



# Patientsäkerhetsberättelse

## *Region Östergötland 2020*

Datum: 2021-03-10

Diarienummer: RS 2021-220

# Innehållsförteckning

<b>1 Inledning</b>	<b>4</b>
<b>2 Struktur</b>	<b>4</b>
2.1 Övergripande mål och strategier	4
2.2 Organisation och ansvar	6
2.3 Samverkan för att förebygga vårdskador	6
2.4 Patienters och närståendes delaktighet	7
2.5 Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
2.5.1 Klagomål och synpunkter	9
2.6 Egenkontroll	10
<b>3 Process- Åtgärder för att öka patientsäkerheten</b>	<b>11</b>
3.1 VRI förebyggande arbete	11
3.2 Trycksårsförebyggande arbete	11
3.3 Läkemedelsrelaterat patientsäkerhetsarbete	12
3.4 Fallpreventivt arbete	12
3.5 Gröna korset	13
3.6 Riskanalys	13
3.7 Utredning av händelser - vårdskador	14
3.8 Informationssäkerhet	15
3.8.1 Uppföljning	15
3.8.2 Tillsyn	15
3.8.3 Förbättringsåtgärder	16
3.9 Strålsäkerhet	17
3.9.1 Uppföljning	17
3.9.2 Avvikelse	17
3.9.3 Förbättringsåtgärder	18
<b>4 Resultat och analys</b>	<b>18</b>
4.1 Minska VRI	18
4.2 Minska Trycksår	19
4.3 Minska läkemedels relaterade risker	20
4.4 Minska fallskador	20
4.5 Avvikelse	21
4.6 Klagomål och synpunkter	22
4.6.1 Klagomål via IVO	22
4.6.2 Klagomål via Patientnämnden	22
4.7 Händelser och vårdskador	22

## SAMMANFATTNING

Patientsäkerhet är en av vårdens mest väsentliga aspekter på god kvalitet. Inom hälso- och sjukvården i Östergötland ska vården, oavsett aktör, vara god och säker. Regionen Östergötlands vision är att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.

Vid årsskiftet 2020 genomfördes en stor organisatorisk förändring med syfte att stärka styrningen inom sjukvårdssystemet för att på så sätt öka förutsättningar för att bedriva en hälso- och sjukvård med hög kvalitet och tillgänglighet. All hälso- och sjukvård samlades inom samma produktionsenhet, "ett sjukvårdssystem", under ledning av två vårddirektörer.

Regionens prioriterade fokusområden har under året varit:

- Minska andelen patienter som drabbas av vårdrelaterade infektioner
- Minska andelen patienter som utvecklar trycksår i slutenvård
- Öka andelen läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelser
- Minska antalet fallskador i slutenvård

För varje område finns en handlingsplan. Vissa mätningar har genomförts under året medan andra planerade aktiviteter, såsom utbildning, genombrottsprojekt och övergripande förbättringsarbeten har måst skjutas på framtiden med anledning av pandemin. Det strategiska arbetet med att utforma regional handlingsplan med utgångspunkt från Socialstyrelsens nationella handlingsplan har av samma anledning försenats.

Regionen drabbades hårt av pandemin. Hela sjukvårdssystemet ställdes om under ledning av regional och lokal särskild sjukvårdsledning. Pandemiplaner upprättades och reviderades löpande. Frågor kring skyddsutrustning, läkemedelsförsörjning, samverkan och dokumentation krävde stora insatser och hårt arbete under lång tid. Särskild pandemivård organiserades vid regionens alla sjukhus och inom alla vårdnivåer.

Vård som inte kunnat anstå har bedrivits i sjukvårdssystemets alla delar. Vård som behövt skjutas upp har prioriterats på medicinska och etiska grunder, vertikalt inom respektive verksamhet och horisontellt via regionövergripande prioriteringsgrupper.

Vid halvårsskiftet 2020 öppnades vid ett av regionens sjukhus en multiprofessionell covidmottagning för behandling av patienter med resttillstånd och långtidseffekter efter sjukdomen.

Åtgärder för att förhindra skador har under året måst fokuseras på pandemisituationen. Avvikelser som rapporterats har sammanställts och analyserats löpande i syfte att följa covidrelaterade vårdskador. En mängd åtgärder har löpande vidtagits inom olika områden för att göra vården god och säker i den svåra situation som rått. Tre rapporter baserade på journalgranskning har tagits fram under pågående pandemi:

- Dödsfall med påvisad covid-19 på särskilda boenden eller i eget hem i Östergötland
- Dödsfall med påvisad covid-19 på sjukhus i Östergötland
- Påverkan av covid-19 på sjukhusvården i Östergötland

Fokus framåt inom patientsäkerhetsområdet ligger på att färdigställa strategisk handlingsplan för patientsäkerhet, att öka samverkan inom sjukvårdssystemet för att undvika vårdskador samt att övervaka säkerheten gällande den vård som fått anstå under pandemin.

# 1 Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

## 2 Struktur

### 2.1 Övergripande mål och strategier

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

Patientsäkerhet är en av vårdens viktigaste aspekter på god kvalitet. Inom Region Östergötland ska ingen patient behöva drabbas av vårdskada. Förutsättningar för att nå detta är högsta ledningens engagemang, en god säkerhetskultur, rätt kunskap och kompetens samt patientens delaktighet.

Under året har den nya organisationen formaliserats. All hälso- och sjukvård har samlats i en gemensam produktionsenhet. Stödfunktioner för patientsäkerhetsarbete har samlats i en gemensam stab där formalisering och tydliggörande av ansvarsområden inom de olika delarna i patientsäkerhetsarbetet fortfarande pågår.

Det tidigare pågående arbetet med fyra övergripande fokusområden stod fast även under år 2020. Inga nya fokusområden eller strategier beslutades eftersom planen var att arbeta fram en regional handlingsplan utifrån nationell styrning. Allt sådant planerat arbete försenades av pandemin.

Region Östergötlands nollvision gällande undvikbara skador inom hälso- och sjukvården kvarstår.

Övergripande fokusområden:

- Minska förekomst av VRI
- Minska förekomst av trycksår
- Minska fallskador
- Minska läkemedelsrelaterade skador och risker

Strategier:

- Vårdsystemet genomsyras av en god patientsäkerhetskultur.
- Alla vårdande enheter inom Region Östergötland ska använda Gröna korset som metod för att öka patientsäkerheten

## 2.2 Organisation och ansvar

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

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet fördelas i den nya organisationsstrukturen enligt nedan. Ledningssystemet anger roller och ansvar för olika delar i patientsäkerhetsarbetet.

