



Patientsäkerhetsberättelse

Region Östergötland 2018

Datum: 2019-02-28
Diarienummer: RS 2019-141

Innehållsförteckning

1 INLEDNING	5
2 STRUKTUR	6
2.1 Övergripande mål och strategier	6
2.2 Patientsäkerhetsmål 2018	7
2.2.1 Minska VRI	7
2.2.2 Minska Trycksår.....	7
2.2.3 Rätt läkemedel varje gång.....	8
2.2.4 Minska överbeläggningar och utlokaliserade patienter	8
2.3 Strategier för att nå patientsäkerhetsmålen	8
2.3.1 Patientsäkerhetskultur.....	8
2.3.2 Patienters och närståendes delaktighet	9
2.3.3 Lärandeorganisation	9
2.3.4 En sammanhållen kunskapsstyrning	9
2.4 Organisation och ansvar	10
2.4.1 Ansvarsfördelning regionnivå.....	10
2.4.2 Ansvarsfördelning Linjeorganisation	10
2.4.3 Ansvarsfördelning stödfunktioner	11
2.5 Informationssäkerhet	11
2.6 Kompetensförsörjning.....	12
2.7 Samverkan för att förebygga vårdskador	12
2.8 Hälso- och sjukvårdens rapporteringsskyldighet	13
2.9 Klagomål och synpunkter.....	13
2.10 Egenkontroll för ökad patientsäkerhet	14
3 PROCESS- åtgärder för att öka patientsäkerheten	16
3.1 Åtgärder för att minska VRI	16
3.2 Åtgärder för att minska trycksår	16
3.3 Åtgärder för att minska läkemedelsrelaterade skador	16
3.4 Åtgärder för att minska överbeläggningar och utlokaliserade patienter	17
3.5 Åtgärder för en effektivare vård	17
3.6 Åtgärder för effektivare processer	18
3.7 Gröna korset.....	19
3.8 Kontinuitetshantering	19
3.9 Riskanalys	19
3.10 Utredning av händelser- vårdskador	19
3.11 Informationssäkerhet	20

3.12 Strålsäkerhet	21
4 RESULTAT OCH ANALYS	22
4.1 Resultat och analys av egenkontroll för ökad patientsäkerhet.....	22
4.2 Avvikelse	23
4.3 Klagomål och synpunkter	24
4.4 Händelser och vårdskador.....	25
4.4.1 Utredningar av händelser, vårdskador och allvarliga vårdskador	25
4.4.2 Markörbaserad journalgranskning somatisk vård.....	26
4.5 Riskanalys	27
5 MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR.....	29

SAMMANFATTNING

Patientsäkerhetsarbetet i Region Östergötland har högsta prioritet. Under "Patientsäkerhetsåret 2018" har fokus varit på att minska VRI, minska trycksår, minska läkemedelsrelaterade skador samt att minska överbeläggningar och utlokaliseringar. Region Östergötlands strategiska patientsäkerhetsarbete bygger på ledningssystemets principer. Mål finns definierade, ansvaret är tydligt beskrivet i organisationen och strategier för att nå målen finns beskrivna. Åtgärder har vidtagits inom en mängd områden, dessa definierar de processer som krävs i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Resultaten visar på förbättringar inom flera områden. Antalet trycksår har minskat vid varje mätning och de vårdrelaterade infektionerna har minskat. Fortsatta utmaningar finns inom flera områden, t.ex. fallskador och läkemedelsrelaterade skador. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet behöver förbättras gällande analys och uppföljning på aggregerad nivå.

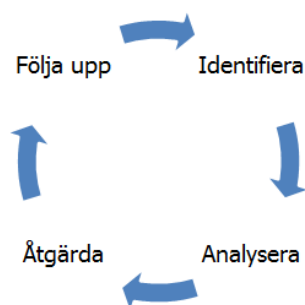
1 INLEDNING

Patientsäkerhet innebär att skydda patienten från vårdskada och är en av vårdens viktigaste mått på god kvalitet. En vårdskada kan vara allt ifrån tämligen trivial till mycket allvarlig och bidra till en patients död. Målet i Region Östergötland är att ingen patient ska drabbas av en skada som hade kunnat undvikas. Vården i Region Östergötland håller hög kvalitet inom många områden vid nationella jämförelser, men det finns områden med betydande förbättringspotential. Vissa vårdskadetyper förekommer oftare än andra. Negativa händelser eller tillbud orsakas oftast av ett samspel mellan tekniska funktioner, mänskliga aktiviteter och den aktuella omgivningen. Patientsäkerhetsarbete bör därför bygga på att man arbetar aktivt med riskförebyggande förhållningssätt, att det finns kunskap och medvetenhet kring säkerhetskultur och att patient och närstående är delaktiga i vården. För att nå detta behöver vårdkedjor och arbetsrutiner vara genomtänkta och kända, medarbetarnas kompetens tillräcklig och vården personcentrerad.

Patientsäkerhet är inte ett statiskt tillstånd, något som kan sägas finnas eller saknas, utan en ständig rörelse i organisationen. Det handlar lika mycket om att identifiera och åtgärda allvarliga händelser och att systematiskt arbeta riskförebyggande som att stimulera och stödja kunskap, arbetssätt och metoder som bidrar till kvalitet och säkerhet.

2 STRUKTUR

Systematiskt patientsäkerhetsarbete innebär en struktur och ordning i organisationen som stöd för att patientsäkerhetsarbetet hålls igång och drivs framåt. I regionens alla verksamheter finns rutiner för att identifiera och rapportera risker, tillbud och negativa händelser. Orsaker identifieras och åtgärdas. Vid allvarigare händelser finns rutiner för uppföljning av åtgärder.



Figur 1. Systematiskt patientsäkerhetsarbete

Ett tydligt och välfungerande ledningssystem underlättar möjligheterna att nå framgång i patientsäkerhetsarbetet. För en välfungerande verksamhet inom Region Östergötland är detta inget nytt, där har man sedan länge arbetat systematiskt med att identifiera, beskriva men också fastställa de processer och rutiner som behövs för en god patientsäkerhet och därmed också en god kvalitet i verksamheten. Ledningen har identifierat de aktiviteter som ingår i de olika processerna, bestämt deras inbördes ordning och fastställt rutiner som behövs för att säkra upp verksamhetens innehåll. Utöver detta finns i en sådan verksamhet även tydliga processer för intern och extern samverkan i syfte att förebygga att patienter kommer till skada. Inom all vårdverksamhet i Regionen arbetar man systematiskt med utgångspunkt från ledningssystemets principer.

Vissa verksamheter har valt att utgå från en kvalitetsstandard (ISO) med återkommande extern certifiering medan andra byggt upp sitt ledningssystem med utgångspunkt från författningskravet (SOSFS 2011:97).

2.1 Övergripande mål och strategier

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

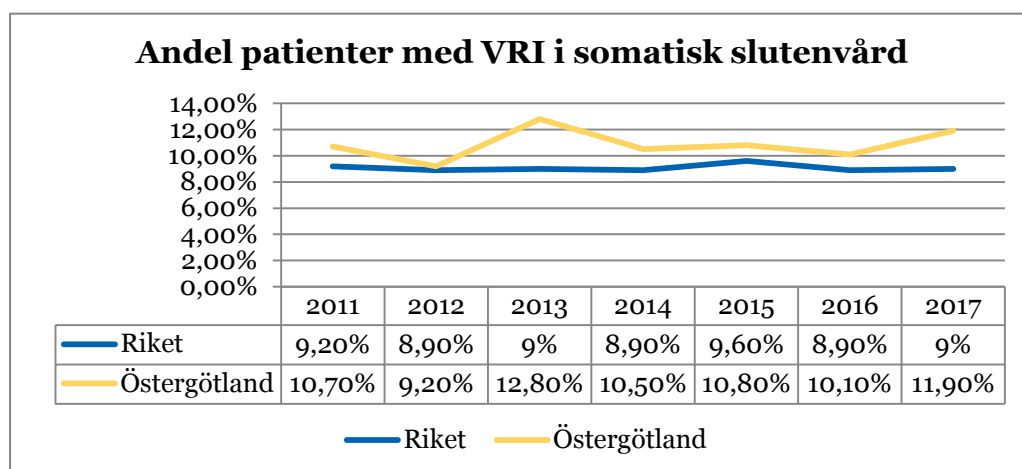
Vården i Region Östergötland har som vision "Hälsa och Vård i Världsklass". Allt arbete ska grundas på kunskap och evidens. Regionen ska ligga i framkant gällande forskning och innovationer.

