

# Patientsäkerhetsberättelse

## Region Blekinge

### År 2021



28 feb 2022

Peter Lilja, Regiondirektör

Gulli Malmberg, Patientsäkerhetssamordnare

1 SAMMANFATTNING .....	3
2 GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	4
2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning .....	4
2.2 En god säkerhetskultur.....	8
2.3 Adekvat kunskap och kompetens .....	9
2.4 Patienten som medskapare.....	10
3 AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	12
3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	12
3.2 Tillförlitliga och säkra system och processer.....	18
3.3 Säker vård här och nu.....	21
3.4 Stärka analys, lärande och utveckling .....	23
3.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	25
4 MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	26
Bilaga Egenkontroll.....	27

# 1 SAMMANFATTNING

*Det gångna året* har i huvudsak präglats av covid-19 och pandemin har inneburit konsekvenser i en omfattning som ingen kunde förutsäga. Under sommaren minskade smittspridning och inläggningar till följd av covid-19 och vården kunde i början på hösten fortsätta med den vård som fått anstå. Men i slutet av året blev det totala trycket stort och i perioder har den planerade vården pausats. Både covidvård och vaccinationsuppdrag har krävt resurser samtidigt som sjukfrånvaron varit högre än tidigare vilket ställt ökade krav på samverkan och prioritering. Styrning och uppföljning har skett via regional särskild sjukvårdsledning.

*Samarbetet har stärkts* genom de prövningar som pandemin har medfört. Det gäller både mellan olika verksamheter inom regionen, kommunala verksamheter, andra regioner och med nationella aktörer. Regionen har genomfört anpassningar för att bättre möta upp mot behoven och samarbetet med andra samhällsaktörer har intensifierats. Den digitala utvecklingen har tagit stora steg framåt under pandemin och användning av digital teknik utgör en alltmer integrerad del i hälso- och sjukvården.

*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. Regionen har haft en medveten strategi för att kontinuerligt kommunicera och informera ut kring pandemins utveckling och rekommendationer för att minska smittspridningen. Flera av våra invånare har på ett mer märkbart sätt behövt söka information, provtagning, rådgivning, vård och behandling på grund av pandemin.

*Vi hyllar* speciellt Habiliteringen som fick årets patientsäkerhetspris. De har under året genomgått en intensiv läroprocess vad gäller patientsäkerhetsarbete och därmed lyft medvetenheten kring risker i vårdens vardag och kunskapen om hur de ska förebygga vårdskador.

*Flertalet utvecklingsinsatser* och projekt har, på grund av att resurser omfördelats i samband med pandemi och vaccinationsplanering, antingen tappat fart eller helt prioriterats ner. Vissa aktiviteter och åtgärder har dock genomförts för att eliminera och minimera risken för att vårdskada uppstår eller att negativa händelser upprepas, varav några framgår i denna patientsäkerhetsberättelse.

*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.

*Med patientsäkerhet menas* i lagens mening, 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. Förekomsten av vårdskador kan verka skrämmande då vårdens avsikt att bota, lindra och förebygga inte alltid lyckas vilket kan innebära ytterligare lidande för våra patienter.

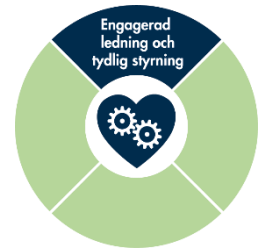
*Våra utmaningar* blir att hantera pandemins efterverkningar samtidigt som prioriterade fokusområden ska förverkligas. ”Håll i och håll ut” – gäller även för det fortsatta patientsäkerhetsarbetet.

*Målet är att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskador.* Fokus för kommande år är utveckla och samordna patientsäkerhetsarbetet på alla nivåer utifrån regionens patientsäkerhetspolicy och hälso- och sjukvårdens handlingsplan.

## 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 avvecklades 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 vårdgivare 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 befogenhet för planering, styrning och uppföljning på basenets- och avdelningsnivå i det dagliga patientsäkerhetsarbetet. Stödfunktioner, se nedan.

Inom regionen finns bland annat följande funktioner inom patientsäkerhetsområdet.

- Tre chefläkare ansvarar för anmälningsskyldigheten enligt lex Maria inom hälso- och sjukvården. För folk tandvården är förvaltningschefen anmälningsskyldig. Tillsammans med övergripande patientsäkerhetssamordnare, chefssjuksköterska och administrativt stöd bildar de en chefläkargrupp, vilket 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 m m 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 t ex patientsäkerhet, läkemedel, kvalitetsregister samt uppföljning och analys. Region Blekinge deltar via regionala programområden och samverkansgrupper, utvecklar lokala programområden och arbetsgrupper för att samordna vårdförlopp m m. Takten för införandet har anpassats utifrån pågående pandemi. 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 chefsområde som ska stärka det operativa samarbetet i södra sjukvårdsregionen för att uppnå en god och jämlik vård.

Ledningssamverkan vård och omsorg (LSVO) har tagit beslut om 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). Avseende nämnda satsning kring barn och unga har en samordningsgrupp startat upp under 2021. Regionen har även ett gott samarbete med länsstyrelsen kring det strategiska barnrättsarbetet. Psykiatrin 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”. Närvårdskonceptet 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 med syftet att förhindra återinskrivning. Samverkan mellan flera verksamheter i nära vård, specialiserad vård och länets kommuner är viktig inom ramen för projekt Mobil närvård. 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 mobil närvård, digital egenmonitorering, utveckling av 1177-tjänsterna, digital mötesverksamhet via skype eller teams. Patientmöten via digitala arbetssätt förekommer och kommer att utvecklas och användas av allt fler vårdenheter inom regionen. Förberedelser för införandet av nytt vårdinformationsstöd fortsätter.

### **2.1.3 Informationssäkerhet**

En informationssäkerhetsanalys var planerad att genomföras under förutsättningen att merparten av åtgärderna från föregående analys var omhändertagna. Uppföljningen visar att merparten av identifierade sårbarheter inte har åtgärdats därav skjuts kommande analys upp till 2022. I analysen framkom allvarliga sårbarheter inom informationsteknik. Dessa brister identifierades redan under första analysen år 2018 och har fortfarande inte hanterats. Resursförstärkning behövs för att kunna åtgärda identifierade sårbarheter.

Riskanalys av informationssäkerhet genomförs med en etablerad metod när avsteg från regelverket behöver tas. 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 och utifrån dessa analyser ska lämpliga säkerhetsskyddsåtgärder göras. Metod och rutin finns framtaget men medvetenheten kring att detta ska göras och rutinerna kring en riskanalys är låg i verksamheten. Under 2022 kommer utbildning att ges av informations- och IT-säkerhetsansvarig till utsedda förvaltningskoordinatorer som i sin roll ska stötta sin verksamhet i risk- och sårbarhetsanalyser.