### Regionledning

- Regiondirektören är Region Östergötlands högsta verkställande tjänsteman och ansvarar direkt inför regionstyrelsen
- Regionledningskontoret arbetar med verksamhetsstöd, lednings- och utvecklingsfrågor inom alla Region Östergötlands ansvarsområden.
- Övergripande strategiskt patientsäkerhetsarbete leds av Medicinsk direktör. *Chefläkare, chefsjuksköterskor, STRAMA smittskydd vårdhygien samt patientnämnd tillhör regionledning.*

### Hälso- och sjukvård

- Hälso- och sjukvården är en gemensam produktionsenhet som leds av två vårddirektörer
- Sjukvården organiseras inom 11 olika centrum.
- *Stödfunktioner för centrums- och kliniker/vårdcentralers patientsäkerhetsarbete, utbildning och klinisk träning organiseras inom Hälso- och sjukvården stab.*

### Centrum

- Centrum leds av centrumchef som är underställd vårddirektör
- Inom varje centrum leds och organiseras kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet av funktionen *utvecklingsansvarig*

### Klinik/Vårdcentral

- Verksamhetschef ansvarar för det operativa systematiska patientsäkerhetsarbetet i alla dess delar.
- Medarbetare ansvarar för att medverka i det systematiska patientsäkerhetsarbetet på arbetsplatsen.

## 2.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

### Samverkan sjukvårdsledning

Regionen arbetade i pandemins första fas under förhöjd beredskap från 24 mars till 1 september 2020. En regional särskild sjukvårdsledning tillsammans med lokala särskilda sjukvårdsledningar på de tre sjukhusen samt för primärvården ledde arbetet med anpassning av sjukvården till pandemin. I pandemins andra fas gick RÖ upp i förhöjd beredskap 30 oktober 2020. Även om pandemiplanerna till delar fick anpassas till nya förhållanden på sjukhusen var det betydligt enklare att återta nya arbetssätt på sjukhusen.

### Samverkan läkemedel

Regionens infrastruktur för läkemedelsfrågor underlättade samordning och omställning till pandemin. Ett regionalt kontrolltorn skapades för samordning av läkemedelsfrågor och

senare i mitten av april ingick RÖ som en av fyra regioner i en nationell samverkan. Arbetet med en ökad lagerhållning fortsatte efter avslutat beredskapsläge. Samtliga större vårdenheter hade ökat lagernivåerna i september 2020 till tre veckor. I en nästa etapp ökas detta till sex veckor och i tredje etappen till tre månader.

### Samverkan operationsplanering

Strategisk operationsplanering genomfördes av regionövergripande grupp med mandat att styra operationsflödet efter medicinskt behov.

### Kommunikation och information

Betydelsen av individuella vårdplaner för alla patienter inom hemsjukvård, särskilt boende och korttidsboende adresserades tidigt i pandemin. Läsrättighet av delar i patientjournalen öppnades för kommunal hälso- och sjukvårdspersonal och förlängdes senare till 31 oktober 2020.

Flera anpassningar till pandemin med mallar gjordes i patientjournalen. Ett palliativt kit med läkemedel för de vanligaste symtomen, uthopp i Cosmic till smittskyddsanmälan i SmiNet, journalmall "covid-19 bedömning" skapades. Sjuksköterskor i kommunen gavs behörighet att ta del av viss journalinformation.

På intranätets Coronapuff skapades en RÖ-övergripande sida "Till dig som vårdar patienter med covid-19" med medicinsk information, omvårdnadsinformation och övrig information. Här samlades olika typer av information, såväl nationell som regional, och innehöll alltid senaste uppdateringen.

### Utbildning och kompetens

Med hjälp av Clinicum (kliniskt träningscentrum) riktades utbildningsinsatser för medarbetare som kom att arbeta i pandemivårdavdelning/IMA eller intensivvård. Utbildningen filmades och fanns på så sätt brett tillgänglig. Infektionskliniken stöttade med läkarkompetens mot alla pandemiavdelningar som öppnades. Läkare från andra specialiteter placerades på infektions vårdavdelning. Något senare tillkom bemanningskoordination av andra personalgrupper som paramedicinare och kuratorer. Bemanningförsörjningen var komplicerad och av central betydelse. I mitten av mars fattades beslut på regional nivå om att ställa om administrativ personal till kliniskt arbete och minimera forskningstid.

## 2.4 Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Som ett led i det systematiska patientsäkerhetsarbetet, ska patienter och deras närstående ges möjlighet att delta. Region Östergötland har beslutat om en gemensam definition av personcentrerad vård:

*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.

## 2.5 Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

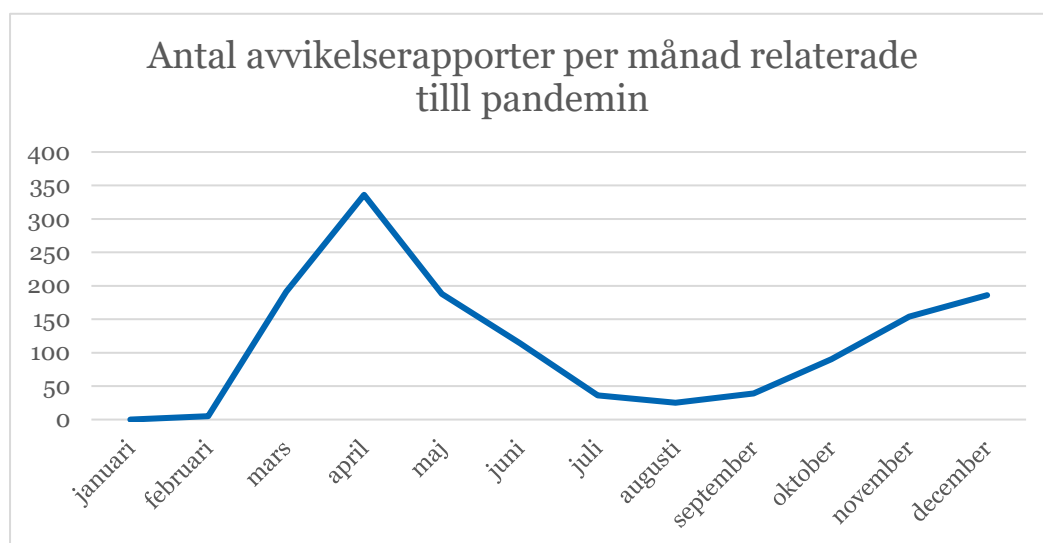
Inom Region Östergötland används avvikelshanteringssystemet Synergi. Alla verksamheter följer en lokal handlingsplan för avvikelshantering i syfte är att klargöra ansvar, rutiner och arbetssätt för patientsäkerhetsarbetet på enheten. När risk, tillbud eller negativ händelse inträffar är det varje medarbetares ansvar att rapportera detta i systemet. I verksamheten hanteras och analyseras avvikelser i multiprofessionell grupp. Om allvarig vårdskada eller risk för allvarig 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 söker månadsvis ut samtliga avvikelser som registrerats med allvarig personskada eller risk för allvarig personskada. Kontakt tas med verksamhet gällande händelser som inte på annat sätt gjorts kända.

