

Patientsäkerhetsberättelse 2024

Region Östergötland

Agera
för säker vård



Innehåll

Sammanfattning.....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier.....	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan mellan kommuner och region	7
Samverkan inom Regionens verksamheter	7
Informationssäkerhet.....	8
En god säkerhetskultur	9
Arbetsmiljö och patientsäkerhet	10
Adekvat kunskap och kompetens.....	11
Patientsäkerhetskunskap	11
Patientsäkerhetsäker bemanning och schemaläggning.....	11
Systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete	11
Yrkeskunskap	12
Patienten som medskapare	12
Levande bibliotek.....	13
Dokumenterad överenskommelse	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	14
Fallskador.....	14
Trycksår.....	15
Undernäring.....	16
Vårdrelaterade infektioner inom slutenvård	17
Riskområden med särskilt fokus 2024	18
Indikatorbaserad månadsuppföljning	19

Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	21
Avvikelser	21
Läkemedelsrelaterade avvikelser	22
Omvårdnadsrelaterade avvikelser	22
Vårdplatsituation, utlokaliseringar och överbeläggning.....	23
Journalgranskning	25
Lex Maria	26
Patientförsäkringen LöF	27
Klagomål och synpunkter	28
Tillförlitliga och säkra system och processer	31
Kunskapsstöd	31
Processtöd omvårdnad.....	32
Vårdokumentation	32
Kunskapsspridning	33
Basala kläd- och hygienregler	33
Medicinskteknisk säkerhet.....	33
Säker vård här och nu	34
Stärka analys, lärande och utveckling.....	35
Öka riskmedvetenhet och beredskap	36
Riskfylld läkemedelshantering.....	37
Färdighetsträning och simulering.....	37
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	38
Följande systemåtgärder behöver utvecklas under 2025	38

Sammanfattning

Patientsäkerhet handlar om att skydda patienter mot vårdskador. 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 sjukvården¹. Vårdskador kan därför inte anses acceptabla och arbetet med att minska vårdskador behöver fortsatt prioriteras på alla nivåer. Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2022-2025 har tagits fram som grund för detta arbete. Ett omfattande omställningsarbete har pågått under året mot bakgrund av det stora ekonomiska underskottet. Övergripande risk- och sårbarhetsanalyser har genomförts där bibehållen patientsäkerhet trots neddragningar har ställt stora krav på förändrat arbetssätt och prioriteringar i vården.

Ledning och styrning av patientsäkerhet har tydliggjorts genom att lokal samverkansgrupp (LSG) har utökats med ökad representation från Regionledningen. Ledningsstruktur inom omvårdnadsområdet har beslutats och påbörjat sitt arbete. Samverkan för att förebygga vårdskador pågår på olika nivåer, från övergripande ledningsnivå (LGVO) med fokus på samverkan mellan huvudmän till samverkan mellan sjukhus och kliniker/vårdcentraler. Området har behov av ytterligare insatser med fokus på patientens bästa före verksamheternas organisatoriska avgränsningar. Vården blir säkrare när den utformas i samverkan med patient och närstående. Synpunkter och klagomål kan i högre grad tas tillvara i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Kunskap inom patientsäkerhetsområdet är av stor vikt för att driva utveckling och förbättring på alla nivåer, från beslutsfattande till den patientnära vården. Området är under utveckling. Indikatorbaserad uppföljning har utvecklats i form av en uppföljningsportal med uppdatering varje månad. Region Östergötland har för få vårdplatser i förhållande till behovet vilket ökar risken för vårdskador. Framtagande av bemanningsnycklar, förändring av vårdavdelningars storlek och ökad samverkan med kommunal vård har genomförts för att nå robusthet på sikt. Utöver detta har tre fokusområden varit föremål för särskilda insatser under året; *minska infartsrelaterade infektioner, ökad diagnostisk säkerhet samt införandet av skörhetsbedömning*. Dessa kommer fortsätta även under 2025. Riskbedömningar inom omvårdnadsområdet har ökat vilket är positivt men fortsatt ses en oförändrad andel patienter som drabbas av vårdskador. Anmälningar enligt lex Maria har dock varit i samma storleksordning som tidigare år. Sammantaget kan vi se en viss förbättring av patientsäkerheten jämfört med tidigare år.

Områden för fortsatta insatser är:

- Säkerhetskultur, vilket utgör grunden för fortsatt positiv utveckling mot en säkrare vård,
- Kopplingen mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet
- Utveckling av samverkan med kommunal hälso- och sjukvård för att förhindra undvikbar sjukhusvård

¹ https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning



Förutsättningen avser högsta ledningens prioritering av patientsäkerhet vid beslutsfattande som rör hälso- och sjukvården. Ledningens tydlighet och engagemang för patientsäkerhet är avgörande för att upprätthålla och utveckla god och säker vård. Ledare på alla nivåer i Regionen kan bidra genom att aktivt efterfråga, utvärdera och följa upp åtgärder och indikatorer. Patientsäkerhetsfrågor är en stående punkt i hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp. Chefläkarenheten avger regelbundet lägesrapport till Regionledningen hälso- och sjukvårdsgrupp och Regionstyrelse.

Övergripande mål och strategier

Övergripande mål

- God och säker vård ska kunna erbjudas överallt och alltid
- Ledning och styrning av patientsäkerhet ska vara tydlig på alla nivåer i organisationen
- Antalet vårdskador ska minska

Organisation och ansvar

Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2022-2025 är fastställd av Regionstyrelsen och är hälso- och sjukvårdens gemensamma styrdokument för patientsäkerhetsområdet. Under 2024 har handlingsplanen utvärderats och uppdaterats.

Regionfullmäktige är högsta beslutande politiska organ i regionen.

Regionstyrelsen är styrelse för alla Region Östergötlands verksamheter. Där samordnas alla nämnders verksamhet underlag tas fram som fullmäktige beslutar om.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beställer Region Östergötlands hälso- och sjukvård från vårdgivare, regionägda eller privata, och fördelar de resurser som fullmäktige har beslutat om i budgeten.

Under den politiska ledningen finns en ledning med tjänstepersoner, som styrs av regiondirektören.

Regionledningens Hälso- och sjukvårdsgrupp ansvarar för regionövergripande strategiska och principiella patientsäkerhetsfrågor på lång eller kort sikt.

Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp ansvarar för taktisk och operativ samordning av patientsäkerhetsarbetet i hälso- och sjukvården.

Ledningsgrupp Verksamhetsstöd och service ansvarar för samordning av verksamhetsstöd inom patientsäkerhetsområdet till hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Chefläkarenheten består av chefläkare, chefsjuksköterskor och administratör. Enheten utgör ett team för det lokala och regionövergripande patientsäkerhetsarbetet med uppgift att bevaka och stödja patientsäkerheten. Enheten följer upp patientsäkerhet, driver utbildning samt leder samverkansgrupp (LSG) och nätverk för patientsäkerhet. Enheten bidrar med stöd i utredning av allvarlig vårdskada. Chefläkare ansvarar för lex Maria-anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Lokal samverkansgrupp (LSG) patientsäkerhet samordnar patientsäkerhetsfrågor övergripande och är sammansatt av representanter från chefläkarenhet, hälso- och sjukvårdens ledning, data och analysenhet samt utvecklingsenhet. Under 2024 har följande arbetsgrupper (LAG) varit aktiva;

- Högriskläkemedel
- Utbildning inom patientsäkerhetsområdet
- Infartsrelaterade infektioner
- Patientsäkerhetsindikatorer
- Patientmedverkan
- Identifiering och skattning av sköra patienter

Det regionala patientsäkerhetsnätverket samlar funktionsansvariga inom hälso- och sjukvårdens produktionsenheter samt inom utvecklingsorganisationen. Uppdraget för nätverket är att sprida aktuell information, dela kunskap mellan olika enheter samt att förmedla riskområden och goda exempel.

Smittskydd, Vårdhygien och STRAMA planerar, organiserar och leder länets arbete inom respektive område. Smittskydd regleras av smittskyddslagen och har som mål att motverka spridning av smittsamma sjukdomar bland människor. Vårdhygien är en regional expertfunktion som verkar för att förebygga vårdrelaterade infektioner och risker för smittspridning i vården. STRAMA Östergötland arbetar tillsammans med hälso- och sjukvårdens verksamheter för att bevara antibiotika som effektivt läkemedel och minska risken för resistensutveckling.

Kliniskt träningscentrum, Clinicum, är regionens enhet för färdighetsträning och simuleringsövningar. Clinicum bistår i utvecklande av lokala, nationella samt internationella kurser. Clinicum övervakar den tekniska utvecklingen av simuleringsutrustningar och studerar de pedagogiska resultaten av simuleringen

Patientnämndens är en lagstadgad fristående och opartisk instans. Patientnämnden utreder inte klagomålen utan fungerar som stöd och hjälp för patienter eller närstående och kan vid behov agera länk till berörd verksamhet.

Produktionsenhetschef ansvarar övergripande för verksamheterna inom sitt centrum, dess utveckling, medarbetare och ekonomi.

Verksamhetschef ansvarar för det systematiskt patientsäkerhetsarbetets alla delar inom sin verksamhet.

Samverkan mellan kommuner och region

Ledningsgrupp vård och omsorg (LGVO) utgör den gemensamma tjänstemannaledningen för samverkan mellan Regionen och länets 13 kommuner. Uppdraget är att leda och styra länsövergripande utvecklingsarbeten och aktiviteter samt säkerställa gemensam kunskapsstyrning och kunskapsutveckling. Samarbetet i LGVO syftar till att ge invånarna i Östergötland sammanhållen vård och omsorg med hög tillgänglighet, kvalitet och delaktighet.

LGVO har under 2024 genomfört en förstudie för att utreda hur en samverkansmodell mellan Region Östergötland och kommunerna skulle kunna stärka det gemensamma arbetet kring barn och unga. Förstudien kommer att presenteras under inledningen av 2025 och därefter tar LGVO ställning till gemensam samverkansmodell.

Vårdens övergångar är ett riskområde. Under 2024 har fokus varit att utveckla arbetet med Samordnad vård och omsorgsplanering (SVOP) och att arbeta för en sammanhållen journalföring. LGVO har beslutat att Cosmic Messenger till att börja med ska användas som kommunikationssystem mellan primärvården, närsjukvården och psykiatrin och ett breddinförande har startat som beräknas vara klart till halvårsskiftet 2025.