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 har varit oförändrad, 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. Antalet journalöppningar som kontrollerats för varje användare varierar kraftigt beroende på verksamhet. I förhållande till det krav regionen har enligt gällande författningar på åtkomstkontroller genomförs kontroller endast i ett par system. Möjlighet att göra automatiska logganalys vore önskvärt då den lilla mängd kontroller som genomförs är resurskrävande i förhållande till de få avvikande beteenden som upptäcks. Ett logghanteringsverktyg har införts 2020-2021 och beräknas vara i full drift år 2022. Planerad utbildning till all personal inom hälso- och sjukvården av patientdatalagen har på grund av resursbrist inte genomförts under 2021.

## 2.1.4 Strålskydd

Strålskyddsbokslut avseende medicinska exponeringar finns upprättat för år 2021, [länk](#). 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

Region Blekinges vision är "den bästa livsmiljön för hållbar tillväxt och god hälsa". För att förverkliga detta finns en gemensam värdegrund som ska vägleda hur vi förhåller oss till dem vi finns till för och hur vi förhåller oss till varandra. Regionens värdegrund vilar på tre ledstjärnor; engagemang, samarbete och kvalitet.



Patientsäkerhetskultur är de värderingar, attityder och beteenden som finns på en arbetsplats. Vårdpersonalen har besvarat ett antal frågeställningar enligt nationell modell åren 2011, 2014 respektive 2017. Resultatet visar medarbetarnas upplevelse av hur patientsäker vården är. En av ledningens intentioner med enkäten är att utifrån resultatet ska chef och medarbetare prioritera åtgärder samt förtydliga detta i en handlingsplan som gäller för den egna arbetsplatsen. Av genomförda patientsäkerhetsdialoger framgår dock att det är få vårdenheter som har upprättat en dylik handlingsplan. Högsta ledningen har utifrån det övergripande resultatet beslutat om att vissa aktiviteter ska genomföras t ex patientsäkerhetsdag, patientsäkerhetspris och patientsäkerhetsdialog.

Enligt tidigare planering skulle en mätning genomföras av patientsäkerhetskulturen under år 2020. Men under rådande ansträngda omständigheter kring covid-19 bedömdes för både år 2020 och 2021, att enkäten ska skjutas upp till kommande år. Resultatet av de tre tidigare genomförda mätningarna visar dock att det inte skett någon större förändring mellan åren, varför resultatet från tidigare år visas i tabellen nedan. Resultatet presenteras i ett antal dimensioner och vi kan lära oss av både styrkor och svagheter. De förbättringsområden där regionen har identifierat dimensioner med låga resultat är inom:

- *Ledning och styrning*, ”högsta ledningens stöd” samt ”arbetsbelastning och personaltäthet”
- *Samarbete med andra*, ”samarbete mellan vårdenheter” samt ”överlämningar och överföringar av patienter och information”
- *Säkerhetskultur i egen verksamhet*, ”benägenhet att rapportera avvikelser” och ”lärandeorganisation”

	Dimensioner	Blekinge 2017	Blekinge 2014	Blekinge 2011	Riket 2014
P1	Benägenhet att rapportera händelser	51	46	50	43
P2	Sammanhållning säkerhetsmedvetenhet	61	60	62	57
P3	Självskattad patientsäkerhetsnivå	56	58	58	53
P5	Min närmaste chefs agerande kring patientsäkerhet	73	69	65	65
P6	Lärandeorganisation	57	58	58	55
P7	Samarbete inom vårdenheten	81	80	82	78
P8	Öppenhet i kommunikationen	73	66	78	63
P9	Återföring och kommunikation kring avvikelser	71	63	74	57
P10	En icke straff- och skuldbeläggande kultur	62	60	59	61
P11	Arbetsbelastning och personaltäthet	46	44	47	45
P12	Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete	40	41	16	39
P13	Samarbete mellan vårdenheterna	47	46	41	50
P14	Överlämningar o överföringar av patienter o information	48	48	45	48
P16	Information och stöd till patient vid negativ händelse	64	64	55	64
P17	Information och stöd till personal vid negativ händelse	64	64	60	63



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 arbetat 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.



Via utbildningssamordnare har nyanställd och befintlig personal praktiskt tränat specifika vårdmoment för att kunna stödja vården under pandemin. Vidare infördes tidigt under pandemin veckomöten mellan kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor, smittskyddsläkare, chefläkare, chefsjuksköterska och läkarbil för att ta fram gemensamma riktlinjer för covid-19 vård, skyddsutrustning, provtagning etc.

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

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 avvikelshantering 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. För att utveckla och underlätta hanteringen av avvikelser startade en översyn av it-stöd och riktlinjer, vilket dock har stoppats av styrgruppen för projektet eftersom resurser i projektarbetet saknades från vården.

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 avvikellesamordnare samt läggs ut på intranätet. Vårdenheternas patientsäkerhetsarbete följs upp via patientsäkerhetsdialoger, se 3.3.3. Den nationellt framtagna patientsäkerhetsutbildningen planeras införas under kommande år. Chefläkargruppen har gått igenom utbildningen och vissa förberedande steg har tagits för att kunna införa e-utbildningen år 2022.

Lång tid med ovisshet i hur smittspridningen utvecklas och hur behoven kan komma att förändras har skapat oro och trötthet hos medarbetarna. Det blir en utmaning när vården ska återgå till det nya normalläget. Det är av vikt att kompetensförsörjningsplaner omsätts i aktiviteter för att behålla befintliga medarbete 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 förklarar vilka åtgärder som vidtas m m. 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.

Pandemin har medfört att stora delar av verksamheten fått prioritera covidvården i första hand vilket har påverkat tillgängligheten. Trots detta uppfattar 87 % av befolkningen att de helt eller delvis har tillgång till den sjukvård de behöver. Detta kan sannolikt tolkas som ett tecken på en stor förståelse i befolkningen för den mycket ansträngda situation som pandemin inneburit för hälso- och sjukvården. Åren med covid-19 har påskyndat möjligheten för patienterna till kontakt via digitala lösningar, som i sig kan innebära en bättre tillgänglighet och en ännu mer kontinuerlig och regelbunden kontakt med vården.

Införandet av patientkontrakt går framåt om än i begränsad omfattning på grund av att utrymmet att utveckla detta inom hälso- och sjukvården varit litet under rådande ansträngda pandemiläget. Arbetet går i otakt eftersom det inte alltid funnits möjlighet att genomföra flera planerade insatser men förberedelserna fortsätter för att kunna genomföra implementeringen av patientkontrakt kommande år.