Läkemedelsrelaterade avvikelser analyseras och följs övergripande. Systembrister analyseras och åtgärder initieras.

Coronarelaterade avvikelser har under året sökts ut övergripande, kategoriserats och rapporterats till högsta ledningen.





Flest ärenden kopplade till pandemin rapporterades under den första fasen. Rapporteringen avtog under sommaren och en viss ökning sågs sedan under den andra vågen. De arbetsprocesser som mest berördes var kommunikation/information, omvårdnad, behandling av patient, undersökning och provtagning. Ärendetyper domineras helt av lika dela risk/iakttagelse och tillbud. Endast en mindre del är kategoriserade om negativ händelse/olycka.

### 2.5.1 Klagomål och synpunkter

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

Patient eller närstående synpunkter och klagomål ska ses som ett bidrag till att vården blir bättre och säkrare för alla.

Är händelsen av karaktären vårdskada ska alltid verksamhetschef informeras som sedan ansvarar för att händelsen diskuteras med, eller rapporteras till, någon av chefläkarna för ställningstagande till lex Maria-anmälan.

Patient eller närstående som framfört klagomål ska alltid kontaktas personligen för att få en förklaring och en ursäkt för det inträffade.

#### Patienters klagomål till IVO

- Diarieförs och skickas via chefläkare till verksamhetschef
- Utreds antingen av verksamheten eller av IVO
- Svar skickas till chefläkare och diarieförs

#### Patienters klagomål via Synpunkter och klagomål

- Kommer via systemet direkt till aktuell verksamhet som utreder klagomålet, kontaktar patienten och dokumenterar i avvikelssystemet

#### Patienters klagomål till patientnämnden

- Patientnämnden kontaktar verksamheten som svarar patienten. Ärendet diarieförs och dokumenteras hos patientnämnden.

#### Patienters klagomål direkt till vården

- Klagomålet besvaras av verksamheten och dokumenteras i avvikelssystemet

Inom respektive klinik/vårdcentral sammanställs, analyseras och åtgärdas inkomna klagomål. Patientnämnden redovisar inkomna ärenden i regional rapport. IVO ärenden sammanställs och analyseras av chefläkare och chefsjuksköterska.

## 2.6 Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	PPM mätning 3 gånger per år (enskilda produktionsenheter mäter månadsvis)	Nationell PPM-databas
Basala hygienrutiner och klädregler	Observationsstudier, 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
Trycksår	PPM mätning 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	Antibiotikaföreskrivning/användning i öppenvård och slutenvård, antibiotikaronder	Folkhälsomyndigheten, Cosmic
Patientenkät	Årligen i primärvård, Vart annat år inom sjukhusvård	Nationell Patientenkät, SKR

# 3 Process- Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Det arbete som utförts för att öka patientsäkerheten under 2020 måste ses i relation till sjukvårdens omställning under pandemin. Ett aktivt och tydligt patientsäkerhetsarbete måste bedrivas dynamiskt och flexibelt och anpassas till rådande situation.

En stabil organisation för strategiskt och systematiskt patientsäkerhetsarbete utgör basen för denna anpassning och prioritering av arbetet.

Långsiktigt förbättringsarbete behöver samtidigt fortgå inom prioriterade fokusområden.

Aktiviteter under 2020:

## 3.1 VRI förebyggande arbete

Vårdrelaterade infektioner (VRI) medför inte bara förlängda sjukdomsperioder med ökad belastning för vården men även en ökad antibiotikaförskrivning och ett lidande för patienter och höga kostnader för samhället. Region Östergötland har sedan 2017 arbetat med en VRI förebyggande handlingsplan med utgångspunkt från WHO guidelines och SKR:s åtta framgångsfaktorer. Handlingsplanen innefattar sju områden med mål, åtgärder och förslag på uppföljning.

Incidensmätning av VRI utgörs av Infektionsverket. Under 2020 har arbete med att få fram löpande statistik i nytt uppföljningssystem pågått. Detta har medfört är att det under första kvartalet 2021 finns en validerad rapport som är öppen att använda. Rapportens syfte är att underlätta för verksamheter att få en överblick och att starta förbättringsarbete för att förhindra uppkomst av vårdrelaterade infektioner.

Sedvanliga PPM mätningar har inte genomförts under 2020 pga. det omfattande arbetet med pandemin.

I arbetet med att möta alla behov och frågor som uppstått gällande pandemin har fokus varit att rikta resurser till framtagande av regionövergripande rutiner, utbildningsinsatser och stöd till all vård och omsorgsverksamhet men även till samhället i stort. Smittspårning och provtagning är de områden som enskilt varit mest omfattande att hantera. Olika utbrott har följts upp och hanterats utifrån daglig anmälan i *SmiNet*, alltifrån individuell rådgivning till enskilda individer till övergripande råd till skolor, kommuner och organisationer.

## 3.2 Trycksårsförebyggande arbete

Sedan 2018 har trycksår varit ett fokusområde med en regionövergripande arbetsgrupp. Målet är att minska 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 finns utarbetad med åtgärder fördelade på olika nivåer.

Under året fortsatte arbetet med implementering av aktiviteter som startats tidigare. Den förenklade mätningen har fortsatt och journalgranskning av sjukhusförvärvade trycksår har genomförts. Flertalet kliniker mäter fortsatt trycksår månadsvis.

Tre regiongemensamma PPM mätningar har genomförts under året. Målet har varit att stötta verksamheten att bibehålla fokus på förebyggande arbete och signalera vikten av detta. Utöver detta har det även genomförts två pilottester för att mäta omvårdnads kvalitet, tolv kliniker har deltagit (158 patienter). Arbetet fortsätter under 2021 där trycksår är en parameter men också andra omvårdnadsområden som smärtbedömning, bedömning av infarter etc. ingår. Pilottesterna visar på en tydlig kvalitetsfokus nära patienterna trots rådande omständigheter.