Regionen Östergötland utsåg 2018 till ett Patientsäkerhetsår. Med utgångspunkt från tidigare identifierade vårdskadeområden har fokus 2018 varit på vårdrelaterade infektioner, trycksår och läkemedelsrelaterade skador. Vidare har arbetet med att få balans i antalet vårdplatser för att reducera överbeläggningar och utlokaliseringar haft högsta prioritet.

Strategiska områden för att nå en ökad patientsäkerhet presenteras under avsnittet process och gäller respektive områden informationssäkerhet, kompetensförsörjning, personcentrerade vård, lärandeorganisation och kunskapsstyrning.

2.2 Patientsäkerhetsmål 2018

2.2.1 Minska VRI

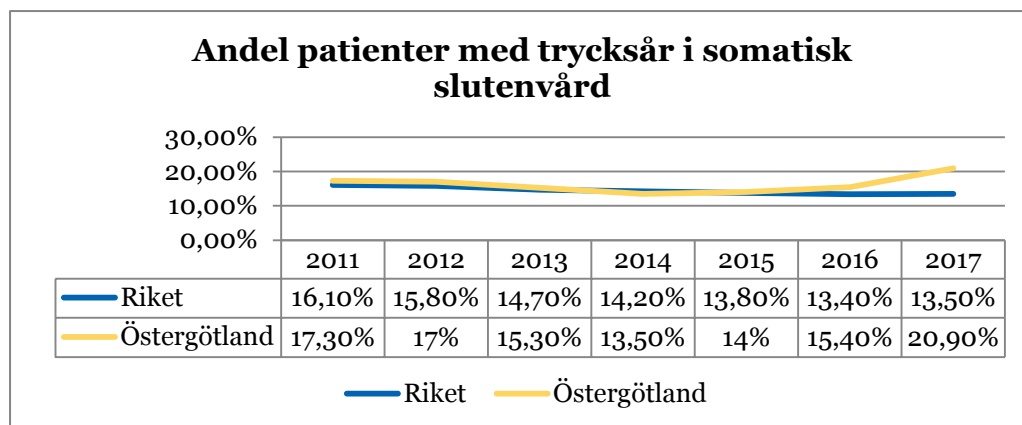


Tabell 1. VRI i Somatisk slutenvård 2011-2017

Prevalensen VRI i somatisk slutenvård har i Regionen under flera år legat över genomsnittet för riket. Inför Patientsäkerhetsåret 2018 intensifierades arbetet med att minska förekomst av VRI.

Mål: Halvering av vårdrelaterade infektioner till 2020. (jmf 2017 10.8%)

2.2.2 Minska Trycksår



Tabell 2. Trycksår i Somatisk slutenvård 2011-2017

Liksom för VRI har prevalensen trycksår i nationella mätningar inte minskat. Inför patientsäkerhetsåret 2018 intensifierades arbetet med att komma till rätta med detta vårdskadeområde.

Mål 2018: <6%, Mål 2019:<5%

2.2.3 Rätt läkemedel varje gång

Vårdskador och risk för vårdskador relaterade till läkemedelshanteringens alla delar är ett välkänt riskområde där Regionen under senare delen av 2018 har påbörjat ett strategiskt förebyggande arbete.

En arbetsgrupp finns på övergripande nivå där aktiviteter pågår kring allt från översyn av IT-stöd till uppföljning av läkemedelsgenomgångar, läkemedelsberättelser och patientupplevd kvalitet avseende läkemedel.

Mål inom detta område kommer inte att redovisas i årets patientsäkerhetsberättelse då det övergripande arbetet påbörjades under senare delen av 2018.

2.2.4 Minska överbeläggningar och utlokaliserade patienter

Utlokaliserade patienter riskerar att i högre grad drabbas av vårdskador. Vårdplatssituationen har under året varit fortsatt bekymmersam. För att förebygga återinläggningar och att patienter upptar vårdplatser i onödan är vårdplaner, hemsjukvård och annan nära vård viktiga faktorer. Andelen patienter som återinläggs inom 30 dagar har under de senaste åren legat konstant runt elva procent. För patienter över 65 år är andelen cirka 17 procent. De vårdplatser inom den somatiska vården som upptogs av utskrivningsklara patienter under året, motsvarade i snitt nästan 950 vårddygn per månad. Det innebär att patienter som inte behöver sjukhusvård, men är i behov av kommunal omsorg, tar upp vårdplatser som skulle kunna användas för patienter som behöver sjukhusvård. Det bidrar till flaskhalsar i vårdflödet. Brist på medarbetare, framför allt sjuksköterskor inom dygnet runt verksamheten, är den huvudsakliga anledningen till den ansträngda situationen. Vårdplatssituationen är komplex. Den påverkas inte enbart av personalstyrkan, utan också av faktorer som patientinflöde, processer under vårdtiden, patientutflöde samt samverkan och uppföljning efter vårdtiden.

Beläggningsgraden, som mäter hur stor del av de tillgängliga vårdplatserna som utnyttjas, har varit hög under året. Region Östergötland var under året bland de landsting och regioner som hade flest överbeläggningar per 100 vårdplatser. Det avspeglas också i ett högt antal utlokaliserade patienter, det vill säga patienter som placeras på andra vårdavdelningar än där de normalt ska vårdas. Under 2017 utlokaliserades patienter motsvarande 441 Vårddygn per månad.

Mål 2018 <100 utlokaliserade patientvårddygn per månad.

2.3 Strategier för att nå patientsäkerhetsmålen

Patientsäkerhetsarbetets syfte är att förebygga uppkomsten av vårdskador och att säkerställa en hög vårdkvalitet. Patientsäkerhetsperspektivet ska beaktas i alla aktiviteter som direkt eller indirekt berör patienter.

2.3.1 Patientsäkerhetskultur

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.

Så få patienter som möjligt ska drabbas av vårdskador, och för att nå det målet behövs en stark säkerhetskultur som kännetecknas av:

- ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet
- ett förhållningssätt där man inte skuldbelägger varandra
- en organisation där alla lär av inträffade händelser.

2.3.2 Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

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.

Inom alla vårdande centrum är detta förhållningssätt känt och efterfrågas vid uppföljningar. Patientinformation och dialoger inför operationer eller behandlingar har utvecklats. Patienter och närstående uppmuntras att dela med sig av erfarenheter. Som exempel finns inom barnsjukvården patientråd där familjer bjuds in för att aktivt delta i utveckling av vården. Vid inträffade vårdskador efterfrågas patient och närståendes erfarenheter och upplevelse i utredningen.

2.3.3 Lärandeorganisation

En lärande organisation kan ses ur flera perspektiv. Utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv innebär det att lära av sina avvikelser, agera för att de inte skall upprepas, sprida kunskap och information över 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.

2.3.4 En sammanhållen kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning innefattar att säkerställa att den vård som ges bygger på aktuell evidens och erfarenhetsbaserad praxis. Regionen skall ha 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 regionnivå

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 och vårdhygien har i uppdrag att förhindra smittspridning i samhället och inom vård och omsorg och att förebygga vårdrelaterade infektioner, VRI. De ansvarar för olika delar av regionens verksamheter avseende stöd i det vårdhygieniska arbetet.

STRAMA Östergötland ansvarar för att bevaka och analysera resistensläget och antibiotikaförbrukning i vården, utforma rekommendationer för behandling och antibiotikaproylax samt återkoppla följsamheten till verksamheten

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.