## 2.4.2 Klagomål och synpunkter

Antal ärenden	2021 (2020, 2019, 2018 inom parentes)
Klagomål till verksamheten i avvikelssystemet	344 (341, 371, 388)
Patientnämnden antal avslutade ärenden	478 (411, 392, 335)
Löf-ärenden	Ej publicerat ännu (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.

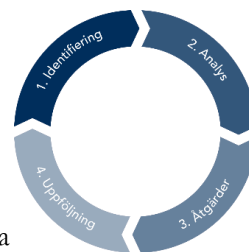
Patient kan göra en ”Anmälan om fel i vården” direkt till Inspektionen för vård och omsorg (Ivo). Från år 2018 har Ivo en begränsad utredningsskyldighet vilket innebär att de utreder anmälningar av allvarigare händelser, om berörd vårdgivare har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter att utreda 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 478 klagomål att jämföra med 411 år 2020. För mer utförlig analys hänvisas till patientnämndens verksamhetsberättelse för år 2021. 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. Statistiken från Löf avseende år 2021 är ej publicerad i skrivandets stund. 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 erhållet 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 bilaga 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.

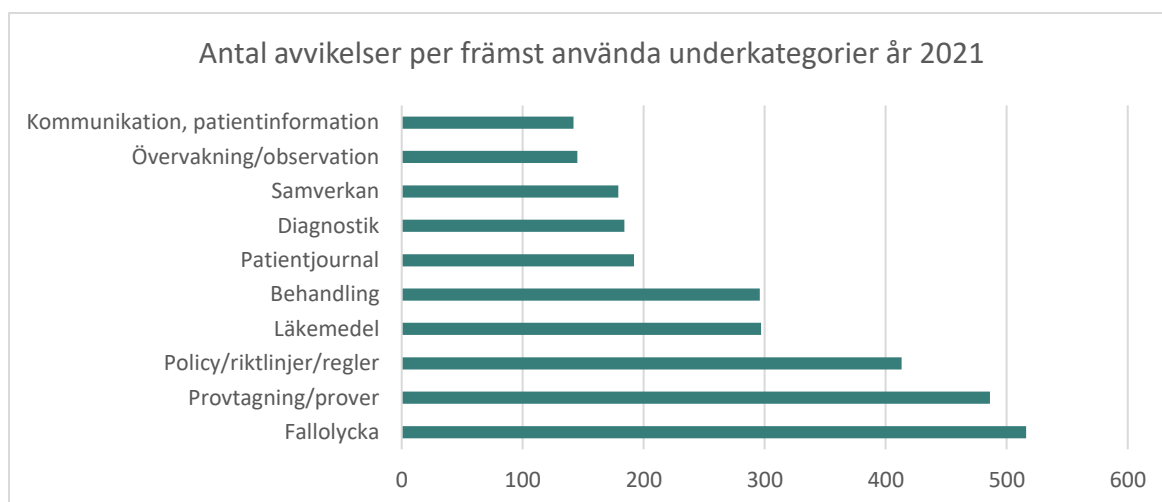


##### 3.1.1 Avvikelser

Regionens rapporteringssystem för avvikelser	2021 (2020, 2019, 2018 inom parentes)
Antal inrapporterade avvikelser	5 815 (5 524, 5 823, 5 737)
Mest frekventa riskområde för avvikelser	Vård 4 616 (4 426, 4 803, 4 838)
Mest frekventa kategorier för avvikelser inom riskområde vård	Omvårdnad 1 961 (1 612, 1 935, 1 862) Medicinsk behandling 917 (923, 1 197, 1 262) Administrativ rutin 854 (1 014, 970, 1 172)
Antal inrapporterade förbättringsförslag	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 avvikelsen i ett it-stöd. Därefter hanteras avvikelsen utifrån de övergripande riktlinjerna samt verksamhetens rutiner kring avvikelse- och kvalitetsarbete. På varje vårdenhets ska minst en avvikelssamordnare vara utsedd för att hantera avvikelser i samråd med chef.

Antalet rapporterade avvikelser under året är i jämförelse med tidigare år ungefär detsamma. Föregående år rapporterades något färre och anledningen till detta kan man endast spekulera i men en bidragande faktor kan vara att rådande corona-situation medfört att tiden varit en bristfaktor. Avvikelsesystemet i sin nuvarande form har varit i bruk i cirka 10 år och förtrogenheten 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.

Några områden som uppmärksammats är händelser kring trycksår och fall vilket omvårdnadsutvecklarna tillsammans med verksamheternas ombud arbetar med sedan tidigare. Chefläkare och chefssjuksköterska genomför journalgranskning och läkemedelsgruppen informerar för att minimera avvikelser kring bland annat olämpliga läkemedel och antibiotikaförskrivning, se rubriker längre fram.

		Allvarlighetsgrad			
		katastrofal	betydande	måttlig	mindre
Sannolikhet för upprepning	mycket stor	11	92	66	33
	stor	15	559	437	107
	lite	58	821	1334	628
	mycket liten	15	204	314	688

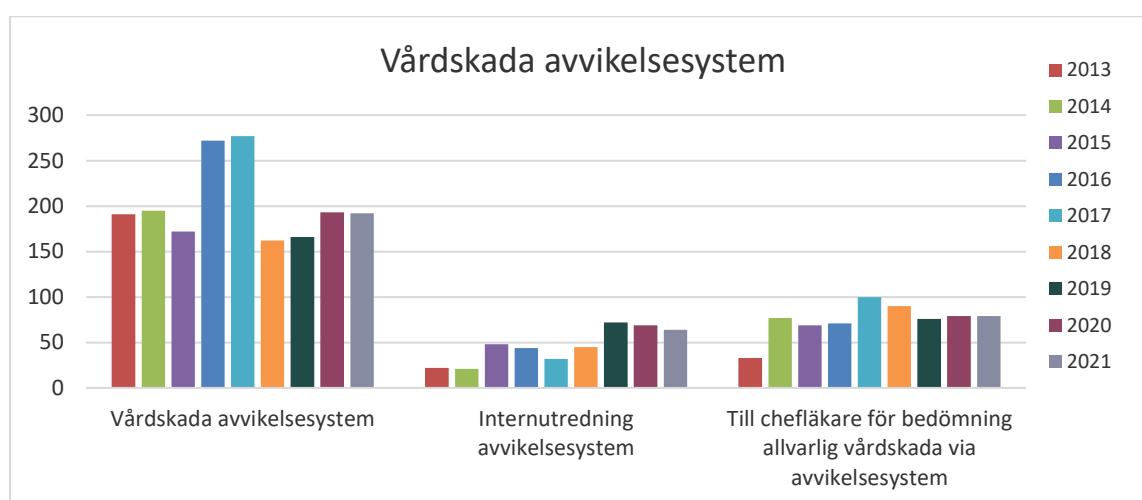
Tabellen ovan visar hur alla avvikelser har bedömts kring allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepning. I antalet ovan ingår även de avvikelser som bedömts vara vårdskada och allvarlig vårdskada, vilket beskrivs mer utförligt under rubrikerna nedan.

### 3.1.2 Vårdskada

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

Om chef och avvikelseransvarig 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. I jämförelse med föregående år är antalet ungefär lika. 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, vilket framkommer vid patientsäkerhetsdialoger samt enkät patientsäkerhetskultur. Således behöver rutiner och struktur tydliggöras vilket planeras ske i samband med att nytt it-stöd införs.

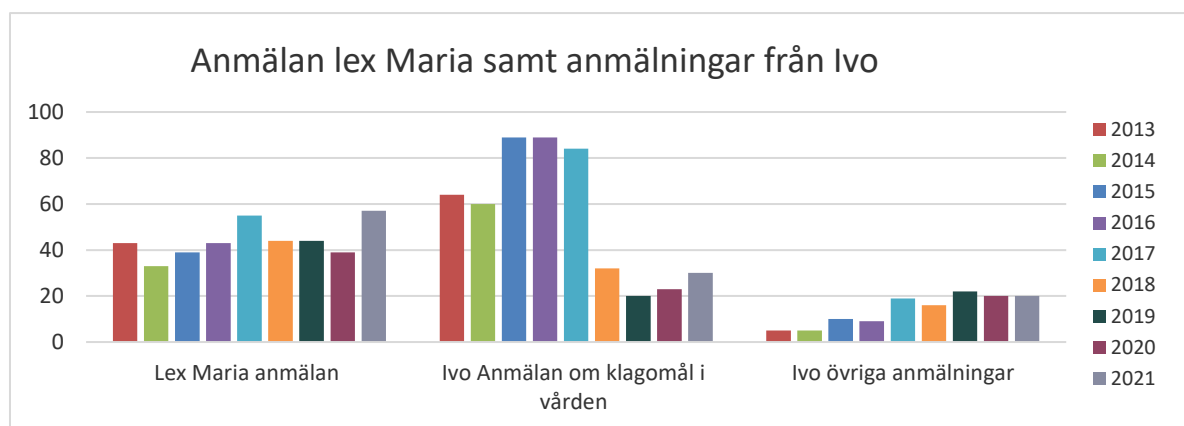
Förekomst av vårdskador och allvarliga vårdskador analyseras samt är underlag till förbättringsarbete. En verksamhet blir aldrig ”färdigförbättrad” utan vårdskador och risker kommer alltid att dyka upp varför ständiga förbättringar krävs. Flertalet anmälningsärenden berör ibland flera vårdenheter och 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	2021 (2020, 2019, 2018 inom parentes)
Antal inkomna Anmälan om fel i vården (Ivo)	30 (22, 20, 32)
Antal lex Maria anmälningar	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. De flesta som anmäls i år, cirka 80 %, har även beslut erhållits från Ivo. Liksom tidigare år gäller anmälningarna främst medicinsk behandling inom underkategorierna läkemedel, behandling och diagnostik. Antalet lex Maria är något fler i år vilket hänförs till anmälningar om bemanningsbrist inom habiliteringen. 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 generellt 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. Hittills har Ivo lämnat beslut till cirka hälften av årets klagomålsärenden och av dessa funnit brister i tre händelser kring vård och behandling. 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. Hittills har 49 brev förmedlats bl a kring diagnoser, remisser, rutiner och information.

### 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 blir 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 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. 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. Nästa mätning planeras ske i mars 2022.

Åren 2020 och 2021 präglades av en ny pandemi orsakad av SARS-CoV-2 – covid-19. Första fallet i Blekinge registrerades den 10 mars år 2020 och det första dödsfallet inträffade 26 mars samma år. Flera utbrott bland både personal och patienter inom såväl slutenvård, hemsjukvård och särskilda boenden har förekommit. Allt sedan februari månad år 2020 har mycket arbete av smittskydds- och vårdhygienheten ägnats åt pandemin. Uppdatering har skett av covid-PM till följd av epidemiologiskt läge och nya riktlinjer från Folkhälsomyndigheten. Ett flertal hygienronder med särskild hänsyn till covid-19 har genomförts i länets kommuner och hygienronder på alla vårdcentraler påbörjats enligt regelbokens 4-års intervall.

En allvarlig VRI som uppmärksammats i flera regioner är infartsrelaterad *Staf aureus*-sepsis. Blekinge har haft en ökning av dessa infektioner med 50 % mellan åren 2012-2018 (21 fall 2018). Under hösten 2019 informerade vårdhygien om problematiken med infartsrelaterad VRI i olika sammanhang t ex på arbetsplatsträffar, läkarmöten, hygienombudsutbildning, chefsmöten och patientsäkerhetsdag. I början av år 2020 startade ett projekt för att omsätta dessa kunskaper i praktisk handling men detta blev tyvärr ett typexempel på att covid-19 inneburit att förbättringsarbeten fått gå på sparlåga eller tvärnita.

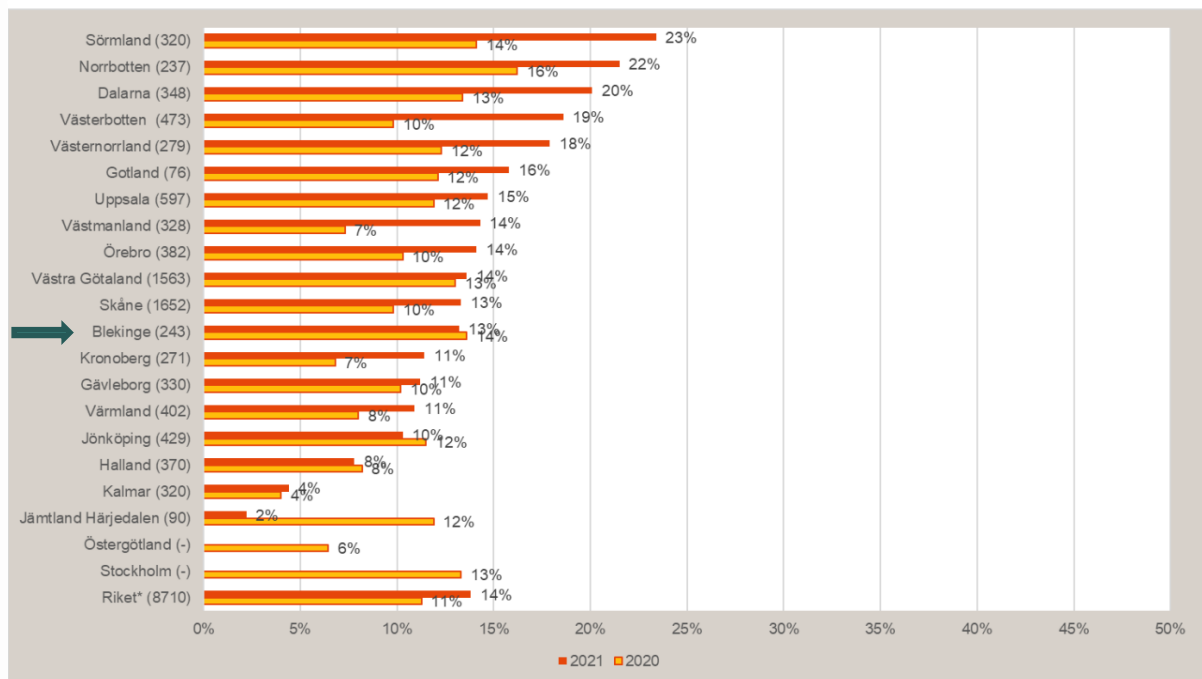
### 3.1.6 Trycksår

Genom att tidigt identifiera patienter med ökad risk för trycksår och sätta in förebyggande åtgärder kan andelen patienter med trycksår minimeras. För att följa utvecklingen i riket mäts sedan år 2011, varje år förekomsten av trycksår genom en nationell punktprevalensmätning, bestående av observation, riskbedömning och journalgranskning. Mätningen genomförs vid en specifikt given dag på de patienter som då ligger inne på sjukhuset. Den omfattar alla personer 18 år och äldre i slutenvården.

Trycksår går att förebygga och några framgångsfaktorer är individanpassade åtgärder t ex tryckavlastande madrass, hälavlastning, glidlakan, planerad lägesändring i säng. Information och återkoppling av resultatet är också viktiga komponenter. Detta kräver ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete vilket omvårdnadsutvecklarna driver tillsammans med avdelningarnas ombud.

Nationell punktprevalensmätning av förekomst trycksår genomförs vanligtvis i mars men flyttades fram till september på grund av krisläget i sjukvården. Resultatet i Blekinge visar på en minskning från 13,6 till 13,2 % av andelen patienter med trycksår kategori 1-4, vilket kan jämföras med genomsnittet för riket på 14 %. Av tabellen nedan framgår andelen patienter med trycksår i landet vid mätningen hösten 2021.





I Blekinge var andelen sjukhusförvärvade trycksår 9 %, andel som fallit 5 % samt andel som ofrivilligt minskat i vikt under vårdtiden 11 %. 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. Detta kan delvis bero på det ansträngda läget i slutenvården dels på att omvårdnadsutvecklarna inte haft samma möjlighet att stötta med utbildningsinsatser under pandemin, då de blivit utlånade till andra arbetsuppgifter.

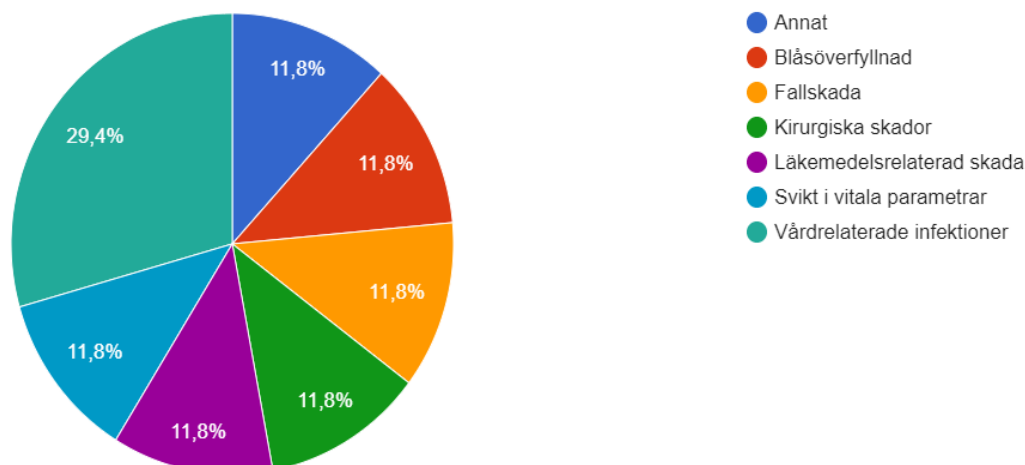
### 3.1.7 Markörbaserad journalgranskning

Markörbaserad journalgranskning är en nationell metod, vilket specialiserad somatisk slutenvård genomfört sedan år 2012, inom psykiatrisk öppen- och slutenvård sedan år 2018 samt för covid-vården från år 2020. Metoden innebär att ”markörer” söks för att finna avsteg från förväntat vårdförlopp. Granskningsteamerna 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.

Vården av covid-19 patienter har inneburit stor belastning för vården i hela landet. Av den anledningen har alla sjukhus efter ett nationellt beslut även granskat vårdtillfällen med covid-19 under 2020 och 2021. Mellan januari 2020 och juni 2021 har 74 vårdtillfällen granskats i Blekinge, varav skada bedömdes inom 26 % främst avseende vårdrelaterade infektioner.

Inom specialiserad somatisk slutenvård ska 10 slumpmässigt utvalda avslutade vårdtillfällen granskas varje månad. Inom Blekinge har mellan perioden juli 2020 och juni 2021, totalt 120 vårdtillfällen granskats varav 8 % 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.

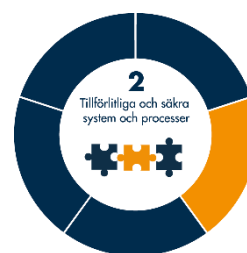
Andel skador per skadegrupp av totala antalet skador, Region Blekinge, från 2020-07 till 2021-06



Markörbaserad journalgranskning har genomförts under några år inom allmän vuxenpsykiatri öppenvård och slutenvård i Blekinge enligt nationella krav. Av granskningen mellan juni 2020 och maj 2021 framgår att sex skador har identifierats av totalt cirka 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 bli att 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 dokumenten har avstannat i samband med pandemin.

Patientsäkerhetslagen som gäller från 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 och 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 har beslutats under året; 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.

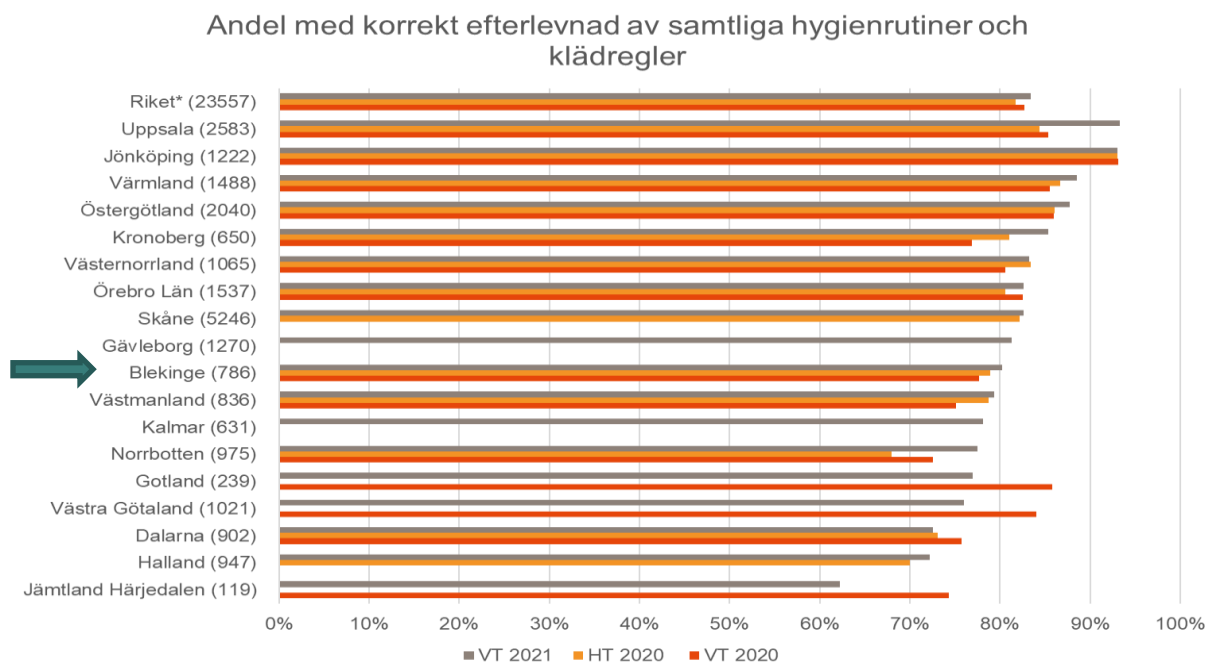
Primärvårdens kvalitetsråd har initierat ett förbättringsarbete kring hantering av styrdokument såsom PM och riktlinjer vilket ska underlätta för medarbetare att finna de dokument som behövs för att utföra arbetsmomentet på ett korrekt och säkert sätt.

Flera olika kvalitetsgrupper och råd har bildats i samband med omorganisation, dock saknas en övergripande helhet där roller och grupper eller nätverk framgår vilket ska förtydligas nästa år.

### 3.2.2 Basala hygien- och klädrutiner

En vårdrelaterad infektion (VRI) kan spridas via andra patienter, personalens händer eller kläder, otillräckligt rengjorda instrument eller miljön. Den kan också uppkomma när mikroorganismer i patientens egen bakterieflora råkat hamna på fel ställe i kroppen exempelvis vid en operation. En ökad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) bidrar till en minskning av VRI. Varje år sedan 2011, genomförs en nationell mätning av följsamheten till BHK. Denna punktprevalensmätning baseras på ”Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg”. Observationsstudien sker under en i förväg angiven tidsperiod och genomförs av vårdenheternas hygienombud. De yrkeskategorier som finns på enheten bör ingå i studien som rekommenderas grunda sig på tio observationer per enhet och tillfälle.

Kravet i Blekinge har under flera år varit att utöver den nationella mätningen, ska vårdenheterna göra egna observationer kontinuerligt. Resultaten, vilket registreras i Qlikview, visar skillnader mellan hur ofta observationer genomförs samt att resultatet skiftar mellan vårdenheter och mellan olika yrkeskategorier.



Resultatet avseende följsamhet till hygien och klädregler borde vara bättre med tanke på den pågående coronapandemin samt att målet för regionen sedan flera år tillbaka är att nå en följsamhet på 100 procent. Enligt den nationella punktprevalensmätningen i mars, har följsamheten förbättrats från cirka 78 till 80 %. Resultatet är dock sämre än genomsnittet för riket på 83 %, vilket framgår av diagrammet ovan.

Verksamhetschefen ansvarar för att genomföra mätningen med stöd av hygienombud samt därefter följa upp och agera utifrån resultatet. För att förbättra följsamheten ges utbildningar och informationsinsatser till hygienombud, vårdpersonal och chefer samt egenkontroller och hygienronder genomförs. Smittskydd

har tidigare år genomfört informationsinsatser för att öka medvetenheten hos personal och allmänhet om fördelarna med vaccin och riskerna med att bli sjuk i influensa. Årets informationsinsatser har främst ägnats åt pandemins konsekvenser samt rekommendationer för att undvika att bli smittad av covid-19.

### **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 de med antikolinergeffekt, långverkande benzodiazepiner, tramadol och propiomazin. Förskrivningen av dessa olämpliga läkemedel fortsätter att minska och Blekinge är bland de bättre av landets 21 regioner. Den största delen av förskrivningen sker på vårdcentraler och förskrivningsmönstret varierar.

Läkemedelskommittén och farmaceuter erbjuder utbildning och information till förskrivare med fokus på bättre och säkrare läkemedelsförskrivning. 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. Denna metod behöver utvecklas eftersom läkemedelsgenomgångar inte används eller dokumenteras i den utsträckning som sjukvården ska enligt Socialstyrelsens föreskrift.

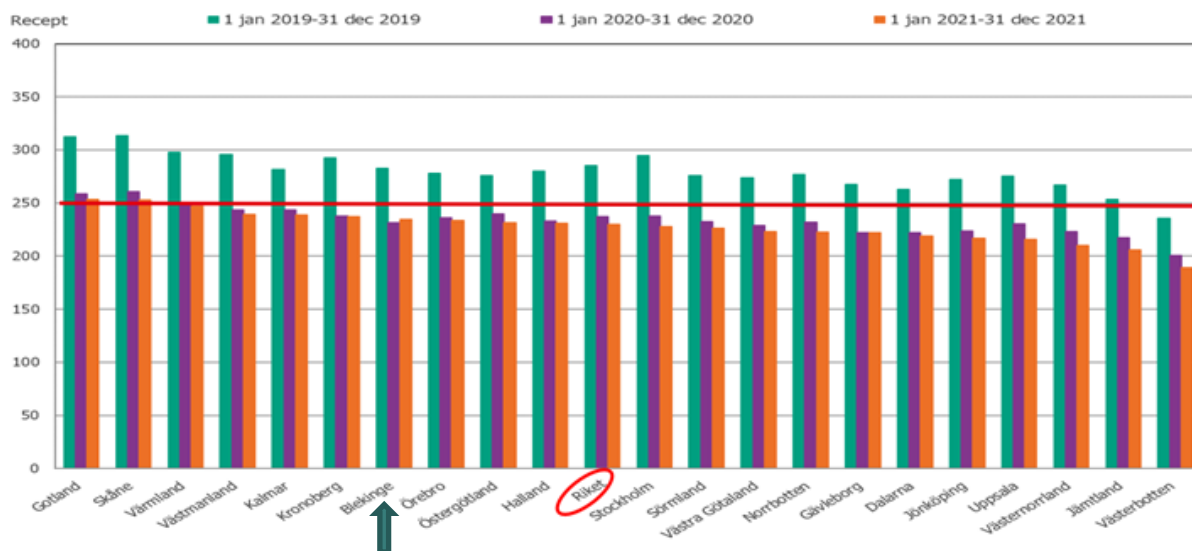
### **3.2.4 Antibiotikaförskrivning**

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 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. Strama har under året bland annat tagit fram en ny upplaga av Antibiotikaval vid infektioner i öppenvård.

Generellt har man under pandemin sett en minskning av antibiotikarecept till största delen på grund av minskat antal bakteriella luftvägsinfektioner och därmed minskat behov av luftvägsantibiotika. Glädjande nog förskrivs mycket mindre antibiotika till barn. Alla regioner har nu nått det nationella målet om högst 250 recept per 1000 invånare och år, se diagram nedan. Blekinge ligger på 233 jämfört med det något lägre rikssnittet på 227. Även om Stramas mål uppnåtts kan man förmoda att detta kommer att revideras framöver och i Blekinge fortsätter arbetet som tidigare kring information och uppföljning av antibiotikaförskrivningen.

**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 vårdenhets 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 andelen 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 i samband med pandemin har denna granskning tyvärr fått pausa.

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**

En viktig fråga har varit den ansträngda vårdplatssituationen i pandemins spår. Arbete pågår för att hitta en långsiktig lösning av vårdplatssituationen för att kunna möta patienternas behov. 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 är nu avslutad och en handlingsplan med aktiviteter upprättad samt en arbetsgrupp tillsatt för att strukturera om vårdplatserna.

### **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 dylika dialoger, men pandemin orsakade fördröjning och dessa dialoger avslutas i början av 2021. Våren 2021 har psykiatrisk vård och habilitering genomfört patientsäkerhetsdialoger. Återkoppling av resultat har skett inom alla områden.

### 3.3.4 Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

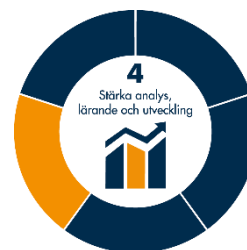
Överbeläggningar, utlokaliseringar och disponibla vårdplatser per avdelning och dag rapporteras in per sjukhus till en nationell databas på SKR (Sveriges Kommuner och Regioner). Rapporteringen sker för både somatisk slutenvård och psykiatrisk slutenvård. Enligt Socialstyrelsens termbank definieras

- ”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 vårdenhets 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 vårdenhets t ex vård på akut- eller intensivvård.

Överbeläggningar och utlokaliserade patienter ska undvikas i möjligaste mån. Under året har både överbeläggningar och utlokaliserade patienter ökat mycket. Denna negativa utveckling speglar den pågående coronapandemins följder på vårdplatser och resurser. Det finns även en viss risk för att underliggande länkar i statistiken inte har uppdaterats allteftersom förändringar av vårdplatser har genomförts. 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 vårdsador minskar.



### 3.4.1 Patientsäkerhetsindex

Indikatorn patientsäkerhetsindex visar utvecklingen av de vanligaste skadeområdena samt aspekter som direkt ökar risken för att vårdsador 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 gått från 82,2 till 80,2. Främsta orsaken till nedgången beror på en mycket högre grad av överbeläggningar och utlokaliserade patienter, vilket speglar en del av problematiken kring pågående coronapandemi. Måluppfyllelsen har således inte kunnat nå totalt men av de sju delområden som patientsäkerhetsindex består av, visar fyra områden en positiv utveckling under året. Varje delområde har ett mål som ska nås och måluppfyllelsen beskrivs kort nedan.

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

- 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. På grund av den ökade belastningen i vården med covid-19 beslöt SKR att inte genomföra mätning varken år 2021 eller 2020, se 3.1.5.
- Med tanke på den pågående coronapandemin samt att målet för regionen sedan flera år tillbaka är att nå en följsamhet till 100 %, borde följsamheten till hygien och klädregler vara bättre. Enligt den nationella punktprevalensmätningen i mars, har följsamheten förbättrats från cirka 78 till 80 % vilket kan jämföras med riket på 83 %, se 3.2.2.
- Förekomsten av trycksår ska minska och enligt höstens nationella mätning har andelen patienter med trycksår kategori 1-4 minskat från 13,6 till 13,2 % i Blekinge. Genomsnittet för riket visade däremot på en ökning från 11 till 14 % år 2021. 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 både överbeläggningar och utlokaliserade patienter ökat mycket. Denna negativa utveckling speglar coronapandemins följder på vårdplatser och resurser, se 3.3.4
- 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
- Alla regioner har nu nått det nationella målet om högst 250 recept per 1000 invånare och år. Blekinge ligger på 233 jämfört med det något lägre rikssnittet på 227. Pandemin har medfört ett minskat antal bakteriella luftvägsinfektioner och därmed minskat behov av luftvägsantibiotika, 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 7 till 8% i Blekinge, se 3.1.7.

### 3.4.2 Patientsäkerhetsdag

Pandemin satte stopp för den årliga patientsäkerhetsdagen både år 2020 och 2021. Vid tidigare tillfällen 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

Årets patientsäkerhetspris gick till Habiliteringen då de har 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. För att klara av att det ansträngda läget i samband med pandemins framfart har regionen gått från stabsläge till förstärkningsläge vid några tillfällen under året. 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.

Regionen har haft ett omfattande omställningsarbete relaterat till pandemin vilket inneburit prioriteringar, riskbedömningar och omDispositioneringar för att prioritera de allra svårast sjuka men även att upprätthålla en god och säker hälso- och sjukvård. Stort arbete har lagts ner för att identifiera riskpatienter i den vård som fått anstå samtidigt som kontinuerliga förändringar och uppdateringar har skett avseende rutiner och riktlinjer. Åtgärder har genomförts i samband med uppkomna risker kring t ex brist på utrustning och läkemedel, neddragning av operationer och mottagning eller vid smitta bland patienter och personal. Arbetsmiljöarbetet har präglats av pandemin och riskbedömningar har genomförts kontinuerligt samt information har förmedlats för att möta medarbetarnas oro kring smittorisk, skyddsutrustning m m. Media har via webb-sändningar fått information kring smittspridningens framfart och rekommendationer för att minska detta, provtagning, vaccination m m.

Patientsäkerhetspolicyns fyra grundläggande förutsättningar och de fem fokusområdena behöver systematiskt och strategiskt kontinuerligt utvecklas och anpassas. Flertalet utvecklingsarbeten är uppskjutna för att frigöra resurser för vården och förhindra smittspridning, vilket också medför ett energitapp i verksamheten. Möjlighet till återhämtning och att hitta tillbaka till ett nytt normalt läge behövs nu för att komma framåt och dra nytta av de förändrade arbetssätt som pandemin medfört. Struktur och tydlig styrning krävs för att klargöra uppdrag och förväntningar. Projekt som stannat av eller stoppats i samband med pandemin behöver göra en omstart. För att öka riskmedvetenhet och beredskap både på lång och kort sikt behöver flera områden fortsätta att utvecklas.

## **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 arbetssätt 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 vilket är de stora penseldragen 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. När pandemins efterverkningar avtar förväntas mer tid kunna läggas på att utveckla arbetet och förhoppningen är att en utbildning kan komma att sätta patientsäkerhetsarbetet ”på kartan” igen. En gemensam kraftsamling behövs för att samordna arbetet på alla nivåer - med målet att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskador.

Pandemin har utvecklat samverkan, riskmedvetenhet och beredskap samt gett betydelsefulla lärdomar. Utmaningen blir att hantera pandemins svallvågor samtidigt som prioriterade fokusområden ska förverkligas. ”Håll i och håll ut” – gäller även för det fortsatta patientsäkerhetsarbetet.

## Bilaga Egenkontroll

Egenkontroll	Resultat	Analys	Åtgärd och Planering	Källa
<b>3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador</b>				
Avvikelser - främja och följa upp	Benägenheten rapportera händelser är 51% enligt enkät patientsäkerhetskultur. Alla vårdenheter följer upp avvikelser, mer eller mindre systematiskt	3.1.1	Projekt planers omstart 2022 - upphandla och införa nytt it-stöd - förbättra struktur, nätverk inklusive roller	Regionens avvikelssystem  Enkät patientsäkerhetskultur år 2017
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	8 nyhetsbrev har kommunicerats under året	3.1.4	Fortsätta 2022	Kommuniceras via regionens intranät
Vårdrelaterade infektioner - målet är att förekomsten ska minska	Ingen nationell mätning 2020 eller 2021 p g a pandemi	3.1.5	Planerad mätning vecka 11 – 12 2022	PPM nationell databas Intranätet (Qlikview)
Markörbaserad journalgranskning - ska genomföras för att identifiera vårdskador	Andelen vårdskador inom sjukhuset har ökat från 7 till 8%	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 minskat till 13,2% (13,6 % år 2020)	3.1.7	Ombudsgranskningar fortsätta. Planerad mätning v 37 år 2022	PPM nationell databas
<b>3.2 Tillförlitliga och säkra system och processer</b>				
Revidera och utveckla ledningssystem	Pandemin medfört ansträngt läge 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

Egenkontroll	Resultat	Analys	Åtgärd och Planering	Källa
Basala hygienrutiner – målet är att följsamheten ska vara 100 procent	Följsamheten har förbättrats till 80% (78 % 2020)	3.2.2	Egenkontrollprogram och Konsultrond av vårdhygien Mätning v11/12 -22	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 minskat till 232 recept per 1000 inv och år (236 år 2020)	3.2.4	Strama m fl fortsätta informera och utbilda	Folkhälsomyndigheten
<b>3.3 Säker vård här och nu</b>				
Riskhantering utvecklas	Patientsäkerhet i realtid (PiR) ej genomförd på grund av resursbrist Riskbedömningar har genomförts Dagligt patientsäkerhetsarbete	3.3.1	PiR genomförs. Riskbedömning äldre fortsätta I den dagliga vården vara vaksam på risker och störningar Använda verktyg såsom SBAR och Gröna korset	Intranätet omvårdnad
Patientsäkerhetskulturen ska förbättras	Måluppfyllelsen kan inte göras eftersom enkät ej har genomförts varken år 2020 eller år 2021 på grund av det ansträngda läget som coronapandemin medfört.	2.2	Enkät planeras att genomföras under våren 2022. Via nationella HSE-frågor (Hållbart Säkerhets Engagemang) Använda verktyget ”Säkerhetskulturtrappan”	Patientsäkerhetskultur enkät medarbetare
Situationsanpassa utifrån daglig styrning kring vårdplatser, bemanning för att nå ett effektivt vårdplatsnyttjande	Daglig styrning vårdplatser	3.3.2	Daglig styrning och samverkan kring vårdplatser ska fortsätta	Intranät
Patientsäkerhetsdialog – ska genomföras vartannat år	Primärvården genomförd år 2020 samt specialiserad somatisk vård respektive psykiatrisk vård år 2021	3.3.3	Dialog genomförs år 2023	Patientsäkerhetsdialog och självskattning – rapport per område
Utreda möjligheterna till patientsäkerhetsutbildning för chefer och medarbetare	Nationell e-utbildning patientsäkerhet publicerat höst 2021	2.3	Planera och införa e-utbildning patientsäkerhet år 2022	Nationell e-utbildning patientsäkerhet
Överbeläggningar och utlokaliserade patienter - ska undvikas i möjligaste mån	Överbeläggningar och utlokaliserade patienter har ökat	3.3.4	Fortsätta mätningar samt genomföra vårdplatsstrategins intentioner.	Nationell databas SKR (Sveriges Kommuner och Regioner)

Egenkontroll	Resultat	Analys	Åtgärd och Planering	Källa
<b>3.4 Stärka analys, lärande och utveckling</b>				
C. Patientsäkerhetsindex ska öka - sju områden delmål	Patientsäkerhetsindex minskade till 80,2 (år 2020 82,2) Delområden; VRI, BHK, trycksår, överbeläggning o utlokaliserade patienter, läkemedel- och antibiotika-förskrivning, MJG	3.4.1	Berörda vårdenheter ska fortsätta mäta, följa och granska delområden utifrån nationella eller lokala instruktioner Utveckla indikatorer patientsäkerhet	Patientsäkerhetsindex viktas och indexeras utifrån flera källor Nationella databaser
Utreda möjligheten att implementera ett nationellt verktyg för att utveckla och stärka patientsäkerhetsarbetet	Chefläkargruppen har under året 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	Pandemi-stopp	3.4.2	Årligt event	
Patientsäkerhetspris	Pris år 2021 habiliteringen	3.4.3	Pris delas ut varje år	
Hälso- och sjukvårdens händelseanalysteam ska genomföra analyser	Tre händelseanalyser har genomförts under året	3.4.4	Händelseanalyser genomförs 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	Pandemin har krävt specifika åtgärder och specifik organisation	3.5	Utveckla samverkan, genomföra riskanalyser samt omvärldsperspektiv utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv	