



# Patientsäkerhetsberättelse

## *Region Östergötland 2019*

Datum: 2020-06-22  
Diarienummer: RS 2020-399

# Innehållsförteckning

<b>1 Inledning</b>	<b>5</b>
<b>2 Struktur</b>	<b>5</b>
2.1 Övergripande vision, mål och strategier	5
2.2 Patientsäkerhetsmål fokusområden 2019	5
2.3 Strategier för att nå patientsäkerhetsmålen	6
2.4 Organisation och ansvar	7
2.4.1 Ansvarsfördelning regionledning	7
2.4.2 Ansvarsfördelning Linjeorganisation	8
2.4.3 Ansvarsfördelning stödfunktioner	8
2.5 Samverkan för att förebygga vårdskador	9
2.6 Patienters och närståendes delaktighet	9
2.7 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	10
2.8 Klagomål och synpunkter	10
2.9 Egenkontroll	10
<b>3 Process- Åtgärder för att öka patientsäkerheten</b>	<b>12</b>
3.1 Fokusområden	12
<b>Gröna korset</b>	13
3.2 Riskanalys	13
3.3 Utredning av händelser- vårdskador	14
3.4 Informationssäkerhet	14
<b>4 Resultat och analys</b>	<b>15</b>
4.1 Egenkontroll	15
4.1.1 Andelen vårdrelaterade infektioner är oförändrad	15
Tabell 1. Andelen VRI i somatisk slutenvård	15
4.1.2 Förekomsten av trycksår minskar	15
Tabell 2. Andelen trycksår i somatisk slutenvård	15
4.1.3 Andelen Läkemedelsgenomgångar är oförändrat och andelen Läkemedelsberättelser har ökat något.16	16
4.1.4 Fallskador är fortsatt ett betydande risk- och skadeområde	18
4.1.5 Överbeläggningar och utlokaliserade patienter är xxxxxxxx	19
4.2 Avvikelse	20
4.3 Klagomål och synpunkter	20
4.4 Händelser och vårdskador	21
4.5 Riskanalys	21
<b>5 Mål och strategier för kommande år</b>	<b>21</b>

# SAMMANFATTNING

Övergripande mål och strategier för patientsäkerhet i Region Östergötland är att vårdskador ska förhindras genom aktivt riskförebyggande arbete samt att patienter och närstående ska ses som viktiga aktörer i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Regionen har en nollvision för undvikbara vårdskador. En förutsättning för säker vård är att vården genomsyras av en god säkerhetskultur. Samtliga vårdande enheter inom regionen ska bedriva patientsäkerhetsarbetet som en integrerad del av det dagliga arbetet och ansvaret för detta följer verksamhetsansvaret på alla nivåer och inom alla verksamheter.

Fokusområden för patientsäkerhet under 2019 har varit att minska VRI och trycksår, att förhindra fallskador, att minska läkemedelsrelaterade skador samt att vårdplatsläget ska förbättras. Inom flera av dessa områden finns utmaningar och arbetet behöver bedrivas långsiktigt och med uthållighet.

Andelen vårdrelaterade infektioner är oförändrat, medan förekomsten av trycksår inom slutenvård nästan halverats sedan 2017. Fokus på fallskador har resulterat i en betydande ökning av riskbedömningar för fall, vilket förväntas leda till färre fallskador. Beträffande läkemedelsgenomgångar har vi en utmaning att nå målbilden. För läkemedelsberättelser är resultatet bättre. Beläggningsgraden avseende slutenvårdsplatser varierar mellan 95-102% per månad och som en effekt är antalet utlokaliserade patienter fortsatt högt, fr a på US.

Antalet klagomål från patienter och närstående fortsätter att stiga i såväl vårt interna avvikelssystem som hos IVO. Antal anmälningar enligt lex Maria är oförändrat sedan 2019.

Socialstyrelsens Nationella handlingsplan för patientsäkerhet som presenterades i början av 2020 kommer att utgöra basen för fortsatt arbete i Region Östergötland.



# 1 Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå:

- Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
- Vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten
- Vilka resultat som har uppnåtts

Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den och ska enligt SOSFS 2011:9 7 kap 3§, ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits så att informationsintresset hos externa intressenter tillgodoses.

## 2 Struktur

### 2.1 Övergripande vision, mål och strategier

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

Patientsäkerhet är nära förknippat med god vård. Patientsäkerhetslagen(SFS 2010:659) syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Patientsäkerhet är enligt lagen, skydd mot vårdskada. Med vårdskada avses lidande, skada, sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas.

Region Östergötlands har antagit nollvision för undvikbara skador inom hälso- och sjukvården.

En förutsättning för säker vård är att vården genomsyras av en god säkerhetskultur. Samtliga vårdande enheter inom regionen ska bedriva patientsäkerhetsarbetet som en integrerad del av det dagliga arbetet och ansvaret för detta följer verksamhetsansvaret på alla nivåer och inom alla verksamheter.

### 2.2 Patientsäkerhetsmål fokusområden 2019

#### **Minska andelen vårdrelaterade infektioner**

Vårdrelaterade infektioner (VRI) medför inte bara förlängda sjukdomsperioder, ökad antibiotikaförbrukning och ett ökat lidande för patienterna utan också höga kostnader för samhället. I Region Östergötland följer man strategin- "Tillsammans mot VRI" anger sju områden med mål och åtgärder som också utgör handlingsprogrammet. En handlingsplan är utarbetad med åtgärder fördelade på olika nivåer inom Region Östergötland.

## **Minska andelen trycksår**

Sedan 2018 har trycksår varit ett fokusområde med en regionövergripande arbetsgrupp. Målet är att få ner antal sjukhusförvärvade trycksår genom ett ökat stöd till verksamheterna och ökat fokus på området. PPM mätningar har genomförts och resultaten publicerats på intranät samma dag med kommentar från högsta ledningen. En handlingsplan är utarbetad med åtgärder fördelade på olika nivåer inom Region Östergötland.

## **Öka andelen läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelser**

Läkemedel är viktiga och ibland livsavgörande när det gäller att förebygga, lindra eller bota sjukdomar. Men det finns risker. Mätningar visar att tio procent av alla vårdskador är relaterade till läkemedelsanvändning. Läkemedelsrelaterade skador är ett prioriterat vårdskadeområde. En handlingsplan är utarbetad med åtgärder fördelade på olika nivåer inom Region Östergötland.

## **Minskat antalet fallskador**

Ett fall är en händelse då en person oavsiktligt hamnat på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller ej. Som fall räknas även när en person rullar ur sängen eller glider ner på golvet från en stol. Fallolyckor är den vanligaste orsaken till att äldre personer skadar sig och konsekvenserna är ofta allvarliga. De allra flesta som ramlar är 80 år och äldre, men sanningen är att alla kan falla. En handlingsplan är utarbetad med åtgärder fördelade på olika nivåer inom Region Östergötland.

### **2.3 Strategier för att nå patientsäkerhetsmålen**

#### **Stärka säkerhetskulturen**

Säkerhetskulturen påverkar allt arbete, från högsta ledningen av hälso- och sjukvården till vårdteamens och personalens dagliga arbete. Alla i verksamheten, tillsammans med patienten, skapar säkerhetskulturen. Så få patienter som möjligt ska drabbas av vårdskador, och för att nå det målet behöver säkerhetskulturen stärkas. Framgångsfaktorer för detta är öppenhet, icke skuldbeläggande och lärande av inträffade händelser.

#### **Öka patientdelaktigheten**

Patienterna och deras närstående tillför mycket i patientsäkerhetsarbetet. De har sitt perspektiv på vården och ser saker vårdpersonalen kanske inte gör. Därför behöver patienter och närstående uppmuntras att delta. Personcentrerad vård innebär att respektera och bekräfta personens upplevelse och tolkning av ohälsa och sjukdom och att utgå från denna tolkning för att främja hälsa. En personcentrerad vård innebär att personens unika perspektiv ges likvärdig giltighet som det professionella perspektivet

## Främja lärande i organisationen

En lärande organisation kan ses ur flera perspektiv. Utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv innebär det att lära av misstag, agera för att de inte skall upprepas samt sprida kunskap och information i hela organisationen. Det innefattar också att ta tillvara på patienters och anhörigas upplevelser. Öppenhet och engagemang skapar förutsättningar för en lärande organisation. Förutsättningar för en hög patientsäkerhet är att lära av både positiva och negativa händelser i verksamheten.

## En sammanhållen kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning innefattar att säkerställa att den vård som ges bygger på aktuell evidens och erfarenhetsbaserad praxis. Region Östergötland strävar mot en sammanhållen struktur för uppföljning, kunskaps- och behandlingsstöd. Det skall finnas strukturer för att återkommande presentera och analysera resultat på regionnivå likväl som på Centrum- och kliniknivå. Medicinska riktlinjer och kunskapsstöd finns tillgängliga via Regionens intranät, externa länkar till nationellt kliniskt kunskapsstöd, Socialstyrelsens riktlinjer m fl. Uppföljning av medicinska resultat sker via Vården i siffror som bygger på ett stort antal nationella kvalitetsregister samt data från Socialstyrelsen m fl. Stöd inom läkemedelsområdet finns via Regionens REK lista från Läkemedelskommitteen i Östergötland. Utvecklingsstöd finns via Centrumstaber och utvecklingsledare samt i vissa fall via Centrum för verksamhetsstöd och utveckling.

## 2.4 Organisation och ansvar

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

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet fördelas i hela organisationen enligt nedan. Ledningssystemet anger roller och ansvar för olika delar i patientsäkerhetsarbetet.

### 2.4.1 Ansvarsfördelning regionledning

**Regionsstyrelsens ordförande** ansvarar för att system finns i politisk beslutsprocess för att beakta behov, kvalitet och säkerhet, samt uppföljning av detta.

**Regiondirektören** ansvarar för att organisation och styrsystem säkerställer kvalitet och patientsäkerhet. Övergripande ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet ska finnas upprättat, utvecklas och följas upp. Övergripande policys, riktlinjer och regelverk för kvalitet inom de olika säkerhetsperspektiven.

**Hälso- och sjukvårdsdirektören** ansvarar för att verksamhetsuppdrag beaktar behov, patientsäkerhet och kvalitet. System för behovsanalys och system för införande av nya metoder.

**Regionens säkerhetschef** ansvarar för att samordna, utveckla och följa upp det övergripande säkerhetsarbetet utifrån säkerhetspolicyn. Säkerhetsarbetet ska skapa förutsättningar för säker och högkvalitativ vård med effektiva flöden.

**HR-direktören** ansvarar för att chefer inom Region Östergötland har kompetens för att bedriva systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

**Vårddirektör ledningsstaben** ansvarar för övergripande mål för systematiskt kvalitetsarbete och uppföljning av patientsäkerhetsarbetet.

**Chefläkare/chefsjuksköterskor** ansvarar, på uppdrag av regiondirektören, för det övergripande strategiska patientsäkerhetsarbetet. De är ett stöd för verksamheterna i patientsäkerhetsarbetet och har en controllerfunktion i uppföljningen. Chefläkarna ansvarar även för anmälningsskyldigheten enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Chefläkare och chefsjuksköterskor finns i varje länsdel.

#### 2.4.2 Ansvarsfördelning Linjeorganisation

**Produktionsenhetschef** ansvarar för att resursfördelning görs på ett patientsäkert sätt samt att ledningssystem finns implementerat på varje enhetsnivå inom produktionsenheten.

**Verksamhetschef** ansvarar för det operativa systematiska patientsäkerhetsarbetet i alla dess delar.

**Medarbetare** ansvarar för att medverka i det systematiska patientsäkerhetsarbetet på arbetsplatsen.

#### 2.4.3 Ansvarsfördelning stödfunktioner

##### **Centrum för verksamhetsstöd och utveckling(CVU)**

Verksamhetsutveckling vård och hälsa ansvarar för förvaltning av modeller, metoder och verktyg. De bidrar med kunskap, stöd och spetskompetens och arbetar utifrån ett kund- och helhetsperspektiv med frågor, uppdrag och processer som bidrar till en säker, effektiv vård och jämlik hälsa.

Clinicum Test och innovation ansvarar för att organisera praktiska medicinska utbildningar, simuleringar, utvecklingsarbeten och innovationer.

Smittskydd, vårdhygien och STRAMA Östergötland är en expertfunktion som skall vara ett stöd till vårdverksamheter i länet i att förebygga och minska vårdrelaterade infektioner och smittspridning hos patienter och personal. Genom att bistå med vårdhygienisk expertis inom service och logistik, bygg, inköp och upphandling och utbildning är detta en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Vårdhygien tillhandahåller även vårdhygienisk expertis till länets 13 kommuner och deltar med vårdhygienisk expertis i SAL-dialoger (strama-ansvarig-läkare) i verksamheterna. Smittskydd och Vårdhygien samverkar också i arbetet mot antibiotikaresistens (strama) i dess styrgrupp och i strama-sjukhus. Stöd, rådgivning och utbildningar är stora delar av verksamheten men även controllerfunktion, där övervakning av bl.a. MRSA och ESBLcarba ingår.

**Säkerhetsenheten** ansvarar för strategisk planering av Regionens säkerhetsarbete, ger stöd och rådgivning inom säkerhetsfrågor, lagbevakning, förebyggande arbete, information och utbildning samt uppföljning av Regionens säkerhetsarbete.



**Patientnämnden** ska verka för goda kontakter mellan patienter och personal och är en från hälso- och sjukvården fristående, opartisk instans dit patienter, anhöriga och personal kan vända sig. Patientnämnden gör inga egna medicinska bedömningar och tar inte heller ställning till om vårdgivaren har gjort rätt eller fel. Syftet är istället att beskriva, informera, reda ut och förklara, och på så sätt bidra till att patienter och vårdgivare förstår varandra bättre.

**Läkemedelsenheten** har ett övergripande ansvar för strategiska och administrativa läkemedelsfrågor.

**Enheten för klinisk farmakologi** ansvarar för uppföljning av verksamhetens läkemedelshantering och bistår med kunskapsstöd.

**Medicinsk strålningsfysik** ansvarar för Regionens övergripande tillsyn av strålsäkerhet och bistår med expertstöd till verksamheter med joniserande strålning.

## 2.5 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Att utveckla en god samverkan över Regionen, mellan sjukhusen och primärvården är av vital betydelse för att Regionens sjukvårdssystem skall bli effektivare och klara dagens och morgondagens utmaningar.

Under 2019 har vi arbetat med ökade digitala möjligheter och e-hälsotjänster för att undvika onödig sjukhusvård. Processerna inom sjukhusen har vidareutvecklats när det gäller styrning och samordning av vårdplatser. Ökad samverkan mellan länets kommuner och Regionen kring medicinskt färdigbehandlade patienter har haft viss framgång.

Regionen samverkar på olika nivåer med länets 13 kommuner. En länsövergripande tjänstemannasamverkan, *Ledningsgrupp vård och omsorg (LGVO)* styr denna samverkan mellan huvudmännen.

## 2.6 Patienters och närståendes delaktighet

*SFS 2010:659, 3 kap. 4§*

Som en del i ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, ska patienter och deras närstående ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. För att nå en mer jämlik vård och hälsa behöver patienters och närståendes delaktighet öka. Forskning visar att personcentrerad vård leder till bättre vårdkvalitet, ökad arbetstillfredsställelse och kortare vårdtider.

Region Östergötland har beslutat om en gemensam definition av personcentrerad vård, eftersom det finns olika sätt att beskriva vad det är:

*Personcentrerad vård är att se och möta hela människan. Personens berättelse, egna resurser och behov lägger grunden för gemensam planering och delaktighet med ömsesidig respekt för varandras kunskap.*

I regionens Riskhanteringscheck (RH-check) för Patientsäkerhet finns frågor om patienters och närståendes delaktighet i säkerhetsarbetet samt medverkan vid händelseanalys och internutredning. RH-checken är ett instrument för uppföljning och kontroll av den egna verksamheten och syftar till att höja medvetenheten och kunskapsnivån inom regionens säkerhetsområden. Den ska genomföras årligen på alla vårdande kliniker och vårdcentraler inom Region Östergötland.

## 2.7 Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Inom Region Östergötland används avvikelshanteringssystemet Synergi. Alla verksamheter har en lokal handlingsplan för avvikelshantering. Där definieras processen och vem som gör vad. Handlingsplanens syfte är att klargöra ansvar, rutiner och arbetssätt för patientsäkerhetsarbetet på enheten. När risk, tillbud eller negativ händelse inträffar är det varje medarbetares ansvar att rapportera detta i systemet. I verksamheten hanteras och analyseras avvikelser i multiprofessionell grupp. Om allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada kan misstänkas tar verksamhetschef kontakt med chefläkare för diskussion kring Lex Maria. Vårdskador som inte är allvarliga hanteras i det lokala avvikelsearbetet i verksamheten. Orsaker identifieras, åtgärder fastställs och följs upp.

I avvikelssystemet finns ett dashboard för ärendeuppföljning där verksamheten löpande kan följa ärenden per arbetsprocess, konsekvens eller orsak.

Chefläkare och chefsjuksköterskor går månadsvis igenom samtliga avvikelser som registrerats med allvarlig personskada eller risk för allvarlig personskada i regionens avvikelssystem (Synergi) och tar vid behov kontakt med berörd enhet.

## 2.8 Klagomål och synpunkter

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

Patient eller närstående har alltid rätt att klaga på vården, det bidrar till att vården blir bättre och säkrare för alla.

Synpunkter och klagomål från patienter och närstående skall i första hand tas om hand av ansvariga på klinik eller vårdcentral där händelsen inträffat. Patientnämnden kan hjälpa till med kontakter till rätt vårdenhet. På [www.1177.se](http://www.1177.se) finns information om hur anmälan kan ske.

Möjlighet finns även att som patient, eller närstående, göra en anmälan till IVO (Inspektionen för vård och omsorg). Verksamheten skall dock först ha kontaktats och fått möjlighet att besvara synpunkten eller klagomålet.

Är händelsen av allvarlig karaktär ska alltid verksamhetschef informeras. Han eller hon ansvarar sedan för att denna allvarliga händelse diskuteras med, eller rapporteras till, någon av chefläkarna för ställningstagande till lex Maria-anmälan.

## 2.9 Egenkontroll

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

Vårdande verksamheter bedriver i olika omfattning egenkontroll. De mätpunkter som efterfrågas och följs på övergripande nivå redovisas nedan.

<b>Egenkontroll</b>	<b>Omfattning</b>	<b>Källa</b>
<u>PPM mätning</u> Vårdrelaterade infektioner	3 gånger per år (enskilda produktionsenheter mäter månadsvis)	Nationell PPM-databas
<u>Observationsstudier</u> Basala hygienrutiner och klädregler	Mäts månadsvis	RÖ Uppföljningsportal
Tillgänglighet	Mäts månadsvis	Cosmic BI rapport
Överbeläggningar och utlokaliserade patienter	Mäts månadsvis	Cosmic BI rapport
Utsökning av rapporterade allvarliga personskador	Månadsutsökningar	Synergi
<u>PPM mätning Trycksår</u>	2 gånger per år (enskilda vårdande enheter mäter månadsvis)	Nationell PPM-databas(nationell mätning). Regionens hemsida(regional mätning). Respektive enhet(månadsmätningar)
<u>RH-check</u> Smittskydd och vårdhygien	1 gång per år	Synergi/ Smittskydd och Vårdhygien
<u>RH-check</u> Patientsäkerhet	1 gång per år	Synergi/ Chefläkarenheten
Klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden
Kvalitetsregister	Varierande beroende på typ och verksamhet	Ex: NDR, Palliativa registret
Strama	Antibiotikaförskrivning/användning i öppenvård och slutenvård, antibiotikaronder	Folkhälsomyndigheten, Cosmic
Patientenkät	Årligen i primärvård, Vart annat år inom sjukhusvård	Nationell Patientenkät, SKL

# 3 Process- Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Det har varit patientsäkerhetsfokus i högsta ledningen med återkommande rapportering till Regionstyrelsen.

## 3.1 Fokusområden

### **Trycksårsförebyggande arbete**

Under 2019 fortsatte arbetet med implementering av aktiviteter som startats under tidigare(handlingsplan, riktlinjer mm). Punktprevalens mätningar genomfördes vid två tillfällen. Ett förenklat formulär för mätningar togs fram med mål att bara fråga efter det som var viktigt för verksamheten och det som kan analyseras och följas upp. Antal frågor reducerades markant och verksamheten upplevde själva mätningen mycket enklare. Resultat fortsatte levereras direkt efter mätning. Många enheter har under året genomfört interna punktprevalensmätningar månadsvis vilket bidrar till ökat engagemang och systematiska förbättringar.

### **Fallpreventivt arbete**

En regionövergripande handlingsplan har tagits fram och kommunicerats ut via arbetsgrupp hemsida. På hemsidan finns material och information som kan användas i verksameters förebyggande arbete för fall. I handlingsplanen beskrivs åtgärder för att minska antalet fall och fallskador samt övergripande mål för Region Östergötland. I början av oktober genomfördes inspirationstillfällen i våra tre länsdelar. Det som presenterades var goda exempel på fallförebyggande arbete från olika verksamheter inom Region Östergötland. I avvikelssystemet har en mall/dashboard för området fall tagits fram. Syftet är att utsökningen i systemet ska genomföras på samma sätt av verksamheterna och därmed också kunna aggregeras och följas på övergripande nivå.

### **Läkemedelsrelaterat patientsäkerhetsarbete**

Under 2019 har det strategiska arbetet för uppföljning av läkemedelsgenomgång samt läkemedelsberättelser till patienter fortsatt. Arbetsgruppen med inriktning mot läkemedelsrelaterade skador har under året arbetat fram en handlingsplan, identifiering av "goda exempel" samt analys av avvikelser. Förbättringsområden är fortbildning för sjuksköterskor samt analys och utveckling av säker läkemedelshantering i patientjournalen. Arbetet sker i samarbete med utvecklingsledare vid centrumstaber, journalförvaltning, enheten för klinisk farmakologi samt läkemedelsenheten.

### **Minska överbeläggningar och utlokaliserade patienter**

Ökat fokus på samverkan med kommunerna har haft effekt liksom mobila vård och digitala lösningar för vissa patientgrupper.

## VRI förebyggande arbete

Under 2019 har ett IT-stöd utformats som gör det enklare för verksamheter att få överblick och arbeta systematiskt för att förhindra uppkomst av VRI. Punktprevalensmätning har genomförts vid fyra tillfällen. En övergripande handlingsplan finns framtagen med utgångspunkt från WHO guidelines och SKL:s åtta framgångsfaktorer. En viktig förutsättning för ett framgångsrikt förebyggande arbete är en ledningskultur där undvikbara VRI ses som oacceptabelt. Ökad riskmedvetenhet och patientinvolvering är andra områden som behöver stärkas. VRI är fortsatt ett fokusområde i Region Östergötlands patientsäkerhetsarbete. Vårdhygien har tagit fram en vårdhygienisk egenkontroll som genomförs av alla verksamheter fyra gånger per. För att underlätta för chefer finns en särskild RH-check för Vårdhygien. Den är framtagen för att säkerställa att man följer de vårdhygieniska principer som finns. E-utbildning VRI är obligatorisk för all vårdpersonal och utgör en bra grund för det fortsatta arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner.

## Gröna korset

Gröna korset är en enkel visuell metod för att i vården identifiera risker, tillbud och skador i realtid. Metoden bidrar till systematik i patientsäkerhetsarbetet och stärkt patientsäkerhetskultur. I dagliga avstämningsmöten identifierar teamet inträffade risker (gult), tillbud (orange) och skador (rött) som färgmarkeras på korset. Ett gult kors tyder på en stor riskmedvetenhet. Orsaker till det inträffade diskuteras och kan bidra till fortsatta förbättringsarbeten inom verksamheten. Målet under 2019 har varit att all slutenvård, primärvårdsenheter, Diagnostikcentrums verksamheter, mottagningar och övrig öppenvård ska hålla dagliga avstämningsmöten utifrån Gröna korset. Metoden har fortsatt att implementerats under 2019. Flertalet slutenvårdsenheter har dagliga avstämningsmöten.

## Minskad antibiotikaförskrivning

Vi har sett minskning av förskrivning i öppen vård och fortsatt arbetet med STRAMA för adekvat antibiotikaanvändning

## Strålsäkerhet

Strålsäkerhet Regionen bedriver ett systematiskt arbete för att trygga strålsäkerheten för patienter som genomgår diagnostik eller terapi med joniserande strålning. Regionens nya ledningssystem för strålsäkerhet implementerades under året. Strålsäkerhetsinformation för ledning och medarbetare kan nås via LISA-säkerhetsportalen.

## 3.2 Riskanalys

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

Sammanställningar och resultat av riskanalyser sker inom respektive centrum. Det finns en förbättringspotential i att sprida kunskap om de risker som framkommit, och hur de kan

förhindras, i hela organisationen. Ett projekt pågår för att samla genomförda riskanalyser på en gemensam plattform, nåbar för alla verksamheter i RÖ.

Flertalet riskanalyser som har genomförts omfattar större organisatoriska förändringar.

Exempel på övriga områden där riskanalyser genomförts är bemanning inför semesterperioder, mindre verksamhetsförändringar, ändrade vårdflöden eller förändringar av en vårdprocess.