### 3.3 Läkemedelsrelaterat patientsäkerhetsarbete

Läkemedelsrelaterade frågor ur ett patientsäkerhetsperspektiv är ett område som sedan 2018 för Regionen drivits med ett gemensamt ansvar mellan Läkemedelsenheten, Enheten för klinisk farmakologi och chefläkarenheten samt med representation från kliniskt verksam läkare. Ett arbete som fortgått är granskning av ärenden i avvikelssystemet, Synergi.

Under 2020 påbörjades också ett arbete kring översyn av användande av läkemedelsprotokoll i infusionspump inom Regionen. Bakgrunden till arbetet har direkt koppling till vårdskadeärenden.

Under 2020 har organisatoriska förändringar inneburit att stora delar i det strategiska arbetet varit vilande.

### 3.4 Fallpreventivt arbete

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. Under 2020 har det förebyggande arbetet för fallolyckor fortsatt enligt handlingsplanen. Det förebyggande arbetet inriktas på att förhindra fall och allvarliga skador hos patienterna vilket är något som behöver uppmärksammas då patienterna faller.

Arbetsgruppen har under 2020 haft färre möten och därmed också inte kunnat arbeta framåt på det sätt som planerades. På hemsidan finns material och information som kan användas i verksamhetens förebyggande arbete för fall. I handlingsplanen beskrivs åtgärder för att minska antalet fall och fallskador samt övergripande mål för Region Östergötland. Arbetsgruppen har tagit fram manual för ärendehantering av fall i avvikelssystemet Synergi för att få mer enhetlig registrering samt förbättrat underlag för uppföljning. Sedan förra året finns också ett dashboard för fall som också säkerställer enhetligt framtagande av statistik ur Synergi.

Tyvärr finns det svårigheter med tillgängliga indikatorer att följa för att på bättre sätt kunna aggregera och dra slutsatser omkring resultat av det förebyggande arbetet. Granskning av journaler på enheterna kan ge värdefull information om när fall händer, i vilka situationer,

speciella tider m.m. och därmed utgöra en viktig del i riktade åtgärder. En genomgång av olika utvärderings/uppföljningsformulär för granskning av journaler pågår.

### 3.5 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 2020 har varit att all slutenvård, primärvårdsenheter, Diagnostikcentrums verksamheter, mottagningar och övrig öppenvård samt folktandvården skulle hålla dagliga avstämningsmöten utifrån Gröna korset. Målet har inte uppnåtts och införandet i nya verksamheter har så gott som avstannat under 2020 då införande av metoden inte prioriterats under pandemin.

En e-utbildning som introduktion till nya medarbetare har lanserats under hösten 2020 och 120 medarbetare har hitintills genomfört utbildningen. Övriga utbildningar och nätverksträffar har skjutits upp till 2021.

I arbetet med RH-check patientsäkerhet finns möjlighet att kommentera eventuellt arbete med Gröna korset. Tre enheter har där kommenterat Gröna korset och de nämner att de tänker inför Gröna korset, två vårdcentraler och en enhet inom neurologiska kliniken. Vissa enheter har fortsatt sina avstämningar i Gröna korset även under pandemin och andra har pausat detta arbete och planerar för nystart efter pandemin.

Fortsatt implementering beräknas återuppta under hösten 2021. I stora delar av mottagningsverksamheterna, hela primärvården samt folktandvården kvarstår att påbörja införandet.

### 3.6 Riskanalys

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

Följande riskanalyser har genomförts övergripande under året:

- Patientflöde kirurgisk vård. Ojämna patientflöden och behov av att anpassa verksamheterna utifrån patienternas behov och väntelistorna. Ökad flexibilitet mellan sjukvårdssystemets kirurgiska kliniker och operationsutrymme framkom i analysen.
- Läkemedelsförsörjning i egen regi.
- Pandemivård vid ny enhet i syfte att kartlägga patientsäkerhets- och arbetsmiljörisker.

- På begäran av Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM) genomfördes en riskanalys av strålbehandlingsprocesser RÖ (personal, kompetens, utrustning, administrativa system m.m.). Tyvärr har SSM ännu inte återkopplat sin utvärdering.
- Riskanalys har genomförts inom ramen för förstudien Teknikval Samarbetstjänster som en del i att kartlägga förutsättningar för informationshantering i olika samarbetstjänster. Informationssäkerhet ska vara en del i varje riskanalys som omfattar någon typ av påverkan på tillgänglighet, riktighet, konfidentialitet och spårbarhet för information.

### 3.7 Utredning av händelser - vårdskador

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

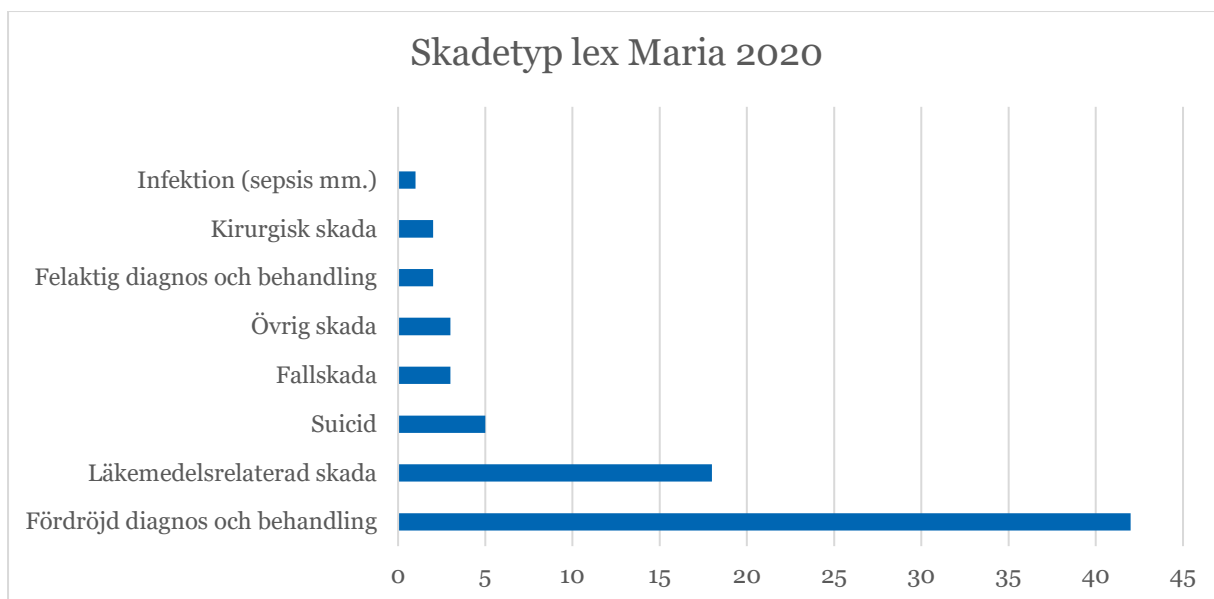
Systematiskt patientsäkerhetsarbete handlar om att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Utredning och analys är centralt i det arbetet. Det är viktigt att se utredningsarbetet som en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Händelser där patienter drabbats, eller riskerat att drabbas av allvarlig 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.

Under 2020 anmäldes 76 händelser enligt lex Maria. Mer än hälften av dessa (42) rör fördröjd diagnos och behandling. Diagnostik av cancer, diabetes och frakturer samt bristande differentialdiagnostik gällande akuta tillstånd finns inom detta område. Ett ärende rör akut obstetriskt tillstånd och kommunikations- och rutinbrister mellan akutkliniken och kvinnokliniken. Utbildningsinsatser över klinikgränserna tillsammans med gemensamma scenarioövningar planeras.

Ett annat större område berör läkemedelshandling. Anmälningarna handlar om förväxling, felaktig dos, biverkan samt felaktig administration. Bakomliggande orsaker till förväxlingarna har i några fall varit lokala otydliga arbetsrutiner som växt fram. Översyn och anpassning till regionens fastställda PM har ökat säkerheten. Sama sak gäller hantering av för en klinik ovanliga läkemedel där översyn med anpassning till rutiner för ordination enligt regionens PM minskat risken för upprepade fel.

Fem suicidfall har bedömts som undvikbara och anmälts under året.

Under pandemin arbetade akutkliniken US med ett separat covid-flöde i nya lokaler. Som ett led i arbetsprocessen skapades ett yttre triage med klinisk bedömning av patienten. Detta arbetssätt var effektivt på flera sätt och skyddade troligen mot smittspridning men bidrog sannolikt till fördröjd diagnostik av hjärtinfarkt hos en patient.



Diagrammet visar antal lex Maria per skadetyper 2020.

## 3.8 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

### 3.8.1 Uppföljning

Region Östergötlands revisorer påbörjade under 2018 ett arbete med att granska följsamheten till dataskyddsförordningen och slutgiltig rapport levererades under 2019. Arbetet med åtgärder kopplat till revisionen gjordes under 2020 genom arbete med bland annat ny registerförteckning. Arbete kommer att fortsätta under 2021 och aktiviteter finns med i handlingsplan för utveckling inom informationssäkerhet.

RH-check utgör verksamhetens egenkontroll inom riskhantering och säkerhet. Inför 2020 gjordes en del frågor om och nya tillkom. Generellt är andelen positiva svar högt.

Webutbildningen Informationssäkerhet i Kompetensportalen riktar sig till Region Östergötlands samtliga medarbetare. Informationssäkerhetsansvarig jobbar för att detta ska genomgå av alla medarbetare inom regionen då det är av stort värde att samtliga medarbetare får denna grundläggande utbildning i informationssäkerhet. Den 13 januari 2021 har 9184 medarbetare gått utbildningen, det är en ökning med 746 ytterligare medarbetare jämfört med år 2019.

### 3.8.2 Tillsyn

Integritetsskyddsmyndigheten, IMY, inledde under våren 2019 en tillsyn mot Region Östergötland. IMY har inom ramen för tillsynen inspekterat Region Östergötlands hantering av tilldelning av behörigheter i huvudjournalssystemet Cosmic och vilka faktiska åtkomstmöjligheter dessa behörigheter ger.

Tillsynen avsåg också dokumentation i loggarna till Cosmic. I beslutet delgavs Regionen kritik gällande processen tilldelning av behörigheter. Enligt myndigheten har inte tillräckliga åtgärder vidtagits för att säkerställa och kunna visa att personuppgifterna fått ett lämpligt skydd. Föreläggandet innebär åtgärder gällande behovs- och riskanalys samt att därefter tilldela varje användare individuell behörighet till enbart vad som behövs för att användaren ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter. Dessa åtgärder har genomförts.

Den 30 juni 2020 inledde Inspektionen för vård och omsorg, IVO, en tillsyn avseende Region Östergötlands informationssäkerhetsarbete utifrån att Region Östergötland är en leverantör av samhällsviktiga tjänster inom hälso- och sjukvårdssektorn. Tillsynens fokus var Region Östergötlands hantering av risker. I enlighet med begäran från IVO lämnade Region Östergötland in en redovisning av arbetssätt utifrån ställda frågor samt styrande dokument.

I sitt tillsynsbeslut bedömde IVO att Region Östergötland visat på att det finns en övergripande styrning av det systematiska och riskbaserade informationssäkerhetsarbetet och att ytterligare utredning inte var nödvändig i nuläget.

IVO gjorde också en tillsyn av pandemirelaterad vård på särskilda boenden där regionen kritiserades avseende lägstanivå angående vård och behandling utifrån den enskildes behov, information och delaktighet för patient/närstående, följsamhet till gällande regelverk vid vård i livets slutskede och avseende brister i journalföring. Regionen medgav vissa brister och angav en handlingsplan i sitt svar till IVO. Uppföljning sker under 2021.

### 3.8.3 Förbättringsåtgärder

Verksamhetsområde informationssäkerhet har under 2020 fortsatt arbete med att förtydliga och förbättra processerna kopplat till informationssäkerhet. Arbete som pågått under 2020 är bland annat utökad samarbete med förvaltningsorganisationen genom införande av dedikerad tid och närvaro hos förvaltningen en förmiddag varannan vecka och ett utökad samarbete mellan IT-säkerhet och IT-arkitektur genom veckovisa avstämningar tillsammans med chefsarkitekt. Genom att förbättra och utöka samarbete över verksamhetsgränser skapas förutsättningar för högre effektivitet och bättre efterlevnad av lagar och regelverk för informationssäkerhet inom Region Östergötland. Under 2020 har ett flertal utvecklingsarbeten genomförts inom området. Nedan är listat ett urval av större aktiviteter som genomförts.

- Molntjänststrategi

En strategi för hantering av molntjänster inom Region Östergötland har tagits fram för att underlätta och formalisera arbetssätt. Fortsatt arbete inom detta område kommer att ske under 2021 genom att omsättning av strategin påbörjas genom bland annat vidare utveckling av riktlinjer och verksamhetsstöd.

- Utveckling av Region Östergötlands registerförteckning

Arbete med att ta fram en ny registerförteckning över Region Östergötlands personuppgiftsbehandlingar har genomförts och en första version publicerades i december.



- Kunskapsartiklar i stöd- och serviceportalen

Ett flertal kunskapsartiklar inom informationssäkerhetsområdet har tagits fram och publicerats i stöd- och serviceportalen för att underlätta informationsinhämtning och effektivisera ärendehandläggning.

- Tänkt Säkert

Region Östergötland deltar sedan år 2019 i den årliga EU-övergripande informationssäkerhetsmånaden genom deltagande i kampanjen *Tänk Säkert* som arrangeras av *Myndigheten för samhällsskydd och beredskap* i samarbete med *Polismyndigheten*. Kampanjen syftar till att öka medvetenheten om informations- och cybersäkerhetsfrågor. Genom deltagande belyses området i stort men också vad som gäller inom Region Östergötland. År 2020 var temat för kampanjen inom Region Östergötland fake news och nätfiske vilket uppmärksammades genom bland annat affischer, instagram-inlägg och deltagande i podcasten *Tänk säkert på östgötska*.

### 3.9 Strålsäkerhet

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

Regionen bedriver ett systematiskt arbete för att trygga strålsäkerheten för patienter som genomgår diagnostik eller terapi med joniserande strålning. Regionens ledningssystem för strålsäkerhet implementerades 2019. Strålsäkerhetsinformation för ledning och medarbetare kan nås via LISA-säkerhetsportalen.

#### 3.9.1 Uppföljning

Uppföljning av strålsäkerheten inom RÖ utförs på flera nivåer. Verksamheterna genomför själva internrevisioner i form av strålsäkerhetronder och labbgångar. De har även tillgång till RH-check, lista 11- strålsäkerhet, som är ett verktyg för kontroll av lagefterlevnad. Det genomförs även en årlig internrevision på RÖ:s ledningssystem och i år har den fokuserat på övergripande riktlinjer inom området. Samlad uppföljning genomförs årligen i strålsäkerhetsrådet och redovisas vid ledningens genomgång. Strålsäkerhetsmyndigheten genomförde 2019 en inspektion av strålbehandlingsverksamheten som resulterade i två förelägganden som åtgärdades under 2020 och inspektionen är därmed avslutad.

#### 3.9.2 Avvikelse

Rapportering av strålsäkerhetsrelaterade avvikelser i Synergi sker numera under egen händelsekategori; strålsäkerhet. Antal anmälda avvikelser 2020 är väsentligt lägre än antalet årliga avvikelser de senaste åren, särskilt inom radiologi. Möjligen har det varit en underrapportering föranlett av ansträngda verksamheter under pandemin. En allvarlig händelse, stöld av radiofarmaka, inträffade i slutet av året. Trots omfattande interna sökinsatser kunde inte strålkällan återfinnas, endast emballaget. Händelseanalys är genomförd med implementering av ett flertal åtgärder, främst gällande säkrare

interna transporter, för att förhindra framtida stölder. Händelsen anmäldes till SSM, som efter genomförd händelseanalys även avslutat ärendet. Övriga avvikelser har varit av lägre allvarlighetsgrad, och inga vårdskador har inträffat.

### 3.9.3 Förbättringsåtgärder

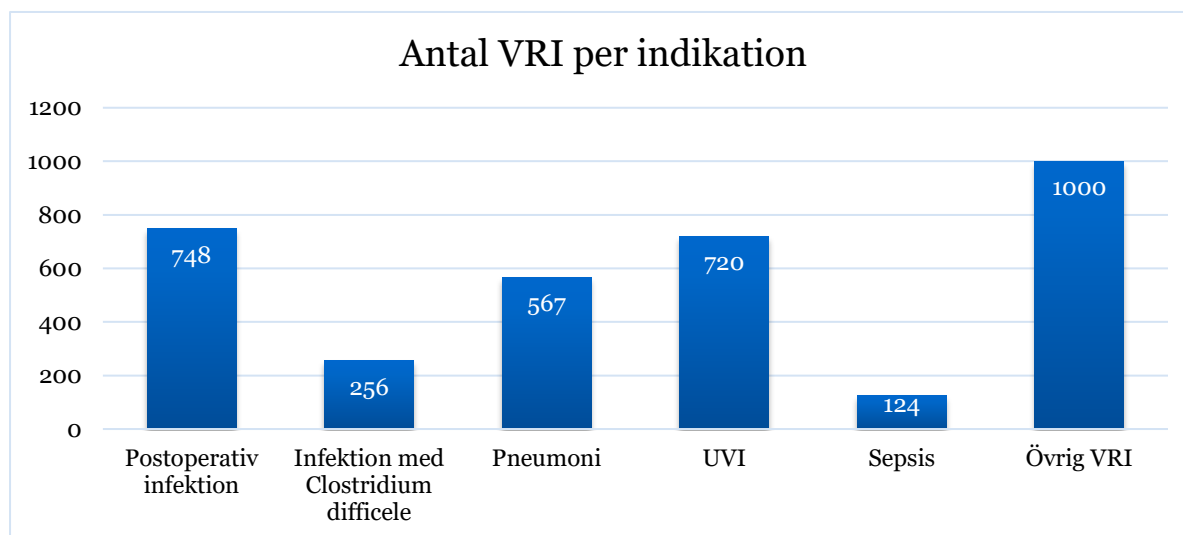
Verktyg för verksamheternas egenkontroll strålsäkerhet (RH-check, Synergi) har förbättrats liksom ledningens organisation för tillsyn och uppföljning av strålsäkerhet, genom regionens ledningssystem strålsäkerhet. Nationellt har under året patientinformation om nytta och risker med medicinska exponeringar införts i Vårdguiden (1177.se).

## 4 Resultat och analys

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

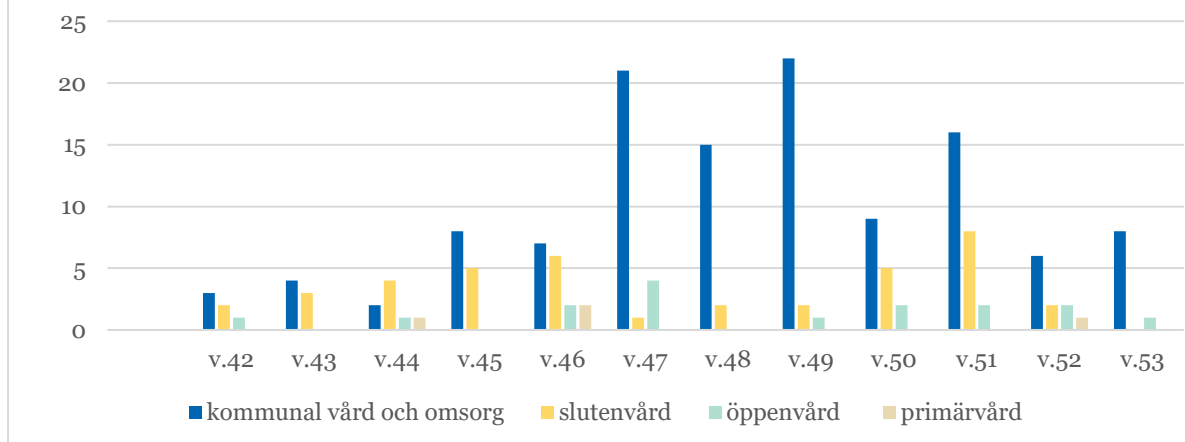
### 4.1 Minska VRI

Totalt sett har det skett en minskning av antalet vårdrelaterade infektioner under 2020. Den vanligaste vårdrelaterade infektionen 2020 var postoperativ infektion följt av lunginflammation och urinvägsinfektion.



*Diagrammet visar antal indikationer för antibiotikabehandling.*

## Antal nya utbrott inom hälso- och sjukvården 2020 som handlagts av vårdhygien Östergötland



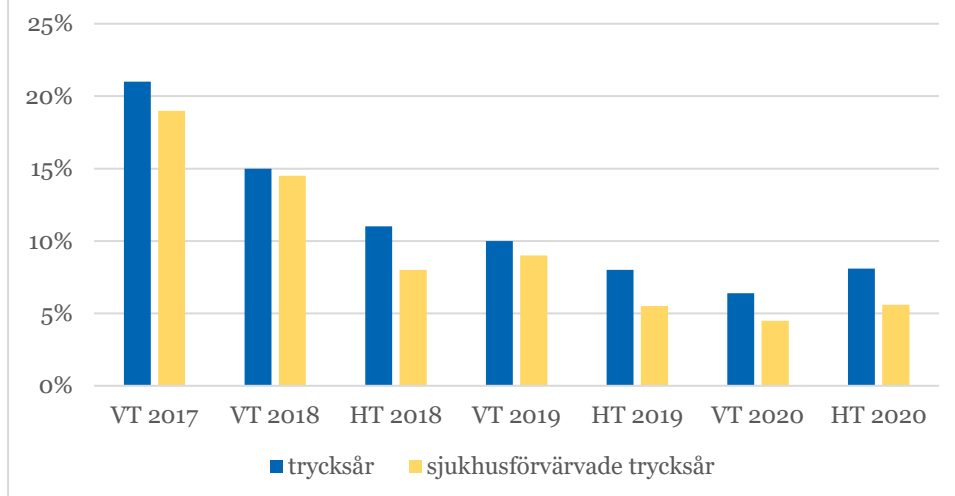
Diagrammet visar antal nya utbrott (definierat som mer än en patient/brukare/personal på enheten) som har handlagts av Smittskydd och vårdhygien, avser utbrott inom Hälso- och sjukvården, vecka 42 till årets slut.

En stor mängd utbrott inom hälso- och sjukvården har hanterats. Från vecka 42 till vecka 53 hanterades över 200 utbrott relaterade till pandemin. Dessa har framförallt berört utbrott inom den kommunala sektorn som särskilda boenden, LSS-boenden, hemtjänst och dagverksamheter, men även i verksamheter på sjukhus och primärvård.

## 4.2 Minska Trycksår

Resultatet visar bibehållet låg förekomst av sjukhusförvärvade trycksår och målnivån på under 4 % kvarstår. Inom intensivvården sågs under året en tydlig ökning, kopplat till covid-19-patienter som vårdas i bukläge. Specifik information förmedlades till intensivvården gällande särskilda åtgärder för respiratorpatienter i behov av vård i bukläge.

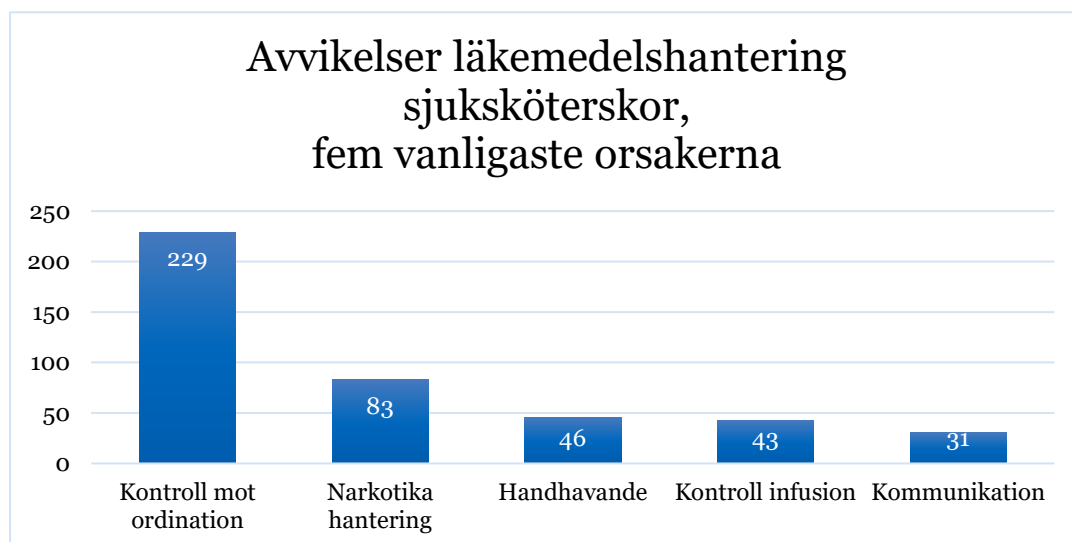
### Punktprevalensmätning trycksår över tid



Diagrammet visar andel trycksår vid PPM mätning över tid

### 4.3 Minska läkemedelsrelaterade risker

Granskning av rapporterade avvikelser inom området visar bland annat på att ärenden som berör sjuksköterskornas arbete tyder på brister i kontroll mot ordination i samband med iordningsställande och administration. Granskningen har legat till grund för framtida planering avseende stöd till läkemedelsansvariga sjuksköterskor samt i viss mån också lett till direkt återkoppling till involverad verksamhet.



Diagrammet visar antal avvikelser per orsaksområde/kategori gällande sjuksköterskor.

### 4.4 Minska fallskador

Andelen patienter som skadas allvarligt vid fall är fortsatt svårt att följa då man på enhetsnivå klassificerar skador olika. Antalet rapporterade händelser gällande förflyttning/fall minskade under året.