Överenskommelsen mellan Region Östergötland och kommunerna i Östergötland om samverkan för trygg, säker och effektiv utskrivning från slutna hälso- och sjukvård har sagts upp och ett arbete har inletts för att förbättra in- och utskrivningsprocessen samt öppenvårdsprocessen för att säkerställa patientsäkerheten i vårdens övergångar. Regionens akutsjukhus har etablerade kommunikationsforum för löpande avstämningar med företrädare för kommunal vård- och omsorg i länets alla kommuner. Syftet är att dela aktuell situation samt att lösa eventuella problem som uppstått i gemensamma flöden och att underlätta utskrivningsprocessen.

LGVO har också beslutat om en *Gemensam plan för primärvård*. Nästa steg blir att under 2025 ta fram lokala handlingsplaner mellan Region Östergötland och länets tretton kommuner utifrån denna plan.

Samverkan inom Regionens verksamheter

Behovet av samverkan för att förebygga vårdskador är stort och behöver ständigt utvecklas, inte minst med tanke på regionens brist på vårdplatser. Övergripande samverkansarbete finns etablerade för att utöka av antalet vårdplatser, öka operationskapacitet samt att utveckla en säkrare utskrivningsprocess. Flertalet centrum beskriver behov av fortsatt utvecklad samverkan på alla nivåer.

Informationssäkerhet

Region Östergötlands säkerhetspolicy har beslutats av regiondirektören och ligger till grund för det ledningssystem som styr informationssäkerhetsarbetet. IT-direktören har beslutat om flera riktlinjer för Region Östergötlands ledningssystem för informationssäkerhet (LIS). Region Östergötlands informationssäkerhetsarbete har sin utgångspunkt i den internationellt etablerade standarden ISO/IEC 27001. Region Östergötland genomför löpande informationsklassningar med hjälp av sitt egenutvecklade systemstöd samt bistår som metodstöd gällande riskanalyser åt regionens verksamheter.

Detta är några större insatser som har genomförts under 2024:

- Riskanalys och konsekvensbedömning har genomförts för första delen av Microsoft 365 införandet
- Information och kortare utbildningsinsatser till regionens ITR (IT-resurser som finns representerade i regionens alla verksamheter)
- Ett informationsmaterial har utformats gällande informations- och cybersäkerhet för att underlätta för medarbetare att arbeta säkert i sin vardag.
- Med anledning av kommande cybersäkerhetslag har Region Östergötland under året genomfört en GAP-analys mot kommande krav. Resultatet kommer att sammanfattas i en rapport i början av 2025.
- Riktlinjer för användning av AI-tjänster har tagits fram.

Riktlinje och process för godkännande av molntjänster har tagits fram. Region Östergötland bedriver ett systematiskt arbete för att trygga strålsäkerheten för patienter som genomgår diagnostik eller terapi med joniserande strålning samt för personal i sådant arbete. Nyttan med strålning ska alltid överstiga risken.

Strålsäkerhetsinformation för ledning, medarbetare och externa vårdgivare nås via webben².

Antalet anmälda avvikelser 2024 ökade jämfört med föregående år. Troligtvis beror ökningen på informationsinsatser gällande nyttan med att rapportera avvikelser. Det är framförallt inom röntgenverksamhet som ökningen har skett.

Två ärenden har anmälts till myndighet (Strålsäkerhetsmyndigheten och Läkemedelsverket).

² <https://vardgivare.regionostergotland.se/vgw/kunskapsstod/medicinsk-diagnostik/bild--och-funktionsmedicin/stralsakerhet>

Uppföljning av strålsäkerhetsarbetet görs genom RH-check och strålsäkerhetsrund som är klinikkens internrevision och följer en särskild checklista. Riktade stödinsatser ges av enheten vid behov.

Strålsäkerhetsmyndigheten har genomfört två inspektioner. Den ena har haft fokus på strålsäkerhet och resulterade i sju förelägganden. Efter genomförd orsaksanalys och åtgärdsförslag avslutades ärendet i slutet av året. Den andra inspektionen avsåg strålbehandlingsverksamhet, vilken resulterade i fyra förelägganden. Framtagande av åtgärdsförslag pågår och beräknas vara färdigställda under första kvartalet 2025. Vårdgivaren Region Östergötland ska enligt lagkrav tillhandahålla riktlinjer och beslutsstöd till remitterter inför beslut om undersökningar med joniserande strålning. Dispens under 2025 har beviljats. Arbete med att ta fram digital programvara pågår inom sjukvårdsregionen.

För att öka stödet till verksamheterna genomförs utbildningen "Att leda i strålsäkerhet" på ledningsnivå. Medicinsk strålningsfysik är tillgänglig för specifika utbildningar inom alla verksamheter, optimeringsarbete och riktade strålsäkerhetsmätningar för personal (finger- och ögon dosimetri). Region Östergötlands strålsäkerhetsida på Vårdgivarwebben uppdateras löpande.

En god säkerhetskultur

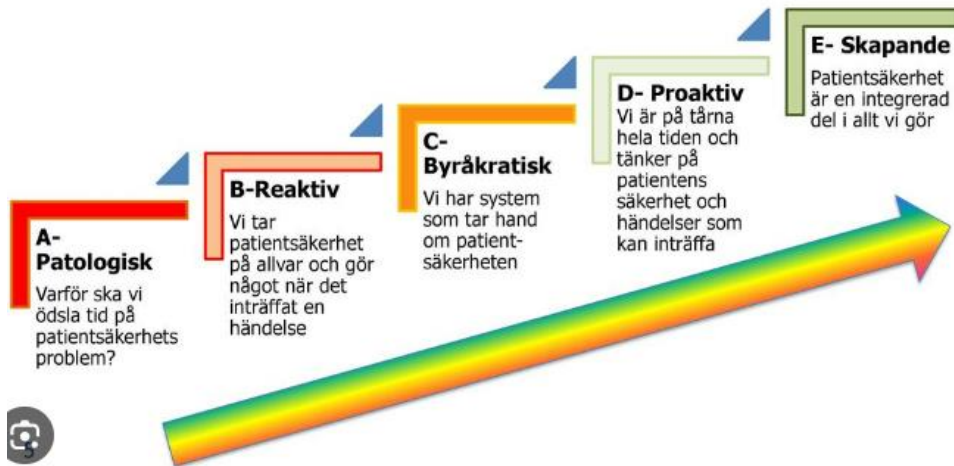
Denna förutsättning avser organisationskulturens betydelse för att främja patientsäkerhet. Chefer och ledare har en avgörande roll för att skapa förutsättningar för en god säkerhetskultur. Varje medarbetare har dock ett eget ansvar att bidra till en god patientsäkerhet. De värderingar, antaganden och beteenden som delas av människor i organisationen påverkar hur vi ser på frågeställningar som är av vikt för att utveckla och upprätthålla patientsäkerheten.



Under 2024 har ingen mätning av *hållbart-säkerhets-engagemang* (HSE) genomförts. Det är dock angeläget att denna form av analys kring patientsäkerhetsarbetet inom regionen och på enskild klinik fortsätter framöver.

Enskilda kliniker arbetar aktivt för att förbättra säkerhetskulturen genom exempelvis avstämningsmöten med verktyget Gröna korset, Morbidity & Mortality möten med fokus på lärande och psykologisk trygghet.

Vid självskattning inom centrum gällande säkerhetskultur rapporterar de flesta C eller D-nivå.



Figur 1 Säkerhetskulturtrappan från A-E³

Chefläkarenheten anordnar en årlig regionövergripande patientsäkerhetsdag även detta år med målet att lära av varandra och belysa goda exempel.

Arbetsmiljö och patientsäkerhet

En god patientsäkerhet utvecklas bäst i organisationer med en bra arbetsmiljö, psykologisk trygghet och en god säkerhetskultur. 2024 präglades av den regionövergripande omställningen med en minskning av antalet medarbetare och en förändrad arbetsorganisation. Osäkerheten i anslutning till denna organisationsförändring har påverkat stressnivåer, arbetsbelastning och den övergripande arbetsmiljön. Bristande tillgänglighet i form av vårdplatstillgång, mottagningsresurs och operationsresurs har även under 2024 påverkat möjligheten att utföra arbetet på ett säkert sätt, som återkommande rapporteras i avvikelssystemet.

Ett arbete på regionövergripande nivå är påbörjat för att stärka kopplingen mellan en bra arbetsmiljö och en god patientsäkerhetskultur.

³ <https://slideplayer.se/slide/14697575/>

Adekvat kunskap och kompetens

Patientsäkerhetskunskap

Tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete är en grundläggande förutsättning för säker vård.

En lokal arbetsgrupp (LAG) för utbildning har tagit fram en modell för patientsäkerhetsutbildning anpassad till olika målgrupper. Denna kommer att kompletteras och anpassas utifrån Socialstyrelsens kunskapsmål⁴.

Inom centrum beskrivs avvikellesamordnare ha en viktig roll som bärare av kunskap inom patientsäkerhetsområdet. Grundläggande introduktion ges vid nyanställning. Under 2024 har vissa utbildningsinsatser fått stå tillbaka med hänsyn till rådande omställning. Behoven av att arbeta mer proaktivt med säkerhetsarbete är stora men bedöms svåra att uppnå i en redan pressad vardag.



Patientsäkerhetsäker bemanning och schemaläggning

Betydande resurser avsätts för att hantera schemaläggning och bemanning och lösningar av korttidsfrånvaro så att patientsäker bemanning kan upprätthållas. Utmaningar finns gällande kunskap och kompetens för att vårda utlokaliserade patienter. Bemanningsnycklar finns framtagna och vårdlagsstorlek har definierats inom somatisk slutenvård. Flertalet centrum rapporterar utmaningar inom området.

Systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete

En kompetensmodell har antagits med syftet att anpassa rätt mängd kunskap till rätt roll och funktion. Det ger organisationen möjlighet att dimensionera vilka utbildningsinsatser som genomförs. Modellen innehåller fyra nivåer och finns beskriven utifrån flera kunskapsområden; förbättringskunskap, projektkunskap, innovationskunskap och patientsäkerhet. Under 2024 har modellen kompletterats och flertalet utbildningar har tagits fram. På grundnivå finns e-utbildning och i ledarprogram ges ingår området. Fortsatt planeras längre lärarledd utbildning för medarbetare som driver och leder utveckling.

⁴ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-6-9131.pdf>

Yrkeskunskap

Kompetenshöjande aktiviteter som introduktionsår och introduktionsutbildning för nya medarbetare har införts i vissa verksamheter.