### 3.3 Utredning av händelser- vårdskador

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

Systematiskt patientsäkerhetsarbete handlar om att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Utredning och analys är centralt i det arbetet. Det är viktigt att se utredningsarbetet som en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Händelser där patienter drabbats, eller riskerat att drabbas av allvarlig vårdskada ska anmälas till *Inspektionen för vård och omsorg (IVO)*. Inom Region Östergötland är detta uppdrag delegerat till chefläkare. Som underlag till anmälan görs en internutredning och vid behov en händelseanalys på uppdrag av verksamhetschef. Åtgärder i handlingsplan vid Lex Maria följs upp av chefläkare och chefsjuksköterskor.

### 3.4 Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Datainspektionen inledde under våren 2019 en tillsyn av Region Östergötland i syfte att granska tilldelning av regionens hantering gällande behörigheter i huvudjournalssystemet Cosmic och vilka faktiska åtkomstmöjligheter dessa ger.

Kontroller gjordes även av dokumentation i journalsystemets loggar. Flertalet kompletteringar har begärts av myndigheten och beslut väntas under våren 2020.

Verksamheterna genomför årligen egenkontroll(RH-Check) gällande informationssäkerhet. Frågorna rör i huvudsak hantering av personuppgifter, tystnadsplikt och sekretess och behörighetshantering. Det stora flertalet verksamheter rapporterar i egenkontroll att de har implementerade arbetssätt och rutiner inom dessa områden. E-utbildning inom området Informationssäkerhet finns och riktar sig till regionens samtliga medarbetare, under 2019 genomförde 8438 medarbetare utbildningen.

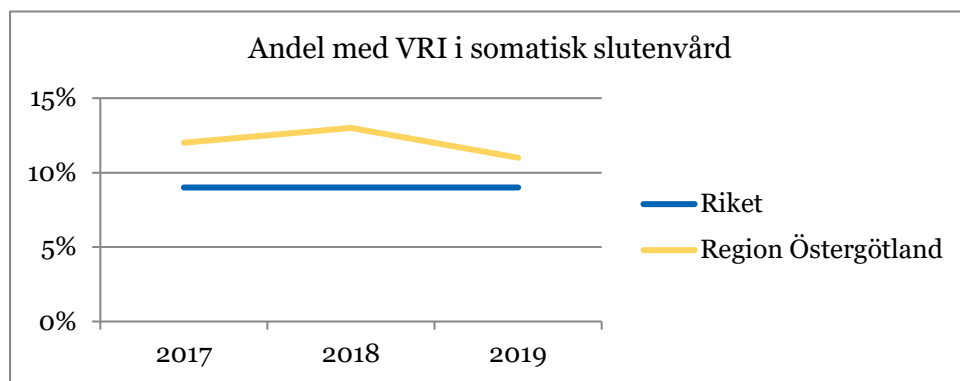
## 4 Resultat och analys

### 4.1 Egenkontroll

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

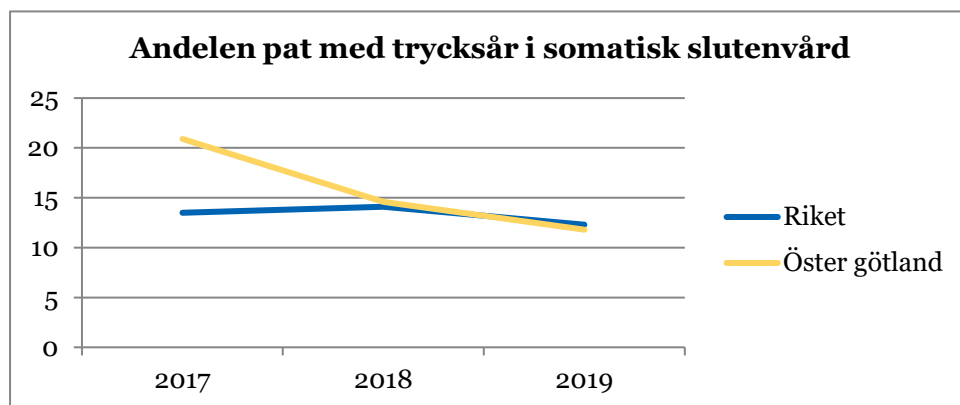
Region Östergötlands patientsäkerhetsarbete bygger på kontinuerligt, systematiskt och metodiskt arbete utifrån identifierade risk- och fokusområden.

#### 4.1.1 Andelen vårdrelaterade infektioner är oförändrad



Tabell 1. Andelen VRI i somatisk slutenvård

#### 4.1.2 Förekomsten av trycksår minskar

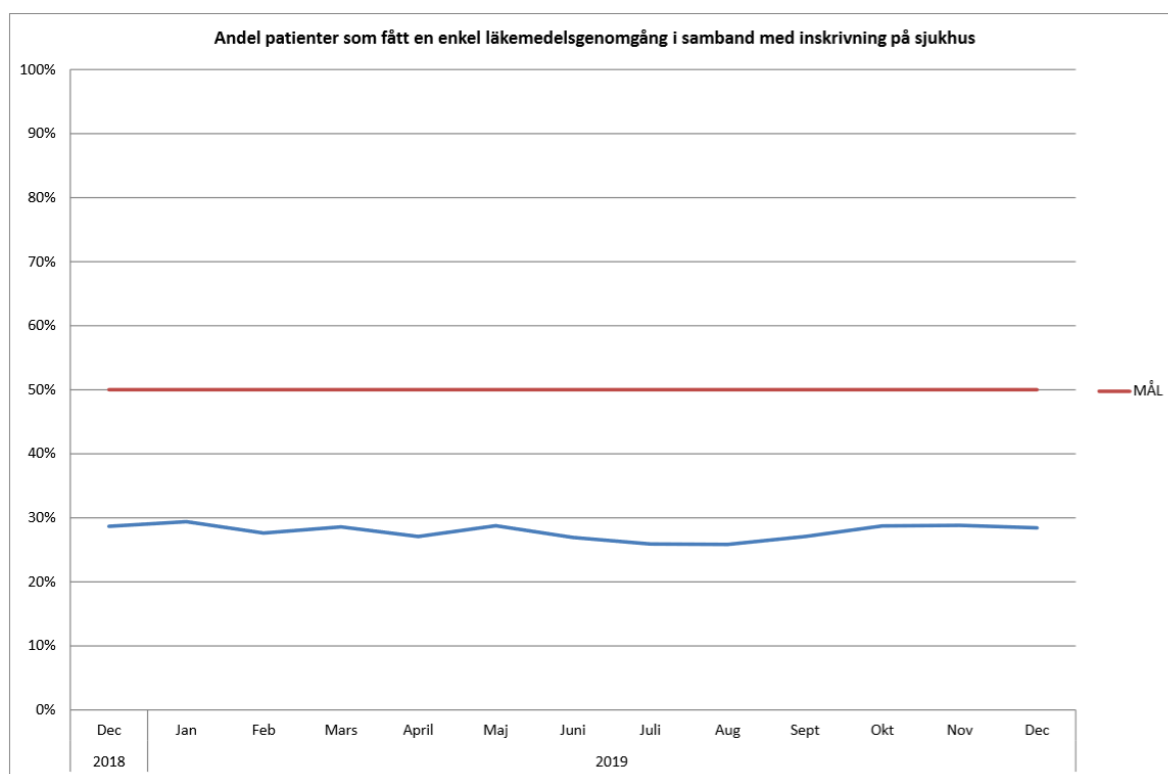


Tabell 2. Andelen trycksår i somatisk slutenvård

4.1.3 Andelen Läkemedelsgenomgångar är oförändrat och andelen Läkemedelsberättelser har ökat något.

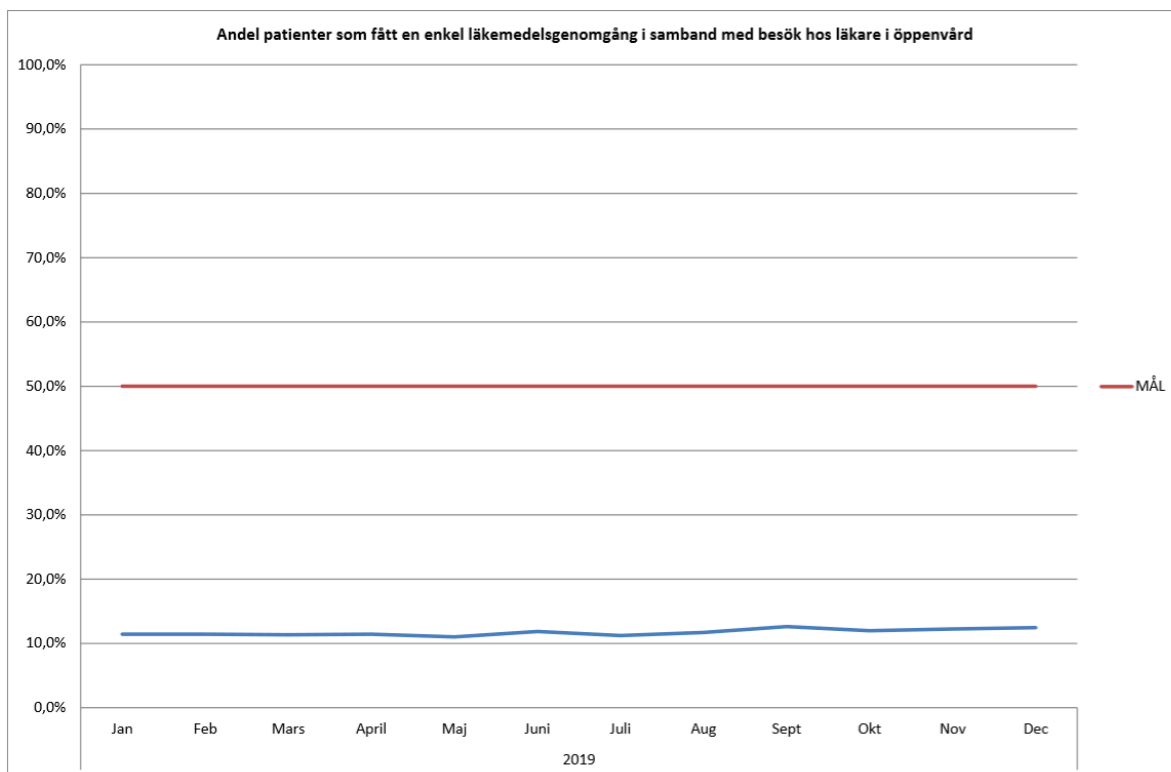
Läkemedelsgenomgång	December 2019	Mål 2019
inskrivning på sjukhus	26 %	50 %
besök hos läkare i öppenvård	12 %	50 %
besök hos läkare i primärvård	5 %	10 %
Läkemedelsberättelse	December 2019	Mål 2019
Utskrivning från slutenvård	35 %	40 %

Tabell 3. Målbild 2019 samt resultat för dec 2019 Läkemedelsgenomgångar samt Läkemedelsberättelser

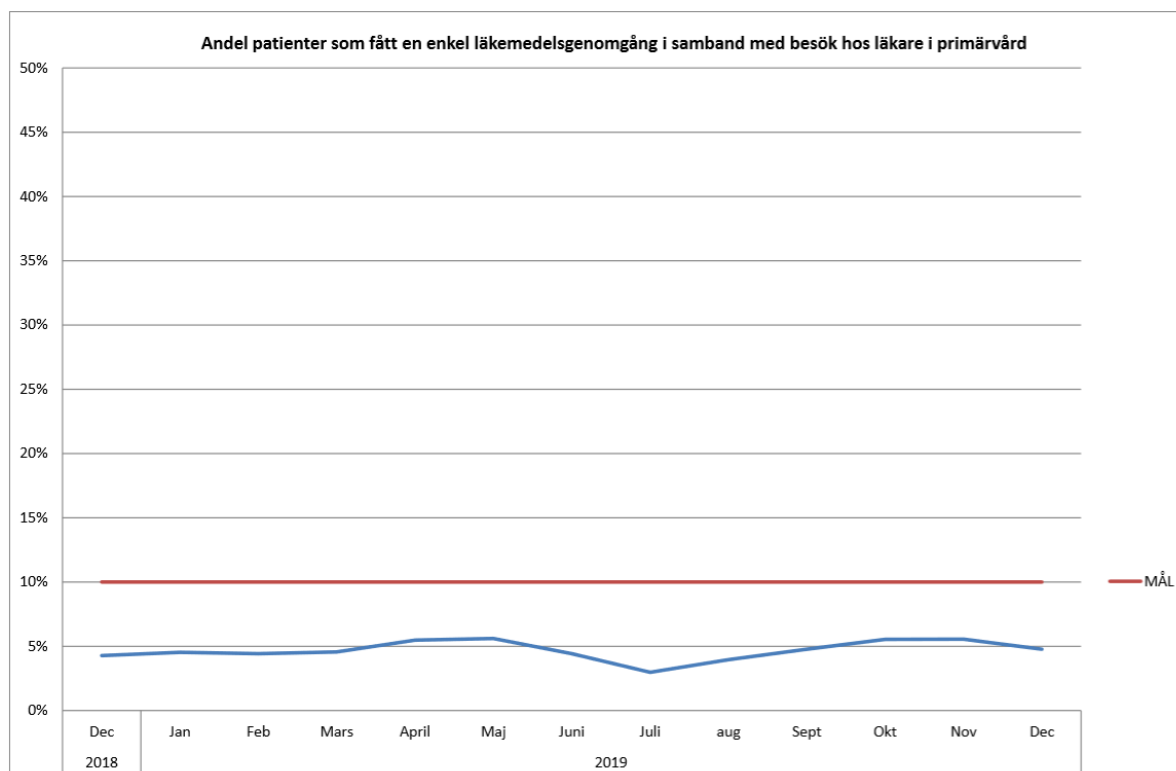


Tabell 4. Andel patienter, oavsett ålder och antal läkemedel, som fått en enkel läkemedelsgenomgång i samband med inskrivning på sjukhus

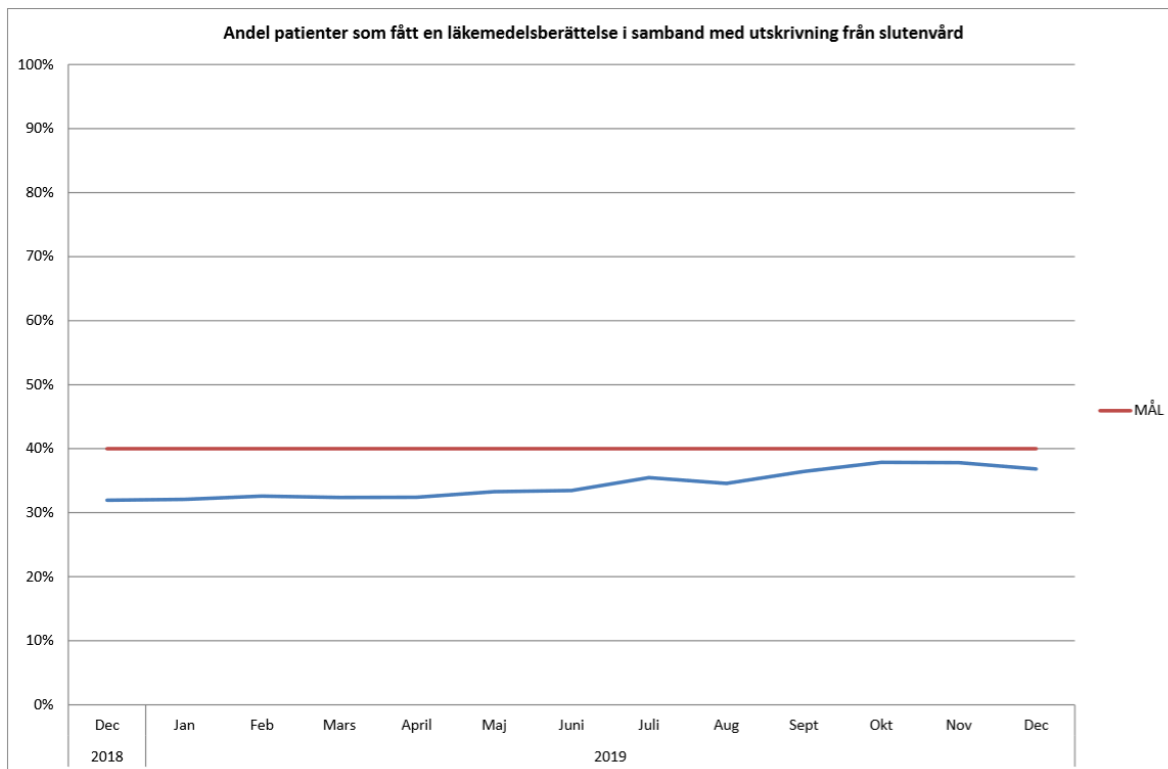




Tabell 5. Andel patienter , oavsett ålder och antal läkemedel, som fått en enkel läkemedelsgenomgång i samband med besök hos läkare i öppenvård



Tabell 6. Andel patienter , oavsett ålder och antal läkemedel, som fått en enkel läkemedelsgenomgång i samband med besök hos läkare i primärvård

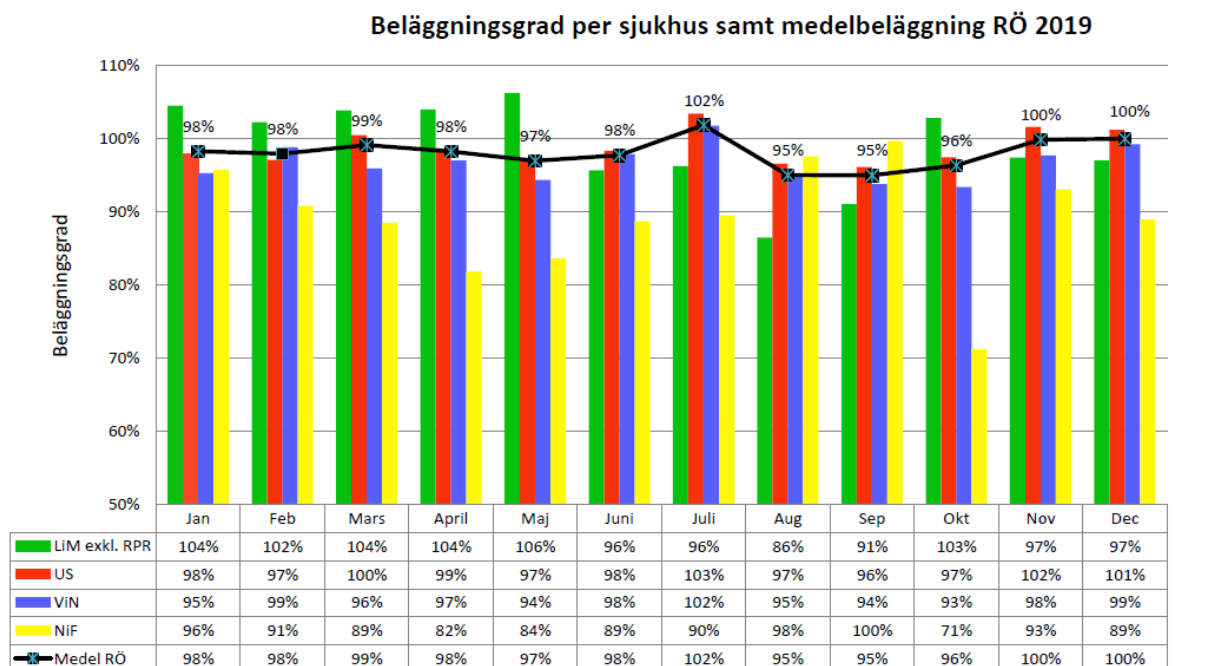


Tabell 7. Andel patienter , oavsett ålder och antal läkemedel, som fått en enkel läkemedelsberättelse i samband med utskrivning på sjukhus

#### 4.1.4 Fallskador är fortsatt ett betydande risk- och skadeområde

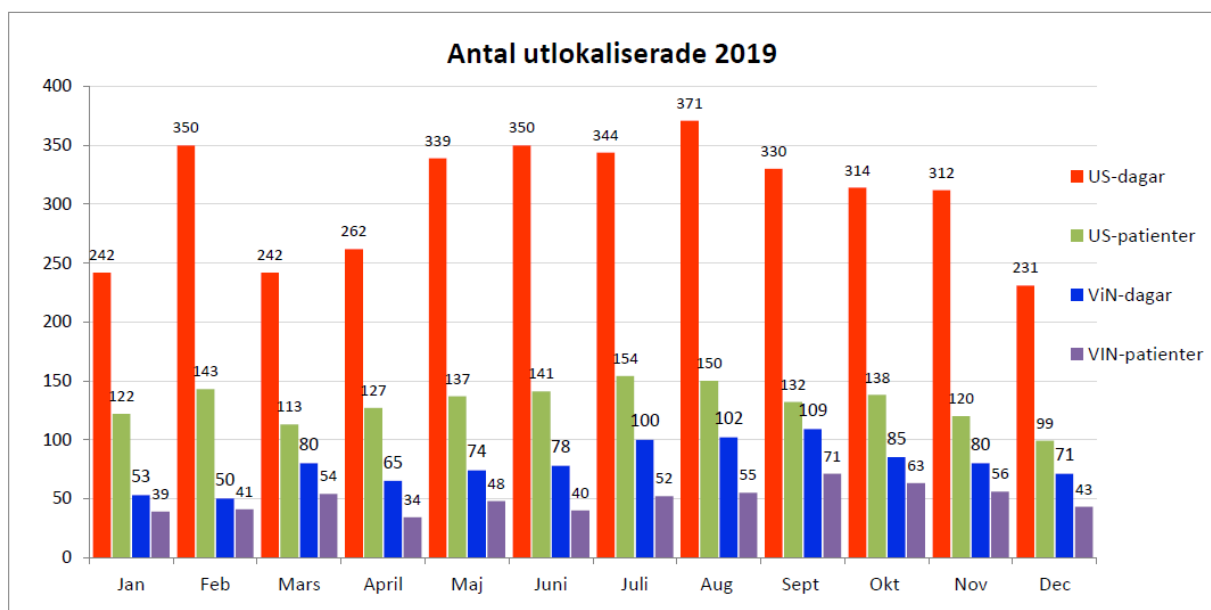
Antalet dokumenterade riskbedömningar för fall har ökat med 60 % under året. Fler riskbedömda förväntas leda till färre fallolyckor och skador orsakade av fall. Antalet rapporterade avvikelser gällande förflyttning/fall har under året minskat med 15 %. Andelen patienter som skadas allvarligt vid fall är fortsatt svårt att följa då man på enhetsnivå klassificerar skador olika.

## 4.1.5 Överbeläggningar och utlokaliserade patienter är stabilt men inte bra



Följande enheter är exkluderade: IVA US och ViN, BRIVA, HIA, NIVA, THIVA, THUVA, BUP, NeoIVA och avd 15 B ViN, FörlossningsF22\_BB, B62\_BB samt BB/Gyn ViN, Rättspsykiatriska kliniken NSV.

Tabell 8. Beläggningsgrad per sjukhus



- En patientdag räknas som ett påbörjat 24-timmarspass för respektive patient.
- US - Satelliter räknas nu på förflyttningar mellan "kluster" (ersätter de tidigare samverkansavtalen där vi tidigare inte räknade satelliter mellan samverkande kliniker). ViN – samverkansavtal (Kir\_Uro) kvar.

Tabell 9. Antal utlokaliserade patienter

## 4.2 Avvikelser

Sammanställning och analys av allvariga avvikelser görs inom respektive centrum. Rapporterade allvariga personskador diskuteras regelbundet i chefläkare- och chefsjuksköterskegruppen.

Personskador konsekvens	
Allvarlig	397
Mycket allvarlig	124

Tabell 9. Antal registrerade avvikelser med konsekvens personskada

I gruppen personskada med allvarlig konsekvens återfinns de flertalet inom gruppen trycksår, fallskador och läkemedelshantering.

De händelser som haft en mycket allvarlig konsekvens för patienten har över hälften registrerats som behandling(26), läkemedelshantering(18), fall(13) och diagnostik(11).

## 4.3 Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter sammanställs inom respektive centrum. Patientnämnden sammanställer resultat i egen årsrapport.

Klagomål som patienter lämnat direkt till vårdgivaren i avvikelssystemet.

Synpunkter och klagomål Synergi	Antal
2017	1288
2018	1592
2019	1653

Tabell 10. Antal registrerade synpunkter och klagomål i Synergi

Klagomål som patienter lämnat till IVO och som antingen utreds av vårdgivaren eller av IVO.

Klagomål via IVO	Antal
2017	161
2018	156

2019

200

Tabell 11. Antal klagomål registrerade via IVO

#### 4.4 Händelser och vårdskador

Under 2019 anmäldes sammanlagt 84 händelser inom hälso- och sjukvården enligt lex Maria. 25 av dessa utreddes med Händelseanalys, alla övriga med intern utredning. Identifierade riskområden analyseras och diskuteras på regional nivå.

Lex Maria per år	Antal anmälda	Andel utredda med händelseanalys
2017	95	25 %
2018	74	30 %
2019	91	35 %

Tabell 12. Antal anmälda Lex Maria

#### 4.5 Riskanalys

Sammanställningar och exempel på riskanalyser lämnas i produktionsenheternas patientsäkerhetsberättelser.

## 5 Mål och strategier för kommande år

Region Östergötland kommer att utgå från Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet som tagits fram av Socialstyrelsen, anpassa till Region Östergötlands och Sydöstra sjukvårdsregionens förhållanden. Samt se över vår struktur för systematiskt patientsäkerhetsarbete efter den omorganisation som trätt i kraft i Region Östergötland.