Rapporterade inom förflyttning/fall	Antal
2019	882
2020	764

Tabellen visar det totala antalet avvikelser för arbetsprocessen "förflyttning/fall" 2019 och 2020.

Detsamma gäller för antalet rapporterade fallhändelser som bedömts utgöra personskada.

Konsekvens personskada förflyttning/fall	Mindre allvarlig	Allvarlig och Mycket allvarlig
2019	351	101
2020	312	75

Tabellen visar antalet fallhändelser per allvarlighetsgrad 2019 och 2020.

## 4.5 Avvikelser

Det totala antalet rapporterade avvikelser inom vårdområdet minskade under 2020 jämfört med 2019.

Avvikelser gällande vård	Antal
2019	17314
2020	14164

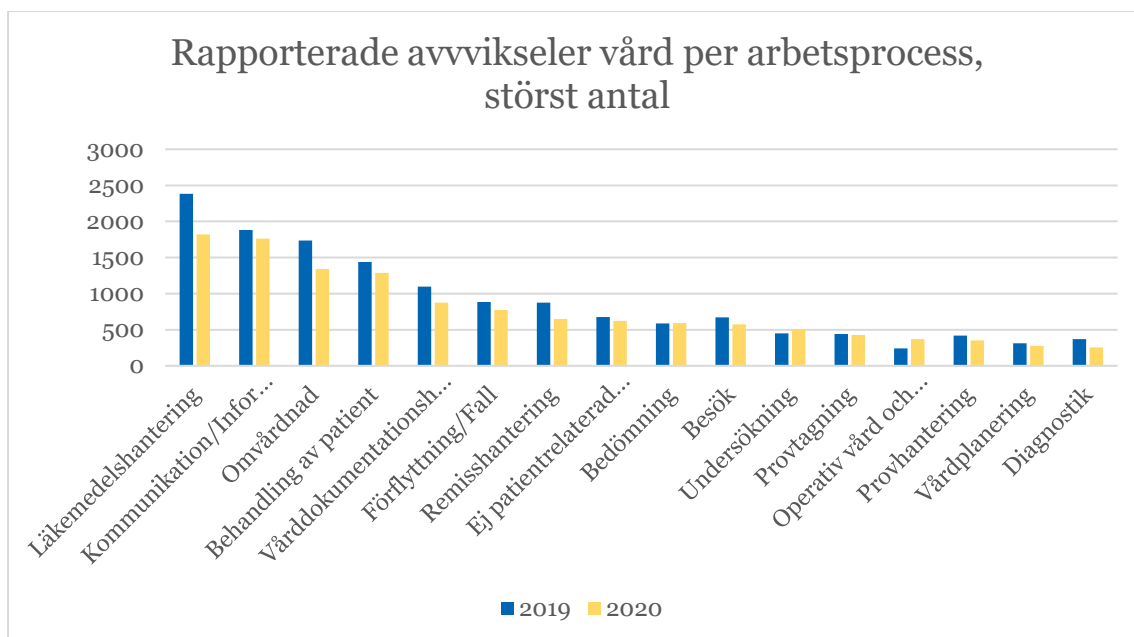
Tabellen visar det totala antalet rapporterade avvikelser inom vårdområdet 2019 och 2020.

Detsamma gäller för bedömning av händelsens allvarlighetsgrad/konsekvens.

Konsekvens personskada(ej arbetsskada)	Allvarlig	Mycket allvarlig
	Antal	Antal
2019	531	145
2020	445	109

Tabellen visar det antalet rapporterade avvikelser per allvarlighetsgrad 2019 och 2020.

Samma arbetsprocesser dominerar i rapportering av risk/skadeområden under 2020 som under 2019. Läkemedelshantering, kommunikation och omvårdnad föranleder fortsatt flest avvikelserapporter.



Diagrammet visar fördelningen av antalet rapporterade avvikelser(vård) per arbetsprocess 2019 och 2020.

## 4.6 Klagomål och synpunkter

### 4.6.1 Klagomål via IVO

Under 2020 anmäldes 172 klagomål till IVO. Hälften av dessa(86) har IVO beslutat utreda, och hälften(86) har utretts av ansvarig verksamhet. Sammanfattningsvis gäller dessa ärenden missnöje med vård, behandling och bemötande.

Psykiatri, kirurgisk vård, akutsjukvård och kvinno- barn sjukvård är övriga områden med större antal klagomål via IVO.

### 4.6.2 Klagomål via Patientnämnden

Patientnämnden noterar en nedgång av antal ärenden, särskilt under våren. Totalt minskade ärendemängden med 4 % för året. En viss nedgång i antal klagomål rörande "tillgänglighet" kan antas bero på att patienter under pandemin haft en ökad förståelse för väntetider och/eller uppskjuten vård. Det kan också ha funnits en rädsla för att besöka vården med upplevd risk för smitta vilket gjort att man heller inte sökt vård trots behov. Tillgänglighetsproblemen är återkommande och förekommer främst i primärvården.

Ett återkommande ämne gäller sjukresor. Transporten till sjukhuset kan ha skett med ambulans eller patienten kan ha beställt sjukresa. För hemfärden är det vårdgivaren som avgör huruvida det är befogat med sjukresa.

## 4.7 Händelser och vårdskador

De utredningar som genomförts under året visar på orsaker som bristande kommunikation, avsteg från rutin, bristande rutin och bristande bedömning.

Av 76 anmälda lex Maria ärenden fanns i 3 fall ett samband med sjukvårdens omställning under pandemin. Vårdskadetyper för dessa tre fall var "fördröjd diagnos och behandling" där konsekvensen för två av patienterna blev "bestående fysiska men" och för en patient "förlängd vårdtid och behandling". Under pandemins första fas arbetade akutkliniken US initialt med pandemiflödet i provisoriska lokaler, vilket kan ha bidragit till ett av lex Maria-ärendena. Efter en systematisk analys av de egna lokalerna, viss ombyggnad och anpassat arbetssätt i tät samverkan med smittskydd och vårdhygien har akutkliniken US kunnat möta pandemins andra fas i ordinarie lokaler. Sannolikt har det ökat patientsäkerheten.

## 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 struktur för systematiskt patientsäkerhetsarbete efter den omorganisation som trätt i kraft i Region Östergötland.

Vi kommer enträget att arbeta vidare med våra fokusområden med evidensbaserade strategier. Extra uppmärksamhet behöver ges till den uppskjutna vård som orsakats av pandemin men även där tillgängligheten varit otillfredsställande av andra skäl. Detta för att undvika vårdskador orsakade av försenad diagnos/behandling.