Uppdraget för Clinicum är att öka handlingsberedskap för såväl den enskilde medarbetaren som för team i det dagliga sjukvårdsarbetet.

Grunden är träning i simulerad miljö med pedagogiskt koncept, där praktiska och teoretiska moment varvas för bästa möjliga kliniska utfall. Målet är att stärka kopplingen mellan kunskap, arbetsmiljö och patientsäkerhet.

Rörlighet inom vissa kompetensområden är stor vilket ställer krav på kompetensstyrd schemaläggning, mentorskap mm. Omställningsarbetet har inneburit kompetens- och erfarenhets tapp i många verksamheter då en del medarbetare har behövt byta arbetsplats.

Under året har antalet sjuksköterskor ökat med drygt 100. Inom vissa specialistområden råder fortsatt stor brist inom legitimationsyrken.

Patienten som medskapare

Vården i Region Östergötland ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt och kan lita



på att vård ges på lika villkor skapar tillit och förtroende. Aspekter som tillgänglighet, samordning och kontinuitet är centrala. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och kan påverka den utifrån sina önskemål och förutsättningar. Även närstående har en central roll i de fall patienten vill det.

Ökad patientdelaktighet är nära förknippat med begreppet *personcentrerad vård* som innebär att vårdaren sätter patienten som vårdas i centrum och att patienten bemöts som en person med unika behov där personens vilja och förmågor ska vara en del av vården⁵. Under året har en patientrepresentant utsetts för deltagande i LSG patientsäkerhet för att tydliggöra och konkretisera patientens perspektiv i regionens övergripande patientsäkerhetsarbete. Regionen erbjuder utbildning för patientrepresentanter med koppling till deltagande i forskningsverksamhet. Detta sker i samverkan med LiU och *Funktionsrätt Östergötland*. Under året har ett 20-tal deltagare genomfört utbildningen och merparten är nu aktiva i olika forskningsprojekt.

⁵ <https://www.vardhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/bemotande-i-varld-och-omsorg/bemotande-i-varld-och-omsorg-vardegrund/personcentrerad-varld/>

Informationsmaterialet *"Din säkerhet på sjukhus"* är, i samverkan med patientrepresentanter och verksamhet, under pågående uppdatering. Material kommer att tas fram som stöd vid dialog och för att öka säkerheten för patienten som slutenvårdas.

Levande bibliotek

Regionen har som målsättning att involvera patienter, närstående och invånare i allt utvecklingsarbete. Som stöd för detta finns Levande bibliotek som förmedlar personer med egen erfarenhet av hälso- och sjukvård till verksamheter. Flera regionövergripande processer har involverat personer med egen erfarenhet.

Dokumenterad överenskommelse

Syftet med dokumenterad överenskommelse (tidigare kallat patientkontrakt) är att patienten och vårdgivaren tillsammans planerar och tar beslut om personens hälsa och vård. Det främjar personcentrerat arbete, samordning och kontinuitet i vården. Innehållet i överenskommelsen ska spegla patientens syn på sina egna behov och erfarenheter. Patientens kunskap om sin hälsa och vård ska mötas och tas tillvara i vården. En tydlig plan för vården ska finnas där det framgår vad som ska ske och när samt vem patienten kan vända sig till. En folder med innehåll riktad till invånare, patient, brukare och närstående finns framtagen⁶. Syftet är att säkerställa att både hälso- och sjukvården och invånaren har samma bild av vad dokumenterad överenskommelse innebär. Arbetet fortsätter med spridning av materialet.

Inom centrum beskrivs exempel på områden för att stärka personcentrering. En utmaning är dock att hitta balans mellan personcentrerad vård och effektiva flöden.

- Ungt råd på barnkliniken
- Bedsiderond
- Personliga vårdplaner
- Patientrepresentant i ledningsgrupp

Behovet av utbildning och utveckling inom detta område är stort. Löpande sammanställning och analys av patienters och närståendes synpunkter och klagomål behöver genomföras för ökat lärande och som underlag för förbättring.

6

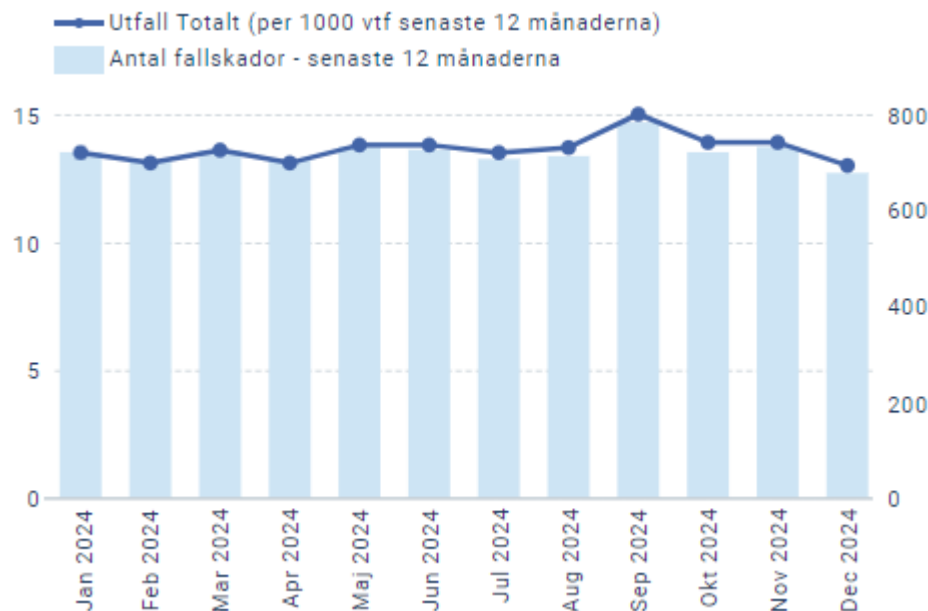
<https://vardgivare.regionostergotland.se/download/18.6884666618ee4faa3ad693c/1715087834575/Folder%20D%C3%96K%20240410.pdf>

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Patientsäkerhetslagen⁷(2010:659), PSL, syftar till att främja en hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som krävs för att förhindra att liknande händelser uppstår. Regionen har som mål att öka identifiering, analys så att adekvata åtgärder kan vidtas.

Nedan följer en beskrivning av områden som följs upp och analyseras månadsvis så att adekvata åtgärder kan vidtas.

Fallskador



Figur 2 Rapporterade fallskador

Identifiering: Antal rapporterade fallhändelser (Synergi)

Analys: Under året har cirka 700 patienter fallit under tiden de var inlagda på vårdavdelning, det är i stort sett oförändrat jämfört med tidigare år.

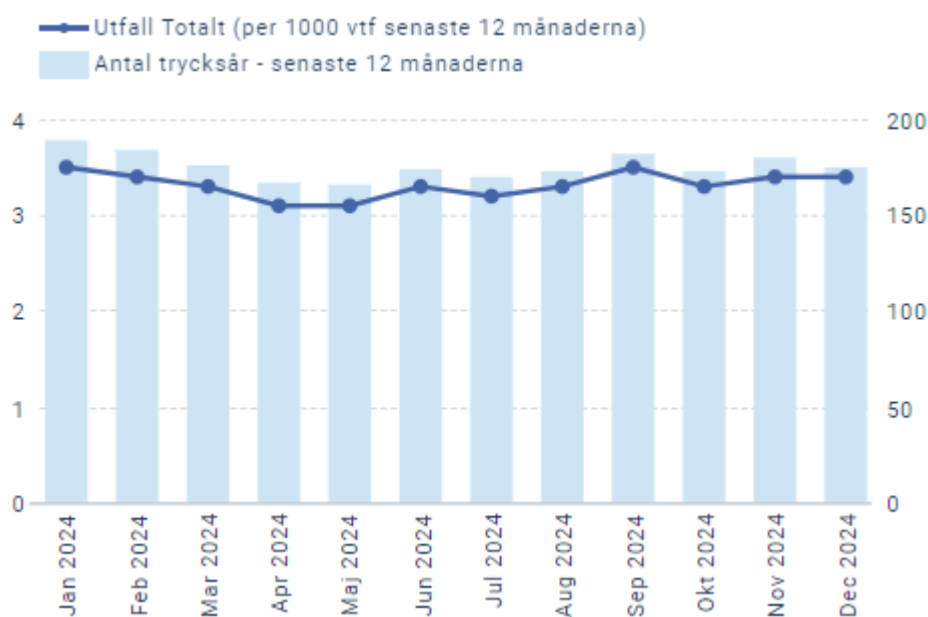
Av de som faller skadades drygt 200 patienter allvarligt. Samtliga får dock behov av en längre vårdtid eftersom de behöver undersökas, röntgas, plåstras om med mera. Detta ökar belastningen ytterligare på vårdavdelningen. Orsaker som påtalas i utredningar är brister i kontroll/övervakning, avsaknad av tekniska hjälpmedel och bristande riskbedömningar.

⁷ https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/

Åtgärder: Riktlinjer och rutiner har tagits fram (bedömningsinstrument, dokumentation, upphandlade produkter). Utbildnings- och APT material finns tillgängligt på intranätet. Verksamheterna tillämpar olika metoder för att förhindra fallskador. Exempel på åtgärder är visuell märkning med *gröna armband*, larmmattor och bedömningsinstrument för att identifiera riskutsatta patienter och sätta in lämpliga åtgärder.

Uppföljning av åtgärder: Mätning av rapporterade fallhändelser (Synergi) samt andel genomförda fallriskbedömningar i månadsuppföljning.

Trycksår



Figur 3 Rapporterade trycksår

Identifiering: Antal rapporterade avvikelser (Synergi) som avser trycksår

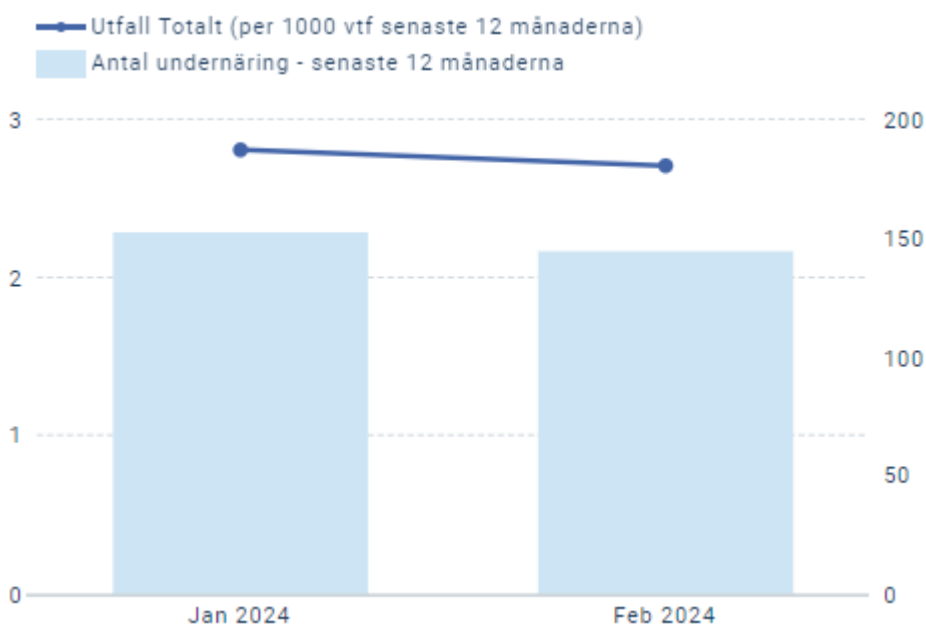
Analys: Andelen rapporterade trycksår ligger på samma nivå som tidigare år. Trycksår orsakar ett stort fysiskt, känslomässigt och socialt lidande för den som drabbas. Trycksår som uppstår under vårdtiden är undvikbart i de flesta fall och leder till förlängd vårdtid vilket direkt påverkar vårdplatsläget. Riskbedömningar vid inskrivning på vårdavdelning är en förutsättning för att vidta förebyggande insatser. En försiktig ökning ses av antalet riskbedömningar vilket är positivt.

Åtgärder: Riktlinjer och rutiner har tagits fram (bedömningsinstrument, dokumentation, upphandlade produkter). Utbildnings- och APT material finns tillgängligt på intranätet. Regelbunden utbildning och mätningar genomförs inom de flesta verksamheter. Riskbedömningar vid inläggningar utförs, även om dessa inte alltid dokumenteras, vilket är en känd utmaning som klinikerna aktivt arbetar med att förbättra.

Arbetet med att förebygga trycksår inkluderar användning av förebyggande hjälpmedel och regelbundna lägesändringar vilket pågår kontinuerligt som en del av det systematiska kvalitetsarbetet

Uppföljning av åtgärder: Mätning av rapporterade trycksår (Synergi) samt andel genomförda fallriskbedömningar i månadsuppföljning

Undernäring



Figur 4 Rapporterad undernäring

Identifiering: Antal rapporterade avvikelser som avser undernäring/nutrition

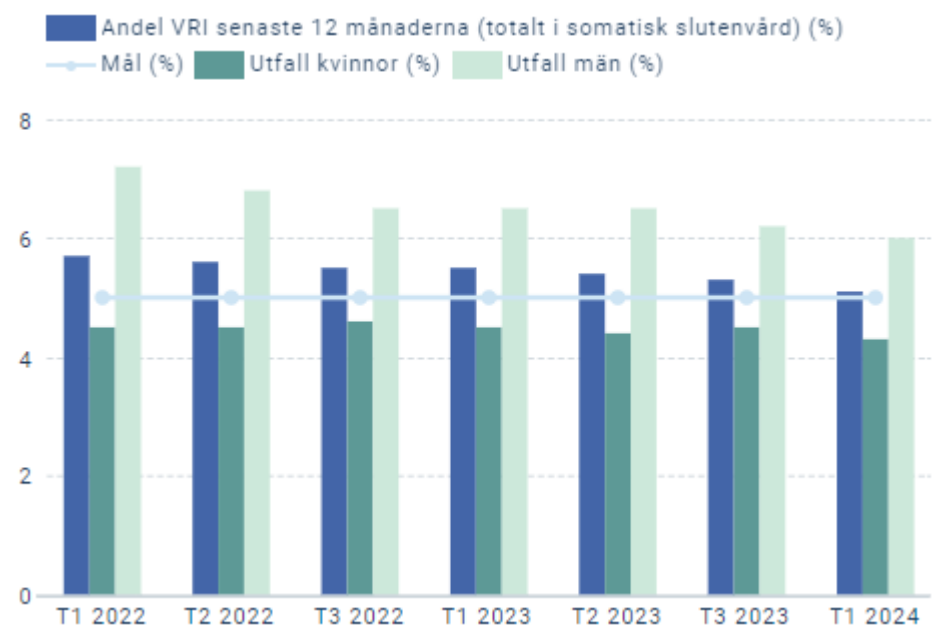
Analys: Patienterna med rapporterad undernäring var knappt 3 procent per 1000 slutenvårdställen. Målet är att det ska minska. Ingen tydlig trend har kunnat visas under året.

Åtgärder: Mat- och näringsbehandling ska ingå som en del av den medicinska behandlingen och bör uppmärksammas både före, under och efter sjukhusvistelsen. Ett gott näringstillstånd är nödvändigt för att förebygga sjukdom och för att medicinsk behandling ska få bästa möjliga effekt. Regional kommitté för nutrition behöver stödja vårdens verksamheter gällande följsamhet till kunskapsstöd inom området. På kliniker med inneliggande patienter ingår bedömning av nutritionsstatus och relaterade frågor som en del av rondmallen.

Riskbedömningar genomförs för varje patient, och vid behov vidtas adekvata åtgärder. Dagliga avstämningar sker dessutom inom ramen för arbetet med Gröna Korset. Samverkan kring dietister beskrivs som ett uttalat förbättringsarbete och som behöver bevakas i varselprocessen.

Uppföljning av åtgärder: Mätning av rapporterad undernäring (Synergi)

Vårdrelaterade infektioner inom slutenvård



Figur 5 Förekomst av vårdrelaterade infektioner i slutenvård

Identifiering: Rapporterad VRI i infektionsverktyget

Analys: Totalt sett var andelen slutenvårdstillfällen med VRI under året i stort sett oförändrat jämfört med 2023. För följande vårdrelaterade infektioner minskade andelen:

lunginflammationer, djupa postoperativa infektioner, vårdrelaterad sepsis okänt fokus, clostridium difficile, yttlig postoperativ infektion och kärlkateterinfektioner

För följande vårdrelaterade infektioner ökade andelen: urinvägsinfektioner med feber, urinvägsinfektioner utan feber, neutropen feber och annan vårdrelaterad infektion (när inte rätt typ av VRI finns att välja på).

Åtgärder: Analys och åtgärd är viktigast att göra inom varje verksamhet och att det finns stödfunktioner och processer att förebygga VRI i varje vårdkontakt som tas. På de flesta kliniker finns ett aktivt STRAMA-team som arbetar kontinuerligt med att främja en rationell antibiotikaanvändning och förebygga vårdrelaterade infektioner. Följsamhet till hygienregler, dagliga inspektioner av infarter, KAD och sonder är viktiga i det VRI förebyggande arbetet.

Uppföljning av åtgärder: Fortsatt följa utfall i VRI databas

Riskområden med särskilt fokus 2024

Tre fokusområden med särskilda behov av insatser har pågått under året

Minska infartsrelaterade infektioner

Arbetet med att minska infartsrelaterade infektioner påbörjades redan 2023 och har fortsatt under 2024. Regionens verksamheter har arbetat med att uppdatera prehospital rutin. Detta är ett arbete som Vårdhygien genomfört tillsammans leverantörerna av ambulansvården.

Tidigt i arbetet identifierades svårigheter att följa satta infarter i journalen och ett parallellt arbete pågår med att införa en ny dokumentationsöversikt. Lokala rutiner kommer sedan att ersättas av Vårdhanboken. För att underlätta färdighetsträning kring perifera infarter finns sedan tidigare utbildning på Clinicum, denna utbildning kommer nu också inom kort att finnas som en e-utbildning.

Utbildning Diagnostisk säkerhet

Ett stort antal vårdcentraler har tagit del av lärarydd utbildning inom området diagnostisk säkerhet. Arbetet kommer att fortlöpa även under 2025. Vårdverksamheter har kommit olika långt och centrala stödfunktioner har haft utmaningar i att ta fram verktyg, metoder, rutiner och utbildningsmaterial.

Införa skörhetsskattning enligt CFS

Skörhet (frailty) är ett kliniskt syndrom med sviktande fysiologiska reserver och ökad sårbarhet för påfrestningar. Clinical Frailty Scale (CFS) är ett av de vanligaste skattningsinstrumenten för skörhet och en markör för biologisk ålder. Skalan bygger på klinisk bedömning av samsjuklighet, ADL och kognitiv förmåga. Skalan kan användas som stöd för individuell plan, exempelvis för att undvika utlokalisering vid vårdplatsbrist. CFS kan även bidra till att individer med hög kronologisk ålder inte slentrianmässigt ges låg prioritet beträffande olika interventioner. Metoden finns sedan länge implementerad inom vissa verksamheter men behöver breddinföras i syfte att skydda de allra sköraste patienterna. En arbetsgrupp har tagit fram en regional riktlinje, e-utbildning och informationsmaterial för att stödja implementeringen i verksamheterna.

Indikatorbaserad månadsuppföljning

Månadsöversikt med indikatorer inom respektive fokusområde i handlingsplanen har införts under årets senare del. Indikatorer kan följas upp på olika nivåer i organisationen. I månadsuppföljningen tas data ut från patientjournalen gällande genomförda riskbedömningar för fallrisk, trycksår, munhälsa och nutrition. Efter införandet har andelen riskbedömningar ökat inom alla områden. Detta är början på ett arbetssätt där vårdens säkerhet enkelt kan visualiseras och bidra till insatser för förbättring. I tabellen nedan syns indikatorerna med utfall för december 2024 jämfört med samma månad föregående år.

