationella kunskapsstöd, samt att stärka lokal samverkan genom att exempelvis 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

Resursbrist

Ett tillräckligt antal vårdplatser inom slutenvården i Region Örebro län är en viktig del för att upprätthålla både hög patientsäkerhet och god arbetsmiljö. För att få en gemensam bild över vårdplatsläget i regionen sker dagliga vårdplatsmöten.

Antalet vårdplatser i länet har på fem år minskat med 20%, vilket gäller för riket i övrigt. Detta är en av förklaringarna till situationen med ökat antal överbeläggningar, utlokaliserade patienter och ökade vistelsetider på akutmottagningarna som fortsatt setts under 2022. Det innebär också att mer tid och resurser läggs för att hitta vårdplats eller andra vårdinsatser för att i möjligaste mån bibehålla god och säker vård.

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 slutenvård med fysisk utformning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Grundorsaken till att vårdplatser inte kan hållas öppna är personalbrist. Under våren sågs en ökning i antalet rapporterade avvikelser relaterat till vårdplatsbrist som fortsatte under hösten. En granskning av dessa visar på de långtgående och mycket allvarliga konsekvenser vårdplatsbristen leder till både avseende patientsäkerhet och arbetsmiljö. I chefläkargruppen har frågan lyfts bl. a genom möte med läkare som deltar i jourarbete samt sjuksköterskor inom akutverksamhet. Även där tydliggjordes de stora risker vårdplatsbristen medför för såväl patientsäkerheten som arbetsmiljön.

- *Väntan på plats:*

En konsekvens är förlängda vistelsetider för patienter på akutmottagningarna innan vårdplats kan frigöras. Flera avvikelser beskriver situationer där patienter vistats 16-20 timmar på akutmottagning. Detta är särskilt ogynnsamt för sjuka, äldre patienter.

Hög belastning område medicin. Högt patientinflöde där flera patienter behövt inläggande vård. Ej möjligt att lägga in patienter i den utsträckning som behövts då det saknats vårdplatser. Patienter har därför vårdats hela natten på akutmottagningen i väntan på inläggande vård.

Kombinationen av högt söktryck på medicinakuten med omvårdnadsbehov av de patienter som blivit kvar på akuten för inläggande vård där har inneburit en patientfara med risk för skada.

Patient som väntat på akutmottagningen i totalt 16 timmar och 21 min.

- *Patienten överflyttas till annat sjukhus inom regionen:*

En annan konsekvens är ökade transporter mellan våra sjukhus för att utnyttja vårdplatserna maximalt. Det ökade antalet överflyttningar medför att resurser som ska användas till ambulanstransporter som är avsedda för akuta (prio 1, 2 och 3) resor inom regionen belastas hårt. Överflyttningarna sker oftast på tider med begränsad tillgång på ambulanser och lättvårdsambulansen är inte i drift. Situationen medför även ett ökat behov av sjukresor vid tidpunkter då Sjukreseenhets resurser är begränsade. Väntetiden för att boka och erhålla resa uppgår ibland till flera timmar vilket leder till orimligt lång vistelsetid på AKM. Överflyttningar av sjuka patienter innebär i sig också en medicinsk risk.

”Äldre patient som fick tillbringa ca 7 timmar på akutmottagningen i Lindesberg och sen transporteras en dryg timme till Karlskoga. Orsaken var dels platsbrist men kanske spelar väntetiden in för liggande transport? Åtgärden blir att vi tänker på att prioritera äldre patienter och snart som möjligt göra en bedömning om de behöver läggas in eller ej samt försöka beställa transport tidigt.”

”Patientöverflytt pga. platsbrist. Överflytt av en utlokaliserad patient från avd på Lindesbergs Lasarett till avd på Karlskoga Lasarett. Patienten är 90 år gammal och har multipla skador efter ett fall. Ansiktsfrakturer, skallskada samt revbensfrakturer. Har initialt varit inlagd på IVA USÖ, överflyttad till Lindesberg och sedan igen överflyttad till Karlskoga. Patienten är mycket orolig och smärtpåverkad. Är det rätt patient att flytta??”

- *Patienten skickas hem:*

Trots att vårdbehov föreligger kan patienten inte beredas plats utan får istället gå hem med instruktioner om att återkomma om problemet förvärras alternativt komma på återbesök till AKM följande dag. Därmed kan ett orimligt stort ansvar att själv bedöma sitt medicinska tillstånd läggas på enskilda patienter.

”Patient inkommer till akuten för talsvårigheter och hängande mungipa. DT-hjärna genomförs, bedöms som mindre stroke. Får gå hem och poliklinisk utredning påbörjas pga. vårdplatsbrist. Det medför fördröjning av utredning och ev. behandling då poliklinisk utredning tar längre tid att utföra en ineliggande”.

”Patient sökte akuten med bland annat smärta höger knä. Höga infektionsvärden konstaterades. Bedömdes som misstänkt bakteriell infektion, men det fanns andra differentialdiagnoser. Svår platsbrist på USÖ så patienten lades inte in för observation/behandling utan planerades för återbesök tidigt morgonen därpå. Akut allvarlig infektion konstaterades då, där snabb operation krävdes.” (Anmälan enligt lex Maria)

- *Patienten får en vårdplats på en annan vårdenhet (utlokaliserad, ofta benämnd satellitpatient) eller bereds plats som överbeläggning.*
Överbeläggning och, i än högre grad, 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.

”Pga. hög arbetsbelastning fanns ingen tid att mobilisera de patienter som behövde det. De blev sittande eller åkte rullstol istället. Några patienter blev liggande i sängen tills framåt halv elva på förmiddagen pga. att avdelningen hade alltför många och tunga patienter i förhållande till personalstyrkan. Även bristfällig dokumentation och rapportering blev en följd av den höga arbetsbelastningen.”

”Fick en patient med akut buk /kirurgsatelit till medicinavdelning , som kom upp direkt ifrån akutmottagningen. Som dessutom behövde opereras. Det som kunde ha inträffat var att patienten kunde bli försämrad och att vi ej hade rätt kunskap.”

Sammanfattningsvis utgör vårdplatsbristen en central fråga gällande patientsäkerheten och den buffert som finns i det dagliga kliniska arbetet för att vårdskador inte ska uppstå har under året blivit allt mindre.