2.5 Informationssäkerhet

Information är en tillgång som, liksom andra viktiga tillgångar i regionen, har ett värde och följaktligen måste få ett adekvat skydd. Informationssäkerhet syftar till att skydda information mot förekommande hot, förhindra avbrott i verksamheten samt minska skador och bidrar därigenom till att maximera värdet av regionens verksamhet. Information förekommer i många former. Den kan exempelvis vara tryckt eller skriven, elektroniskt lagrad, skickad med post eller e-post, visad på film eller talad. Oavsett vilken form informationen har, eller på vilket sätt den överförs eller lagras, måste den alltid få ett godtagbart skydd.

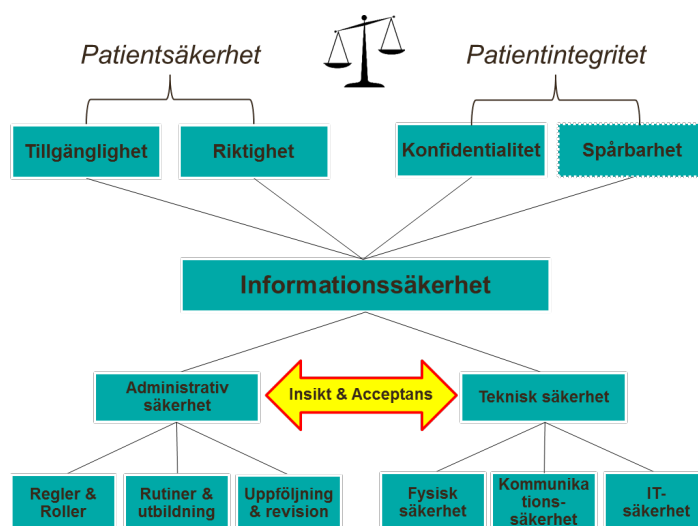
Informationssäkerhetens fyra hörnstenar:

a) *riktighet* – skydd så att information inte förvanskas omedvetet eller av obehöriga

b) *konfidentialitet* – att informationen endast finns tillgänglig för de som har behov av den och att obehöriga inte kan ta del av informationen

c) *tillgänglighet* – säkerställande av att informationen finns tillgänglig vid behov

d) *spårbarhet* – säkerställa vem som gjort vad samt tekniska loggar



Figur 2. Informationssäkerhet

2.6 Kompetensförsörjning

För att klara en säker vård för medborgarna är det avgörande inför framtiden att Region Östergötland är en attraktiv arbetsgivare och kan rekrytera, utveckla och behålla rätt kompetens. Under de närmaste åren kommer många av Region Östergötland medarbetare att gå i pension, samtidigt som också regionens verksamhet förändras och utvecklas kontinuerligt. Detta ger upphov till förändrat kompetensbehov eller utveckling av nya yrkesroller. De verktyg som används beskrivs i riktlinjen för Kompetensförsörjningsprocess i Region Östergötland. Årligen inventeras det nuvarande och framtida kompetensbehovet utifrån Regionens kompetensförsörjningsmodell.

2.7 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 2018 har arbetet för att öka antalet slutenvårdsplatser och för att effektivare kunna utnyttja befintliga operationsresurser fortsatt. Operationskapaciteten har ökat men fortfarande kvarstår en brist på slutenvårdsplatser. Ökad samverkan mellan länets kommuner och Regionen avseende den nya lagen om betalningsansvar har inneburit att antalet medicinskt färdigbehandlade patienter har minskat på länets sjukhus. Det pågår ett arbete för att standardisera tillhandahållandet av olika infusionspumpar över länet för att öka säkerheten i hemsjukvården.

Det pågår även ett stort arbete med att implementera olika digitala funktioner för att skapa förutsättningar till ökad effektivitet och för en säkrare vård. Exempel är videomöten mellan vårdgivare och patienter och mellan vårdgivare och införandet av asynkron chatt mellan vårdgivare och patienter. Vidare håller den s.k. Hälsodagboken på att implementeras i Regionen. Hälsodagboken innebär att patienter med avancerad hjärtsvikt och kronisk obstruktiv lungsjukdom dagligen genom enkel IT teknik kan rapportera basala vitalparametrar. Försämring kan tidigt upptäckas och åtgärder tillsammans med patienten kan sättas in. Konceptet har bidragit till bättre livskvalitet och minskat behov av slutenvård. I samverkan med övriga regioner pågår införandet av det kliniska kunskapsstödet för primärvården. Målet är både en mera jämlik vård men också en säkrare vård genom ökad standardisering av utredningar och ansvarsfördelning kring de vanligaste symtomen och diagnoserna.

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

2.8 Hälsa- och sjukvårdens 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 avvikelserna 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.

Kvartalsvis görs sammanställning och analys av:

- Totalt antal inrapporterade avvikelser i Synergi gällande vårdprocesser.
- Arbetsprocesser med flest inrapporterade avvikelser samt orsaker.
- Antal allvarliga händelser med personskada samt orsaker.
- Lex Maria ärenden som skickats till IVO, orsaker och konsekvens för patient samt IVO beslut.

2.9 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 kan bidra till att vården blir bättre och säkrare för alla.

Med klagomål menas negativa synpunkter på hälso- och sjukvården. Klagomål som kommer direkt till verksamheten registreras i avvikelssystemet Synergi och när verksamheten svarat på klagomål dokumenteras detta i systemet. Klagomål som kommer till verksamheterna via patientnämnden besvaras på samma sätt till patient eller närstående och registreras sedan hos patientnämnden. Klagomål som kommer via IVO skickas ut till verksamheterna via chefläkare, besvaras av verksamheten med kopia till chefläkare.

Klagomål sammanställs och analyseras på samma sätt som övriga avvikelser i verksamheterna.

2.10 Egenkontroll för ökad patientsäkerhet

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.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	3 gånger per år (enskilda produktionsenheter mäter månadsvis)	PPM-databasen Infektionsverktyget
Basala hygienrutiner och klädregler	Mäts månadsvis	Databas för observationsstudier
Tillgänglighet	Mäts månadsvis	Cosmic
Överbeläggningar och utlokaliserade patienter	Mäts månadsvis	Cosmic
Allvarliga avvikelser	Månadsutsökningar	Synergi
Trycksår	2 gånger per år (enskilda produktionsenheter mäter månadsvis)	PPM-databasen
Egenkontroll smittskydd och vårdhygien	1 gång per år	Smittskydd och Vårdhygien
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, Synergi
MJG somatisk vård	1 gång per månad (tom sept. 2018)	MJG databas
MJG psykiatrisk vård	1 gång per månad	MJG databas

Kvalitetsregister	Varierande beroende på typ och verksamhet	Ex: Senior Alert, NDR, Palliativa registret,
Strama	Antibiotikaförskrivning i öppenvård, antibiotika användning inom slutenvård, antibiotika ronder	Folkhälsomyndigheten, Cosmic
Patientenkät	Årligen i primärvård, Vart annat år inom sjukhusvård	Nationell Patientenkät, SKL

3 PROCESS- åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

3.1 Åtgärder för att minska VRI

Arbetet drivs Regionövergripande av Smittskydd och Vårdhygien (SMVH). En handlingsplan ligger till grund för den större delen av aktiviteten gällande direkta VRI-förebyggande insatser. Samtliga centrumledningar har fått ta del av den gemensamma strategin "Tillsammans mot VRI" och stöd har riktats för att sätta organisationen för VRI-arbetet såsom kontaktperson, skapa VRI-team och utföra E-utbildning VRI. SMVH har utformat en ny riskhantering (RH-check) för vårdhygien. E-utbildning VRI har skapats som gjorts obligatorisk för samtliga medarbetare. Regionövergripande inspirationsdag för VRI-arbetet har anordnats på respektive sjukhus i Regionen. VRI-området lyftes med hjälp av en film om att bryta smittan, på introduktionsprogrammet för nyanställda inom Region Östergötland. Utbildningar till alla medarbetare om Calici/influensa och VRI-strategin har genomförts under året samt riktade utbildningar till VRI-team. Genombrott VRI startade under hösten 2018 och innebär att SMVH ställer upp med riktat stöd ex. rådgivning, stöd i miljöodlingar osv till de team som är anmälda.