Indikator	Mått	Källa	Mål	Resultat (jmf med 2023)
Återinläggningar	Patienter 65+ där återinläggning skett inom 30 dagar av alla oplanerade avslutade vårdtillfällen	Cosmic	Minska	14,1 % Ökat med 0,2%
VRI	Vårdtillfällen med vårdrelaterade infektioner somatisk slutenvård från registrering i infektionsverktyget	Infektionsverktyget	Minska	5,3 % Samma utfall som 2023
Riskbedömning	Patienter 65+ med vårdtillfällen och fallriskbedömning	Bedömningsmall Cosmic	Öka	Positiv trend, ökning ses
	Patienter 65+ med vårdtillfällen och trycksårsbedömning	Bedömningsmall Cosmic	Öka	Positiv trend, ökning ses
	Patienter 65+ med vårdtillfällen munhälsobedömning	Bedömningsmall Cosmic	Öka	Positiv trend, ökning ses
	Patienter 65+ med vårdtillfällen nutritionsbedömning	Bedömningsmall Cosmic	Öka	Positiv trend, ökning ses
Bedömning CFS	CFS bedömning akutmottagning innan inläggning slutenvård	Cosmic	Öka	Positiv trend, men stora lokala variationer
NEWS2	Vårdtillfällen där NEWS2 har utförts samt om det utförts 24 tim innan utskrivning	Cosmic	Öka	Ligger stabilt på samma nivåer över året

Lex Maria	Utredningstid antal dagar i genomsnitt från inkommet ärende till anmälan	Chefläkarenheten	Minska	83 dagar
	Antal ärenden med kompletteringsbegäran	Chefläkarenheten	Minska	21 %
	Antal ärenden med minst en effektiv åtgärd i handlingsplan	Chefläkarenheten	Öka	73 %
Primärvårds kvalitet äldre	Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas	PrimärvårdsKvalitet, SKR	Minska	Positiv trend, men stora lokala variationer
	Andel patienter 75+ som har uppmätt njurfunktion av dem som behandlas med läkemedel som påverkar njurfunktion	PrimärvårdsKvalitet, SKR	Öka	Ligger stabilt på samma nivåer över året
	Andel patienter som behandlas med oxazepam av alla personer 75+ som har lugnande läkemedel	PrimärvårdsKvalitet, SKR	Minska	Ligger stabilt på samma nivåer över året
Observationsstudier BHK	Översikt över korrekta hygienrutiner och klädregler	Observation- eller självskattning	95 %	Hygien 84 % Kläd 93,7%

Öka kunskap om inträffade vårdskador

För att få en bred bild, bevaka och skapa lärande krävs olika metoder för att identifiera risker och skador som uppstår i vården. Att kontinuerligt rapportera och hantera uppkomna avvikelser är en grundläggande funktion i verksamheternas systematiska patientsäkerhetsarbete.



Avvikelsearbetet på klinik/enhetsnivå är teambaserat. Vid allvarliga händelser eller risker involveras chefläkare. Genom att identifiera, utreda och mäta skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskapen om orsaker och konsekvenser skapar underlag för åtgärder och prioritering av insatser. Att lära av inträffade vårdskador är centralt i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Hälso- och sjukvården behöver ha kännedom om var vårdskadorna inträffar och var de stora riskerna finns för att stärka det förebyggande arbetet. Avvikelse som inträffar ska rapporteras i avvikelssystemet Synergi. Synpunkter och klagomål från patienter och närstående kommer till verksamheterna via 1177 till Synergi, via IVO, eller via Patientnämnden. Benägenhet att rapportera önskade händelser är nära förknippat till verksamhetens säkerhetskultur.

De områden där vårdskador riskerar att uppstå, och som centrum rapporterar, är relaterade till utlokaliserade patienter, brister i tillgänglighet och vårdplatser samt brister i kompetens inom vissa områden. Även samverkan i vårdens övergångar beskrivs som ett stort riskområde. Exempel på förebyggande åtgärder är arbete med produktionsstyrning, medicinska prioriteringar samt insatser kring utskrivningsprocessen (SVOP).

Avvikelser

Nedanstående tabeller visar det totala antalet rapporterade avvikelser inom kategorin patientsäkerhet och bedömd allvarlighetsgrad.

Allvarlighetsgrad	2023	2024
Mycket allvarlig	2188	2222
Allvarlig	8186	8077
Mindre allvarlig	9023	7865
Summa	19397	18164

Det totala antalet rapporterade avvikelser minskade jämfört med förra året. Minskningen ses framförallt i antalet som bedömdes som mindre allvarliga.

I tabellen nedan visas exempel på avvikelser per arbetsprocess där *patient varit involverad* jämfört med föregående år. Möjligheterna till ett exakt datauttag ur systemet är begränsade. Urvalet är relaterat till kända risk- och vårdskadeområden.

Arbetsprocess	2023	2024
Läkemedelsrelaterade avvikelser	606	590
Omvårdnadsrelaterade avvikelser	206	192
Vårdplatssituation	84	87
Summa	896	869

Läkemedelsrelaterade avvikelser

Läkemedel och alla moment som rör läkemedelshantering i vården är förenade med risker. Rapporterade avvikelser där patienter varit involverade ligger på samma nivå som föregående år. Delområden med flest rapporterade händelser är ordination följt av administration och iordningställande av läkemedel.

Ett fåtal av dessa avvikelser anmäldes enligt lex Maria.

Omvårdnadsrelaterade avvikelser

Här återfinns alla de undvikbara händelser som inträffat närmast patienten, oftast under pågående slutenvård. Framförallt gäller det fallskador, trycksår och brister i personlig omvårdnad. Punktprevalensmätning av omvårdnads kvalitet genomförs inom slutenvård två gånger per. Områden som ingår i mätningen är trycksår, fall, undernäring, ohälsa i munnen, förekomst av venösa infarter och urinkateter samt risk för urinretention och bedömning av adekvat smärtlindring. Syftet med mätningen är att påvisa förbättringsområden inom omvårdnad. Mätningarna visar på förbättringspotential när det gäller borttagande av venösa infarter och KAD som inte är nödvändiga samt inom fallprevention. Samordnade insatser inom omvårdnadsområdet är angelägna och behöver förstärkas.

Enheten för Hälsa och Vårdutveckling bidrar med stöd i kvalitets- och förbättringsarbete genom framtagande av kunskapsstöd, stöd gällande omvårdnadsrutiner samt med utbildningsinsatser.

Vårdplatssituation, utlokaliseringar och överbeläggning

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) fortsatte under året sin tillsyn med särskilt fokus på vårdplatser och bemanning i Region Östergötland. Regionen delar IVO:s bedömning att det finns en fortsatt kapacitetsbrist inom somatisk slutenvård och att de insatser som vidtagits inte har gett fullt avsedd effekt. Allvarliga händelser relaterade till överbeläggningar, utlokalisering och utebliven slutenvård rapporterades i hög omfattning även under 2024. Beläggningsgraden har även under året legat övergripande på en nivå över 100 procent.

Ett antal insatser har initierats för att utöka antalet disponibla vårdplatser, såsom införande av bemanningsnycklar samt robusta enheter. Regionen har fattat beslut om att under första halvåret 2025 utöka det totala antalet vårdplatser med 70.

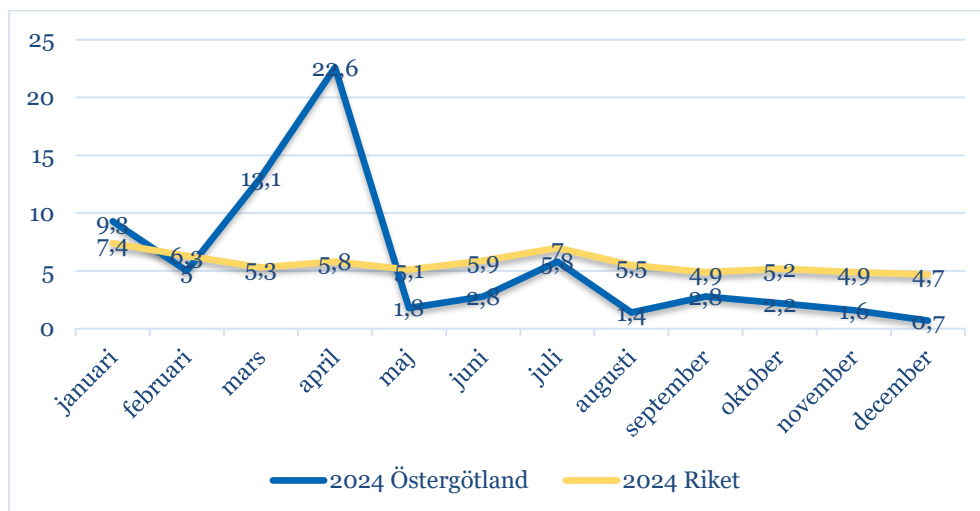
Regionen vill på så sätt nå Socialstyrelsens rekommendation för Östergötland i myndighetens utredning *Plats för vård* och nå en beläggningsgrad på cirka 90 procent.

Ur ett patientsäkerhetsperspektiv är detta ytterst angeläget för att reducera risken för allvarliga undvikbara skador i samband med vård på fel plats (utlokalisering), överbeläggningar och vid utebliven slutenvård.

Utöver tillskapande av nya vårdplatser har ett antal insatser genomförts för att öka patientsäkerheten i nuvarande situation. Exempel på insatser är rutiner för utlokaliserad vård och beslut om införande av skörhetskattning via Clinical Frailty Scale för identifiering av de sköraste patienterna som bör skyddas mot utlokalisering.

Chefläkarenheten tar veckovis del av rapporterade avvikelser relaterade till aktuell vårdplats-situation. Vanligt förekommande vårdskador som direkt påverkar (och påverkas av) vårdplats-läget är fallskador, trycksår, läkemedelsrelaterade skador och vårdrelaterade infektioner.

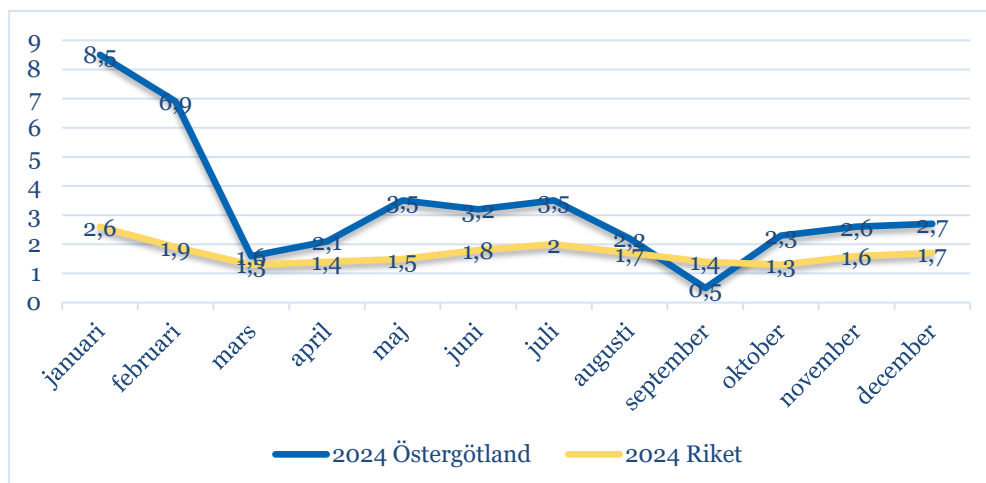
Vårdplatssituationen är ett högt prioriterat förbättringsområde som även framöver kommer att kräva bevakning, analys och flera insatser.



Figur 6 Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser jämfört med riksgenomsnittet

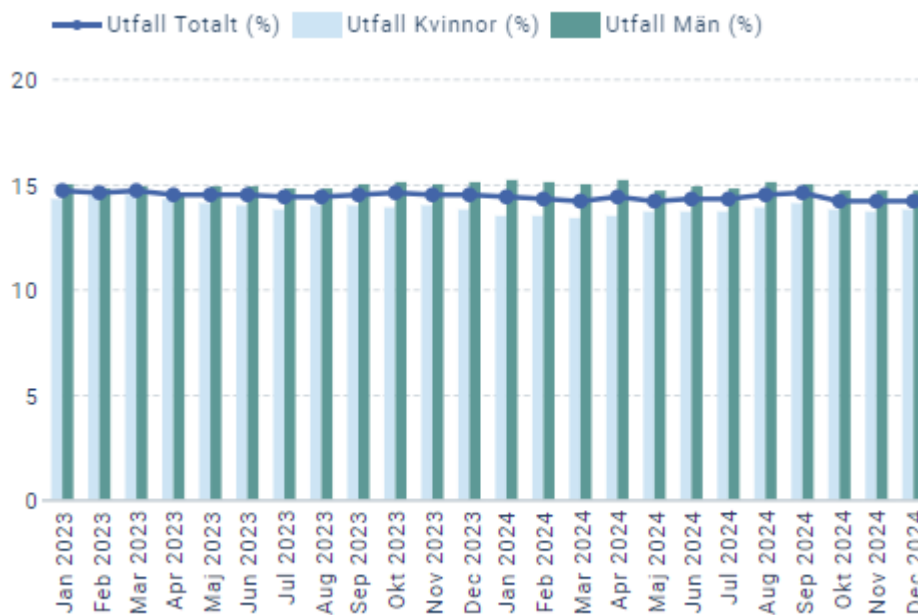
Antalet utlokaliserade patienter har minskat jämfört med föregående år. Ett flertal insatser har genomförts för att reducera andelen utlokalisering.

På Universitetssjukhuset i Linköping är separerade medicinska och kirurgiska patientflöden införda. Det är dock tydligt att man i belastade perioder tvingas frångå denna rutin. Vidare har införandet av Clinical Frailty Scale påbörjats, med målet att skydda de sköraste patienterna från att vårdas på annan plats än den avdelning som har det medicinska ansvaret.



Figur 7 Antal utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser jämfört med riksgenomsnittet

Andelen oplanerade återinläggningar ligger på en relativt stabil nivå sett över tid. Varje oplanerad återinläggning ökar risken för vårdskada, och därför behövs åtgärder vidtas för att minska dessa.



Figur 8 Oplanerade återinläggningar inom 30 dagar för patienter 65+

Journalgranskning

Journalgranskning av vårdtillfällen inom specifika verksamheter och under avgränsade perioder där det kan finnas ökade patientsäkerhetsrisker har genomförts. Ett sådant område är dödsfall inom och efter slutenvård under sommarmånaderna när sjukvårdssystemets sårbarhet ökar relaterat till semesterperioder. Resultatet överensstämde i stort sett med tidigare års granskning.

Det framkom ingen ökning av vårdskador eller utebliven slutenvård som kunde kopplas till sommarmånadernas kapacitetsbegränsningar.

En skillnad sågs dock kvalitativt mellan sjukhusen gällande tillgång till palliativa insatser där patienter i östra länsdelen i väsentligt lägre grad kunde erbjudas sådan vård. Resultaten har återförts till ledningen. Fortsatt uppföljning av tillgänglighet till palliativ vård är av stor vikt.

660 slumpmässigt utvalda vårdtillfällen per år granskas enligt nationell metod för Markörbaserad journalgranskning (MJG). Resultaten för somatisk slutenvård är väsentligt oförändrat jämfört med föregående år men trenden för andelen vårdskador är negativ även om förändringarna är små. Vårdtillfällen slumpas månadsvis med 30 vårdtillfällen på Universitetssjukhuset i Linköping, 15 på Vrinnevisjukhuset i Norrköping och 10 på Lasarettet i Motala.

Tabellen visar andel skador/vårdskador för granskade vårdtillfällen. En trend mot ett ökat antal vårdskador ses.

Andel	2023	2024
Skador	20,8 %	19,3 %
Vårdskador	8,8 %	9,8 %

Nedan ses fördelning i skadegrupper av samtliga identifierade skador. Skadepanoramata liknar tidigare år och överensstämmer med den samlade bilden från olika källor. Vårdrelaterade infektioner är det största området. Skadegruppen *Annat* omfattar olika mindre grupper av skador (se förklaring nedan).

Skada/vårdskada	2023	2024
Trycksår	7 %	5 %
Blåsöverfyllnad	9 %	2 %
Fallskada	8 %	8 %
Läkemedelsrelaterad skada	6 %	5 %
VRI	36 %	31 %
Kirurgisk skada	12 %	20 %
Svikt i vitala parametrar	2 %	9 %
Annat*	21 %	20 %

* allergisk reaktion, blödning (ej i samband med operation), hudskada eller ytlig kärlskada, postpartum/obstetrisk skada, trombos/emboli samt övriga skador.

Lex Maria

Under 2024 anmäldes 80 fall enligt lex Maria. 75 ärenden rörde Regiondriven verksamhet och resterande 5 rörde privat verksamhet med uppdrag för Regionen. Antalet är i nivå med de senaste åren. Drygt hälften av ärendena berörde fördröjd diagnos och behandling.

Orsaker som framkommit i utredningar är bristande tillgänglighet, brister inom samordning av vården och bristande administration.

Anmälan enligt lex Maria ska ske skyndsamt. Under 2024 har utredningstiden följts upp och den minskar något. Andelen lex Maria där IVO begärt komplettering av utredningen har också minskat.

Andelen ärenden som i handlingsplan noterat minst en effektiv åtgärd ökar och sammantaget indikerar dessa mått ett effektivare utredningsförfarande.

Lex Maria som verktyg åskådliggör den yttersta konsekvensen av brister i vården och talen är i förhållande till den samlade vårdverksamheten små. Detta är ett trubbigt verktyg för att ensamt analysera vårdens tillkortakommanden, dock bidrar anmälningarna till att belysa problemområden och fokusera på dessa.

Vid allvarliga händelser tas kontakt med chefläkare. I komplexa fall där exempelvis flera verksamheter är involverade kan chefsjuksköterska bidra med utredningsstöd.

Åtgärder vidtagna i lex Maria ärenden följs upp efter 6 månader i möte mellan verksamhetsledning, chefläkare och chefsjuksköterska.

Patientförsäkringen LÖF

Varje år inkommer drygt 850 anmälningar till Patientförsäkringen LÖF om skador som uppkommit inom regionen. Skador kan anmälas inom 10 år från skadetillfället vilket gör jämförelser med anmälningar enligt Lex Maria och inrapporterade avvikelser i Synergi svår. Uppgifterna från LÖF kompletterar bilden av patientsäkerheten utan att enbart beröra vårdskador.

Skador inom sjukhusvård är mest förekommande i anmälningar till LÖF.

Anmälda skador	2022-2024
Sjukhusvård	73 %
Primärvård	14 %
Övrigt	13 %

Klagomål och synpunkter

Klagomål från patient och närstående

Nedanstående tabeller visar hanterade klagomål via 1177 per år och inom dominerande kategorier.

Område	2023	2024
Information och kommunikation	125	121
Vård och behandling	115	112
Bemötande	116	159
Tillgänglighet	104	50
Summa	460	442

Antalet klagomål som avser bemötande har ökat medan de flesta övriga har minskat jämfört med föregående år.

Klagomål via IVO

Nedanstående tabeller visar inkomna klagomål via IVO per år.

Typ	2023	2024
Verksamheten utreder	73	55
IVO utreder	58	54
Summa	131	109

I första hand ska klagomål besvaras av verksamheten. Patientsäkerhetslagen styr vad som IVO ska utreda, bland annat händelser som inneburit att patienten har fått en bestående skada, ett väsentligt ökat behov av vård eller avlidit. IVO utreder också klagomål som gäller tvångsvård och händelser som allvarligt och på ett negativt sätt påverkat integritet, självbestämmande eller rättslig ställning.

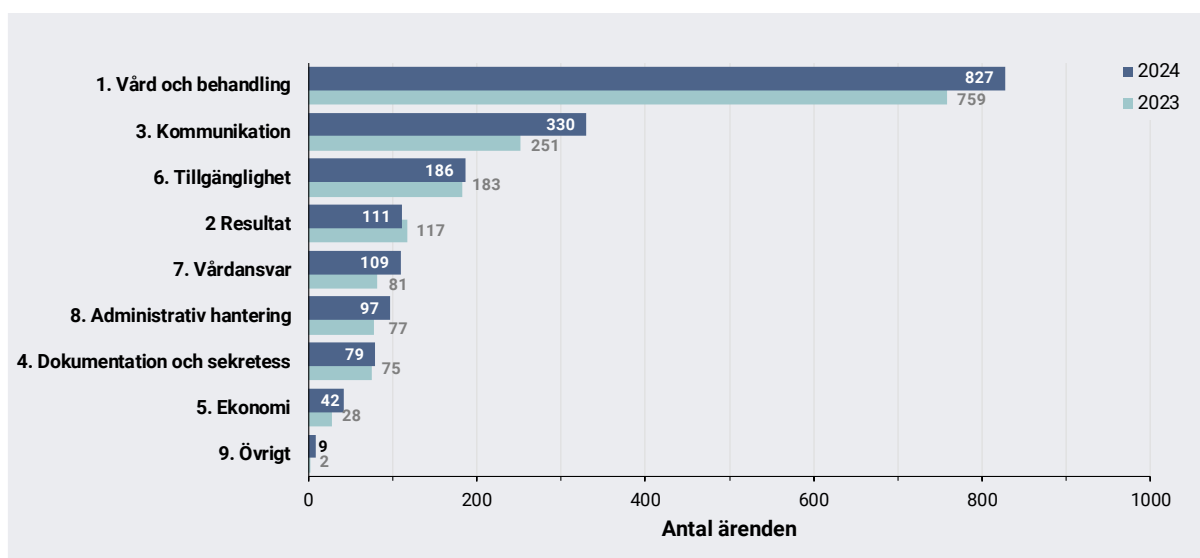
Det totala antalet klagomål via IVO har minskat något, antalet som IVO utreder är dock i stort sett detsamma.

Patientnämndens rapport 2024

Patientnämndens roll är att hantera synpunkter och klagomål av olika slag och det finns viktiga erfarenheter och lärdomar att hämta i patienternas och de närståendes berättelser. Många av de som kontaktar Patientnämnden uttrycker att de vill bidra till förbättring av vården för att ingen annan ska behöva uppleva det de själva varit med om. Dessa erfarenheter och lärdomar är värdefulla i vårdens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372) anger att Patientnämnden ska stödja och hjälpa enskilda patienter att få den information de behöver för att kunna tillvarata sina intressen inom hälso- och sjukvården, främja kontakter mellan patienter, hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvården. Patientnämnden ska utifrån synpunkter och klagomål bidra till kvalitetsutveckling och en ökad patientsäkerhet⁸.

Under 2024 registrerades 1790 synpunkter och klagomålsärenden hos Patientnämnden vilket är en ökning med 217 ärenden i jmf med förra året. Liksom tidigare år så är det kvinnor som i större utsträckning än män inkommer med synpunkter och klagomål på vården. Denna fördelning speglas även i förhållande till vårdkontakter, där kvinnor har större andel vårdkontakter än män.



Figur 9 Orsak till ärenden per huvudproblem för åren 2023 och 2024, (antal)

Vård och behandling som orsak utgjorde 46 procent av ärendena som registrerade 2024 och är fortsatt det huvudproblem som de flesta av inkommande ärenden berör. Därefter ses i fallande skala kommunikation som står för 17 procent och tillgänglighet som står för 10 procent.

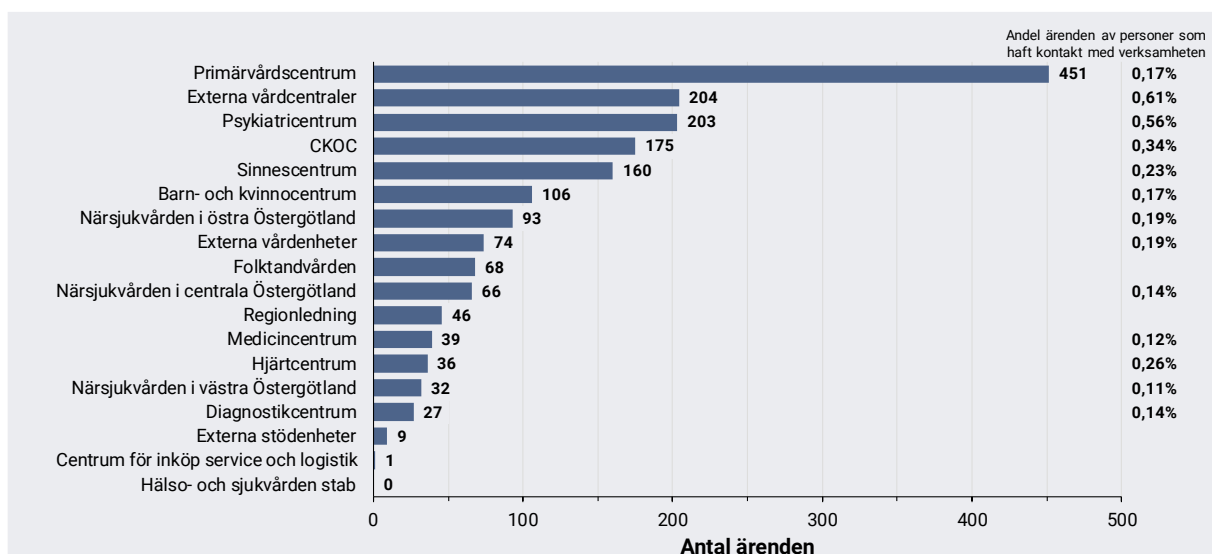
⁸ [Årsrapport 2024 Patientnämnden Östergötland](#)

	2023	2024	Förändring i ranking mellan åren
1.3 Behandling	293	318	-
1.1 Undersökning/bedömning	233	267	-
3.4 Bemötande	164	203	-
6.2 Väntetider i vården	108	122	↑
1.2 Diagnos	114	120	-
2.1 Resultat	117	111	↓
1.4 Läkemedel	106	102	-
4.1 Patientjournalen	61	64	↑
6.1 Tillgänglighet i vården	75	64	↓
3.2 Delaktighet	32	63	-

Tabell 10 Rankning av de tio vanligaste orsakerna till ärende per delproblem för åren 2023 och 2024, (antal)

Vissa förändringar har skett vad gäller orsaker till att patienter/närstående kontaktar Patientnämnden med synpunkter och klagomål. Enligt tabellens kolumn som visar förändringen mellan åren har de tre första positionerna inte ändrats (-), alltså att behandling, undersökning/bedömning och bemötande har samma placering 2024 som föregående år. Väntetider i vården och resultat har bytt plats i ranking mellan åren 2023-2024 och så även patientjournalen och tillgänglighet i vården.

De största ökningarna mellan åren 2023 och 2024 ses under delproblemen bemötande och delaktighet. Generellt ses en ökning i antalet ärenden i en jämförelse mellan åren 2023 och 2024 under samtliga delproblem förutom något färre under tillgänglighet i vården, resultat och läkemedel.



Figur 11 Registrerade ärenden i relation till vårdkontakter per verksamhetsområde (Region Östergötland inkl. privata vårdgivare och entreprenörer med avtal) för år 2024, (antal/andel)

I figuren ovan representerar staplarna antalet ärenden hos Patientnämnden som varje verksamhetsområde har haft under 2024. Till höger visas andelen patienter som har haft kontakt med respektive verksamhetsområde och ett ärende hos Patientnämnden.

Det centrum som har flest antal ärenden är Primärvårdscentrum men det är också det centrum som flest patienter haft kontakt med. I relation till antalet vårdkontakter så är andelen ärenden bland de längsta (0,17 %).

Högst andel ärenden har de externa vårdcentralerna med 0,61 procent, därefter Psykiatricentrum med drygt en halv procent (0,56 %). Fördjupade analyser finns sammanställda i rapportform.⁹

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att det systematiska patientsäkerhetsarbetet inkluderar både det som har hänt och det som skulle kunna hända, minskar oönskade variationer och patientsäkerheten stärks.



Kunskapsstöd

Inom kunskapsstyrningen har lokalt programansvariga (LPA) för systemets 26 områden utsetts. Dessa ansvarar för att nya rekommendationer och överenskommelser görs kända i vårdverksamheterna. För områden som involverar kommunsamverkan kommer programområden att bildas inom LGVO. Äldres hälsa och palliativ vård har bildats där äldrevårdsöverläkare har tillsatts. Ett viktigt utvecklingsområde är att i samverkan mellan region och kommun tydliggöra riskförebyggande arbetssätt.

Linköping Comprehensive Cancer Center är en plattform för samordning av cancervård, utbildning och forskning. Enheten arbetar med utveckling av patientsäkerhet och kvalitet med fokus på personcentrerad vård.

⁹ Bristande kommunikation [länk](#) samt primärvård tillgänglighet och vårdansvar [Publicerad IVO](#)

Processtöd omvårdnad

Under året har en lokal samverkansgrupp (LSG) omvårdnad bildats i syfte att samordna omvårdnadsfrågor med målet att höja kvalitet och säkerställa god omvårdnad. Samverkansgruppen ansvarar för att tillgodose att vid behov upprätta regionövergripande riktlinjer och tydliggöra vilka riskbedömningar som ska användas samt att tillgodose samordning med dokumentation i patientjournalen.

Vårdokumentation

Säker läkemedelshantering: Bristande integration mellan läkemedelsmodulen i Cosmic och ordinationsverktyget Pascal utgör en betydande patientsäkerhetsrisk. Detta har påtalats av chefläkare och chefsjuksköterskor inom sydöstra sjukvårdsregionen (SÖSR). Utvecklingsarbete av adekvat IT-stöd för dosdispenserade läkemedel integrerat i Cosmic, är underordnat ett pågående arbete med Nationell läkemedelslista. Under tiden krävs övergripande insatser för att undvika patientsäkerhetsrisker gällande dubbeldokumentation. Insatser kopplade till riktlinjer, överenskommelser och arbets- och ansvarsfördelning planeras.

Säker remisshantering: Inom SÖSR saknas tekniska förutsättningar för att på ett effektivt och patientsäkert sätt nyttja varandras etablerade interna digitala flöden. Därmed omöjliggörs samverkan mellan regionerna. Brister i remisshantering har i flera utredningar identifierats som en bakomliggande orsak till vårdavvikelse och vårdgivaren har fått återkommande kritik från IVO. Chefläkare och Chief Medical Informatics Officer (CMIO) har i sitt uppdrag rekommenderat utveckling av de verksamhetsmässiga, juridiska och tekniska förutsättningarna för datadelning inom bildiagnostik för att säkerställa en patientsäker remisshantering.

Regional sjukvårdslednings uppdrag till Regional samverkansgrupp (RSG) *digital utveckling* behöver prioriteras så att resurskrävande manuell hantering av remisser (radiologi och patologi) undviks inom sjukvårdsregionen.

Uppmärksamhetsinformation (UMI) och Uppmärksamhetssignal (UMS)¹⁰:

Uppmärksamhetsinformation är information i en patientjournal som behöver uppmärksammas särskilt och gäller förhållanden som påverkar handläggningen, exempelvis medicinska tillstånd eller överkänslighet. Från och med den större uppgradering av patientjournalen (Cosmic) som genomfördes under 2023 följer Regionen Socialstyrelsens specifikation gällande UMS. Socialstyrelsen reviderar årligen specifikationen utifrån behov som lyfts i referensgrupp. Denna årliga översyn med uppdateringar behöver implementeras och förvaltas i hälso- och sjukvården. Detta kommer att ingå i uppdraget för LSG *vårdinformationshantering*.

¹⁰ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-12-9390.pdf>

Kunskapsspridning

Kanaler för intern kunskapsspridning inom patientsäkerhetsområdet finns på intranätet och vårdgivarwebben. När händelser har inträffat där systembrister har upptäckts och behöver spridas, sammanfattas detta av chefläkare och chefsjuksköterskor och återförs i chefsforum.

Basala kläd- och hygienregler

Följsamhet av både hygienrutiner och klädregler minskar. För 2024 uppnår 6 av 11 centrum 95 procent (grön nivå) på alla delmoment på följsamhet till klädregler. På hygienmomenten uppfyller inga centrum 95 procent på samtliga ingående delar. Av två externa enheter som registrerar följsamhet uppfyller en av två alla delmoment på klädregler samt en av två alla delmoment på hygienmomenten. Antalet utförda observationer har också tydligt minskat år efter år sedan pandemin då vi såg en ökning.

Basala kläd- och hygienregler, andel korrekta	2023	2024
Hygienrutiner	84,5 %	84,2 %
Klädregler	94,4 %	93,7 %
Antal observationer	25 618	22 865

Det viktiga vad gäller följsamhet till hygien är att det finns en god organisation med ledarskap som främjar en god arbetskultur med öppenhet och att kunna påminna varandra. Observationer kan vara en viktig del för att starta samtal kring hygienfrågor, rutiner och beteenden. Därav finns ett värde i att observera så att medarbetare kan få feedback och uppföljning och ett lärande. Uppföljningens fokus bör vara inom den egna enheten/kliniken.

Medicinskt teknisk säkerhet

Tekniska produkter är ofta en förutsättning i hälso- och sjukvården. Användning av dessa produkter kräver kunskap om funktion, risker och säker hantering. Till medicinskt tekniska produkter räknas allt från plåster, katetrar och infusionspumpar till medicinska informationssystem.

Under året har en portal för medicinteknisk säkerhet tagits fram. Syftet är att erbjuda en enhetlig och kvalitetssäkrad hantering för verksamheter inom Region Östergötland och att avlasta det administrativa arbetet för vårdverksamheterna. Innehållet i portalen är framtaget med utgångspunkt från aktuella lagar och processerna följer regionens förutsättningar.

Exempel på processer som tagits fram är egentillverkning av medicintekniska produkter, hantering av säkerhetsmeddelanden och avvikelser samt anmälan till myndighet gällande negativ händelse med medicinteknisk produkt.

Utöver detta har även åtgärder genomförts för att anpassa avvikelssystemet så att uppföljning av avvikelser kopplat till medicintekniska produkter underlättas, både ur ett patientsäkerhetsperspektiv och för att olika aktörer som hanterar medicintekniska produkter inom regionen ska kunna få ett ändamålsenligt underlag för att följa upp sina leveranser. De stora utvecklingsområdena som finns inom området ligger främst inom kartläggning av spårbarhet av medicintekniska produkter och att harmonisera arbetet inom regionen kopplat till specialanpassning av medicintekniska produkter.

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.



Flera insatser som syftar till att stärka patientsäkerheten i den dagliga verksamheten finns redovisade under området *Agera för säker vård*. Operativ daglig styrning finns på respektive sjukhus. Vårdverksamheterna har etablerade arbetssätt för planering och prioritering på daglig basis.

Leveransproblem och restsituationer läkemedel

Restsituationer för läkemedel är fortsatt en stor utmaning. Betydande resurser läggs på att tidigt identifiera ersättningsläkemedel eller behandlingsalternativ och att kommunicera detta till verksamheterna¹¹. Aktuell rådande restsituation för flera viktiga och vanliga astmaläkemedel för barn är bekymmersam eftersom behandlingsalternativen till de yngsta barnen är få. Sortimentrådet för läkemedel vidtar flera åtgärder för att underlätta för både vården, apotek och patienter. Information kring restsituationer för utvalda läkemedel läggs in i ordinationsmallar i patientjournalen med hänvisning till ersättningsläkemedel. I många fall används, efter godkännande från Läkemedelsverket, förpackningar från andra europeiska länder, så kallade licensläkemedel. Utländska läkemedelsförpackningar är förenade med risker på grund av bristande information till både patienter och vårdpersonal. Läkemedelsinformationscentralen jämför därför produktresuméer för att fånga upp viktiga skillnader i exempelvis hantering och förvaring av läkemedel.

¹¹ <https://vardgivare.regionostergotland.se/vgw/kunskapsstod/lakemedel>

Leveranserna av infusionsvätskor är osäkra och oförutsägbara, men Region Östergötland har hittills inte hamnat i allvarlig bristsituation tack vare ett bra utgångsläge med robusthet kring lagernivåer. Regionen följer också de nationella rekommendationerna för att minska användningen av infusionsvätskor när så är möjligt. Lagernivåerna för övriga läkemedel är lägre än för vätskor, men ett inriktningsbeslut har tagits kring ökade lagernivåer av läkemedel i hälso- och sjukvårdens alla läkemedelsförråd, vilket ska implementeras innan halvårsskiftet.

Bemanning och kompetens

Kompetensförsörjningen är avgörande för att klara Regionens uppdrag. Region Östergötland har under flera år haft en hög kostnadsutveckling som behövde åtgärdas. Under 2024 genomfördes ett omfattande omställningsarbete med målet att reducera antalet anställda med 900 medarbetare, främst inom administration, paramedicin och icke legitimerad vårdpersonal. En ny arbetsorganisation arbetades fram under våren 2024. Alla ledningsnivåer, fackliga förtroendevalda och många medarbetare var involverade. Arbetsorganisationen beskriver hur verksamheten ska anpassas för att nå en ekonomi i balans. Prioriterade områden under detta arbete var:

- Att kapaciteten för vårdplatser ska bibehållas eller öka på regionnivå
- Att kapaciteten för operationer och diagnostik ska bibehållas eller öka samt
- Att förmåga att ge en första medicinsk bedömning ska bibehållas

Fortsatt genomförande av ny arbetsorganisation kommer att fortgå under 2025.

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.



Riskhantering

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Regionens egenkontroll sker genom verksamheternas RH-check där brister ska åtgärdas. Gröna korset är en enkel visuell metod för medarbetare i vården. Metoden används för att identifiera risker och vårdskador i realtid. Gröna korset skapar ett underlag för riktat systematiskt förbättringsarbete som ökar patientsäkerheten och stärker säkerhetskulturen. Under 2024 har implementeringsarbete i form av utbildning och fortsatt stöd till vårdens verksamheter genomförts. En kartläggning av vilka verksamheter som använder Gröna Korset har också genomförts. Webbaserat stöd och informationstillfällen har genomförts. Avvikelsesystemet har anpassats så att risker som uppmärksammas kan registreras och följas upp.

Riskanalyser

Ett flertal övergripande riskanalyser relaterade till den stora omställning som pågår i Regionen har genomförts. Risker som identifierats inom patientsäkerhetsområdet avser framförallt försämrad tillgänglighet med risk för fördröjd vård samt risk för att sköra patienter inte får tillräckliga insatser av vården. Åtgärder för att undvika detta behöver vidtas inom verksamheterna. Kärnverksamheten måste prioriteras och utvecklingsinitiativ kan behöva pausas.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Beredskapsorganisationen aktiveras vid allvarliga händelser. Pandemi, extrem vårdplatsbrist, IT-störningar och större olyckor är exempel på beredskapssituationer som uppstått och där särskild sjukvårdsledning har etablerats.



Följande beredskapslägen används både på lokal nivå och på regional nivå:

- Stabsläge: en särskild sjukvårdsledning håller sig underrättad om läget, vidtar nödvändiga åtgärder och följer händelseutvecklingen.
- Förstärkningsläge: en särskild sjukvårdsledning vidtar åtgärder för förstärkning av vissa viktiga funktioner.
- Katastrofläge: en särskild sjukvårdsledning vidtar åtgärder för förstärkning av alla viktiga funktioner.

Det är varje verksamhetschef som har ansvar för att verksamheten har kontinuitetsplaner och reservrutiner, att de revideras vid behov och att de övas regelbundet. Stöd- och service-enheter genomför sin egen kontinuitetshantering för att säkerställa robusthet i driften. Varje verksamhet som är beroende av exempelvis IT-stöd eller fastighetstekniska system ska säkerställa att de egna kritiska aktiviteterna kan fungera vid en störning eller avbrott. Egenkontroll av kontinuitetshantering genomförs i all verksamhet.

Riskfylld läkemedelshantering

Ett proaktivt arbete kring högriskläkemedel och fokus på antikoagulantia har lett till att en regiongemensam riktlinje för perioperativ hantering av behandling med blodförtunnande har tagits fram. Ett IT-stöd för identifiering av patienter med högrisk för negativ hemokoagulationshändelse kommer också att utvecklas. Vidare genomförs initiativ för ett samordnat arbetsätt mellan regionens antikoagulationsmottagningar. Implementeringsarbetet kommer att fortsätta under 2025.

Färdighetsträning och simulering

Grunduppdraget för Clincum inför 2024 definierades efter dialog med ledningen och chefläkar-enheten. Grunden är träning i simulerad miljö med pedagogiskt koncept, där praktiska och teoretiska moment ingår.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Säker vård i alla dess delar är grunden i kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården. Att förebygga och förhindra uppkomsten av vårdskador är därför oerhört viktigt att ha som fokus framåt. Det uthålliga och långsiktiga patientsäkerhetsarbetet grundar sig på aktiva risk- och skadeförebyggande aktiviteter.

Hälso- och sjukvårdens medarbetare behöver ges förutsättningar att kunna utföra ett gott arbete med hög arbetsmotivation och patientfokus.

En tydlig målbild med fokus på kvalitet och patientsäkerhet har arbetats fram.



Huvudbudskapet i hälso- och sjukvårdens målbild är "Tillsammans för bästa vård och hälsa" där utgångspunkten är begreppet god vård; en vård som är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges inom rimlig tid.

Följande systemåtgärder behöver utvecklas under 2025:

- Förbättra tillgängligheten genom ett ökat antal vårdplatser, ökad operationskapacitet och diagnostik.
- Stärka den nära vården.
- Säkerställa adekvat bemanning, kunskap och kompetens i den patientnära vården.
- Stärka säkerhetskulturen, vilket utgör grunden för en fortsatt positiv utveckling mot en säkrare vård.
- Tydliggöra kopplingen mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet.
- Utveckla samverkan med kommunal hälso- och sjukvård för att förhindra undvikbar sjukhusvård.