

# Patientsäkerhetsberättelse

## Region Blekinge

### År 2022



27 feb 2023

Ida Silvare, Patientsäkerhetssamordnare

1 SAMMANFATTNING .....	4
2 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	4
2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning .....	4
2.1.1 Övergripande mål och strategier .....	5
2.1.2 Organisation och ansvar .....	5
2.1.2 Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
2.1.3 Informationssäkerhet .....	8
2.1.4 Strålskydd.....	8
2.2 En god säkerhetskultur .....	8
2.3 Adekvat kunskap och kompetens .....	9
2.4 Patienten som medskapare .....	10
2.4.1 Patientens medverkan .....	10
2.4.2 Klagomål och synpunkter.....	11
3 AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	12
3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	12
3.1.1 Avvikelse .....	12
3.1.2 Vårdskada .....	13
3.1.3 Allvarlig vårdskada lex Maria och anmälningsärenden.....	14
3.1.4 Månadens fall .....	16
3.1.5 Vårdrelaterade infektioner .....	16
3.1.6 Trycksår .....	17
3.1.7 Markörbaserad journalgranskning.....	19
3.2 Tillförlitliga och säkra system och processer .....	20
3.2.1 Ledningssystem.....	20
3.2.2 Basala hygienrutiner och klädregler .....	20
3.2.3 Olämpliga läkemedel för äldre.....	21
3.2.4 Antibiotikaförskrivning.....	22
3.3 Säker vård här och nu .....	22
3.3.1 Riskhantering .....	23
3.3.2 Vårdplatser.....	24
3.3.3 Patientsäkerhetsdialog .....	24
3.3.4 Överbeläggningar och utlokaliserade patienter .....	24
3.4 Stärka analys, lärande och utveckling .....	25
3.4.1 Patientsäkerhetsindex .....	25
3.4.2 Patientsäkerhetsdag .....	26

3.4.3 Patientsäkerhetspris .....	26
3.4.4 Händelseanalys .....	27
3.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	27
4 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	27
Bilaga Egenkontroll .....	27

# 1 SAMMANFATTNING

Patientsäkerhet handlar ytterst om skydd mot vårdskada. Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Skador som inte är undvikbara är inte vårdskador. Om den hade kunnat undvikas ska den utredas som vårdskada och om vårdskadan är allvarlig ska den anmälas till IVO.

Varje medarbetare har ett särskilt patientsäkerhetsansvar och en del i detta är att rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Antalet rapporterade avvikelser under året är i jämförelse med tidigare år ungefär detsamma, runt 5800 avvikelser, flest inom kategorin Vård som står för runt 4000, följt av kategorierna Policy/riktlinjer/regler, Provtagning/prover, Fallolycka och Behandling som de mest använda kategorierna. Av dessa har 149 bedömts som Vårdskada och 46 blev Lex Maria anmälningar. Liksom tidigare år gäller anmälningarna främst medicinsk behandling inom underkategorierna läkemedel, behandling och diagnostik.

Patienter och närstående ska informeras om när en vårdskada har inträffat. Det är också av vikt att berörd vårdenhet tar emot och använder framförda klagomål och synpunkter för att fortsätta utveckla vården.

Olika aktiviteter och åtgärder genomförs för att eliminera och minimera risken för att vårdskada uppstår eller att negativa händelser upprepas, varav några framgår i denna patientsäkerhetsberättelse som beskriver hur Region Blekinge arbetat med patientsäkerhet under det gångna året.

Ett försämrat resultat i vissa delar visar att patientsäkerhetsarbetet måste prioriteras framöver.

Följsamheten till Basala hygienrutiner och klädregler har på totalen försämrats även om det finns goda exempel, Vårdrelaterade infektioner ökar, antal riskbedömningar för fall, trycksår och undernutrition minskar även om det finns goda exempel även här. Vidare ökar trycksåren och Patientsäkerhetsindex går på fel håll. Mycket av detta kan delvis bero på rådande personalsituation med stor personalomsättning.

Goda exempel under 2022 är att Förskrivningen av potentiellt olämpliga läkemedel hos äldre över 75 år fortsätter att minska, utlokaliserade patienter har minskat och alla medarbetare ska uppmanas att genomföra Socialstyrelsens Nationella patientsäkerhetsutbildning **Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet - Patientsäkerhet (socialstyrelsen.se)** vilket är en bra utbildning som lägger grunden för patientsäkert arbete.

Arbetet för en gemensam och stark patientsäkerhetskultur med målet att minska vårdskador behöver fortsatt prioriteras på alla nivåer utifrån regionens patientsäkerhetspolicy och hälso- och sjukvårdens handlingsplan, för *God och säker vård överallt och alltid* med målet att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskador.

## 2 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

### 2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning samt tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer. Nedan beskrivs övergripande mål och strategier, organisation, roller och ansvarsfördelning samt samverkan för att utveckla patientsäkerhetsarbetet.





### 2.1.1 Övergripande mål och strategier

Visionen är en god och säker vård, överallt och alltid. Det övergripande målet är att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskador och de övergripande måtten är att förbättra patientsäkerhetsresultat och patientsäkerhetskultur.

Avseende patientsäkerhetsresultat är ett övergripande mål att patientsäkerhetsindex ska öka. Detta index består av följande sju områden inklusive delmål;

- Vårdrelaterade infektioner - förekomsten ska minska så mycket som möjligt
- Basala hygienrutiner – följsamheten ska vara 100 procent
- Trycksår - förekomsten ska minska så mycket som möjligt
- Överbeläggningar och utlokaliserade patienter - ska undvikas i möjligaste mån
- Andelen äldre över 75 år som använder olämpliga läkemedel - ska minska
- Antibiotikaförskrivning - ska uppfylla det nationella målet på 250 recept per 1000 invånare och år
- Markörbaserad journalgranskning - ska genomföras för att identifiera vårdskador

Genom ett förebyggande systematiskt och strukturerat arbetssätt ska Region Blekinge minska förekomsten av vårdskador. Fyra grundläggande förutsättningarna lyfts fram för att arbeta mot visionen och fem fokusområden har prioriterats för kommande år.

Grundläggande förutsättningar

- A. Engagerad ledning och tydlig styrning
- B. En god säkerhetskultur
- C. Adekvat kunskap och kompetens
- D. Patienten som medskapare

Prioriterade fokusområden

1. Öka kunskap om inträffade vårdskador
2. Tillförlitliga och säkra system och processer
3. Säker vård här och nu
4. Stärka analys, lärande och utveckling
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap

Handlingsplaner för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvård respektive tandvård, omsätter den övergripande patientsäkerhetspolicyn genom att tydliggöra planerade aktiviteter samt åtgärder som ska genomföras för att utveckla patientsäkerhetsarbetet och därmed minska förekomsten av vårdskador. Nuvarande handlingsplan ska uppdateras till att avse planerade tidsatta åtgärder och aktiviteter de närmaste åren. För att stödja detta arbete ska ett nytt nationellt analysverktyg användas.

### 2.1.2 Organisation och ansvar

Den 1 januari 2019 bildades nya Region Blekinge. I samband med regionbildningen genomfördes en omorganisation vilket innebar nya förvaltningar och förändrad tjänstepersonsorganisation. Det innebar att Patientsäkerhetsavdelningen som bildades år 2010 utvecklades och de olika funktioner som ingick där fördelades ut på flera olika avdelningar inom hälso- och sjukvårdsförvaltning respektive regionstab.

Den politiska ledningen ansvarar och fastställer enligt reglementet.

- Regionfullmäktige fastställer i regionplanen övergripande mål och indikatorer för patientsäkerhet.
- Regionstyrelsen är värdgivare och har därmed det yttersta ansvaret enligt patientsäkerhetslagen. Vilket innebär ett ansvar att planera, leda och kontrollera på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls samt vidta åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.
- Hälso- och sjukvårdsnämnd respektive Tandvårdsnämnd, ansvarar för patientsäkerhet inom sitt respektive verksamhetsområde.

Tjänstemannaorganisationen har via linjeorganisationen, ett ansvar att utföra patientsäkerhetsarbetet.

- Regiondirektören har ett övergripande ansvar, beslut gällande patientsäkerhet för hela regionen sker i dennes ledningsgrupp.
- Hälso- och sjukvårdsdirektör respektive tandvårdsdirektör, ansvarar för att samordna och leda respektive förvaltningsverksamhet (Hälso- och sjukvård respektive Folk tandvård)
- Hälso- och sjukvårdschefer respektive tandvårdschefer, ansvarar för att samordna och leda inom respektive område (Nära vård, Specialiserad vård, Medicinsk service, Allmäntandvård, Specialisttandvård)
- Verksamhetschef respektive avdelningschef har ansvar och har befogenhet för planering, styrning och uppföljning på basenhets- och avdelningsnivå i det dagliga patientsäkerhetsarbetet. Stödfunktioner, se nedan.

Inom regionen finns bland annat följande funktioner inom patientsäkerhetsområdet.

- Tre chefläkare ansvarar för anmälningskyldigheten enligt lex Maria inom hälso- och sjukvården. För folktandvården är förvaltningschefen anmälningsansvarig. Tillsammans med övergripande patientsäkerhetssamordnare bildar de en chefläkargrupp.
- Chefläkarna, Patientsäkerhetssamordnaren, chefssjuksköterska och Omvårdnadsutvecklare bildar tillsammans med ett administrativt stöd Patientsäkerhetsfunktionen. Vilken prioriterar övergripande gemensamma åtgärder.
- Ett händelseanalysteam genomför övergripande analyser inom hälso- och sjukvården.
- Omvårdnadsutvecklare samverkar med ombud och avdelningschefer för att främja utvecklingen av omvårdnads kvalitet genom att initiera och stödja utvecklingsarbetet på vårdavdelningar och vårdenheter.
- Stödfunktioner i form av avvikelssamordnare, hygienombud, stramaombud, ombud för fall/trycksår/nutrition/smärta finns på vårdenheterna. Några enheter har även inrättat specifika tjänster inom patientsäkerhet.
- Smittskydd och vårdhygien arbetar med att förebygga uppkomst av vårdrelaterade infektioner och smittsamma sjukdomar samt minska spridningen av dessa. Smittskyddsläkaren är också en myndighet med befogenhet att besluta enligt Smittskyddslagen.
- Kunskapsstyrningsrådet ska bevaka det nationella och regionala kunskapsstyrningsarbetet, prioritera insatser och ansvara för överföring till vården genom processgrupper.
- Läkemedelsgruppen består av läkare, apotekare, farmaceuter och administrativ personal som arbetar med läkemedelsfrågor i regionen.
- Läkemedelskommittén är ett rådgivande organ vars uppdrag är att verka för säker, vetenskapligt belagd och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning i regionen.
- Strama Blekinge är en lokal grupp som verkar för att minska antibiotikaförskrivningen och övervaka resistensläget. De ingår i det nationella nätverket kring Strama (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens).
- Patientnämnden är en fristående opartisk instans till vilken patient och anhöriga kan vända sig med frågor, synpunkter eller klagomål som rör hälso- och sjukvård eller tandvård.
- Säkerhetsfunktionen ansvarar för det systematiska säkerhetsarbetet inom regionen. De områden som inkluderas är allmän säkerhet, krisberedskap, säkerhetsskydd och civilt försvar.

Varje medarbetare inom regionen har ett särskilt patientsäkerhetsansvar genom att medverka i ett systematiskt förbättringsarbete, vidareutveckla rutiner, följa upp mål och resultat samt rapportera händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

### **2.1.2 Samverkan för att förebygga vårdskador**

Nationell kunskapsstyrning etablerades 2018 med syftet att skapa gemensamma system för att leverera en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte. Kunskapsstöd mm ska tas fram inom relevanta områden och utformas så att de är lätta att använda. Idag finns 26 nationella programområden med deltagare som är experter med bred kompetens och representation från alla sjukvårdsregioner. Dessa skapar i sin tur nationella arbetsgrupper inom olika diagnosområden. Nationella samverkansgrupper ska samordna

regionernas gemensamma arbete i olika områden tex patientsäkerhet, läkemedel, kvalitetsregister samt uppföljning och analys. Region Blekinge deltar via regionala programområden och samverkansgrupper, utvecklar lokala programområden och arbetsgrupper för att samordna vårdförlopp mm. Takten för införandet har fått anpassats med tanke på pandemin. Uppdragsbeskrivningar, kompletterande blanketter och rutiner har arbetats fram och både en intern och extern samarbetsyta har byggts upp.