Åtgärder

Hälso- och sjukvårdens centrala uppgift är att ge god vård i rätt tid. Mot bakgrund av detta och de svårigheter som föreligger pågår och planeras flera åtgärder med fokus på ett gott omhändertagande av patienterna och dessutom en god arbetsmiljö.

Åtgärderna omfattar bl. a en förbättring av sjuksköterskors och undersköterskors möjligheter att koncentrera sig på omhändertagandet av patienter genom att tillsätta och utöka samarbetet med andra personalfunktioner, exv. vårdnära service.

Åtgärderna omfattar också förbättrade förutsättningar för patienter att få vård på enheter med personal med rätt kunskap och erfarenhet inom Region Örebro län samt en utökad samverkan mellan Region Örebro län och länets kommuner. Vidare omfattar åtgärderna förstärkta möjligheter att genomföra kirurgiska ingrepp i rätt tid och utan onödig väntan.

Exempel på ytterligare åtgärder är att förbättra möjligheterna till god och snabb rehabilitering genom att utveckla rehabfunktionen med multimodala team, anställa fler fysioterapeuter och utveckla de mobila teamen. Ytterligare ett exempel är förbättrade möjligheter för patienter att bli medicinskt bedömda och undersökta i hemmet genom ökad samordning mellan ambulansverksamheten och de mobila teamen. Åtgärderna omfattar slutligen betald specialistutbildning för sjuksköterskor, ca 60 personer/år.

En plan för strategisk kompetensförsörjning färdigställdes i slutet av året med åtta beslutade utvecklingsområden:



Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

Vid färdigställandet av Patientsäkerhetsberättelsen finns inte tillförlitliga helårsdata för utlokaliseringar och överbeläggningar. Bakgrunden till detta är bl. a att beräkningsmodellerna inte är lika externt och internt och data från SKR blir därför inte helt tillförlitliga. En process pågår för att komma till rätta med detta.

Vårdövergångar mellan regional slutenvård och kommunal vård

Pandemin har fortsatt påverkat verksamheterna hos båda huvudmännen om än inte i samma omfattning som föregående två år. En ansträngd vårdplatsplatsituation vid sjukhusen och brist på platser i särskilt boende i kommunerna är faktorer som påverkat in- och utskrivning.

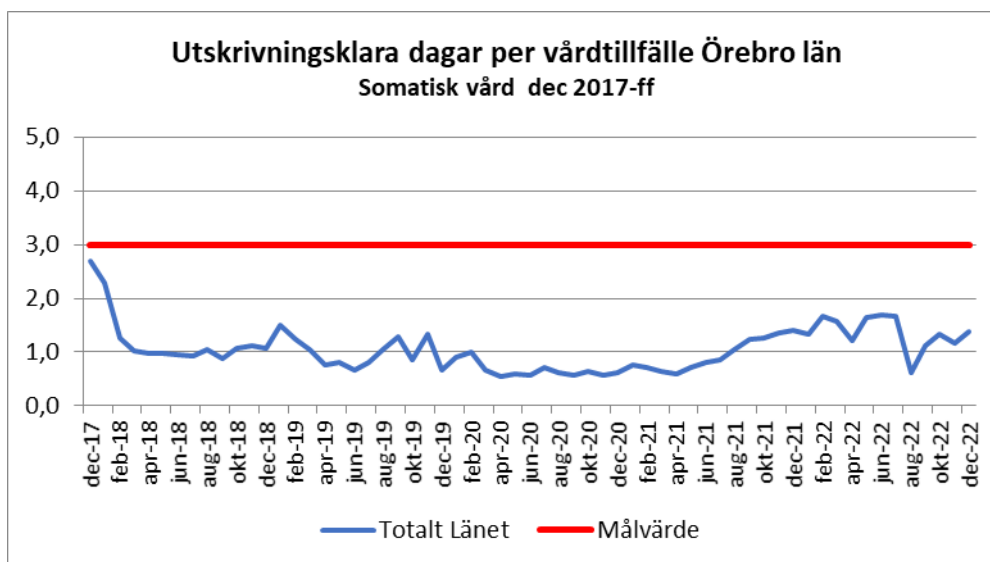
Etablerade arbetssätt för samverkan med stöd av ViSam-modellen har bidragit till att vårdtiderna för utskrivningsklara har kunnat hållas nere även om en viss ökning av dygn har skett under året. Det som främst påverkat är att Örebro kommun efter pandemin haft svårt att klara efterfrågan på vård- och omsorgsboendeplatser. Ett tätt samarbete mellan Örebro kommun och Region Örebro län har skett under året för att gemensamt vidta åtgärder. Två nya vård- och omsorgsboenden har öppnats och under hösten läget har förbättrats.

Vårdövergångar innebär alltid en risk för patienten och ett ständigt kvalitetsarbete krävs för att säkra arbetssätt och informationsöverföring. Några särskilt viktiga utvecklingsområden är samordnad individuell planering, informationsöverföring och proaktiva åtgärder för att undvika inskrivning på sjukhus som inte är nödvändig.

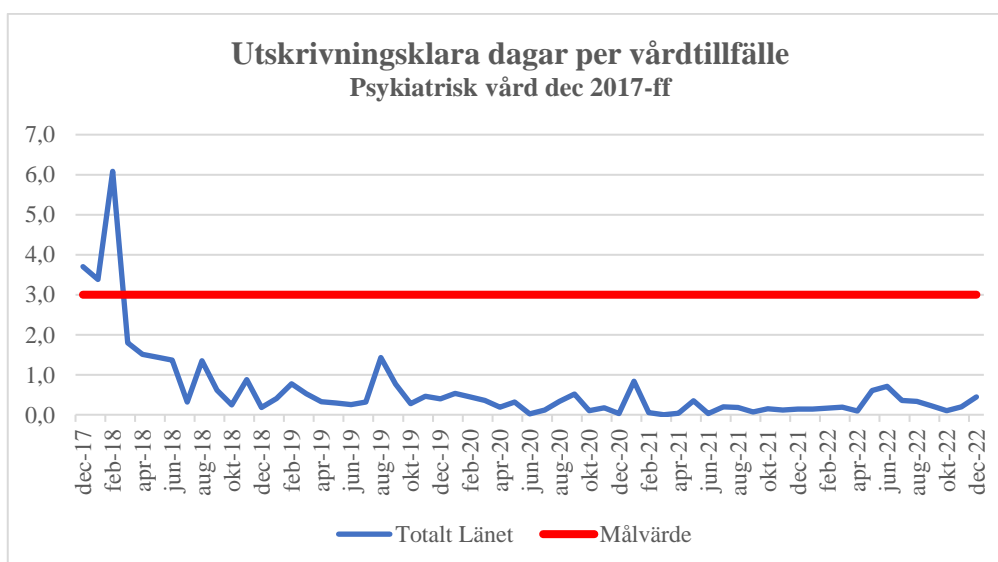
Några områden där utvecklingsarbete genomfördes eller påbörjades under året är:

- Gemensam hantering av avvikelser i samverkan mellan huvudmännen
- Roll och uppdrag för fast vårdkontakt. Stärka vårdsamordnarna i primärvården

- Rutiner och arbetssätt för de personer som skrivs ut med mest omfattande medicinska insatser
- Rutiner för ADL-status/bedömning vid utskrivning
- Rutiner för informationsöverföring gällande nutrition
- Rutiner inför inskrivning. Beslutsstöd för kommunsjuksköterskor och vårdbegäran för informationsöverföring i samband med inskrivning
- Jämlik mobil sjukvård på primärvårdsnivå i länet
- Mellanvårdsformer – förstärkt vårdform för korttidsvård utanför sjukhuset för sköra personer och personer med särskilt komplexa behov



Ökade värden jämfört med närmast föregående år är främst orsakat av att Örebro kommun haft problem med att ta hem utskrivningsklara patienter. Flera andra kommuner har också under några månader haft högre värden jämfört med tidigare år



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

Leveransproblem MT

Under 2022 förekom leveransproblem både gällande vissa typer av medicinteknisk utrustning såväl som förbrukningsmaterial. Leveransproblemen beror till stor del på effekter efter pandemin, kriget i Ukraina och en internationell komponentbrist. Ett av de områden där stora insatser gjorts för att koordinera inköp från andra leverantörer och fördela levererad förbrukning mellan avdelningar inom HS är elektroder och batterier för defibrillatorer. Ersättningsprodukter fanns att tillgå, men endast i begränsad omfattning. Under slutet av 2022 förbättrades tillgången på elektroder något medan tillgången på batterier till defibrillatorer fortfarande var problematisk. Ytterligare leveransproblematik fanns för slangar till vissa typer av andningshjälpmedel. Efter utredning framkom att det fanns ersättningsprodukter från annan leverantör att tillgå, men även här endast i begränsad omfattning.

Inga allvarliga konsekvenser uppstod som följd av leveransproblemen och inga vårdskador identifierades.

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.

I avvikelssystemet bedömdes 2086 händelser som risker av vilka 2040 gällde patientsäkerhet. Närmare 100 av dessa bedömdes vara av betydande allvarlighetsgrad. Förutom riskhantering i den dagliga verksamheten har ett antal riskanalyser genomförts i samband med verksamhetsförändringar och tidigare utförda riskanalyser har följts upp under året.

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 genomförts pågår arbete 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-förvaltningen och drygt hälften inom Folkandvården handlar om patientsäkerhet. Utöver hanteringen av 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 bemanning, brister i omvårdnad samt vårdplatsbristens konsekvenser ökat.

Målvärden för avvikelsehantering finns. De indikerar hur det systematiska arbetet med avvikelser fungerar. Samtliga målvärden uppnåddes även 2022. Under senare delen av året sågs en försämring i handläggningstid vilket kan tyda på att avvikelsehandläggarna i verksamheterna får prioritera kliniskt arbete i högre utsträckning.

Antal avvikelser 2022

| | Antal avvikelser 2022 | Varav patientsäkerhet | Antal avvikelser 2021 | Antal avvikelser 2020 |
|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| HS-förvaltning | 9407 | 6452 (69%) | 9172 | 9218 |
| Folkandvård | 501 | 253 (50%) | 543 | 514 |
| Regionservice | 778 | 63 (8%) | 635 | 730 |

Exempel på åtgärder efter avvikelser som resulterat i lex Maria redovisas i bilaga 2. Redovisning av avvikelseområden och orsaker finns i bilaga 3.

Avvikelser i samverkan

I dagsläget saknas ett övergripande gemensamt systematiskt patientsäkerhetsarbete över huvudmannagränserna inom Örebro län (Region Örebro län och länets kommuner). När en avvikelse involverar två eller flera huvudmän hanteras det som enskilda händelser vilket medför att förändringar på systemnivå uteblir. Ansats till att lösa ut frågan om avvikelser i samverkan finns i alla fyra länsdelgrupper.

Utifrån detta påbörjades ett projekt för att underlätta och möjliggöra aggregering av avvikelser med övergripande mål att skapa ett systematiskt arbete med avvikelser i samverkan mellan Örebro läns kommuner och Region Örebro län. Projektet beräknas fortgå till hösten 2023 och har representanter från både kommuner och region. Projektägare är områdeschef Valfärd och folkhälsa.

Klagomål och synpunkter

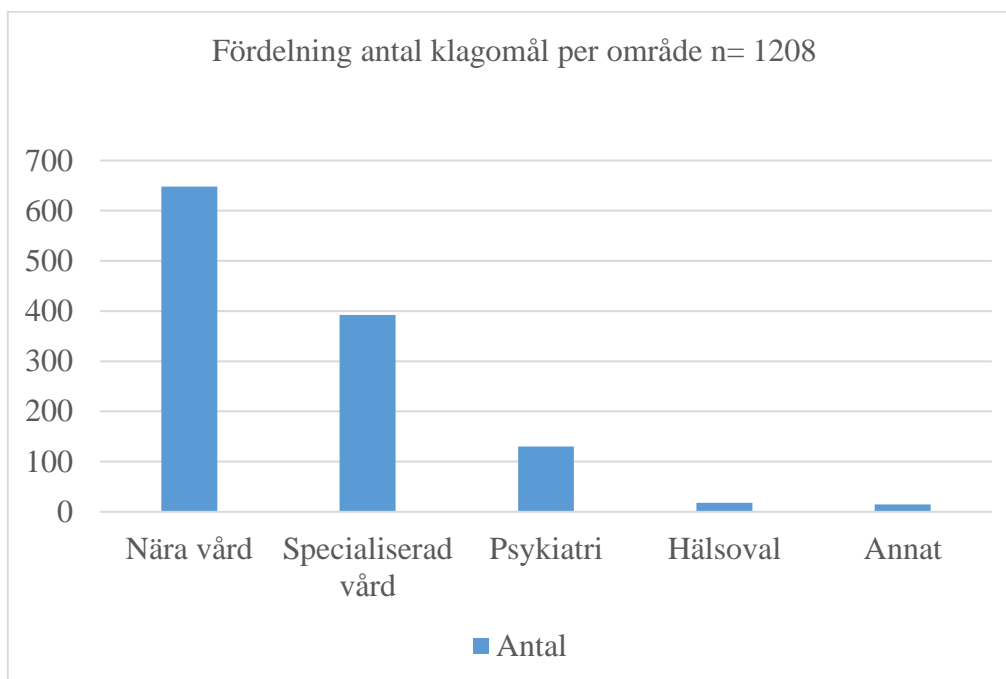
SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

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.

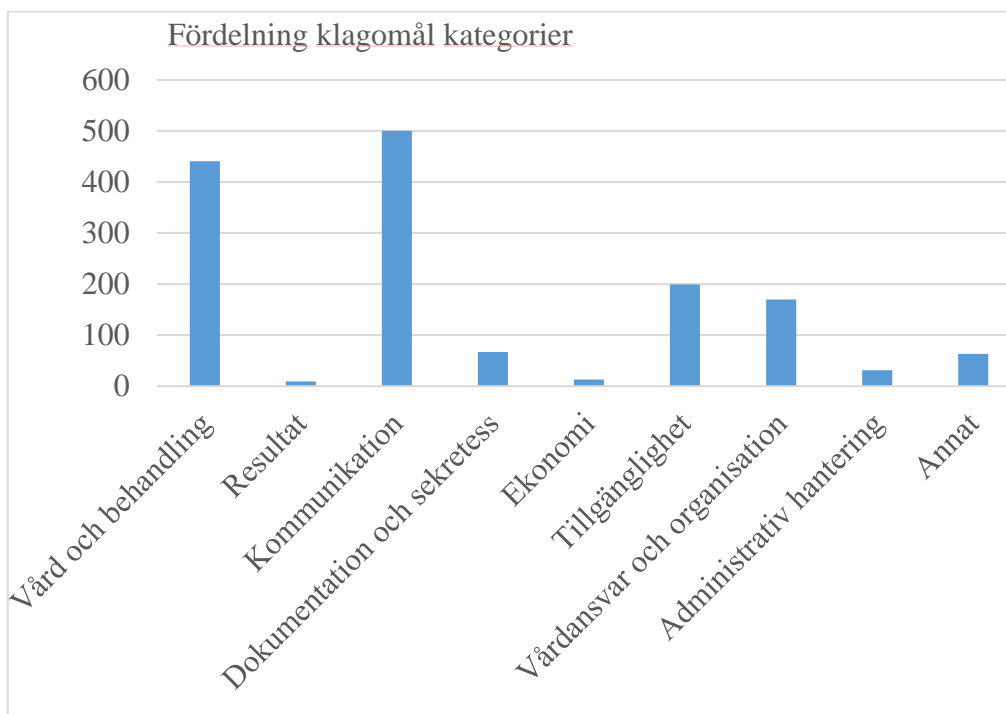
Patientsäkerhetscontrollern har en viktig koordinerande roll. Inflödet och spridningen inom förvaltningen följs. Verksamheternas besvarande och efterlevnad till svarsrutin var genomgående god även under 2022.

Under året inkom 1208 klagomål och synpunkter till Region Örebro län, vilket är en ökning mot föregående år (945). 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.

Få covidrelaterade klagomål sågs under 2022 jämfört med pandemiåren. Klagomål gällande tillgänglighet ökade främst inom primärvården men även gällande slutenvård.



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



Ett klagomål kan vara flera kategorier

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.

I klagomålsärenden som patientnämnden skickar till vården finns en angiven tidsfrist för när patienter ska få svar från vården. Patientnämnden noterar att vården i många ärenden inte klarar den angivna tidsfristen.

Varje år sammanställer patientnämnden klagomålen från patienter och närstående i analyser och rapporter med olika teman och återför till vården. I samband med presentation av dessa rapporter och analyser förs vanligtvis en dialog mellan valda representanter från vården och ledamöterna i patientnämnden

Rapporter och analyser 2022

- Helårsanalys av 2021 års ärenden: Klagomål på vården som rör barn med psykisk ohälsa.
- Rapport: Klagomål och synpunkter som avser patientjournal.
- Halvårsanalys: Klagomål på hälso- och sjukvården som inkommit perioden 1 januari–30 juni 2022.
- Rapport: Klagomål och synpunkter som avser tillgänglighet och väntetider.
- Rapport: Klagomål och synpunkter som avser administrativ hantering.

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.



Kompetensutveckling

En hörnsten för säker vård är att identifiera behov av och skapa förutsättningar för kompetensutveckling. Det gäller både i den egna verksamheten såväl som på övergripande nivå.

Kliniskt träningscentrum (KTC) såg under året en ökad förfrågan från verksamheter som inte tidigare anlitat KTC, framförallt inom Område nära vård (vårdcentraler).

Önskemålen var att arrangera utbildningar in situ, i egna verksamheten. Via

Läkemedelscentrum utfördes en utbildningsinsats där nya underläkare samt AT-läkare fick introduktion gällande hur man arbetar med läkemedel i aktuell verksamhet, övergripande i läkemedelsmodulen, kliniks specifika rutiner och hur läkemedelsgenomgång/berättelse utförs korrekt. Utbildningen föll väl ut och kommer under nästa år att utökas och anpassas för att omfatta även över-, specialist-, och ST-läkare.

Via Utvecklingsenheten förändrades innehållet i introduktionsåret för nya sjuksköterskor utifrån identifierade behov. Mer utrymme ges åt att reflektera över sin nya roll, diskussion av praktiska frågor i vardagsarbetet men också utifrån scenarier vilket har fallit väl ut. Även behov av utbildning i infektionssjukvård för sjuksköterskor signalerades från flera verksamheter och två heldagsutbildningar genomfördes. Aktiviteten återkommer under 2023.

Driftsäkerhet, beredskap och säkerhet

Hälso- och sjukvården utgör en samhällsviktig verksamhet och måste fungera trots olyckor, kriser, extraordinära händelser, krigsfara och krig.

Under året utfördes en genomlysning av två centrala processer. Det rör säkerhets- och beredskapsfrågor där målet är ett systematiskt arbete före, under och efter inträffade händelser och att man ska uppnå en likvärdig trygghet för patienter och medarbetare i Region Örebro län. Det rör också bygg- och lokalfrågor där målet är att det ska vara en tydlig och enkel hantering av lokal- och verksamhetsanpassningar utifrån givna resurser och förutsättningar. Dessutom fortsatte arbetet för att stärka förmågan att upprätthålla en trygg och säker vårdmiljö, exv. färdigställandet av en övergripande reservvattenrutin. Efter kravallerna i Örebro under påsken och den påverkan den fick på sjukvården fortsatte arbetet med att förbättra samverkan med inblandade myndigheter. Vidare har en process med översyn av hälso- och sjukvårdens katastrof- och beredskapsplanering inletts.

Funktionssäkerhetsrådet har under året fortsatt arbetet med ett flertal frågor som exempelvis beredskap- och pandemiförråd samt civilt försvar.

Krisberedskap har under lång tid varit ett nedprioriterat område i den svenska sjukvården. Regionerna har långtgående ansvar att bedriva fullgod vård såväl i fredstid som vid höjd beredskap och i krig. Arbetet med civilt försvar i regionen är ett stort och komplext arbete som berör regionens alla delar och kräver gemensam förståelse, planering, samverkan och samordning. Allt arbete med civilt försvar ska bygga på fredstida beredskap och utgå från planer som i nuläget sköts separat i respektive förvaltning. Många frågor är regionövergripande och behöver hanteras på den nivån.

Teknisk försörjningsplan är nu beslutad i servicenämnden vilket också har betydelse för verksamheternas resiliens och därmed patientsäkerheten.

Inom regionen genomför hälso- och sjukvården just nu en stor revision av såväl ledningsmodell som beredskapsplan för särskilda händelser.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE 2023

I Region Örebro läns verksamhetsplan framgår att hälso- och sjukvården i regionen ska främja hälsa, förebygga sjukdom och ge god och patientsäker vård på lika villkor med en nollvision för vårdskador. All vård ska ges utifrån den enskilda individens behov, med respekt för alla människors lika värde och genom ett professionellt bemötande. Detta oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder.

I verksamhetsplanen framgår också att samverkan med kommunerna ska fortsätta och ytterligare förstärkas. I *Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024* från Socialstyrelsen är visionen *God och säker vård överallt och alltid*, med det övergripande målet att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada. Under år 2022 gjordes ett stort antal anmälningar avseende avvikelser i hälso- och sjukvården i Region Örebro län. Vissa händelser är komplicerade och ibland i det närmaste omöjliga att förebygga. Andra händelser är lättare att förebygga, och där har sjukvården ett ansvar att skapa och vidmakthålla ofta mycket enkla och basala rutiner för att förhindra upprepning.

Det är angeläget att arbetet med att öka antalet slutenvårdsplatser utvecklas och intensifieras år 2023. Parallellt med detta måste samverkan med länets kommuner fördjupas med målet att varje patient bereds vård inom den verksamhet som bäst tillgodoser den enskildes behov.

Driftsäkerhet och en känd och övad katastrof- och beredskapsplan är också viktiga delar i patientsäkerhetsarbetet och där planeras ytterligare översyn och utveckling under 2023. Inte minst viktigt är det att säkra vårdcentralers och andra icke-sjukhusbundna verksamheters förmåga att klara olika typer av driftstörningar. En särskilt brännande fråga är hälso- och sjukvårdens förmåga att tillhandahålla god och säker vård i bristsituationer. Centrala områden när det gäller detta är läkemedel och sjukvårdsmaterial, både centralt och i verksamheterna, och hur lång period som bedöms vara nödvändig att kunna hantera. Andra områden är exempelvis drivmedel till ambulanser och vissa typer av livsmedel. Den nuvarande geopolitiska situationen har skärpt behovet av en översyn av dessa frågor.

Läkemedelsfrågor är ständigt återkommande i olika typer av avvikelser. Den förvaltningsövergripande läkemedelsgruppen har en övergripande roll i det arbetet, men det dagliga arbetet sker i den kliniska verksamheten. En viktig faktor när det gäller olika typer av läkemedelsfel är brist på tid i en pressad arbetssituation, och

personalresurser och förutsättningar för att utföra arbetet behöver ses över för att minska läkemedelsfelen.

Inom hälso- och sjukvården sker en omfattande insamling av data genom olika typer av register. Dessa data är en viktig del för att kunna ge en god och säker vård men det förutsätter att både ledning och verksamhet i större utsträckning efterfrågar och kan ta del av utdata, och detta behöver utvecklas under 2023. Frågan gäller inte minst infektionsverktyget som behöver utvecklas som en del i arbetet mot antibiotikaresistens inom ramen för det nationella arbetet i STRAMA (samverkan mot antibiotikaresistens).

Kommande år planeras fortsatta vaccinationer mot covid 19, och även en utveckling av vaccinationer mot andra infektioner. Trots det måste hälso- och sjukvården ha en beredskap för toppar med flera parallella luftvägsinfektioner, och även andra infektioner, samtidigt som övriga patienter ska kunna beredas en god och säker vård. Ett fortsatt arbete med rekrytering av vårdpersonal är en viktig del för att kunna säkerställa detta.

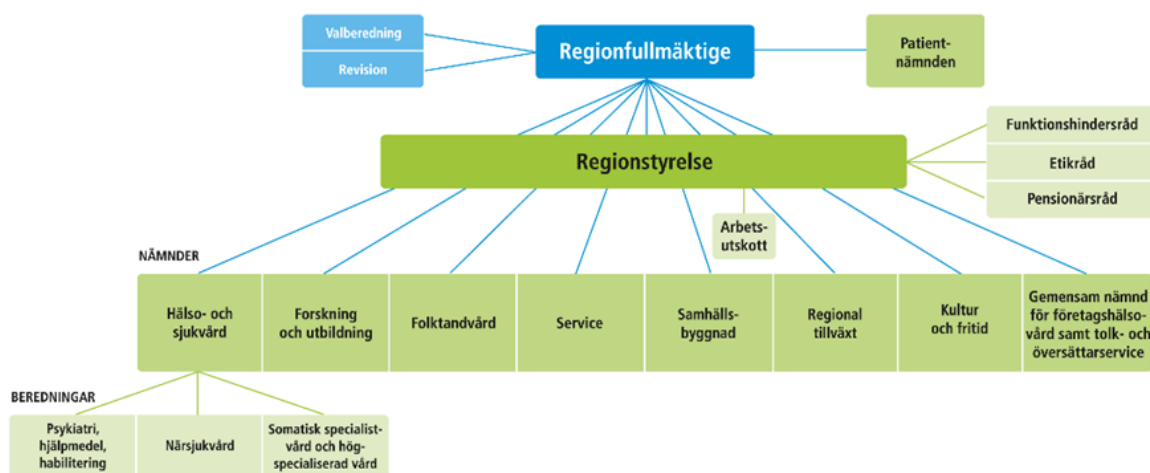
BILAGA 1. Organisation och ansvar

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.

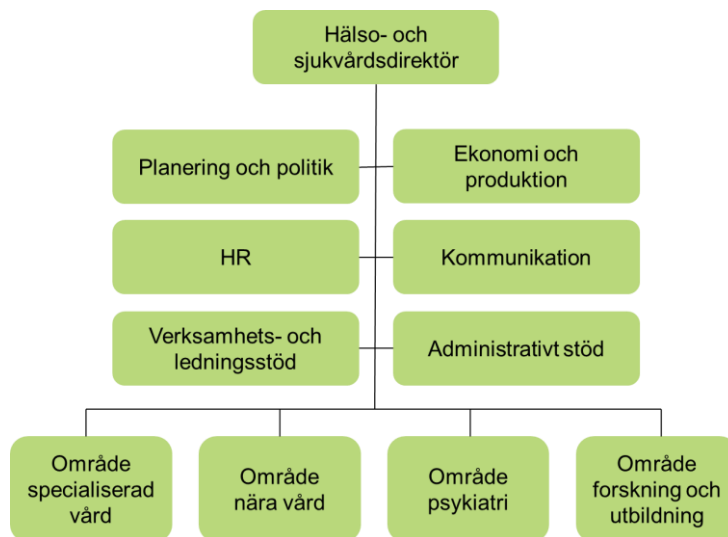
Nio nämnder ansvarar för att verksamheten inom de tilldelade ekonomiska ramarna bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Nämnderna är organiserade under regionstyrelsen 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 Hälsa- och sjukvårdsnämnden vårdgivare i juridisk mening och har därmed ansvaret för att ett systematiskt patientsäkerhetsarbete bedrivs. Detsamma gäller för Folkhälso- och sjukvårdsnämnden. 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 Specialiserad vård ingår 21 verksamhetsområden. Dessa utgörs av sjukhusverksamheterna vid Universitetssjukhuset i Örebro, exklusive psykiatri och geriatrik, samt länsverksamhetsområdena anestesi och intensivvård, kirurgi, ortopedi och handkirurgi, röntgen och sjukhusfysik, kvinnosjukvård och laboratoriemedicin.

Inom område Nära vård ingår 11 verksamhetsområden. Dessa utgörs av primärvård, verksamhetsområdena geriatrik, rehabilitering och hjälpmedel samt de sjukhusverksamheter på de två länsdelssjukhusen som inte ingår i länsklinikerna.

I område psykiatri ingår de fyra verksamhetsområdena 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 Läkemedelscentrum och Utbildningscentrum. Region Örebro län bedriver också forskning och högre utbildning tillsammans med Örebro Universitet.

För primärvården i Sverige finns sedan 2010 ett obligatoriskt vårdvalssystem. I Region Örebro län kallas vårdvalssystemet Hälsoval Örebro län. Vårdvalsmodellen innebär att invånaren väljer vårdcentral och att den vårdcentralen är förstahandsvalet för vård och behandling och den naturliga koordinatören när invånaren har behov av hälso- och sjukvård.

Hälsovalet ger leverantörer av primärvård som uppfyller regionens krav på Vårdcentraler rätt att etablera sig fritt inom länet enligt Lagen om valfrihetssystem (2008:962). Rätt till etablering sker efter en utvärderingsprocess för godkännande. Basuppdraget och ersättningssystemet för vårdcentralerna är lika för alla vårdcentraler oavsett om de drivs i privat eller offentlig regi. Ersättningen till vårdcentralerna följer invånarens val av vårdcentral.

Hälsovalsenheten finns på Hälso- och sjukvårdsstaben och ingår i Regionkansliet och handlägger övergripande hälso- och sjukvårdsfrågor och tandvårdsfrågor. Hälso- och sjukvårdsstaben, har drygt 20 medarbetare, där ingår förutom Hälsovalsenheten även Barnhälsovårdsenheten, Mödrahälsovårdsenheten, Tandvårdsenheten samt Utvecklingsenheten.

Folktandvården är en egen förvaltning. Där bedrivs allmäntandvård, specialisttandvård och tandteknisk verksamhet. Allmäntandvården bedrivs vid 23 kliniker. Verksamheterna har ett nära samarbete med sjukhustandvården som bedrivs vid Verksamhetsområde huvud- hals- och plastikkirurgi.

Regionservice är likaledes en egen förvaltning. Verksamheten utgörs av stödprocesser inom områdena Administrativ utveckling och service, Försörjning, Kundtjänst, Regionfastigheter, Region IT och Medicinsk Teknik. Regionservice uppgift är att stödja och ge service till Region Örebro läns 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 patientsäkerhetshänseende. Detta tydliggörs ytterligare i dokumentet ”Patientsäkerhet ansvarsbeskrivning”.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

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 god medicinsk kvalitet, hög patientsäkerhet 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.

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/anmälningsansvariga.

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:

- Patientsäkerhetscontroller och patientsäkerhetssamordnare
- 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)

Inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen finns, utöver förvaltningsövergripande chefläkare, *chefläkare/anmälningansvarig* motsvarande 3,2 heltidstjänster. Tjänsterna bemannades under 2022 av sex chefläkare och en sjuksköterska. Dessa arbetar på direkt uppdrag av förvaltningsövergripande chefläkare med chefläkaransvar för respektive område. Anmälningansvarig sjuksköterska ansvarar för avvikelser som rör 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

BILAGA 2. Exempel på planerade eller genomförda åtgärder i samband med lex Maria

| Händelse | Åtgärd |
|---|--|
| Fall som leder till hjärnblödning och patient som avlider efter några dagar | Ny uppdaterad rutin om fallriskbedömning. Under hösten 2022 tas fallriskprevention upp i aktivitetsplaneringen för verksamheten för att säkerställa följsamhet till rutin. |
| Suicid under vårdtillfälle | Utbildning av MRS (Mobilt resursteamet suicidprevention) på psykiatriens slutenvårdsenheter. Säkerställa rutiner och kunskap hos personal med extra fokus på att identifiera risker, ställa rätt frågor till patienter utan pågående vårdkontakt som inte har journaluppgifter att förlita sig på. |
| Fördröjd handläggning av koloncancer | Utbildningsinsatser kring standardiserat vårdförlopp tjock- och ändtarmscancer. Översyn av introduktion kring SVF för tillfälligt inhyrd personal. |
| Fördröjd handläggning av koloncancer | Insatser för att stärka bemanning för att minska trycket på ordinarie läkare i tjänst. Aktivt uppsökande arbete mot läkare som tidigare arbetat på enheten. Månatliga avstämningar avseende arbetsmiljö. Förnyad rutin kring signeringslistor. Jämnare fördelning av mer vårdkrävande patienter. Ändrat upplägg av veckovisa läkarmöten för vetenskapliga och kvalitetsmässiga diskussioner. |
| Missad uppföljning av aortastenosis | Förändrat upplägg vid diktering så att direkt uppmaning om åtgärd alltid läggs sist i diktat. |
| Fördröjd diagnos av djup ventrombos | Genomgång av var man hittar Regionens rutiner vid introduktion av inhyrd personal. |
| Felbedömning av njurtumör | Genomgång med inblandad läkare kring krav på vad som förväntas kunskapsmässigt av färdig allmänspecialist vid tillfällig inhyrning i Region Örebro län gällande bukväggsbräck. Kontakt med externt bolag som har läkaren anställd för uthyrning. |

| | |
|--------------------------------|--|
| Missad svår hepatos | Översyn av arbetsbelastning, rutin för fördelning av ärenden/provsvar vid planerad eller oplanerad frånvaro tas fram. Förbättrade rutiner vid dokumentation och kommunikation vid överlämning av patientärenden/provsvar. Säkra personalbemanning för att undvika för hög arbetsbelastning för barnmorska. |
| Fördröjd diagnos av hjärntumör | Ny rutin för överföring av information mellan/inom yrkesgrupper vid viktiga/alarmerande symtom. Genomgång med läkargrupp kring diffusa neurologiska symtom och vikten av att genomföra neurologstatus vid undersökning. |
| Missad hjärtinfarkt | Förtydligad och uppdaterad rutin, utbildning av personalen samt strukturerad uppföljning av följsamhet med statistisk sammanställning med återkoppling till personalgrupperna |

Händelse: I samband med utskrivning från vårdavdelning startas dosexpeditering av läkemedel upp. Alla läkemedel patienten har kan inte levereras i dospåsar utan några av dem förskrivs i helförpackningar. Detta uppmärksammas inte utan får till följd att patienten under en kortare period blir utan viktiga läkemedel. Det ledde dock inte till någon skada men bedömdes som risk för allvarlig vårdskada.

Rutiner ses över och utbildning planeras.

Åtgärder

Vårdavdelning:

- Njurtransplanterade patienter ska inte ha APO-dos då vissa immunsupprimerande läkemedel inte går att dosdispensera och många läkemedel ändras ofta.
- Ny rutin ska utarbetas kring utskrivning av njurtransplanterade patienter.
- Förbättra rutin kring dokumentation i Lifecare och Klinisk portal vid utskrivning från slutenvården.

Vårdcentral:

- Ärendet har tagits upp på möte med medicinskt ansvariga läkare för att uppmärksamma på gällande rutin för dosdispenserade läkemedel och primärvårdsläkarens roll och ansvar.
- Behov av förtydligande kring vem som gör vad i processen med dosdispenserade läkemedel har kommunicerats med Läkemedelscentrum med önskemål om hjälp med framtagande av utbildningsmaterial till alla inblandade.

Kommun:

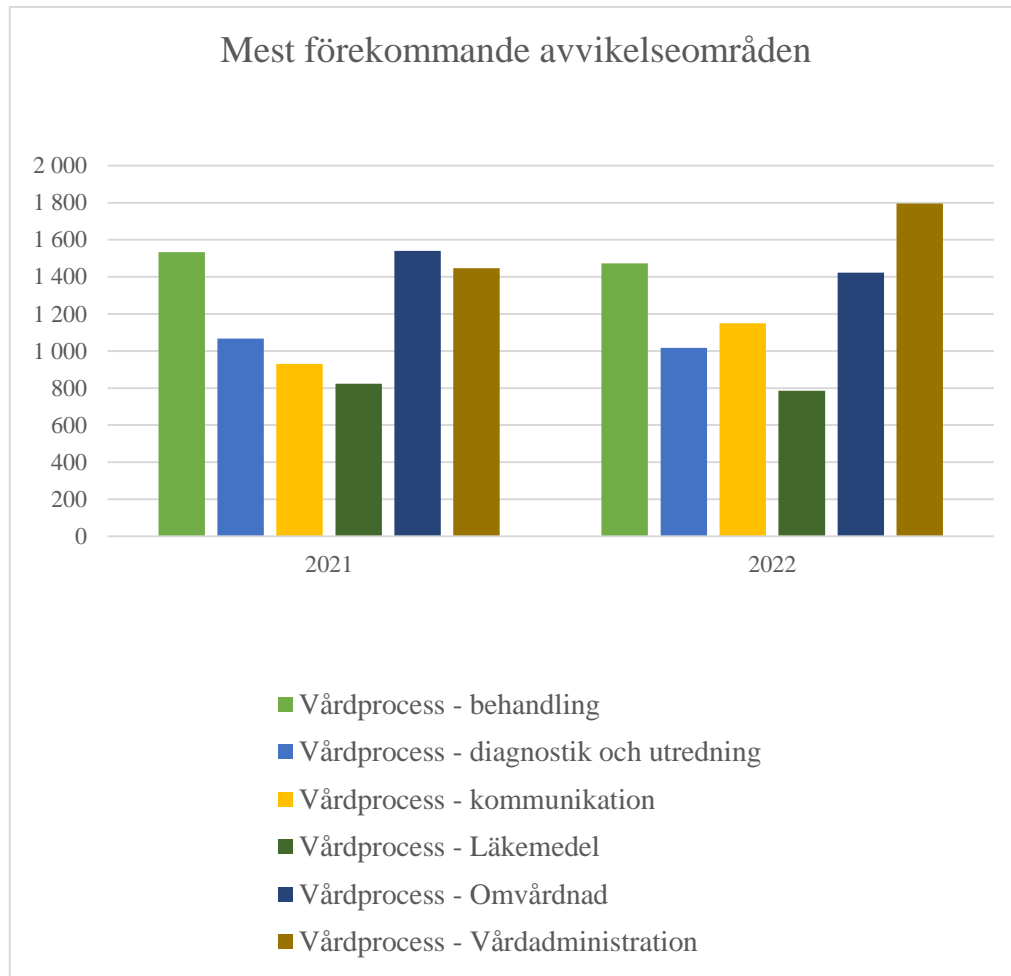
- Aktuell kommun har en rutin för hur dosrullar ska kontrolleras mot Pascal innan de lämnas ut. Efter händelsen inträffat har chef implementerat rutinen för att säkerställa att en liknande händelse inte sker igen.
- När det gäller brister i utredning och informationsöverföring vid övertagande av vårdansvar har ett arbete för att se över rutinerna för överförandet av vårdansvar påbörjats av medicinskt ansvarig i Örebro kommun vilket kommer samverkas med regionen.

Händelsen presenterades för primärvårdsläkarna inom Regionen på distriktsläkardagar i november 2022 av chefläkare för reflektion kring förskrivarens roll i processen med dosexpedierade läkemedel. Bland annat underströks att patienter som sköter sin medicinering själva (det vill säga utan hjälp av sjuksköterska) är en riskgrupp som kräver extra uppmärksamhet vid initiering av dosexpedierade läkemedel i Pascal.

Övergripande har Läkemedelscentrum påbörjat ett arbete med att samordna insatser för framtagning av lathundar/utbildningar både för primärvården samt den specialiserade vården.

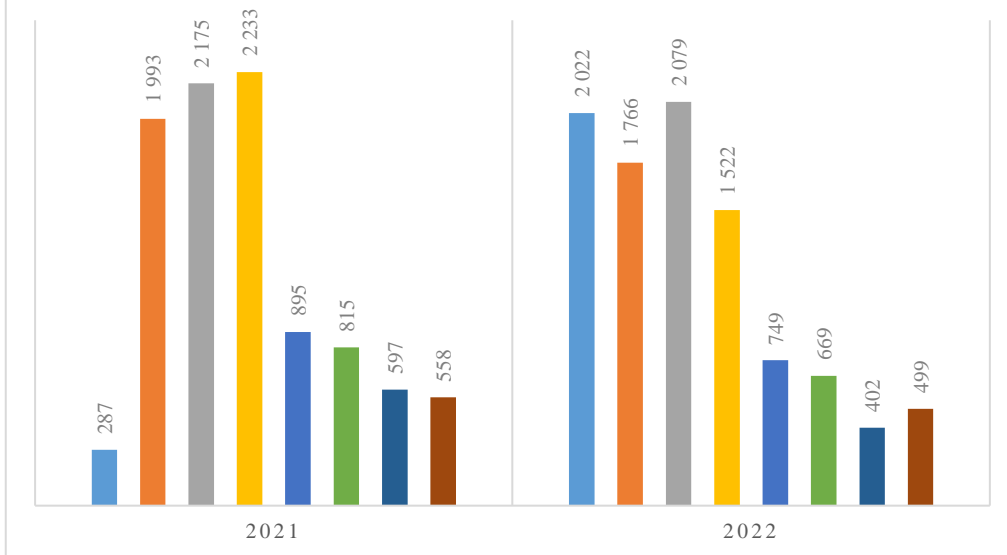
Ansvaret för att kännedom om gällande rutiner finns och att de efterföljs ligger på respektive verksamhetschef.

Bilaga 3. Avvikelser



ORSAKSOMRÅDEN

- Ej angivet
- Kommunikation, information och identifiering
- Omgivning och organisation
- Orsak kan inte fastställas
- Patientens tillstånd
- Styrande dokument
- Teknik, utrustning, apparatur
- Utbildning, kompetens



Bilaga 4. Mätning och uppföljning

| 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 gångar 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- föreskrivning | 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 |
| Avvikelse lokalt | Antal och karaktär följs löpande | Avvikelsehantering s-system | Avvikelseansvariga Verksamhetschef/ chefläkare |
| Avvikelse övergripande | 1 gg/mån | Avvikelsehantering s-system | Patientsäkerhets- controller/chefläkare |

| | | | |
|--|---|--|---|
| Klagomål och synpunkter | Antal följs löpande Sammanställning månadsvis | Rutin för klagomålshantering Region Örebro län | Verksamhetschefer Områdeschefer Patientsäkerhetscontroller 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 Förvaltningsövergripande 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 Patientsäkerhetsberättelse |