Det pågår också en process att ta över lokalstädning i egen regi (vid Universitetssjukhuset) då regionen bedömt att kvalitén på städningen var alltför låg. Detta kommer att ske under första kvartalet 2019. Regionen har också satsat på Vårdnära service för att ytterligare öka kvalitén på slutstädningar och måltidshantering mm. Utvärdering av tidigare piloter har visat dramatisk ökad städkvalitet och även att främst undersköterskor i slutenvård får betydligt mer tid för olika typer av omvårdnad såsom mobilisering.

VRI är ett komplext område och nuvarande situation med överbeläggningar och brist på sjuksköterskor i slutenvård är stora utmaningar för att nå uppsatta mål.

3.2 Åtgärder för att minska trycksår

Det regionövergripande trycksårsförebyggande arbetet har samordnats och drivits av en av Regionens chefsjuksköterskor. En grupp med representanter från alla vårdande centrum, av stödverksamhet och övriga chefsjuksköterskor har uppdaterat gemensamma riktlinjer, rutiner och mallar för dokumentation, lämpliga hjälpmedel och informationsmaterial. Inspirationsdagar har anordnats på länets alla sjukhus och fler punkt prevalens mätningar av trycksår har genomförts i slutenvård. Det trycksårspreventiva arbetet styrs genom den handlingsplan som tagits fram och där ansvar finns definierat på respektive nivå i organisationen.

3.3 Åtgärder för att minska läkemedelsrelaterade skador

Arbetet med att minska de läkemedelsrelaterade skadorna påbörjades under senare delen av året. En handlingsplan med ansvar definierat på respektive nivå i organisationen har tagits fram. Mätningar görs månadsvis av andel/antal läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelser inom slutenvård. Regionen har gjort en omfattande utredning rörande den framtida läkemedelsförsörjningen.

Det anställs alltfler apotekare och receptarier i vården och regionen behöver strukturera denna utveckling för att säkerställa ett effektivt utnyttjande. Förhoppningen med att få in flera farmaceuter i vården är att få en ökad patientsäkerhet och en effektivare läkemedelshantering. Vidare pågår arbete med att införa förfyllda sprutor och läkemedelsautomater vilket också ökar säkerheten och avlastar sjuksköterskorna inom både slutenvård och inom akutvården. Utredning om att införa patientindividuell dos inom slutenvården finns också i den mera långsiktiga strategin. Konceptet prövas på Lasarettet i Motala och på den Rättspsykiatriska Regionkliniken i Vadstena. Även detta koncept ger ökad säkerhet inom läkemedelshantering.

Läkemedelsrelaterade vårdskador är ett komplicerat område med ett sannolikt inte helt obetydligt mörkertal. En stor utmaning är att bättre kunna identifiera läkemedelsrelaterade vårdskador.

3.4 Åtgärder för att minska överbeläggningar och utlokaliserade patienter

Vårdplatssituationen har under året varit fortsatt mycket bekymmersam. Brist på medarbetare, framför allt sjuksköterskor inom dygnet runt verksamheten, är den huvudsakliga anledningen till den ansträngda situationen. Vårdplatssituationen är komplex. Den påverkas inte enbart av personalstyrkan, patientinflöde, interna sjukvårdsprocesser, patientutflöde där samverkan med kommunerna är vitala och uppföljning efter vårdtiden.

Beläggningsgraden, som mäter hur stor del av de tillgängliga vårdplatserna som utnyttjas, har varit för hög i akutvårdsflödet. Universitetssjukhuset i Linköping har störst bekymmer i regionen med vårdplatserna och står därmed också för de flesta utlokaliseringarna. Region Östergötland var under året även bland de landsting/regioner som hade flest utlokaliseringar per 100 vårdplatser. När patienterna inte får vård på rätt avdelning ökar sannolikheten för längre vårdtid och återinläggningar, vilket i sin tur ytterligare belastar vårdplatssituationen.

För att förebygga återinläggningar och att patienter upptar vårdplatser arbetar regionen med att alla patienter där behov av det föreligger skall ha vårdplaner vilket ger effektivare omhändertagande och ger stöd inom hemsjukvården. Ett större projekt för att skapa bättre förutsättningar att dokumentera vårdplaner har genomförts under 2018. Andelen patienter som återinläggs inom 30 dagar har under de senaste åren legat konstant runt elva procent. För patienter över 65 år är andelen cirka 17 procent. Återinläggningar är ett viktigt fokusområde för det fortsatta arbetet. Ett omfattande arbete har genomförts ihop med länets kommuner, för att implementera lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård, och antal medicinskt färdigbehandlade patienter har minskat under 2018.

3.5 Åtgärder för en effektivare vård

Vården behöver planeras så att resurserna används så optimalt som möjligt, med hjälp av systematisk verksamhets- och produktionsplanering. I programmet Hållbar verksamhet har Region Östergötland gjort en bred satsning på produktionsplanering inom operationsområdet under året. Men redan tidigare så genomför många kliniker och vårdcentraler produktionsplanering, men inom operationsområdet har ett nytt sätt att planera införts.

Det går ut på att flera kliniker produktionsplanerat sina verksamheter gemensamt (gemensam operationsplaneringslista), med målsättningen att fler patienter ska få behandling i rätt tid. Antalet genomförda operationer har på de medverkande klinikerana ökat, trots växande köer efter sommaren och vårdplatsbrist.

Samverkan och planering är viktiga faktorer för en mer robust situation i slutenvården. Detta har varit fokus på bland annat Universitetssjukhuset i Linköping under året, där det största behovet finns.

Flera kliniker har påbörjat samverkan i *kluster* för att gemensamt fördela vårdplatser för patienter inom kompetensområden nära varandra. En närvårdsmottagning har också startat på Universitetssjukhuset i Linköping som kan avlasta slutenvården genom att ge blodtransfusioner, läkemedelsinfusioner och olika insatser före och efter ingrepp. Förutsättningen är att patienten själv kan ta sig till mottagningen.

Ett arbete har genomförts under året för att öppna länets jourcentraler även under dagtid. Det förväntas förbättra tillgängligheten till primärvården. Syftet är också att bidra till en bättre samverkan med akutmottagningarna, rehabiliteringsorganisationerna, ambulansen och 1177 Vårdguiden, som kan lotsa patienterna till en jourcentral istället för en akutmottagning. Jourcentralen i Linköping öppnade dagtid under december. I Motala och Norrköping är planerna att öppna dagtid under våren 2019. I Norrköping innebär förändringen en sammanslagning mellan den befintliga närakuten och jourcentralen.

3.6 Åtgärder för effektivare processer

För att uppnå effektiva och säkra processer finns det ett antal områden Region Östergötland behöver utveckla. Valfungerande IT-stöd och en välutvecklad digitalisering är nödvändiga för att nå målen. Prioriterade områden är e-hälsotjänster som bokning via internet, chattfunktioner, medicinska beslutsstöd och digitala besök. Inom digitalisering är en effektivare verksamhetsuppföljning och produktionsplanering prioriterade områden, samt en säkrare dokumenthantering. Målet är att verksamheterna skall få förutsättningar och kompetens för att kunna utnyttja den stora potential som digitalisering och artificiell intelligens innebär, främst inom det medicinska området men också för effektivare planering. Region Östergötland behöver också fortsätta arbetet med processkartläggningar för att effektivisera och förebygga flaskhalsar. Här är bland annat *Lean*, som är en verksamhetsstrategi i Region Östergötland, ett viktigt arbetssätt.

Nära vård är en viktig strategi för Region Östergötland, både ur ett patient- och verksamhetsperspektiv. Patienter ska inte behöva vårdas på eller besöka sjukhus om det inte är nödvändigt. Antalet mobila insatser i hemmet har dock inte ökat under de senaste åren, däremot har antalet digitala besök ökat något. Utvecklingen av den nära vården behöver fortsätta i högre takt. Det handlar om att öka möjligheterna för patienterna att vara delaktig i sin vård utanför sjukhusen, men också att ställa om så att mer vård kan ges genom primärvården. Det kräver ett långsiktigt arbete som Region Östergötland bara har påbörjat, och som behöver eskaleras. Nära vård som karakteriseras av geografisk närhet, hög tillgänglighet, kontinuitet och trygghet innebär en säkrare och effektivare sjukvård.

3.7 Gröna korset

Gröna korset är en enkel visuell metod med syfte att i sjukvården dagligen identifiera risker och vårdskador i realtid för att göra vården säkrare. Det är ett sätt att ta till vara medarbetarnas engagemang och idériakedom i att ständigt förbättra verksamheten steg för steg. Under 2018 har målet varit att alla vårdavdelningar inom slutenvård ska ha påbörjat dagliga avstämningsmöten enligt metoden Gröna Korset.

3.8 Kontinuitetshantering

Region Östergötland arbetar med kontinuitetshantering för att säkerställa en robust verksamhet med bibehållen patientsäkerhet och en god arbetsmiljö vid störningar och avbrott. Verksamheterna redovisar varje år om de har en kontinuitetsplan i kvalitetsverktyget RH-check. Samtliga samhällsviktiga verksamheter som har svarat under 2018 anger att de har en kontinuitetsplan (70 procent av de samhällsviktiga verksamheterna har svarat). Detta är ett viktigt område som kommer att följas upp under kommande år.

3.9 Riskanalys

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

I ledningssystemet ska det finnas strukturer för att fånga upp risker som, om de är frekventa och återkommande, måste analyseras och åtgärdas för att inte orsaka negativa händelser. Dessa kallas latent risker. I avvikelssystemets dashboard kan frekvensen avvikelser inom respektive arbetsprocess följas. Flest rapporterade risker finns inom området kommunikation/information. Flest antal tillbud har rapporterats inom läkemedelshantering och flest negativa händelser inom förflyttning/fall.

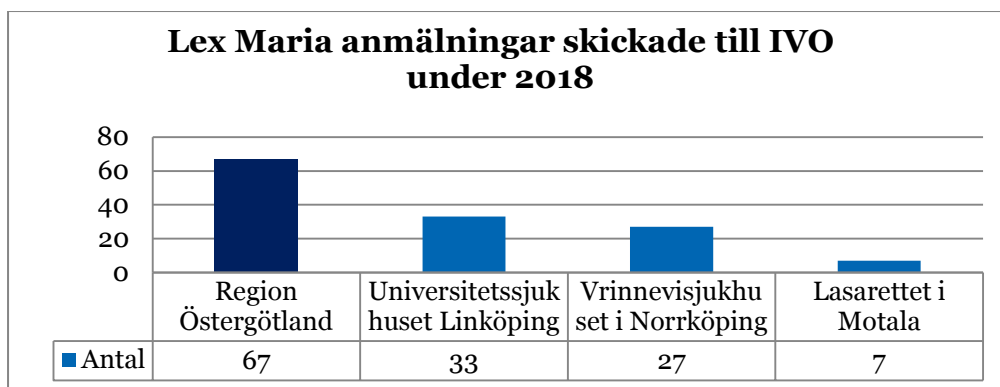
Införandet av Gröna Korset i slutenvård har bidragit till en ökad riskmedvetenhet och många av de risker, tillbud och negativa händelser som annars inte skulle fångats upp lika fort får nu en direkt effekt i att antalet rapporter ökar. Detta proaktiva arbete bidrar till en ökad rapportering bl.a. inom omvårdnads- och kommunikationsområdet.

Flertalet riskanalyser har genomförts. Oftast då man stått inför större organisatoriska förändringar eller då man planerar att genomföra förändringar av en vårdprocess. Tyvärr finns inget gemensamt system där dessa samlas och det blir därför svårt att på aggregerad nivå samla ihop lärdomar av dessa. Detta är ett förbättringsområde då identifierade risker i en verksamhet även kan gälla för andra.

3.10 Utredning av händelser- vårdskador

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

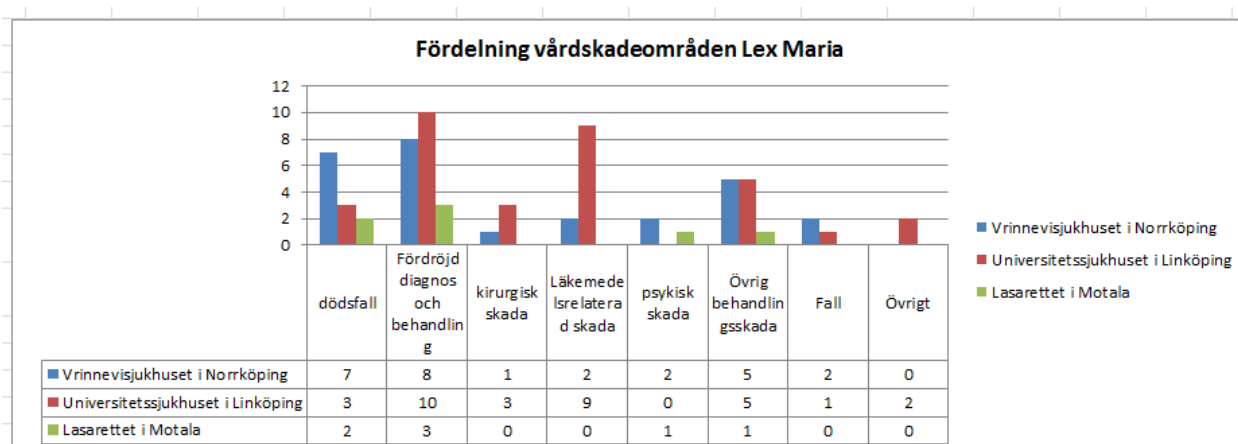
Under 2018 anmäldes sammanlagt 67 allvarliga vårdskador/risk för allvarlig vårdskada enligt Lex Maria. 15 av dessa utreddes med Händelseanalys, alla övriga med intern utredning.



Tabell 3. Antal Lex Maria ärenden anmälda under 2018

Av 67 Lex Maria ärenden har 12 lett till dödsfall. Det största vårdskadeområdet är fördröjd diagnos och behandling (21). Därefter följer läkemedelsrelaterade skador och övrig behandlingsskada (11). Åtgärder som vidtagits för att undvika upprepning har inte sammanställts på övergripande nivå. Här finns en förbättringspotential framåt.

I varje enskilt fall finns en handlingsplan som följs upp efter ca 6 månader tillsammans med chefläkare. I alla de fall där IVO hittills fattat beslut har bedömningen gjorts att vårdgivaren har uppfyllt kraven gällande utredning och vidtagna åtgärder för att förhindra upprepning.



Tabell 4. Fördelning vårdskadeområden för Lex Maria

3.11 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Risikanalyser: Informationssäkerhet ska vara en del i varje riskanalys som omfattar någon typ av påverkan på tillgänglighet, riktighet, konfidentialitet och spårbarhet. Det har under året arbetats med att få med informationssäkerhet i riskanalysprocessen, inga särskilda riskanalyser har genomförts inom området 2018.

Avvikelser: Inga specifika avvikelser inom informationssäkerhetsområdet har följts upp under året. Ett behov finns av att se över processen kring personuppgiftsincidenter och hur man ska identifiera avvikelser som kan hamna inom detta område.

Det behöver skapas tydligare gränsdragningar och samarbeten när det gäller dataskyddsförordningen och informationssäkerhetsområdet.

Uppföljningar: Genomförda egenkontroll (RH-check) informationssäkerhet har ökat. Fler verksamheter svarar att kunskap om Regionens ledningssystem för informationssäkerhet är känt. En grundläggande webbutbildning finns tillgänglig för alla medarbetare. Totalt har ca 8700 av regionens medarbetare genomgått denna.

Förbättringar: Informationssäkerhet bör tydligare definieras i riskanalysprocessen. Ett arbete har påbörjats under 2018 med att förtydliga och förbättra processer kopplade till informationssäkerhet exempelvis ärendehantering och upphandlingskrav.

3.12 Strålsäkerhet

Regionen bedriver ett systematiskt arbete för att trygga strålsäkerheten för patienter som genomgår diagnostik eller terapi med joniserande strålning. Avvikelser som inrapporterats har samtliga varit av lägre allvarlighetsgrad, och inga vårdskador har inträffat. I samband med nya lagar och föreskrifter för strålsäkerhet har regionen under året utvecklat ett nytt ledningssystem för strålsäkerhet, som utförligt beskriver organisation, ansvar, uppdrag, kommunikation och samverkan för strålsäkerhetsarbetet inom regionen. Samlad information om ledningssystemet finns under LISA-Säkerhetsportalen.

4 RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

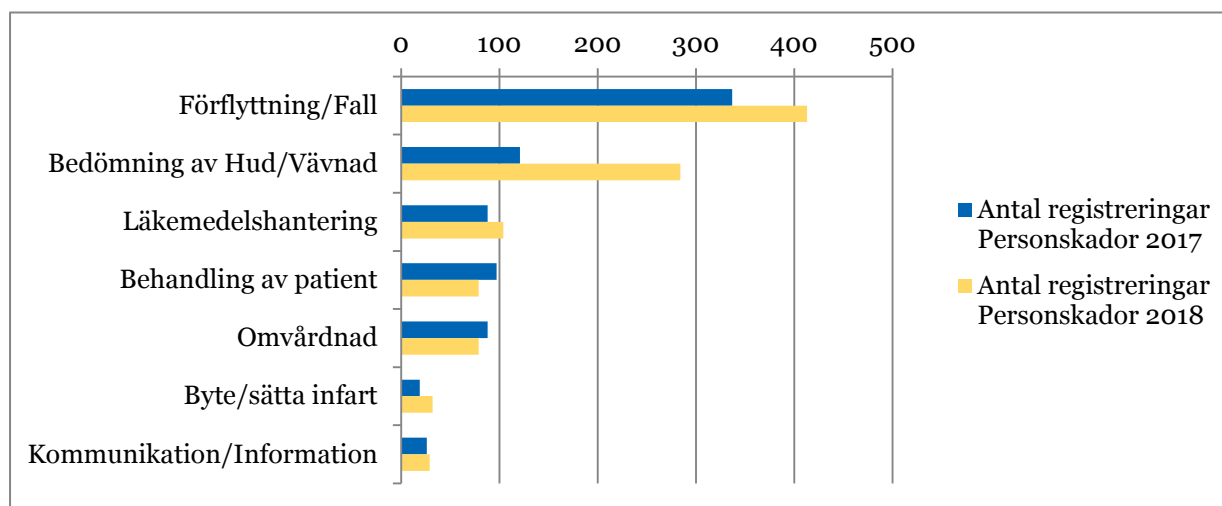
4.1 Resultat och analys av egenkontroll för ökad patientsäkerhet

Mål	Strategier	Åtgärd	Resultat	Analys
Halvering av andel vårdrelaterade infektioner till 2020	Handlingsplan och VRI strategi	VRI team på enheterna, obligatorisk e-utbildning, genombrottsprojekt	mars 12,7% maj 9,5% sept 9,8%. 58% av alla medarbetare har genomfört e-utbildning VRI.	Resultaten har förbättrats. Aktiviteter pågår för att lättare kunna följa trender, t.ex. tilläggskod för VRI och Dashboard för STRAMA/VRI
Egenkontroll inom Smittskydd och Vårdhygien, alla verksamheter.	Verksamheterna skall arbeta med att höja medvetenheten om VRI inom den specifika enheten/verksamheten.	Checklista har tagits fram för vårdhygieniska egenkontroller	Få enheter har kommit igång med egenkontrollerna.	Mer fokus på att verksamheterna utför egenkontroller.
Minska antalet trycksår. under 6% 2018 under 5% 2019	Handlingsplan och trycksårs strategi	PPM mätningar med verksamhetsnära analys.	mars 14,6% sept 10,7%	Resultaten har förbättrats sedan det målinriktade arbetet startades. Uthållighet är viktigt.
Enkel läkemedelsgenomgång 50% i öppen och slutenvård 2019	Handlingsplan och strategi	Mätningar månadsvis	Resultat presenteras i 2019 års rapport	Arbetet intensifieras under 2019.
Andel patienter som får en läkemedelsberättelse i samband med utskrivning från sjukhus, 40% 2019	Handlingsplan och strategi	Mätningar månadsvis	Resultat presenteras i 2019 års rapport	Arbetet intensifieras under 2019.
Minska överbeläggningar och utlokaliserade patienter	Stora satsningar på utbildning och kompetens	Flertalet åtgärder utifrån strategierna har vidtagits i verksamheterna.	Utlokaliserade patienter motsvarande 417 vårddygn per månad. Under 2018 har	Det stora antalet utlokaliseringar är en direkt följd av för få sjuksköterskor i slutenvård.

	<p>Utveckling av nya arbetssätt.</p> <p>God samverkan med länets kommuner.</p> <p>Samordnade insatser från flera olika parter vid utskrivning.</p> <p>Den öppna vårdens samordnande roll ska bli tydligare.</p>		<p>152 samordnade individuella planer, SIP, upprättats för personer som har skrivits ut från slutenvård. Det är mer än fem gånger fler än under 2017.</p>	<p>Universitetssjukhuset i Linköping har störst bekymmer med vårdplatserna och står därmed också för de flesta utlokaliseringarna. En förbättring har dock skett under året sedan en ny lag om betalningsansvar för utskrivningsklara patienter trädde i kraft i början av året.</p>
--	---	--	---	--

4.2 Avvikelser

Det största antalet registrerade avvikelser som resulterat i personskada finns inom området förflyttning/fall. Inom området bedömning hud/vävnad finns trycksår registrerade. Orsaken till ökat antal rapporterade personskador inom detta område, som är ett fokusområde, är att verksamheterna i högre omfattning nu rapporterar detta som personskada. Många enheter har infört Gröna korset. Riskmedvetenheten har ökat och medfört fler avvikelserapporter. Läkemedelshantering är fortsatt ett stort område där man bedömer att patienter kommer till skada. Omvårdnadsområdet är spritt inom många olika arbetsprocesser där förbättringspotential finns.



Tabell 5. Antalet personskador per arbetsprocess 2017-2018

En rad aktiviteter i syfte att minska dessa skador har vidtagits i verksamheterna. Här kan som exempel nämnas:

- Övergripande trycksårspreventivt arbete
- Påbörjat strategiskt arbete kring läkemedel
- Påbörjat strategiskt arbete kring fallprevention

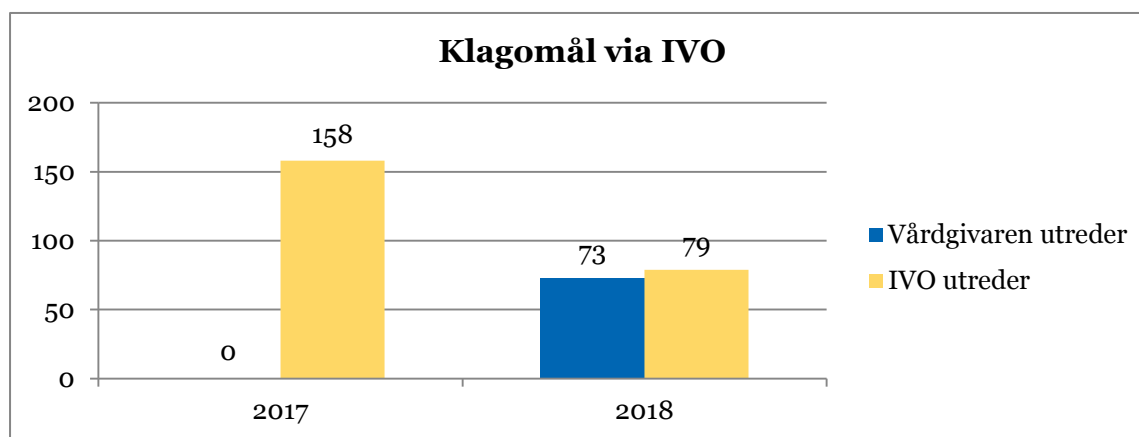
- Omvårdnadsutbildningar inom Clinicum
- E-utbildning VRI
- Uppgiftsväxling, ”rätt använd kompetens”
- Strukturerat arbetssätt kring diagnostiska fel
- Utbildning inom förbättringskunskap
- Patientsäkerhetsronder
- Gröna korset

4.3 Klagomål och synpunkter

Vårdgivaren ska snarast besvara klagomål från patient och deras närstående. Klagomålet ska besvaras på lämpligt sätt och med hänsyn till klagomålets art och den enskildes förmåga att tillgodogöra sig information.

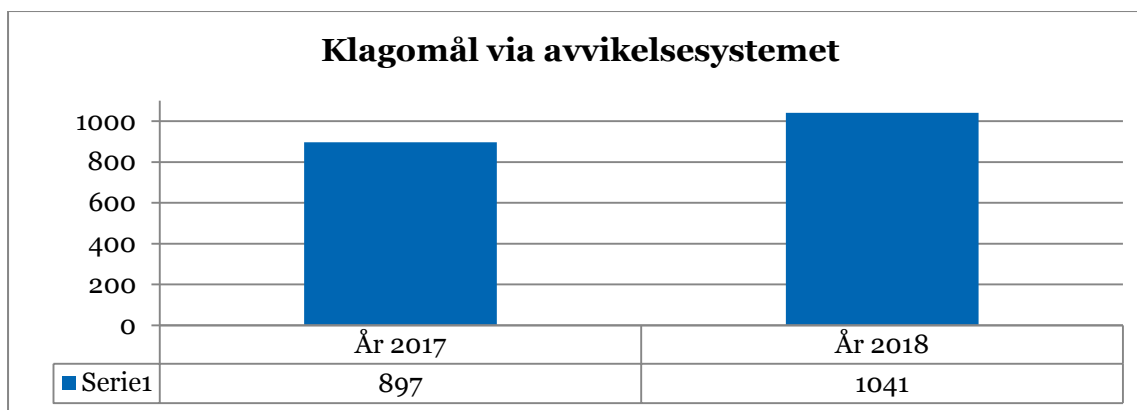
Den som klagar ska få en förklaring till det som inträffat och i förkommande fall en beskrivning av vilka åtgärder som har vidtagits för att förhindra en upprepning.

Vid årsskiftet infördes ett nytt klagomålssystem. Det är i första hand vårdgivarna som ska ta emot och besvara klagomål från patienter och deras närstående. Vårdgivarna ska också förklara vad som inträffat och vid behov vidta åtgärder för att liknande händelser inte ska inträffa igen. När patienter framför sina klagomål där vården utförs, finns det större möjligheter till snabbare svar. Det ger också vårdgivarna utrymme att i ett tidigt skede vidta åtgärder för att förebygga vårdskador. Antalet registrerade klagomål är i stort sett det samma medan de ärenden som IVO fortsatt utreder har halverats.



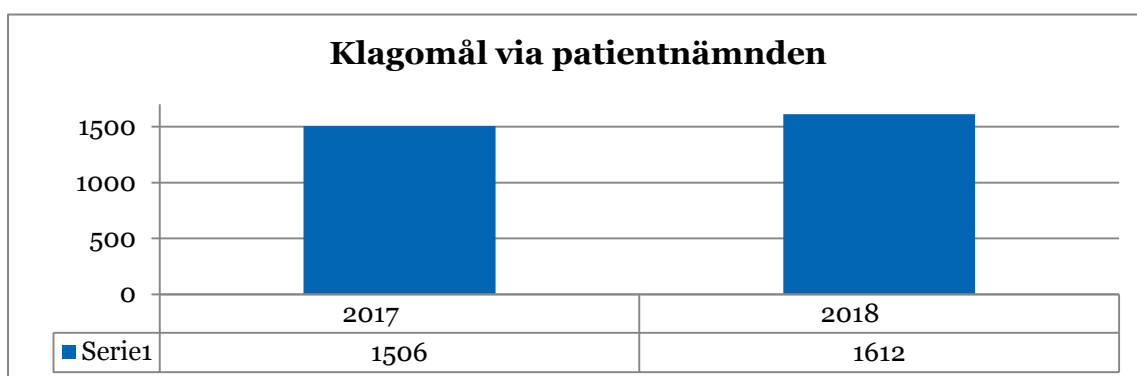
Tabell 6. Antal klagomål registrerade hos IVO 2017-2018

Antalet synpunkter och klagomål som registrerats i avvikelssystemet (Synergi) ökade från 897 år 2017 till 1041 år 2018. Ökningen är troligtvis främst beroende på ovanstående förändring. Alla klagomål som vårdgivaren utreder (tidigare IVO) ska registreras och dokumenteras i systemet.



Tabell 7. Antal registrerade synpunkter och klagomål i Synergi 2017-2018

En ökning har skett av klagomål till Patientnämnden jämfört med 2017. Vanligaste orsakerna är dock de samma som tidigare. Patienter uttrycker missnöje kring tillgänglighet (tid till vården och telefontillgänglighet), bemötande, undersökning och utredning.



Tabell 8. Antal klagomål via Patientnämnden 2017-2018

4.4 Händelser och vårdskador

Nedan presenteras analys av utredning av allvarliga vårdskador under året och de lärdomar som spridits i organisationen.

4.4.1 Utredningar av händelser, vårdskador och allvarliga vårdskador

Som tidigare redovisats har de flesta vårdskadorna handlat om fördröjd diagnos och behandling. Nedan presenteras några av de problemområden och risker som identifierats.

- Ögonsjukvården där bemanningsbrist, den åldrande befolkningen samt lokalernas beskaffenhet har samverkat. Fördröjd diagnos och behandling samt infektioner ses i ett antal ärenden.
- Mag-tarm kliniken där brist på lokaler, bemanning samt under en viss tidsperiod instrument (stöld av utrustning) har samverkat. Fördröjd diagnos och behandling med allvarliga konsekvenser för patienterna.
- Sårbar jourbemanning, framförallt nattetid och på läkarsidan som vid stora söktryck och hård belastning påverkar beslutsfattande och differentialdiagnostiskt tänkande.

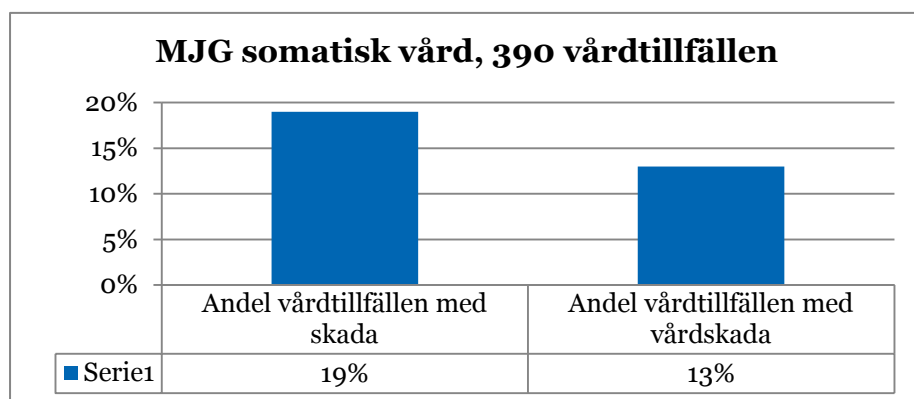
- Bristande tillgänglighet till information, felaktig tolkning/perceptionsmiss samt bristande kommunikation.
- Samverkan och omhändertagande av patienter med misstänkt sepsis.

Inom området Procedurer rutiner & riktlinjer har flest orsaker identifierats. Dessa kan röra provsvar, bokningsunderlag, remisshantering, läkemedel, dokumentation, bevakningar och rondarbete. Brister inom kommunikation och information samt utbildning och kompetens är andra vanliga orsaksområden. Detta rör bristande tillgång till information och bristande tolkning av information. Brister inom organisationen har lyfts i flera utredningar och pekar bl.a. på ovanstående problemområde gällande jourbemanning, samverkan och kommunikation.

För att skapa lärande och diskussion av inträffade händelser har chefläkare i olika forum gått igenom patientfall.

4.4.2 Markörbaserad journalgranskning somatisk vård

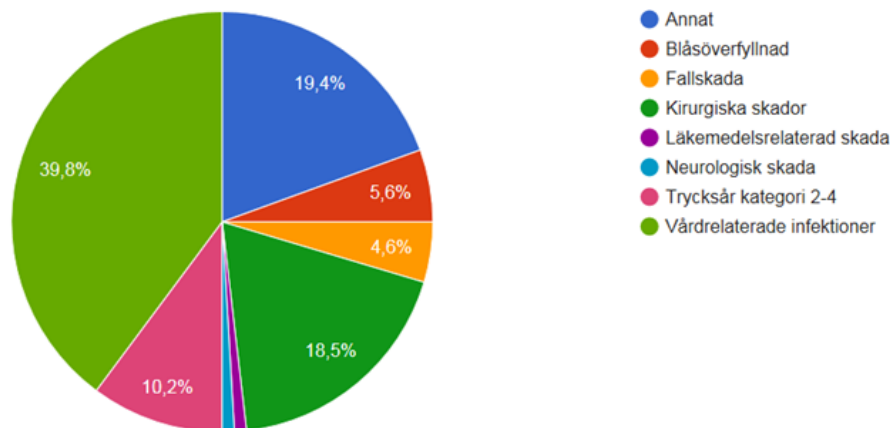
Vårdskadepanoramata är väsentligen oförändrat jämfört med föregående år. Andelen mindre allvarliga vårdskador visar över åren en viss ökning medan de allvarliga vårdskadorna är få och prevalensen oförändrad. Det är samma resultat som ses i den nationella sammanställningen. Antal och andel vårdskador som med högst allvarlighetsgrad är fortfarande få.



Tabell 9. Markörbaserad journalgranskning – Andel skador och vårdskador somatisk vård

De vanligaste vårdskadorna är fortfarande vårdrelaterade infektioner, kirurgiska vårdskador och tryckskador. Regionen har haft ökat fokus på just VRI och tryckskador under 2018 och prevalensen av båda typerna av vårdskador vid PPM mätningar har minskat under 2018.

Andel skador per skadegrupp av totala antalet skador, Region Östergötland, från 2018-01 till 2018-09



Tabell 10. Fördelning av antal skador per allvarlighetsgrad

Implementeringen av MJG inom psykiatri startade 2017 och har fortsatt under 2018. Data håller på att analyseras och det föreligger ännu inga resultat för 2018. De vanligaste vårdskadorna utgjordes av självskadebeteende, förlängd vårdtid och läkemedelsrelaterade vårdskador.

4.5 Riskanalys

Nedan redovisas kortfattat vilka områden som särskilt genomlysts utifrån identifierade risker.

- Risk att patienter skickas hem för tidigt under sommaren pga platsbrist. Åtgärder vidtogs där läkare från någon av klinikerna skulle godkänna inläggning, för att minimera den risken.
- Risk för bristande kommunikation mellan vårdenheter. Åtgärder kring genomgång av hanteringen av den perioperativa journalen, samt kopplingen till Cosmic för att få en gemensam bild av hur journalen ska användas vid informationsinhämtande/förståelse och överrapportering på och mellan enheter inom AnOP/IVA såväl som till vårdavdelning.
- Risk för VRI och felaktigt handhavande vid CVK. Åtgärder kring utbildning - funktion och hantering - för alla sjuksköterskor på den kirurgiska vårdavdelningen.
- Risk för felaktig tolkning av remisser. Åtgärder inom Radiologin för att förhindra höger och vänster fel i inkommande remisser.
- Röntgenkliniken i Linköping har genomfört en riskbedömning utifrån ett medarbetarperspektiv, inför uppstarten av endovaskulär beredskapslinje hösten 2018.
- Risk för diagnostiska fel. Vid varje misstanke om att ett patologiskt prov kan föreligga, överlämnas den vidare analysen till ett team av seniora Cytodiagnostiker. De ser till att provet dubbelgranskas, innan svar lämnas ut.
- Risk för perceptionsmiss inom radiologi, både internt och externt, dvs där man i efterhand tydligt kan se att förändringar sågs i bildmaterialet som inte

uppmärksammats vid granskningstillfället. I de fall man har identifierat kompetensbrister hos externa granskare har kontrakten avslutats.

- Risk för bristfälligt agerande vid akuta sällanhändelser. Larmrutiner har förbättrats, kommunikation i akuta situationer strukturerats(SBAR), verksamhetsöverskridande utbildningar inplaneras.
- Risk för att blodpåsar i karantän frisläpps. IT verktyg finns installerat som en extra säkerhetsbarriär.
- Risk att dokumentation i patientsjournalen brister. Utbildningsinsats för att öka insikten om diagnostiska fel och att tidigt identifiera försämring av vitala parametrar.
- Risk för utlokaliseringar och överbeläggningar. Samverkan ses som en framgångsfaktor.
- Bristande tillgänglighet i ”handprocessen”. Patientflödet för patienter från arbetsterapeut till fysioterapeut har ändrats.
- Riskanalys gällande lättvårdsambulanser. Denna typ av transporter sker inte längre. Samtliga ambulanser bemannas med sjuksköterska hos patienten under transport.
- Riskanalys gällande Journal på nätet för Barn- och ungdomspsykiatri. Åtgärder har vidtagits för säkra processer.
- Risk för bristande tillgång till trombektomi vid stroke(strokeprocessen). Åtgärder har vidtagits för att säkra processen.
- Risk för bristande informationsöverföring mellan huvudmän. Utredning av möjlighet till mailkonversation mellan Region och kommun.
- Risk för otillräcklig suicidriskbedömning. Åtgärder kring att säkerställa fortbildning och kompetens.

5 MÅL OCH STRATEGIER FÖR KOMMANDE ÅR

Det arbete som pågår inom Regionens fokusområden kommer att fortsätta under 2019. Patientsäkerhet är en stående punkt vid regionstyrelse (RS) och hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp (HSLG).

Fokusområden 2019

- Fortsatt fokus och uthållighet på tidigare fokusområden (VRI o tryckskador)
- Minska fallskador i somatisk slutenvård.
- Minska läkemedelsrelaterade risker och skador.
- Digitalisering kommer att vara ett område med ökat fokus, innebär både beslutsstöd och funktioner för ökad effektivisering och stöd för ökad personcentrering.
- Införandet av Vårdhandboken som övergripande riktlinje för omvårdnad.
- Utlokalisering, överbeläggningar och vårdplatser ett fortsatt stort fokusområde som kopplas till övergripande strategier kring kompetensförsörjning.

Vidare kommer ett ökat fokus på medicinska resultat finnas från regionledningen, patientsäkerhet och kvalitet ett gemensamt fokusområde. En medarbetarundersökning med integrerade frågor kring säkerhetskultur (hållbart säkerhetsengagemang, HSE) kommer att genomföras och följas upp. Metoden Gröna korset skall införas i fler verksamheter.

Att identifiera latenta risker och tidiga varningar som uppstår i verksamheterna är en central del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Arbetssätt för att sprida lärdomar i organisationen behöver förbättras, både när det gäller avvikelser, allvarliga händelser, identifierade risker i riskanalyser och framgångsrika förbättringar. Det arbete som pågår behöver utvecklas, sammanställas och kommuniceras så att åtgärder vid behov tidigt kan vidtas på övergripande nivå i organisationen.