I södra sjukvårdsregionen finns ett etablerat samarbete inom flera områden och det som hanteras får stor påverkan på utvecklingen av den framtida vården i Blekinge. Detta gäller främst den nationella och regionala kunskapsstyrningen och arbetsfördelningen. Respektive verksamhetsområde har ett chefsråd som ska stärka det operativa samarbetet i södra sjukvårdsregionen för att uppnå en god och jämlik vård.

Ledningssamverkan vård och omsorg (LSVO) arbetar utifrån ledningssystemet ”Samverkan Blekinge - Samverkan mellan Region Blekinge och länets kommuner inom hälsa, vård, lärande och social välfärd”. Ledningssystemet beskriver parternas överenskommelse om hur samverkan ska organiseras. Syftet är att ge en överblick av samverkansområden och tydliggöra kopplingen till aktuella satsningar för t ex barn och unga, psykisk hälsa och nära vård. Ledningssystemet anger mål och indikatorer för olika områden och definierar tre viktiga nivåer i samverkan; strategisk (LSVO), taktisk (Samverkansgrupper) och operativ (verksamhetsnära projekt- och arbetsgrupper). I slutet av 2022 tog LSVO beslut om en verksamhetsplan för de kommande fem åren. De tre samverkansgrupperna ska arbeta fram konkreta aktivitetsplaner med utgångspunkt i den inriktning som anges i verksamhetsplanen. Verksamhetsplanen utgör även länsgemensam målbild och färdplan för jämlik hälsa, nära vård, stöd och omsorg i Blekinge (omställning till nära vård).

Regionen har även ett gott samarbete med länsstyrelsen kring det strategiska barnrättsarbetet. Psykiatri har sedan lång tid tillbaka ett nära samarbete med kommunerna, främst inom socialpsykiatri och beroendevård. Ett antal projekt på temat samverkan sker inom ramen för ”Uppdrag Psykisk Hälsa”. Näravårdskonceptet kräver ett nära samarbete mellan regionen och länets kommuner, vilket hålls samman inom LSVO. Konceptet innebär att vården ska utvecklas mot en mer nära vård, så att vård för patienter med mer komplexa vårdbehov hålls ihop, vård i hemmet utökas och akut uppkomna vårdbehov hanteras på rätt vårdnivå samt att sjukhusinläggning kan undvikas. Inom arbetet med omställning till nära vård finns flera insatser som har genomförts eller pågår. I primärvården sker samarbete med den kommunala sjukvården och omvårdnaden av patienter i deras hemmiljö. Vårdcentralerna har en samordnande sjuksköterska som tillsammans med kommunen arbetar för en trygg och nära vård, oftast efter sjukhusvård. En del i detta är att utveckla proaktiva arbetssätt där Samordnad Individuell Plan (SIP) i högre grad görs i hemmet och för att skapa samordning och trygghet för den enskilde. Detta kan i sin tur bidra till att minska behovet av bland annat akutbesök och slutenvård. Samverkan mellan flera verksamheter i nära vård, specialiserad vård och länets kommuner är viktig inom ramen för arbetet med Närsjukvårdsmodellen. Arbetssättet innebär att samordna vården bättre för sköra individer med komplexa behov. En avancerad medicinsk vårdplan ska bidra till ökad trygghet i hemmet och förebygga exempelvis onödiga inläggningar. Digital egenmonitorering är ett område som konkret kan bidra till omställningen och innebär att individen tar sina mätvärden med stöd av digital teknik hemifrån. Dessa värden t ex blodtryck, blodsocker och vikt samt självskattat välmående skickas till vården och utifrån detta kan individens hälsotillstånd bedömas samt vård- och behandling sätts in.

Digitaliseringen är ett av de områden som på grund av pandemin tagit större steg framåt i utveckling än vad någon kunnat förutse för något år sedan. Detta har lett till att verksamheterna har tagit till sig och utvecklat olika tekniska lösningar med stöd av andra t ex ovan nämnda närsjukvårdsmodell, digital egenmonitorering, utveckling av 1177-tjänsterna, digital mötesverksamhet via skype eller teams. Patientmöten via digitala arbetssätt förekommer och kommer att utvecklas och användas av alltfler vårdenheter inom regionen. Förberedelser för införandet av nytt vårdinformationsstöd fortsätter.

I och med att Lagen om samverkan (LOS) trädde i kraft 2018 har utskrivning från slutenvård till hemmet tydliggjorts. Den framtagna processen och rutinerna för Trygg och säker utskrivning syftar till att säkerställa samverkan för den enskildes trygghet och säkerhet.

### 2.1.3 Informationssäkerhet

Vårdgivaren ska årligen utvärdera skyddet mot intern och extern olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem som används för behandling av personuppgifter samt regelbundet granska att hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i patientjournalen enligt gällande författningar. Förutsättningarna för att genomföra slumpmässiga kontroller är cirka 10 % av de anställda, knappt 500 personer har granskats varje månad. Drygt hälften har inte tagit del av sekretessbelagd patientinformation under den utvalda tiden.

Analys och rapport för informationssäkerhetsarbetet 2022 har inte kunnat genomföras på ett fullgott sätt på grund av resursbrist.

Risk- och sårbarhetsanalyser genomförs enligt en etablerad metod i de fall en sådan analys krävs. En sådan analys ligger till grund för val av lämpliga skyddsåtgärder. Enligt lag och gällande regelverk för informationssäkerhet ska varje verksamhet på ett systematiskt sätt identifiera, analysera och hantera risker och sårbarheter som kan påverka verksamheten. Under 2022 var ökat samarbete och stöttning till förvaltningskoordinatorernas arbete med informationssäkerhet tänkt att utvecklas. Det har dock inte kunnat ske i den planerade omfattningen då det saknats resurs inom området.

Verksamheterna har under 2022 fortsatt sitt arbete med informationsklassning enligt de rutiner och riktlinjer som finns.

Informationssäkerhetsarbetet är systematiskt och sker genom verksamheternas arbete med ökad kunskap inom området samt efterlevnad av rutiner och riktlinjer.

Under 2023 kommer en ny resurs tillsättas för arbetet med informationssäkerhet. Arbetet som på olika sätt lidit av resursbristen ska ses över, åtgärdas och förbättras under kommande år.

### 2.1.4 Strålskydd

Strålskyddsbokslut för 2022, avseende medicinska exponeringar finns upprättat [här](#). Av bokslutet framgår hur det systematiska strålskyddsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, vilka åtgärder som har vidtagits för att upprätthålla och utveckla strålskyddet samt resultat som uppnåtts.

## 2.2 En god säkerhetskultur

En god patientsäkerhetskultur innebär att alla i hälso- och sjukvården är medvetna om och vaksamma på de risker som kan uppstå i det vardagliga arbetet. Erfarenheter från både patienter och personal ska tas tillvara och användas som underlag för lärande och utveckling inom patientsäkerheten.

Sedan 2011 har en längre patientsäkerhetskulturmätning genomförts var tredje år och denna pausades under pandemin. En kortare nationell patientsäkerhetskulturmätning - Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE) har tagits fram av SKR och hälso- och sjukvårdsledningen beslöt i början av 2022 att denna kortare enkät framgent skulle genomföras i stället för den mycket större undersökningen som tidigare gjorts. Denna kortare mätning kan genomföras, följas upp och ageras på årligen vilket ansågs gynna förvaltningens patientsäkerhetsarbete bättre än den längre mätningen som genomförs vart tredje år. Resultatet av patientsäkerhetskulturmätningen för 2022 är således en baslinjemätning och målet är att detta ska förbättras.

Svarsfrekvensen för HSE var enbart 53% och svarsfrekvensen behöver höjas om en fördjupad resultatanalys ska bli rättvisande. Mätningen genomfördes strax innan sommarsemestrarna började vilket troligtvis har haft en negativ inverkan på viljan/möjligheten att besvara enkäten. Genom att flytta HSE till



annan mindre intensiv tid på året, samt genom att marknadsföra mätningen bättre, tros svarsfrekvensen kunna höjas under 2023. Resultatet för 2022 visar att andelen positiva svar var 72,5% och detta resultat utgör således ett baslinjerresultat. Målsättningen framåt blir att förbättra resultatet under kommande år.

Hur tillfredsställande ett baslinjerresultat är kan vara svårt att bedöma då det saknas jämförelser. Men med tanke på att svarsfrekvensen var så pass låg bedöms målet som inte helt tillfredsställande. Se nedan tabell.

Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE)	Andel positiva svar		
		Jag vågar prata om mina misstag	94%
Min chefs chef ger förutsättningar för att bedriva en säker vård	65%	Jag blir alltid bra bemött på min arbetsplats när jag behöver hjälp	85%
På min arbetsplats lär vi oss av det som fungerar bra	76%	På min arbetsplats har vi ett väl fungerande samarbete med andra verksamheter	62%
På min arbetsplats agerar vi alltid utifrån de risker vi ser	76%	På min arbetsplats anpassar vi arbetet så att säkerheten bevaras när förutsättningarna förändras	67%
På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser	67%	Jag skulle känna mig trygg om en närstående vårdades på min arbetsplats	76%
Jag påtalar när jag tror något är på väg att gå fel	95%	På min arbetsplats erbjuder vi patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete	34%

Ett verktyg som kan används för att följa upp och skapa dialog är ”Säkerhetskulturtrappan från A till E”, vilket några vårdenheter använt. Detsamma gäller för verktyget ”Gröna korset” vilket skapar en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring att identifiera risker, avvikelser och vårdskada. Ett önskemål är att det fanns mer tid för reflektion och lärande. Ett sätt som detta görs på idag är att avvikelser och risker samt åtgärder för att minska dessa, diskuteras på arbetsplatsträffar och ledningsmöten. På så sätt knyts till viss del även aspekterna patientsäkerhet och arbetsmiljö samman. Flera vårdavdelningar har infört regelbunden reflektion för medarbetarna. Ytterligare ett sätt att skapa tid för lärande och reflektion är de patientsäkerhetsdialoger som genomförts av chefläkargruppen tillsammans med verksamhetens ledningsgrupper. Nyhetsbrevet ”Månadens fall” skickas ut till bland annat chefer och läkare, för att sammanfatta en specifik händelse eller riskområde som bedöms vara av allmänt intresse för patientsäkerheten. Brevet som sammanställs av chefläkargruppen poängterar i utskicket att många kommer oundvikligen ibland kunna känna igen sig i beskrivningarna men att det intressanta är vad vi i vården kan göra för att vi ska få till en säkrare vård för våra patienter och inte var händelsen utspelade sig.

## 2.3 Adekvat kunskap och kompetens

Verksamheterna har under flera år arbetet med medarbetarsamtal och individuella utvecklingsplaner för att trygga kompetensförsörjningen, en grundläggande förutsättning för en säker vård. Bemanning och schemaläggning tillämpas utifrån





kunskap om medarbetarnas erfarenhet och kompetens för att säkra att personalen har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Alla medarbetare har en viktig roll i regionens utvecklings- och förbättringsarbete. En ny metodik för utvecklings- och förbättringsarbete togs fram 2021. Som stöd finns information och digital utbildning kring förändringslednings-, förbättrings- och processmetodik, projektmodeller mm.

Vårdpersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och ska i detta syfte, via avvikelshanteringssystemet, rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Avvikelsen hanteras sedan av utsedd avvikelksamordnare på vårdenheten. Ett analysteam, som verksamhetschef utser, ansvarar för vårdenhetens interna process för avvikelser. De fem olika stegen i avvikelshanteringens är i korthet att identifiera, rapportera, analysera, förbättra, återföra och lära för att undvika att det händer igen. Processbeskrivning och hälso- och sjukvårdsövergripande rutiner finns. Som ett led i uppföljning för resultat och lärande ska varje ledningsnivå regelbundet diskutera rapporterade avvikelser och återföra erfarenheter. Uppföljning ska ske på region-, förvaltnings-, verksamhets- och avdelningsnivå. Syftet är bl a att identifiera övergripande systemfel och riskområden, orsakerna till dessa, vidta åtgärder samt följa upp effekten av dessa åtgärder.

Berörd personal ska få information om anmälningsärenden från Ivo och lex Maria anmälan. En mer allmän information till medarbetarna kring anmälningar och avvikelser, sker främst vid arbetsplatsträffar. Via nyhetsbrevet ”månadens fall”, beskrivs en specifik händelse som bedöms vara av allmänt intresse. Nyhetsbrevet skickas ut till chefer, läkare och avvikelksamordnare samt läggs ut på intranätet. Vårdenheternas patientsäkerhetsarbete följs upp via patientsäkerhetsdialoger, se 3.3.3. Under 2022 har Socialstyrelsens Nationella patientsäkerhetsutbildning gått ut till alla medarbetare i Regionen.

Kompetensförsörjningsplaner finns och behöver omsättas i aktiviteter för att behålla befintliga medarbetare och attrahera ny arbetskraft. Projekt RAK (Rätt använd kompetens) vilket hälso- och sjukvården driver tillsammans med regionservice, ska fortsätta för att utveckla fördelningen av arbetsuppgifter mellan olika yrkeskategorier. Det innehåller tre olika spår vad gäller en ändrad fördelning: mellan yrkeskategorier i vården, mellan yrkeskategorier inom service och mellan vård- och servicepersonal. Målet är att bidra till att klara kompetensförsörjningsutmaningen, bidra till en bättre arbetsmiljö och ökad kostnadseffektivitet, vilket i förlängningen leder till en bättre vård

## 2.4 Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att patient och närstående är delaktiga. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



### 2.4.1 Patientens medverkan

Patient och närstående ska ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. Om en patient drabbats av en vårdskada ska denne snarast informeras samt få förklarad vilka åtgärder som vidtas mm. Om allvarlig vårdskada informerar vårdgivaren patienten om att en anmälan har gjorts till Ivo samt deras beslut. Uppgift om den information som lämnats till patient eller närstående ska antecknas i journalen. Det ska även antecknas om informationen inte lämnats och anledningen till detta. När en händelse har medfört en allvarlig vårdskada, ska utredningen innehålla uppgifter om patientens beskrivning och upplevelse av händelsen. Om patienten inte kan eller vill beskriva ska det anges. Om patienten begär eller själv inte kan beskriva sin upplevelse, bör möjligheten erbjudas till en närstående.

Patientkontrakt är ett sätt att säkerställa patientens delaktighet i sin egen hälsa och att hålla ihop personens hälso- och sjukvård.

Det handlar om att i varje möte mellan individen och vården, stärka och ta tillvara individens egen förmåga utifrån vad som är viktigt för individen.

En kartläggning av patientkontraktets delar i hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamheter har genomförts för att få en bild av nuläget.

Verksamheterna har kommit olika långt. Det finns många goda exempel där arbetet med att uppfylla kontraktet vi har med invånarna i Blekinge genom Patientlagen kommit en bra bit på vägen. Psykiatrins verksamheter samt medicinklinikens mottagningar där min e-vårdplan cancer införts visar exempel på väl strukturerade arbetssätt, även om det också finns arbete kvar att göra.

Under året har det blivit allt tydligare hur personcentreringen och sammanhållningen som patientkontraktets delar syftar till integreras i kunskapsstyrningens vårdförlopp och omställningen till nära vård. Det konkreta arbetet med att öka användningen av olika former för patientkontrakt kommer framför allt att ske genom de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen och de generella processer som ska stödja vårdförloppen.

Arbetet med att utveckla den generella stödprocessen för personcentrerad och sammanhållen vård har startats upp. Tre processägare från Ronneby kommun, Sölvesborg kommun och Region Blekinge har utsetts av Ledningssamverkan vård och omsorg (LSVO) samt ett processteam som ska beskriva och utveckla processen.

#### 2.4.2 Klagomål och synpunkter

Antal ärenden	2022 (2021, 2020, 2019, 2018 inom parentes)
Klagomål till verksamheten i avvikelssystemet	336 (344, 341, 371, 388)
Patientnämnden antal avslutade ärenden	567 (478, 411, 392, 335)
Löf-ärenden	325 (?, 237, 267, 236)

Vården är den som i första hand ska ta emot klagomål och synpunkter från patient och närstående. Klagomålet ska besvaras snarast, på lämpligt sätt och med hänsyn till klagomålets art och den enskildes förmåga att tillgodogöra sig information. Den klagande ska få en förklaring till vad som inträffat och i förekommande fall, vilka åtgärder som vidtas för att det inte ska upprepas. Klagomål och synpunkter hanteras i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete och kan dokumenteras i avvikelssystemet, särskilda rutiner gäller om bedömningen är att det är en vårdskada. Genom att agera snabbt och om möjligt förebyggande, gagnas alla inblandade.

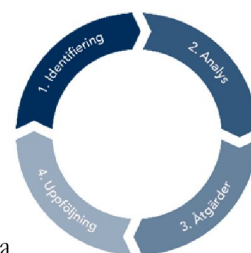
Patient kan göra en ”Anmälan om fel i vården” direkt till Inspektionen för vård och omsorg (Ivo). Från år 2018 har Ivo en begränsad utredningsskyldighet vilket innebär att de utreder anmälningar av allvarligare händelser, om berörd vårdgivare har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter att utreda klagomålet först. Det kan t ex vara händelser där en patient fått bestående skada eller ett väsentligt ökat behov av vård. Om Ivo utreder anmälan handlägger regionen ärendet enligt rutin och arbetslista till verksamhetschef respektive chefläkare, se 3.1.3.

Patient och närstående kan kontakta patientnämnden om de vill ha stöd och hjälp med att berätta för ansvarig vårdenhet samt att få svar på sina synpunkter och klagomål. Vården ska bistå patientnämnden i den utsträckning som behövs för att nämnden ska kunna fullgöra sitt uppdrag. Antalet klagomål till patientnämnden fortsätter att öka. Totalt avslutades 567 patientnämndsärenden. Att jämföra med 478 ärenden 2021 samt 411 år 2020. För mer utförlig analys hänvisas till patientnämndens verksamhetsberättelse för år 2022. De som kontaktar patientnämnden för att lämna synpunkter uttrycker det ibland som att ”Det som hänt mig kan inte göras o gjort, men genom att berätta kanske jag kan förhindra att någon annan drabbas”.

Patient som drabbas av en skada i samband med hälso- och sjukvård eller tandvård kan ha rätt till ersättning enligt Patientförsäkringen hos Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (Löf). Enligt patientskadelagen lämnas ersättning om skadan hade kunnat undvikas vid vård och behandling av en erfaren specialist. Ersättning erhålls ej enbart för att behandlingen inte leder till önskat resultat. Under 2022 inkom 325 ärenden gällande Region Blekinge, till Löf. I dagsläget är 47 ersatta, 99 ej ersatta och 179 under handläggning. Enligt år 2020 tog Löf emot 17 400 anmälningar från hela landet, en minskning med cirka 3 % jämfört med 2019. Antalet anmälda skador per år i Blekinge har varierat något mellan åren, se tabellen ovan. I cirka 40 % av de ärenden som avslutas erhåller patienten ersättning. Skador inom ortopedi, tandvård, distriktsvård och kirurgi är de som anmäls mest till Löf. Om det gäller en läkemedelsskada kan anmälan ske till Svenska Läkemedelsförsäkringen AB.

### 3 AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Region Blekinge ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat eller i jämförelse med nationella uppgifter. Av bilagan framgår genomförda mål, aktiviteter och resultat som genomförts under året inom de fem fokusområdena samt preliminär planering framåt utifrån resultaten.



#### 3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

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



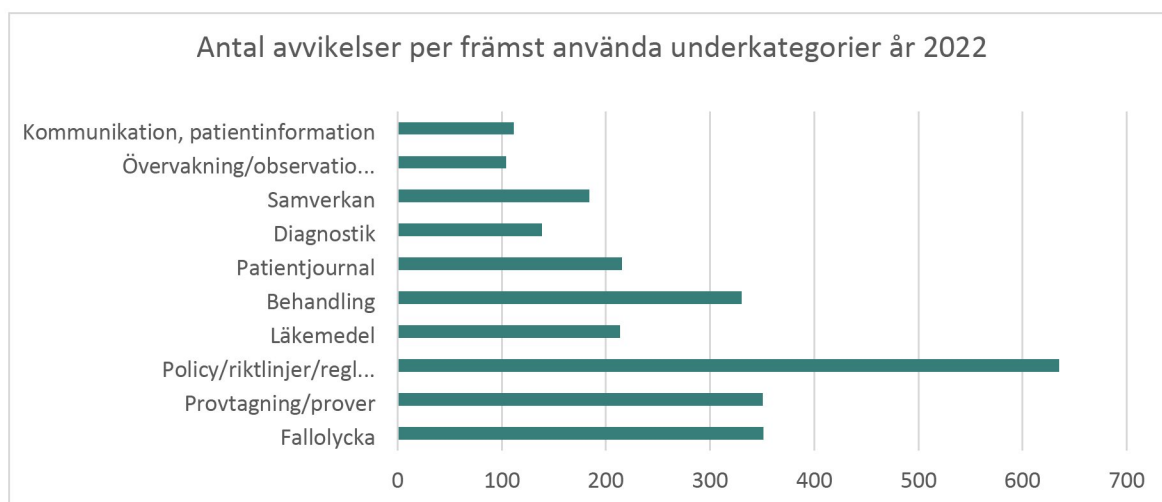
##### 3.1.1 Avvikelser

Regionens rapporteringssystem för avvikelser	2022 (2021, 2020, 2019, 2018 inom parentes)
Antal inrapporterade avvikelser	5 804 (5 815, 5 524, 5 823, 5 737)
Mest frekventa riskområde för avvikelser	Vård 4 053 (4 616, 4 426, 4 803, 4 838)
Mest frekventa kategorier för avvikelser inom riskområde vård	Omvårdnad 1 400 (1 961, 1 612, 1 935, 1 862) Medicinsk behandling 773 (917, 923, 1 197, 1 262) Administrativ rutin 961 (854, 1 014, 970, 1 172)
Antal inrapporterade förbättringsförslag	117 (104, 101, 128, 99)

Med avvikelse menas en händelse som medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat. Inom hälso- och sjukvården kan avvikelser vara av olika karaktär och allvarlighetsgrad. Det kan vara allt från mindre störningar och klagomål i det dagliga arbetet, till en händelse som medför en vårdskada. Vårdpersonalen ansvarar för att rapportera avvikelser i ett it-stöd. Därefter hanteras avvikelserna utifrån de övergripande riktlinjerna samt verksamhetens rutiner kring avvikelse- och kvalitetsarbete. På varje vårdenhets ska minst en avvikelseransvarig vara utsedd för att hantera avvikelser i samråd med chef.

Antalet rapporterade avvikelser under året är i jämförelse med tidigare år ungefär detsamma. Avvikelsesystemet i sin nuvarande form har varit i bruk i cirka 10 år och förtroendet med it-stödet och rutiner har blivit allt bättre. Önskemål om ett mer ändamålsenligt it-stöd har framförts under ett flertal år, bland annat för att underlätta analys och rapportering. Avvikelser kategoriseras inom något av följande riskområden; vård, försörjning, arbetsmiljö, säkerhet, personalförsörjning, ledning och styrning eller miljö. Tabellen nedan visar antalet avvikelser per underkategori, de tio mest använda, under året.





I samband med hantering av en avvikelse ska bakomliggande orsaken anges. Inga större förändringar mellan åren kring hur verksamheten bedöms; de främsta bakomliggande orsakerna för avvikelserna är att man inte följer dokumenterade rutiner samt att det finns brister i skriftlig/muntlig information.

Avvikelsesamordnaren på respektive vårdenheter registrerar, som tidigare nämnts bland annat riskområde, kategorier, bakomliggande orsaker samt gör en bedömning av allvarlighetsgrad och sannolikheten för upprepning av avvikelsen enligt en fyrgradig skala. Hanteringen i sig är en läroprocess vilket medför att analys av avvikelser på övergripande nivå bör ske med viss försiktighet. Verksamhetschefen ansvarar för att åtgärder och förbättringar genomförs utifrån de avvikelser som rapporteras. Avvikelser som är gemensamma med andra vårdenheter och/eller övergripande ska beaktas av ledningen samt vid allvarliga vårdskador ska chefläkaren kontaktas.

Chefläkare och chefssjuksköterska genomför journalgranskning och läkemedelsgruppen informerar för att minimera avvikelser kring bland annat olämpliga läkemedel och antibiotikaförskrivning, se rubriker längre fram.

		Allvarlighets grad	Allvarlighets grad	Allvarlighets grad	Allvarlighets grad
		katastrofal	betydande	måttlig	mindre
<b>Sannolikhet för upprepning</b>	<b>mycket stor</b>	23	91	35	33
	<b>stor</b>	21	603	499	131
	<b>lite</b>	49	989	1545	716
	<b>mycket liten</b>	18	264	352	831

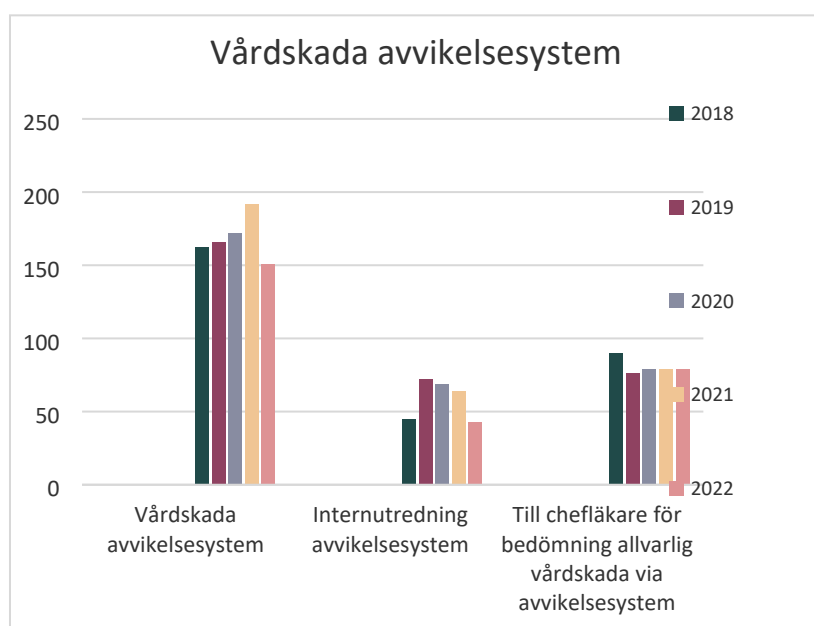
Tabellen ovan visar hur alla avvikelser har bedömts kring allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepning. I antalet ovan ingår även de avvikelser som bedömts vara vårdskada och allvarlig vårdskada, vilket beskrivs mer utförligt under rubrikerna nedan.

### 3.1.2 Vårdskada

Regionens rapporteringssystem för avvikelser	2022 (2021, 2020, 2019, 2018 inom parentes)
Antal avvikelser bedömda som vårdskada	149 (192, 172, 166, 162)
Andel markerade internutredda vårdskador	27 % (33%, 35%, 43%, 28 %)
Antal avvikelser till chefläkare för bedömning kring allvarlig vårdskada	79 (79, 79, 76, 90)

Om chef och avvikellesamordnare på vårdenheten bedömer att avvikelserna kan innebära en risk för vårdskada eller att det var en händelse som medfört en vårdskada, ska en internutredning göras av vården enligt övergripande rutin och arbetslista. Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Åtgärder ska vidtas för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas.

De första staplarna i diagrammet nedan visar antalet registrerade vårdskador i avvikelssystemet. När vårdskadan är bedömd och utredd, ska detta markeras i it-stödet och åtgärder anges. Genomförd internkontroll visar att så inte alltid sker, vilket också de mittersta staplarna nedan visar. I patientsäkerhetsdialoger framkommer dock att internutredning oftast genomförs men att man glömmar bort att markera i it-stödet. De sista staplarna visar de vårdskador vilket verksamheten ansett kan vara av allvarigare art och därmed skickat dessa vidare till chefläkare, se 3.1.3.



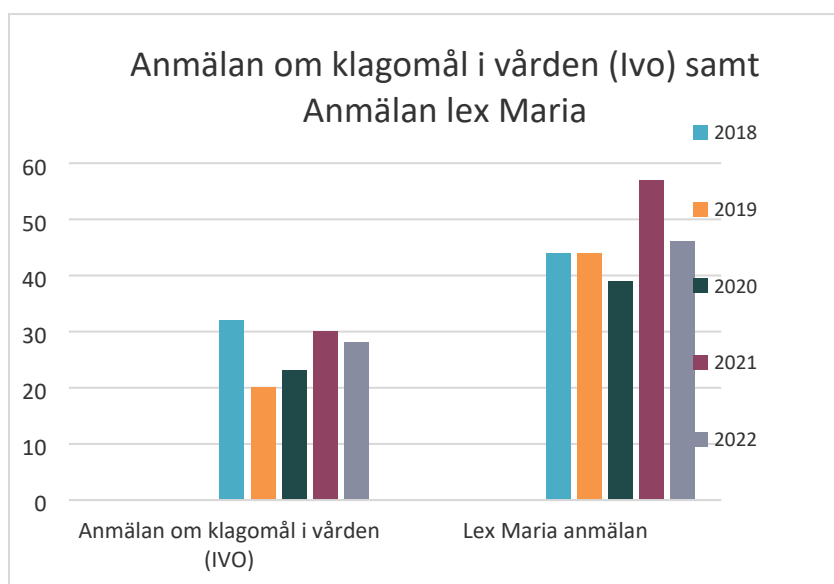
Förutom ovanstående nämnda brister kring rutin vårdskada behöver benägenheten att rapportera avvikelser öka, således behöver rutiner och struktur tydliggöras vilket planeras ske i samband med att nytt it-stöd införs.

Förekomst av vårdskador och allvarliga vårdskador analyseras samt är underlag till förbättringsarbete. En verksamhet blir aldrig ”färdigförbättrad” utan vårdskador och risker kommer alltid att dyka upp varför ständiga förbättringar krävs. Flertalet anmälningsärenden berör ibland flera vårdenheter och förvaltningar vilket innebär att gemensamma åtgärder måste göras via ett förebyggande systematiskt arbete för att gradvis minska antalet vårdskador.

### 3.1.3 Allvarlig vårdskada lex Maria och anmälningsärenden

Antal anmälningsärenden	2022 (2021, 2020, 2019, 2018 inom parentes)
Antal inkomna Anmälan om fel i vården (Ivo)	28 (30, 22, 20, 32)
Antal lex Maria anmälningar	46 (57, 39, 44, 44)

Bedöms vårdskadan som allvarlig ska rapportering ske till chefläkare via avvikelssystemet. Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. Verksamhetschefen utreder misstanke om allvarlig vårdskada enligt arbetslista och chefläkare bedömer om anmälan ska ske enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (Ivo). Av diagrammet nedan framgår de anmälningar som Region Blekinge anmält kring lex Maria samt inkomna anmälningar från Ivo uppdelat på klagomål respektive övriga ärenden. Sammanställningen bör ställas i relation till att det under ett år sker nästan 1 miljon besök samt över 24 000 vårdtillfällen.



Region Blekinge anmäler allvarliga vårdskador enligt lex Maria till Ivo och antalet skiftar något mellan åren, vilket syns i diagrammet ovan. Liksom tidigare år gäller anmälningarna främst medicinsk behandling inom underkategorierna läkemedel, behandling och diagnostik. Antalet lex Maria var något fler 2021 vilket hänför sig till anmälningar om bemanningsbrist inom habiliteringen under 2021. Syftet med lex Maria anmälan är att garantera säker vård och god vårdkvalitet. Genom att lära av misstagen och låta andra ta del av dem förbättras vården. Besluten från Ivo återkopplas till berörda verksamhetschefer som på lämpligt sätt ser till att berörd personal får ta del av beslutet. De beslut som varit av mer generell intresse har chefläkarna även förmedlat på ledningsmöten samt via nyhetsbrevet om det är av allmänt intresse för det organisatoriska lärandet.

Som tidigare nämnts kan patient eller närstående göra en ”Anmälan om fel i vården” direkt till Ivo. De har dock numera en begränsad utredningsskyldighet vilket medför att antalet inkomna ärenden blivit färre. Alla beslut från Ivo återkopplas till berörda verksamhetschefer som förmedlar ut till medarbetarna för information, åtgärder och lärande för att händelserna inte ska upprepas. Övriga anmälningar från Ivo avser främst tillsyn, journalförstöring samt om det finns skäl att befaras om en legitimerad kan utgöra en fara för patientsäkerheten. Om utredningen av en rapporterad händelse visar att händelsen helt eller delvis har sitt ursprung i en annan vårdgivares verksamhet, ska denne underrättas om det inträffade. I vissa fall t ex händelser som innefattar medicintekniska produkter, läkemedelsbiverkningar eller händelser i samband med strålning, ska anmälan även ske till andra myndigheter.

### 3.1.4 Månadens fall

Nyhetsbrevet ”Månadens fall” startade under år 2016 eftersom det framkom att vårdpersonalen önskade få information om och kunna dra lärdom av de utredningar, händelseanalyser och anmälningar som genomfördes. Målsättningen är att varje månad sammanfatta en specifik händelse eller riskområde som bedöms vara av allmänt intresse för patientsäkerheten. Det kan av vårdpersonalen upplevas som att de ibland kan komma att känna igen sig i beskrivningarna. Men det intressanta är dock vad vi tillsammans inom regionen kan göra för att vi ska få till en säkrare vård för våra patienter och inte var händelsen utspelade sig. Under 2022 har Chefläkargruppen förmedlat månadens fall bl a kring diagnoser, remisser, rutiner och information med undantag för november och december.

### 3.1.5 Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner (VRI) betraktas som en vårdskada, det är vanligt förekommande och kan vara allvarlig. I takt med växande resistensproblematik är god hygien viktig för att förhindra smittspridning. En tidigare nationell studie visade att var tionde patient som vårdats på sjukhus kan ha drabbats av VRI. God följsamhet till hygien- och klädrutiner samt rutiner vid riskingrepp kan minska förekomsten av VRI.

Mätning av förekomst VRI genomförs under en i förväg planerad tid och med stöd av nationella instruktioner och protokoll. Under mätningen granskas samtliga inläggande patienter. Mätningarna registreras i ett nationellt webregister och resultatet presenteras på regionens intranät. De första mätningarna genomfördes 2008 och utfördes därefter två gånger per år. Sedan 2014 har mätningar skett en gång på våren. Absoluta antalet vårdrelaterade infektioner är få i Blekinge vilket gör att enstaka fall påverkar utfallet märkbart och resultatet har varierat mellan 6 och 10 % tidigare år. På grund av den ökade belastningen i vården med covid-19 togs ett nationellt beslut att inte genomföra mätning 2021 eller 2020. Den senaste nationella mätningen gjordes därför i mars 2022.

I denna mätning var andelen patienter med VRI 15,6 % vilket var högre än föregående mätningar. Majoriteten av patienterna vårdades på infektionskliniken eller inom de kirurgiska specialiteterna (kirurgi, ortopedi och gynekologi). Det visade sig att det var ovanligt få medicinavdelningar (endast en registrerad) som var med i undersökningen vilket sannolikt förklarar den ökade andelen VRI och fördelningen av riskfaktorer.

De vanligaste riskfaktorerna för VRI för samtliga patienter var i fallande ordning kirurgiskt ingrepp (39,4%), antibiotikabehandling och profylax (34,1%), KAD (26,5%), CVK (15,9%), immunsuppressiv terapi (7,6%) och mekanisk ventilation (1,2%). De största diagnosgrupperna för registrerade VRI var led- och skelettinfektioner, hud- och mjukdelsinfektioner samt infektioner i nedre gastrointestinalkanalen.

På grund av den nästan dubbelt så höga andelen VRI i mätning under våren jämfört med föregående mätningar så valde Vårdhygien att genomföra en till mätning i november 2022. Då användes samma protokoll och instruktioner som i den nationella mätningen men samlade in och sammanställde all data lokalt.

Förekomsten av VRI var i denna mätning 6,2% vilket var något lägre än tidigare mätningar från 2019 (8,4%) och 2018 (9,3%).

Förekomsten av gruppen ”Övriga ingreppsrelaterade infektioner” var något högre (2,6%) jämfört 2019 (1,6%) och 2018 (1,7%). De övriga 3 grupperna var snarare något mindre vanliga men det var mindre än 1 procentenhets skillnader för de grupperna.

För riskfaktorerna var kirurgi lite mindre förekommande nu (35%) jämfört den föregående mätningen 2019 (39,8%) men högre än 2018 (26,3%).

Förekomsten av CVK var väsentligen samma som tidigare år. Det var något färre som hade immunsuppressiv terapi (4,1% jämfört med 6,8% och 8,2%) och KAD (18% jämfört med 23,1% och 26,3%). Liksom tidigare år var det ungefär en tredjedel som hade aktuell antibiotikabehandling (37,6% och tidigare 35,3% och 36,3%).

Sammanfattningsvis var andelen VRI lägre och förekomsten av KAD hade minskat vid denna mätning vilket är positivt då det är en stark riskfaktor för vårdrelaterad urinvägsinfektion. Det är viktigt med fortsatt kontinuerlig uppföljning och aktivt arbete för att minska vårdrelaterade infektioner samt att ha fortsatt fokus på klok antibiotikaanvändning (rätt dos till rätt patient vid rätt tillfälle och under rätt behandlingstid).

Resultatet från mätningen har återkopplats till samtliga berörda verksamhetschefer.

För kontinuerlig övervakning av andelen vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändningen vid behandling av dessa används Infektionsverktyget. Då det är ett annat sätt att mäta och baseras på förskrivarnas kontinuerliga inmatning i stället för enstaka övergripande mätningar så går dessa resultat inte att jämföra med punktprevalensmätningarna. Man får i stället använda dessa siffror som en egen jämförelse och följa trenderna över tid.

### **3.1.6 Trycksår**

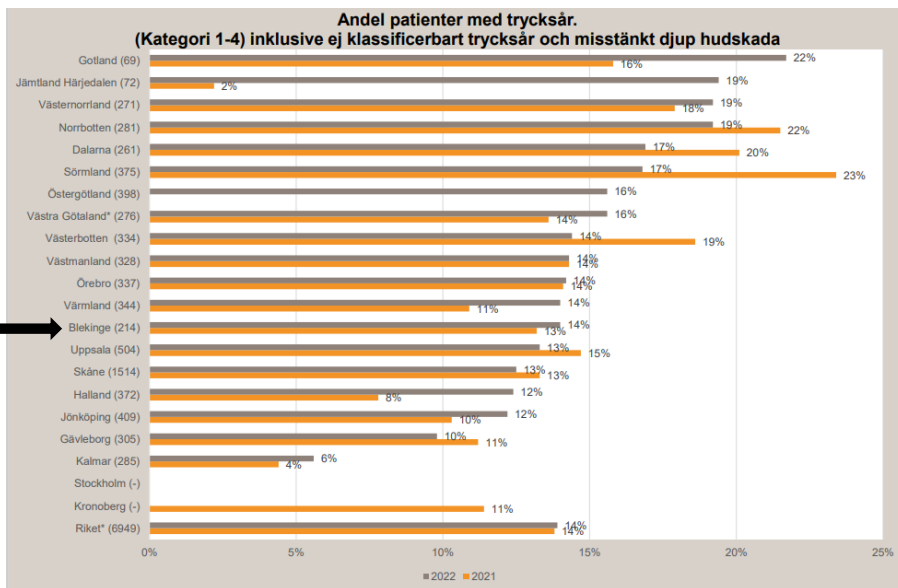
Att tidigt identifiera patienter med ökad risk för trycksår och ordinera individanpassade åtgärder är en framgångsfaktor för att förebygga trycksår. En stor del av de trycksår som uppkommer inom hälso- och sjukvården bedöms vara undvikbara om rätt åtgärder hade vidtagits. Följsamheten till omvårdsrutiner är således betydelsefullt för att förebygga trycksår. Att ordinera individanpassade åtgärder så som hudbedömning, planerad lägesändring, tryckavlastande förebyggande hjälpmedel, tillgodose näringsbehov och information till patient och närstående är avgörande omvårdnadsåtgärder.

Utbildning, information och återkoppling av resultat är andra viktiga komponenter. Omvårdnadsutvecklarna är ett stöd till verksamheten i detta långsiktiga och systematiska förbättringsarbete.

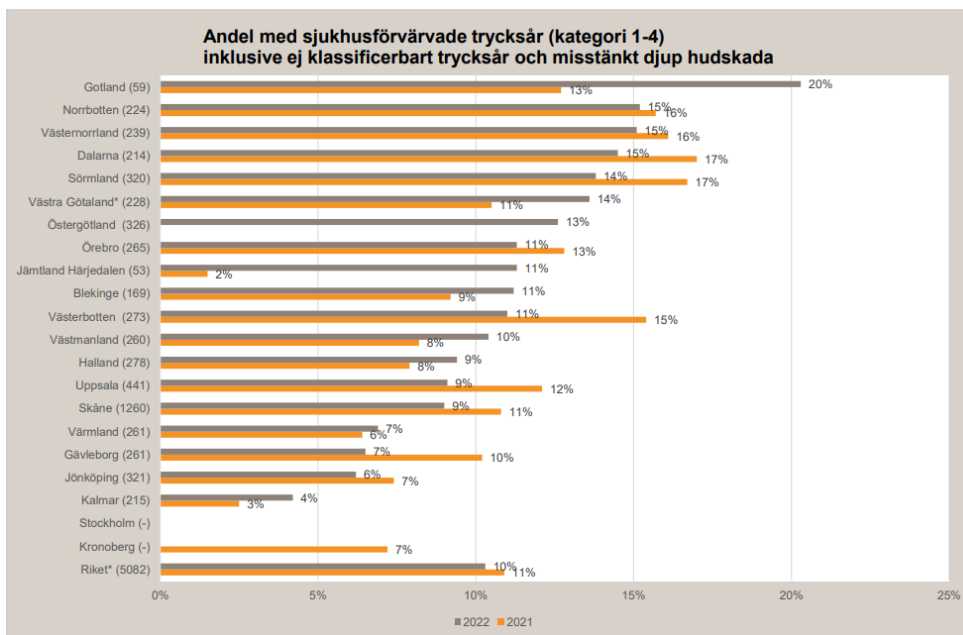
Sedan 2011 har en nationell punktprevalensmätning för att mäta förekomsten av trycksår, bestående av observation, riskbedömning och journalgranskning, genomförs varje år för att följa utvecklingen i riket. Mätningen har utförts på samtliga patienter, 18 år och äldre, inom slutenvården på en specifikt given dag.

Den nationella punktprevalensmätningen för trycksår genomfördes i september 2022. Resultatet för Region Blekinges vuxenvårdsavdelningar inom slutenvården påvisar en ökning av andelen trycksår, kategori 1–4 samt ej klassificerbart trycksår och misstänkt djup hudskada, från 13 till 14 procent. Rikets genomsnitt för andel patienter med trycksår var 14 procent.

Tabellen nedan åskådliggör andelen patienter med trycksår.



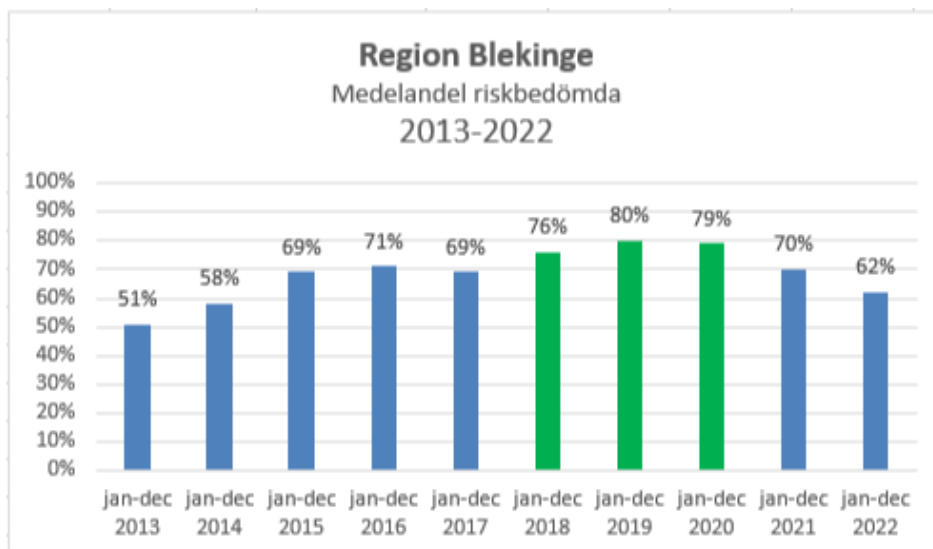
Resultatet påvisar även en ökning av andelen sjukhusförvärvade trycksår från 9 till 11 procent på vuxenvårdsavdelningarna inom slutenvården i Region Blekinge.



Andelen patienter inom slutenvården, 65 år eller äldre, som under vårdtiden hade fått en riskbedömning för fall, undernäring och trycksår minskade under 2022. Medeländelen riskbedömda patienter var 62 procent 2022, således uppnådde inte Region Blekinge målet på 75 procent. Den minskade andelen riskbedömda patienter kan vara en förklaring till den ökade frekvensen av sjukhusförvärvade trycksår.

Det ansträngda läget inom slutenvården kan vara en anledning till att andelen riskbedömda patienter har minskat, samt att omvårdnadsutvecklarnas resursbrist minskade möjligheten till att erbjuda stöd i verksamheten.

Tabellen nedan åskådliggör medelandel riskbedömda patienter.

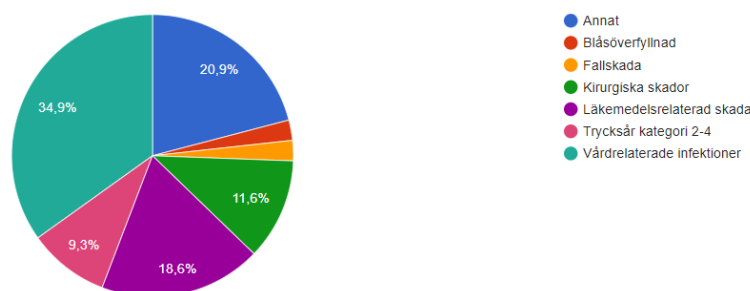


### 3.1.7 Markörbaserad journalgranskning

Markörbaserad journalgranskning är en nationell metod, vilket specialiserad somatisk slutenvård genomfört sedan år 2012, inom psykiatrisk öppen- och slutenvård sedan år 2018. Metoden innebär att ”markörer” söks för att finna avsteg från förväntat vårdförlopp. Granskningsteamet bedömer om en skada inträffat och beskriver i så fall typ, konsekvenser och allvarlighetsgrad. Om skadan hade kunnat undvikas betecknas den som vårdskada. Nationella studier genomförs och rapporteras kontinuerligt inom dessa tre olika områden.

Inom specialiserad somatisk slutenvård ska 10-15 slumpmässigt utvalda avslutade vårdtillfällen granskas varje månad. Inom Blekinge har mellan perioden juli 2021 och juni 2022, totalt 150 vårdtillfällen granskats varav 12 % medfört en vårdskada. Det granskade materialet är inte tillräckligt omfattande för att kunna dra alltför långtgående slutsatser och därmed ska viss försiktighet iakttas kring analysen av vårdskador. Av diagrammet nedan framgår i stället andelen skador per skadegrupp.

Andel skador per skadegrupp av totala antalet skador.  
Blekingesjukhuset, Karlshamn och Karlskrona, från 2021-07 till 2022-06

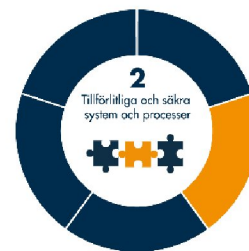


Markörbaserad journalgranskning har genomförts under några år inom allmän vuxenpsykiatri öppen- och slutenvård i Blekinge enligt nationella krav. Av granskningen mellan perioden juni 2021 och maj 2022 framgår att två skador har identifierats av totalt cirka 60 slumpmässigt utvalda journaler. Motsvarande period året innan var det sex skador av 60 slumpmässigt utvalda journaler.



## 3.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas.



### 3.2.1 Ledningssystem

Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i verksamheten. Enligt Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, ska detta bl a innehålla processer och rutiner, beskriva samverkan och det systematiska förbättringsarbetet som pågår utifrån riskanalys, egenkontroll och avvikelser. Region Blekinges ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och ett ramverk för ett integrerat ledningssystem är framtaget men utveckling och revidering av dokument behöver fortgå.

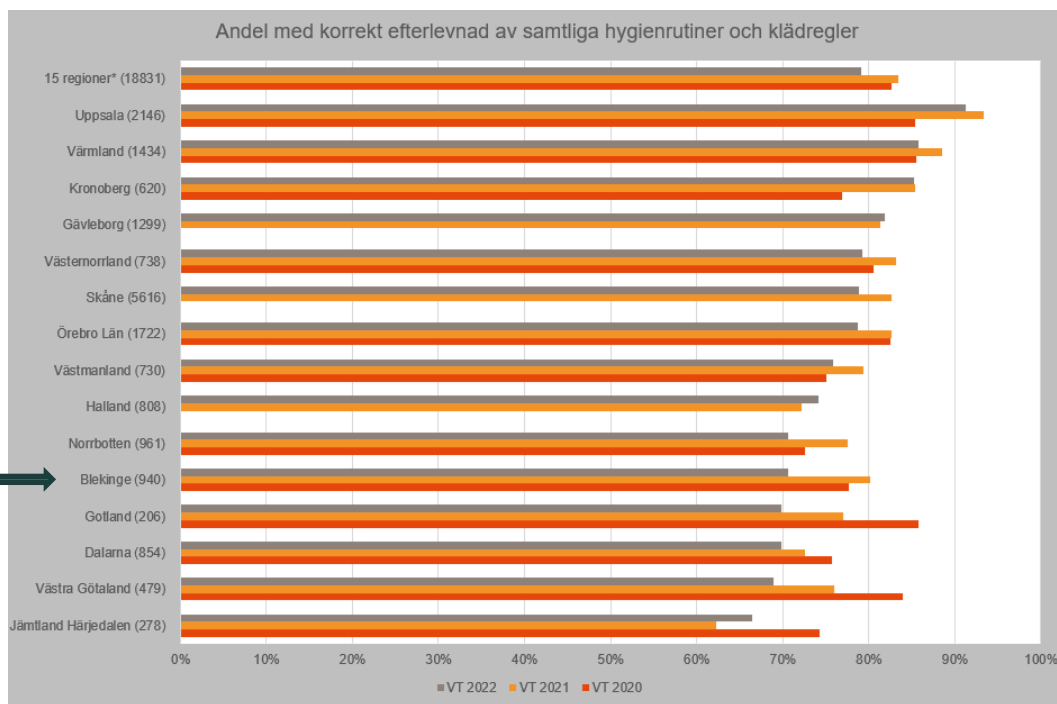
Patientsäkerhetslagen som gäller fr o m år 2011, gjorde patientsäkerhetsarbetet tydligare för hälso- och sjukvården. Den nationella överenskommelsen för patientsäkerhet 2011 – 2014, ställde krav på att vården skulle genomföra specifika mätningar, granskningar m m aktiviteter som fortfarande pågår än idag. Ett nationellt ramverk för patientsäkerhet togs fram under år 2015 vilket använts i Blekinge för att utveckla det strategiska patientsäkerhetsarbetet. För att följa utvecklingen finns ett patientsäkerhetsindex sedan år 2016 och ett ledningssystem för patientsäkerhet utarbetades år 2012. Två övergripande dokument beslutades under 2021; Patientsäkerhetspolicy Region Blekinge 2021-2025 samt Handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2021 – 2025. Dokumenten, som följer strukturen av den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020 – 2024 ”Agera för säker vård”, är underlag för det fortsatta systematiska och strategiska patientsäkerhetsarbetet i regionen.

### 3.2.2 Basala hygienrutiner och klädregler

Basala hygienrutiner, som även inkluderar klädregler, är den mest grundläggande åtgärden för att förebygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner inom vård och omsorg. Varje år sedan 2011 genomförs en nationell punktprevalensmätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK). Punktprevalensmätningen baseras på Socialstyrelsens föreskrift ”Basal hygien i vård och omsorg”, SOSFS 2015:10.

Utöver den nationella PPM-mätningen ska vårdenheterna för närvarande även genomföra egna observationer av följsamheten månadsvis. Syftet med observationerna är att vara en hjälp i arbetet med att uppnå ökad följsamhet för en ökad patientsäkerhet och reducering av antalet vårdrelaterade infektioner. Resultaten, som presenteras i Qlikview, visar skillnader mellan hur ofta observationerna genomförs samt att följsamheten skiftar mellan vårdenheter och mellan olika yrkeskategorier.





Det nationella resultatet för regionernas följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler visade en försämring våren 2022 (79,1 %) jämfört med våren 2021 (83,4 %). Resultatet för region Blekinge visade en klar försämring med en följsamhet på 70,6 % våren 2022 jämfört med 80,2 % våren 2021. Resultatet är fortsatt sämre än genomsnittet för riket, vilket framgår av diagrammet ovan.

Verksamhetschefer ansvarar för att mätningarna genomförs av hygienombud och därefter följa upp och agera utifrån resultatet. För att förbättra följsamheten erbjuds utbildningar och informationsinsatser till hygienombud, vårdpersonal och chefer. Genomförande av hygienronder erbjuds även verksamheterna.

### 3.2.3 Olämpliga läkemedel för äldre

Potentiellt olämpliga läkemedel är läkemedel med hög risk för biverkningar hos äldre över 75 år. Risken för biverkningar ökar med åldern. Målet är minskad förskrivning för en säker användning av dessa läkemedel. Här ingår läkemedel med antikolinerg effekt, långverkande benzodiazepiner såsom diazepam samt tramadol, kodein och propiomazin. Förskrivningen av dessa potentiellt olämpliga läkemedel fortsätter att minska och Blekinge ligger på 5:e plats räknat bakifrån och således bland de bättre av landets 21 regioner. Den största delen av förskrivningen sker på vårdcentraler och förskrivningsmönstret varierar. Under hösten har de flesta vårdcentraler besökts och fått återkoppling på sin förskrivning.

Läkemedelskommittén och farmaceuter erbjuder utbildning, stöd och information till förskrivare med fokus på bättre och säkrare läkemedelsförskrivning och användning. Läkemedlen bör endast användas om det finns särskilda skäl för det på välgrundad och aktuell indikation. Förskrivaren ska bedöma och dokumentera att den förväntade nyttan står i rimlig proportion till riskerna. Målet med behandlingen ska tydligt dokumenteras för att underlätta utvärderingen av behandlingen som ska följas upp och omprövas med täta intervall. För att säkerställa att den enskilde patienten får en säker, effektiv och evidensbaserad läkemedelsbehandling genomförs läkemedelsgenomgångar. Då läkemedelsgenomgångar sker i varierande omfattning och med skiftande kvalitet i regionens verksamheter behöver arbetssättet utvecklas ytterligare för att nå upp till de krav som finns i Socialstyrelsens föreskrift.

### 3.2.4 Antibiotikaförskrivning

Antibiotikaresistens är ett växande problem och ett hot mot hälsan, effektiv sjukvård och medför också kostnader i form av förlängda vårdtider och läkemedel. Ett sätt att minska risken för spridning av multiresistenta bakterier är minskad antibiotikaförskrivning och att förskrivningen följs upp. Men minst lika viktigt är att vårdpersonalen följer hygienrutiner, en noggrann städning och att problemet uppmärksammas av allmänheten.

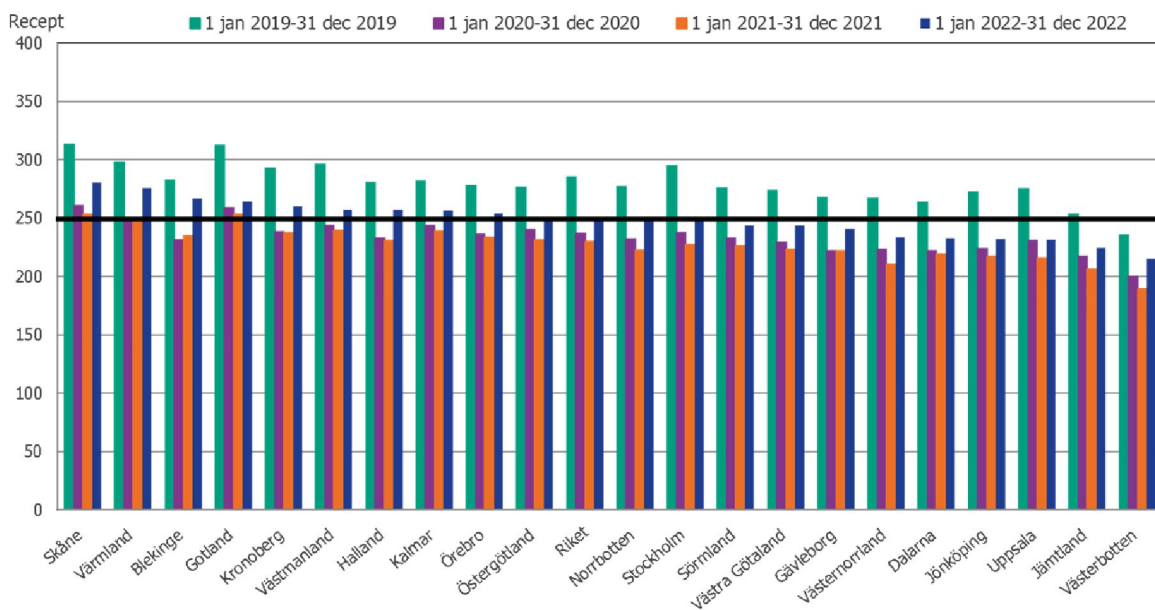
I Blekinge har smittskydds- och hygienläkare, Strama och Läkemedelskommittén under flera år arbetat tillsammans för att få en ökad följsamhet till rekommendationer och därmed minska antibiotikaförskrivningen. De har bl a besökt vårdcentraler, utbildat ST-läkare och fortsatt arbetet med antibiotikarevisioner i primärvården samt antibiotikaronder i slutenvården.

Generellt såg man under pandemin en minskning av antibiotikarecept och alla regioner nådde det nationella målet om högst 250 recept per 1000 invånare och år. Detta berodde till största delen på minskat antal bakteriella luftvägsinfektioner och därmed minskat behov av luftvägsantibiotika.

Antibiotikaförskrivningen har ökat under 2022 och ligger nu marginellt över målet, 262 recept per 1000 invånare jämfört med målet 250 recept per 1000 invånare. Antalet infektioner har ökat inte bara i Blekinge, men också i hela riket och som en följd har antibiotikaförskrivningen således ökat i hela riket.

#### Antibiotika (J01 exkl. metenamin) försålt på recept, per region, alla åldrar Recept/1000 invånare och 12-månadersperiod

Källa: *Insikt, eHälsomyndigheten*



### 3.3 Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid. Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.



### 3.3.1 Riskhantering

En risk innebär att en negativ händelse kan inträffa som kan leda till en vårdskada. Att analysera risker är ett framåtsyftande arbete för att vidta förebyggande åtgärder som hindrar att negativa händelser sker eller minska negativa konsekvenser. En riskanalys kan utföras både på en vårdenhet eller på övergripande nivå. Den kan avse en befintlig arbetsprocess eller göras inför en förändring.

Genom att riskbedöma patientens risk för fall/undernäring/trycksår vid ankomst kan riskerna tidigt identifieras och förebyggande åtgärder vidtagas. Alla patienter som är 65 år eller äldre ska riskbedömas på vårdavdelning inom 24 timmar. Detsamma gäller för patienter under 65 år som p g a sin sjukdom har en ökad risk för fall/undernäring/trycksår. Vid identifierad risk ska åtgärder ordinerats enligt standardvårdplan och ny riskbedömning utföras vid förändring av patientens status.

På varje vårdavdelning ska det finnas minst ett riskbedömningsombud som tillsammans med avdelningschef driver förbättringsarbete och utarbetar rutiner för att förbättra andel riskbedömda patienter samt redovisa resultat. För att identifiera förbättringsarbeten genomförs ombudsgranskningar vilket ska stödja att få fram underlag för att belysa, reflektera och öka kvaliteten på omvårdnaden.

Patientsäkerhet i realtid (PiR) är en metod som har sitt ursprung i markörbaserad journalgranskning. Förutom vårdskador studeras kvaliteten i patientjournaler, läkemedelsrelaterade problem mm. Granskning sker under pågående vårdtillfälle och vårdteamet får återkoppling samma dag då det ges möjlighet till reflektion och lärande samt förebygga risker redan under pågående vård. Omvårdnadsutvecklarna genomför metoden tillsammans med avdelningarna, men har sedan pandemin fått pausa pga resursbrist hos Omvårdnadsutvecklarna.

Enligt enkät patientsäkerhetskultur är personalens upplevelse att saker och ting ”faller mellan stolarna” när patienter överförs från en vårdenhet till en annan samt att problem ofta uppstår vid informationsutbyte mellan vårdenheter. Inom hälso- och sjukvården utväxlas varje dag information av olika slag, vilket medför att olika störningar och brister i kommunikationen kan vara en bakomliggande orsak till vårdskada. Med en fastställd struktur hur kommunikation och informationsöverföring ska gå till, kan riskerna för att viktig information glöms bort eller missuppfattas minskas. En sådan struktur för kommunikation är SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation). Detta är ett verktyg som ska användas vid kommunikation mellan vårdens personal samt i dialog med patienter och anhöriga.

Gröna korset är en visuell metod där medarbetarna varje dag, identifierar risker och vårdskador vilket innebär att förbättringsarbetet kan effektiviseras. Det kan t ex handla om hur rutiner följs, hur effektivt arbetet görs och hur uppmärksamma medarbetare är på bl a trycksår och infektioner. Vid korta avstämningsmöten kan alla medarbetare ta upp saker som inte fungerat och som lett till vårdskada eller utgjort en risk. Metoden är en förstärkning av avvikelssystemet och det skapar underlag för ett riktat systematiskt dagligt förbättringsarbete som ökar patientsäkerheten. Namnet kommer sig av målet att en månad ska vara ”helt grön”, det vill säga utan vårdskador och när man fyllt i alla dagarna i månaden, bildar de tillsammans ”ett grönt kors”. Metoden presenterades på Region Blekinges patientsäkerhetsdag år 2016 och den ska användas för att uppmärksamma avvikelser och förbättringsområden.

Genom Crew Resource Management (CRM) skapas en hög säkerhetskultur. För detta krävs ett tydligt ledarskap och teamarbete där all personal och resurser användas optimalt. CRM uppmuntrar till en öppen attityd med möjlighet för alla i teamet att ställa frågor och säga till om något är fel. Genom ett gott teamarbete förbättras arbetsmiljön vilket leder till minskad risk för misstag och en ökad patientsäkerhet. Metoden innebär att de teoretiska kunskaperna och de praktiska färdigheterna som redan finns används tillsammans med andra färdigheter som kommunikation, beslutsfattande, situationsmedvetande och kännedom om egna och andras reaktionsmönster. På Region Blekinges patientsäkerhetsdag år 2014 delgavs metoden men endast ett fåtal enheter har använt detta för att utveckla ledarskap och teamarbete.

### 3.3.2 Vårdplatser

Vårdplatsläget presenteras och kan följas kontinuerligt på intranätet och här finns även länkar till gällande rutiner och vad som gäller vid vårdplatsbrist. Samarbete och planering sker mellan klinikerna och kommunerna. Överbeläggningar, utlokaliserade patienter, disponibla vårdplatser registreras dagligen enligt fastställda nationella definitioner, till en nationell databas för att kunna se trender i riket, se 3.3.4.

Under de senaste åren har antalet utlokaliserade patienter ökat, vilket i sig kan innebära en ökad risk för vårdskada samt negativ påverkan på arbetsmiljön. Vårdplatsstrategin startade med en förstudie under 2020 för att identifiera behovet av vårdplatser inom respektive klinik. Förstudien avslutades 2021 och man upprättade en handlingsplan med aktiviteter samt en arbetsgrupp tillsattes för att strukturera om vårdplatserna. Man lyckades under 2022 att minska antalet utlokaliserade patienter, tyvärr skedde en ökning av antalet överbeläggningar.

### 3.3.3 Patientsäkerhetsdialog

Patientsäkerhetsdialog innebär att chefläkare och patientsäkerhetssamordnare möter verksamhetschef och dennes stab, för att diskutera hur respektive vårdenhet arbetar med patientsäkerhet och om det finns specifika risker som behöver lyftas. Dyliga dialoger startade år 2007 på sjukhuset och efter några år även inom primärvård och psykiatri. Patientsäkerhetsdialoger har därefter genomförts kontinuerligt vartannat år och resultaten har återförts till respektive förvaltningsledning. För att utveckla dialogerna genomför vårdenheterna sedan år 2017 en självskattning av sitt arbete utifrån en tio-gradig skala. Självskattningen innehåller frågor inom patientsäkerhet kring organisation, kultur, rutiner, egenkontroll, patientmedverkan, avvikelser och allvarlig vårdskada. Under hösten 2019 och början av år 2020 genomförde alla vårdcentraler en dialog. Specialiserad somatisk vård samt medicinsk service påbörjade dyliga dialoger, men pandemin orsakade fördröjning och dessa dialoger avslutades i början av 2021. Våren 2021 genomförde psykiatrisk vård och habilitering patientsäkerhetsdialoger. Återkoppling av resultaten skedde inom alla områden. Under 2022 genomfördes inga dialoger.

### 3.3.4 Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

Överbeläggningar, utlokaliseringar och disponibla vårdplatser per avdelning och dag rapporteras in per sjukhus till en nationell databas på SKR (Sveriges Kommuner och Regioner). Rapporteringen sker för både somatisk slutenvård och psykiatrisk slutenvård. Enligt Socialstyrelsens termbank definieras - ”överbeläggning” som en händelse när en inskriven patient vårdas på vårdplats som inte uppfyller kraven på en disponibel vårdplats  
- ”disponibel vårdplats” är en vårdplats i slutenvård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö  
- ”utlokaliserad patient” är en inskriven patient som vårdas på annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten. Innebörden i begreppet medicinskt ansvar måste tolkas lokalt utifrån vårdgivarens organisatoriska förutsättningar. En patient räknas inte som utlokaliserad när det är medicinskt motiverat att vårda på annan vårdenhet t ex vård på akut- eller intensivvård.

Överbeläggningar och utlokaliserade patienter ska undvikas i möjligaste mån. Under året har både överbeläggningar ökat mycket samtidigt som utlokaliserade patienter har minskat. Orsaken till detta är framför allt rådande personalsituation. Denna ökning och den medföljande ökande arbetsbelastningen antas också ha viss påverkan på följsamhet till BHK (framför allt då hygienregler), förekomst av VRI och Trycksår. Arbetet för att minska överbeläggningar samt utlokaliserade patienter är således högprioriterat. Under hela 2022 har därför områdeschefer samt verksamhetschefer med stöd av enheten för kvalitet och utveckling arbetat för att råda bot på utmaningen. Som ett led i detta arbete öppnade medicinkliniken upp 21 internmedicinska vårdplatser under 2022 vilket resulterat i minskat antal utlokaliserade patienter. Arbetet med att skapa en mer optimal vårdplatsstruktur kommer fortsätta under 2023. Vårdplatsstrategi och handlingsplaner, se 3.3.2.

### 3.4 Stärka analys, lärande och utveckling

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



#### 3.4.1 Patientsäkerhetsindex

Indikatorn patientsäkerhetsindex visar utvecklingen av de vanligaste skadeområdena samt aspekter som direkt ökar risken för att vårdskador ska uppkomma. Målet är att index ska öka mellan åren, vilket det också har gjort från start. Denna positiva trend är dock bruten och indexet har gick från 82,2 till 80,2 2021 och nu till 76,4 under 2022. Främsta orsaken till nedgången beror på en mycket högre grad av överbeläggningar och till viss del utlokaliserade patienter, vilket speglar en del av problematiken kring coronapandemin. Måluppfyllelsen har således inte kunnat nås. Varje delområde har ett mål som ska nås och måluppfyllelsen beskrivs kort nedan.

Patientsäkerhetsindex Region Blekinge	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Vårdrelaterad infektion	83,8	75,7	86,5	82,0	72,1	74,8	74,8	74,8	59,2
Basala hygienrutiner och klädregler	72,4	70,3	68,2	69,1	75,4	72,9	77,7	80,2	70,6
Trycksår	72,6	80,8	79,8	80,8	76,0	84,8	72,8	73,6	72,0
Överbeläggning och utlokaliserade patienter	86,8	84,4	84,2	85,2	86,8	82,8	79,9	63,5	67,0
Olämpliga läkemedel för äldre över 75 år	63,3	76,2	78,4	80,7	81,9	82,5	84,4	85,0	84,9
Antibiotikaförskrivning	71,6	74,4	76,0	78,0	83,6	86,8	100	100	95,2
Markörbaserad journalgranskning	76,0	80,0	88,0	74,0	74,0	80,0	86,0	84,0	86,0
<b>Patientsäkerhetsindex-mål 100</b>	<b>75,2</b>	<b>77,4</b>	<b>80,2</b>	<b>78,5</b>	<b>78,5</b>	<b>80,7</b>	<b>82,2</b>	<b>80,2</b>	<b>76,4</b>

- På grund av den ökade belastningen i vården med covid-19 beslöt SKR att inte genomföra mätning varken år 2021 eller 2020. Man genomförde den nationella mätningen i mars 2022.

I denna mätning var andelen patienter med VRI 15,6 % vilket var högre än föregående mätningar och därför valde vårdhygien att genomföra ytterligare en mätning i November. Förekomsten av VRI var i denna mätning 6,2% vilket var betydligt lägre och även ngt lägre än tidigare mätningar från 2019 (8,4%) och 2018 (9,3%).

Målet med förekomsten av vårdrelaterade infektioner är att de ska minska. Antalet vårdrelaterade infektioner är få i Blekinge vilket gör att enstaka fall påverkar utfallet märkbart och resultatet har varierat mellan 6 och 10 % tidigare år., se 3.1.5.

- Det nationella resultatet för regionernas följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler visade en försämring våren 2022 (79,1 %) jämfört med våren 2021 (83,4 %). Resultatet för region Blekinge visade en klar försämring med en följsamhet på 70,6 % våren 2022 jämfört med 80,2 % våren 2021. se 3.2.2.

- Förekomsten av trycksår ska minska. Resultatet för Region Blekinges vuxenvårdsavdelningar inom slutenvården påvisar en ökning av andelen trycksår, kategori 1–4 samt ej klassificerbart trycksår och misstänkt djup hudskada, från 13 till 14 procent. Rikets genomsnitt för andel patienter med trycksår var 14 procent.

Det genomsnittliga antalet patienter (över 65 år med vårdtid >24 h) som fått en riskbedömning utförd under vårdtiden har succesivt minskat under de senaste två åren, vilket delvis kan bero på det ansträngda läget i slutenvården, se 3.1.6.

- Överbeläggningar och utlokaliserade patienter ska undvikas i möjligaste mån. Under året har överbeläggningar ökat och utlokaliserade patienter minskat.
- Förskrivningen av olämpliga läkemedel till personer 75 år och äldre fortsätter att minska och Blekinge är bland de bättre av landets 21 regioner. Kontinuerliga utbildningsinsatser för läkare inom ämnet läkemedel till äldre anses ha bidragit till minskad förskrivning av denna kategori läkemedel, se 3.2.3
- 2021 nåddes det nationella målet om högst 250 recept per 1000 invånare och år. Blekinge ligger för 2022 på 262 recept per 1000 invånare och år. Luftvägsinfektionerna har återgått till en mer normal nivå jämfört med det minskade antal bakteriella luftvägsinfektioner under pandemin och därmed minskade behovet av luftvägsantibiotika 2021 se 3.2.4.
- Metoden markörbaserad journalgranskning är en källa för att följa utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet i Sverige. Inom specialiserad somatisk vård granskas 10 slumpmässigt utvalda vårdtillfällen varje månad. Resultatet för ett år visar på en liten ökning av andelen vårdskador, från 8% till 12% i Blekinge, se 3.1.7.

### 3.4.2 Patientsäkerhetsdag

Den årliga Patientsäkerhetsdagen genomfördes senast 2019. Ambitionen är att anordna en Patientsäkerhetsdag under 2023.

Vid tidigare Patientsäkerhetsdagar har all vårdpersonal informerats av olika föreläsare inom olika ämnen kring patientsäkerhet. Här kan nämnas att tidigare års föreläsare har bjudits in till flera kliniker för att föreläsa på deras egna verksamhetsdagar, vilket visar att ämnena engagerar och ger inspiration för fortsatt diskussion. Följande teman och föreläsare har under årens lopp varit på patientsäkerhetsdagarna.

- Framtidens medvetna patient (Professor Karolinska Institutet)
- När vårdskador uppstår – hur påverkas personalen (Docent Karolinska Institutet)
- Patientsäkerhetskultur, resultat år 2014 (Chef Indikator)
- Patientsäkerhet i vardagen samt Risker i vårdens vardag (Chefläkare Löf)
- Organisatoriska aspekter på patientsäkerhetsarbete (Forskare Lunds universitet)
- När beteendet blir en patientsäkerhetsrisk (Chefläkare Stockholms läns landsting)
- Patientsäkerhetsarbetet i ett nationellt och internationellt perspektiv (Professor Linköping Universitet)
- Diagnoser och diagnostiska misslyckanden (Överläkare Danderyds sjukhus)
- Att brottas med VRE – erfarenheter från ett bakterieutbrott (Smittskyddsläkare Region Gävleborg)
- Månadens fall (Regionens händelseanalysteam)
- Patientsäkerhet i realtid, kallat PiR (Omvårdnadsutvecklare hälso- och sjukvårdsförvaltningen)
- Smittspårning (Smittskyddsläkare Region Blekinge)

### 3.4.3 Patientsäkerhetspris

Årligen delas ett patientsäkerhetspris ut. Det är chefläkargruppen som utser vilken verksamhet priset ska gå till. På grund av resursbrist i gruppen hann man inte med detta 2022.

2021 års pris gick till Habiliteringen då de genomgått en mycket intensiv läroprocess i samband med händelser som uppkom på vårdenheten. Detta medförde att alla medarbetare lyft riskmedvetenheten och kunskapen om hur de ska förebygga vårdskador. Dessa händelser har också inneburit att medvetenheten kring risker i vårdens vardag, även spridits inom flera områden i regionen.

Följande avdelningar har tidigare år erhållit priset:

- Avdelning 58 Rehabiliteringskliniken
- Tullgårdens vårdcentral
- Operationsavdelningen Karlshamn
- Kallinge vårdcentral
- Psykiatriska akut- och intensivvårdsavdelning
- Neonatalavdelning 33, Barn- och ungdomskliniken
- Nätraby vårdcentral
- Avdelning 61 infektionskliniken
- Läkarbilen

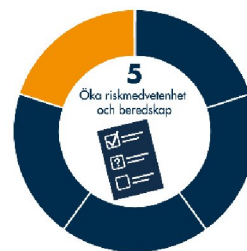


### 3.4.4 Händelseanalys

Händelseanalys ger kunskap om hur och varför en negativ händelse inträffade samt vilka åtgärder som bör vidtas för att förhindra att liknande händelser upprepas. Det är viktigt att understryka att den inte används för att identifiera ”vem eller vilka som gjorde det” utan för att identifiera brister som kan finnas i organisationen gällande t ex kommunikation och rutiner. Ett händelseanalysteam har under ett flertal år genomfört analyser av vissa allvarliga och komplexa avvikelser. Region Blekinge är anslutet till ett nationellt presentationsverktyg (NITHA) vilket underlättar att genomföra händelseanalyser på ett standardiserat sätt med nationell terminologi.

### 3.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



När en särskild händelse inträffar kan Region Blekinge bli hårt utsatt. En särskild händelse kan vara exempelvis utbrott av allvarlig smitta, transportolyckor och omfattande elavbrott. Dygnet runt finns en funktion benämnd regional tjänsteman i beredskap, som hanterar särskilda händelser. Stabsläge innebär att en särskild sjukvårdsledning etableras och att den håller sig underrättad om läget, vidtar nödvändiga åtgärder och följer händelseutvecklingen. Förstärkningsläge innebär att en särskild sjukvårdsledning etableras och att den vidtar åtgärder för att stärka viktiga funktioner. Katastrofläge innebär att en särskild sjukvårdsledning etableras och tar alla resurser i anspråk.

Det finns tre ärenden 2022 som genererat mobilisering inne på sjukhuset för att klara händelsen. Regionen gått från stabsläge till förstärkningsläge vid två tillfällen, 2021-12-06 till och med 2022-02-03 var det beredskapshöjning pga vårdplatsbrist och bemanningsproblem samt 2022-12-12 till och med 2022-12-22 var det beredskapshöjning pga vårdplatsbrist och bemanningsproblem.

## 4 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Vårdens dagliga arbete påverkas i varje möte och arbetsmoment av människa, teknik och organisation. Risker uppstår och de hanteras genom att alla bidrar och lär av tidigare erfarenheter samt utvecklar arbetsätt och system. Utmaningen är att vara uthållig och fortsätta med mätningar, granskningar samt att utifrån resultat och analyser skapa varaktiga strukturer och system för att förebygga att vårdskador sker. Detta ska till viss del ske genom att utveckla och revidera egenkontroll och indikatorer kommande år.

Patientsäkerhetspolicy Region Blekinge 2021 – 2025 anger mål, grundläggande förutsättningar och fokusområden för att fortsätta utveckla patientsäkerhetsarbetet. Nuvarande Handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården i Blekinge ska uppdateras med planerade tidsatta åtgärder och aktiviteter de närmaste åren och ett nationellt analysverktyg ska användas för att stödja detta. Allt med målet att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskador.

En stor utmaning vi har framåt är att förbättra personalsituationen. En stabil personalsituation är en förutsättning för att kunna utveckla patientsäkerheten.

### Bilaga Egenkontroll

Egenkontroll	Resultat	Analys	Åtgärd och	Källa
--------------	----------	--------	------------	-------

			Planering	
<b>3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador</b>				
Avvikelse - främja och följa upp	Alla vårdenheter följer upp avvikelser, mer eller mindre systematiskt	3.1.1	Projekt planeras omstart 2023 - upphandla och införa nytt it-stöd - förbättra struktur, nätverk inklusive roller	Regionens avvikelssystem
Vårdskada - utredning ske enligt rutin och arbetsmall samt återkopplas	Efter årets internkontroll konstateras att rutin inte alltid följs	3.1.2	Information till nya verksamhetschefer ska fortsätta	Regionens avvikelssystem
Allvarlig vårdskada – återkopplas till berörda samt till ledningsgrupper	Systematisk struktur för återkoppling till alla ledningsgrupper saknas	3.1.3	Fortsätta utveckla uppföljning och återkoppling	Samarbetsyta patientsäkerhet
Nyhetsbrevet ”Månadens fall” - för att sprida information vårdskada	7 nyhetsbrev har kommunicerats under året	3.1.4	Fortsätta 2023	Kommuniceras via regionens intranät
Vårdrelaterade infektioner - målet är att förekomsten ska minska	VRI har ökat under året	3.1.5	Fortsatt uppföljning via nya mätningar	Mätning mars och november 2022
Markörbaserad journalgranskning - ska genomföras för att identifiera vårdskador	150 slumpmässiga granskningar visade på 12% vårdskador	3.1.6	Markörbaserad journalgranskning genomföras utifrån nationella direktiv	Nationellt verktyg för markörbaserad journalgranskning
Trycksår - målet är att förekomsten ska minska så mycket som möjligt	Förekomsten har ökat till 11,2% (9,2 % år 2021)	3.1.7	Regional trycksårsmätning v 10 2023 Temavecka Trycksårsprevention v 19 2023. Nationell trycksårsmätning v 37 2023.	PPM nationell databas
<b>3.2 Tillförlitliga och säkra system och processer</b>				
Revidera och utveckla ledningssystem	Ett ansträngt läge har medfört att det varit svårt att genomföra förbättringsarbeten och revideringar av rutiner	3.2.1	Utveckla ledningssystemet utifrån 2011:9 Struktur PM Revidera rutiner utifrån HSLF-FS 2017:40 Utveckla struktur och roller patientsäkerhet	Socialstyrelsens föreskrift 2011:9 ledningssystem kvalitetsarbete respektive 2017:40 vårdgivares patientsäkerhetsarbete
Säkra system och processer via andra strategier och tillsammans med andra aktörer	Läkemedelsstrategi beslutad under året	3.5	Handlingsplan läkemedel upprättas och aktiviteter genomförs	Läkemedelsgruppen
Kunskapsstyrning samverka via Nationell Samverkansgrupp för Patientsäkerhet (NSG PS)	Information och samverkan via digitala nationella möten	2.1.2	Södra Regionens Samverkansgrupp öka samverkan	Kunskapsstyrning NSG, RSG, LSG



<b>Egenkontroll</b>	<b>Resultat</b>	<b>Analys</b>	<b>Åtgärd och Planering</b>	<b>Källa</b>
Basala hygienrutiner – målet är att följsamheten ska vara 100 procent	Följsamheten har försämrats till 70,6% (80 % 2021)	3.2.2	Egenkontrollprogram och Konsultrond av vårdhygien	PPM nationell databas Intranätet (Qlikview)
Andelen äldre över 75 år som använder olämpliga läkemedel - ska minska	Andelen fortsätter att minska	3.2.3	Läkemedelsgruppen informerar och utbildar	SCB befolkning Intranätet (Qlikview)
Antibiotikaförskrivning - det nationella målet är 250 recept per 1000 inv/år	Förskrivningen ökat till 262 recept per 1000 inv och år (232 år 2021)	3.2.4	Strama m fl fortsätta informera och utbilda	Folkhälsomyndigheten

### 3.3 Säker vård här och nu

Riskhantering utvecklas	Patientsäkerhet i realtid (PiR) ej genomförd på grund av resursbrist Riskbedömningar har genomförts	3.3.1	PiR ska genomföras på samtliga somatiska vuxenvårdsavdelningar 2023. Målet kring andel riskbedömda patienter för fall, undernäring och trycksår ska uppnås.	Intranätet omvårdnad
Patientsäkerhetskulturen ska förbättras	Ny enkät har genomförts, HSE. Tyvärr med låg svarsfrekvens. Baslinjemätning resultat 72,5%	2.2	Enkät planeras att genomföras under våren 2023. Via nationella HSE-frågor (Hållbart Säkerhets Engagemang) Behöver öka svarsfrekvensen	Patientsäkerhetskulturen enkät medarbetare (HSE)
Situationsanpassa utifrån daglig styrning kring vårdplatser, bemanning för att nå ett effektivt vårdplatsnyttjande	Daglig styrning vårdplats	3.3.2	Daglig styrning och samverkan kring vårdplatser ska fortsätta	Intranät
Patientsäkerhetsdialog – ska genomföras vartannat år	Inga dialoger genomförda 2022	3.3.3	Dialoger genomföras år 2023	Patientsäkerhetsdialog och självskattning – rapport per område
Överbeläggningar och utlokaliserade patienter ska undvikas	Överbeläggningar har ökat. Utlokaliserade har minskat	3.3.4	Fortsätta mätningar samt arbetet med vårdplatsstrategin.	Nationell databas SKR (Sveriges Kommuner och Regioner)
<b>Egenkontroll</b>	<b>Resultat</b>	<b>Analys</b>	<b>Åtgärd och Planering</b>	<b>Källa</b>

### 3.4 Stärka analys, lärande och utveckling

C. Patientsäkerhetsindex ska öka	Patientsäkerhetsindex minskade till 76,4 (år	3.4.1	Berörda värdenheter ska fortsätta mäta, följa och	Patientsäkerhetsindex viktas och indexeras utifrån
----------------------------------	--	-------	---	--

- sju områden delmål	2021 82,2) Delområden; VRI, BHK, trycksår, överbeläggning o utlokaliserade patienter, läkemedel- och antibiotika-förskrivning, MJG		granska delområden utifrån nationella eller lokala instruktioner Utveckla indikatorer patientsäkerhet	flera källor Nationella databaser
Utreda möjligheten att implementera ett nationellt verktyg för att utveckla och stärka patientsäkerhetsarbetet	Chefläkargruppen har deltagit i utbildning kring verktyget och påbörjat eget arbete samt informerat områdeschefer i verktyget	2.1.1	Nuvarande handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården ska uppdateras utifrån resultat kring arbetet med verktyget	Analysverktyg SKR
Patientsäkerhetsdag	Ej genomförts	3.4.2	Årligt event som planeras genomföras 2023	
Patientsäkerhetspris	Pris år 2022 ej utdelat	3.4.3	Pris delas ut varje år och ska delas ut 2023	
Hälso- och sjukvårdens händelseanalysteam ska genomföra analyser	Två händelseanalyser har genomförts under året	3.4.4	Händelseanalyser genomföras kommande år	
<b>3.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap</b>				
Stärka samverkan och kommunikation mellan olika vårdnivåer och ledning för att beakta långsiktiga konsekvenser för patientsäkerheten i samband med planerings- och prioriteringsbeslut	Ett ansträngt läge har krävt specifika åtgärder och specifik organisation	3.5	Utveckla samverkan, genomföra riskanalyser samt omvärldsperspektiv utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv	