



Sammanträde med:

**Folktandvårdsnämnd**

**Sammanträdet sker digitalt, endast ordförande, ansvarig tjänsteman och nämndsekreterare deltar fysiskt.**

Sammanträdesdatum: 2021-03-24

Tid: kl. 09:00-12:15

Plats: Digitalt och konferensrum Eken, Eklundavägen 1

**Eventuella gruppmöten med teknik ordnas av respektive parti.**

Meddela förhinder snarast till nämndsekreterare [marita.jansson2@regionorebrolan.se](mailto:marita.jansson2@regionorebrolan.se) eller telefon 019-602 77 59.

Du som är ersättare meddelar **om** du kommer att närvara.

**Ledamöter kallas**

Maria Comstedt (C), ordförande  
Kristine Andersson (S), vice ordförande  
Anna Nordqvist (M), 2:e vice ordförande  
Farhan Mohammad (S)  
Lars-Erik Soting (S)  
Conny Harrysson (KD)  
Anders Brandén (M)  
Mats Einestam (L)  
Jan Murman (SD)

**Ersättare underrättas**

Sharla Ojagh (S)  
Ulf Ström (S)  
Fred Kiberu Mpiso (S)  
Jan Johansson (KD)  
Annica Zetterholm (C)  
Mbuche Lameck (M)  
Eghbal Kamran (M)  
Bodil Lennartsdotter Eriksson (MP)  
Habib Brini (SD)



## 1. Protokollsjusterare

### Förslag till beslut

Folkvandvårdsnämnden beslutar

att jämte ordförande justera dagens protokoll utse Jan Murman (SD) med Anders Brandén (M) som ersättare.

Protokollet ska vara justerat senast den 7 april 2021.

## 2. Anmälan om frågor

## 3. Anmälnings- och meddelandeärenden

Diarienummer: 20RS12853

### Förslag till beslut

Folkvandvårdsnämnden beslutar

att godkänna redovisningen.

### Sammanfattning

#### Anmälningsärenden:

-

#### Meddelandeärenden:

Periodrapport januari-februari 2021 Folkvandvården

Patientsäkerhetsberättelse 2020

Patientnämndens rapport om klagomål covid-19

#### Beslutsunderlag

- FöredragningsPM folkvandvårdsnämnd 2021-03-24, anmälnings- och meddelandeärenden
- Periodrapport jan-febr 2021 Folkvandvården
- Patientnämndens rapport - Helårsrapport covid-19 2020
- Patientsäkerhetsberättelse för år 2020
- Rapport - Vårdgivarnas svar 21PN1090

## 4. Information

### Sammanfattning

- a) Aktuellt från verksamheten - Ola Fernberg
- b) Aktuellt nationellt och lokalt - Ted Rylander
- c) Ekonomi och handlingsplan för ekonomi i balans - Christer Ohlsson
- d) Vad är tandhälsa? - Ola Fernberg

## 5. Förändrat hyresåtagande på grund av ombyggnation av Folkvandvården Adolfsberg, Örebro



Diarienummer: 20RS622

Föredragande: Christer Ohlsson och Olof Schnürer

**Förslag till beslut**

Folk tandvårdsnämnden beslutar

att godkänna ny hyreskostnad på maximalt 1 500 tkr/år för renoverad och uppdaterad Folk tandvårdsklinik i Adolfsberg, Örebro.

**Sammanfattning**

Folk tandvårdens klinik i Adolfsberg är i behov av ombyggnation för att tillskapa verksamhetsanpassade lokaler som möter dagens krav. Följden blir en ny hyreskostnad på maximalt 1 500 tusen kronor/år för renoverad och uppdaterad klinik. Förslaget blir då en hyreskostnad på cirka 2 500 kronor/kvadratmeter/år.

**Beslutsunderlag**

- FöredragningsPM folk tandvårdsnämnden 2021-03-24, förändrat hyresåtagande på grund av ombyggnation av Folk tandvården Adolfsberg, Örebro

**6. Tilldelningsbeslut för upphandling av tandtekniska tjänster**

Diarienummer: 20RS7079

Föredragande: Anna Ostonen och Christer Ohlsson

**Förslag till beslut**

Folk tandvårdsnämnden beslutar

att anta X som leverantörer för tandtekniska tjänster

att paragrafen förklaras omedelbart justerad.

**Sammanfattning**

Region Örebro län har genomfört en upphandling av tandtekniska tjänster. Avtalstiden för upphandlingskontraktet är 2021-06-01–2023-05-31, med ensidig option för Region Örebro län att besluta om förlängning med sammanlagt 24 månader.

Det totala värdet för ingående tjänster i denna upphandling beräknas uppgå till 60 miljoner kronor för hela avtalsperioden.

**Beslutsunderlag**

- FöredragningsPM folk tandvårdsnämnden 2021-03-24, tilldelningsbeslut tandtekniska tjänster

**7. Tilldelningsbeslut MT 2020-0079B för upphandling av ramavtal för dental unit till Folk tandvården.**

Diarienummer: 20RS11828

Föredragande: Jenny Thor och Christer Ohlsson

**Förslag till beslut**

Folk tandvårdsnämnden beslutar

att tilldela xx, organisationsnummer xx som leverantör av dental unit till Folk tandvården, samt

att paragrafen förklaras omedelbart justerad.



**Sammanfattning**

Denna upphandling avser ramavtal för dental unit för leverans till Folk tandvården.

Upphandlingen omfattar även option för demontering och uttransport av befintlig utrustning, option på extra klinisk utbildning samt option på serviceavtal efter garantitiden.

xx anbud lämnades som uppfyller samtliga obligatoriska krav.

Upphandlingen annonserades 2020-11-23.

**Beslutsunderlag**

- FöredragningsPM Folk tandvårdsnämndens sammanträde 2021-03-24, tilldelningsbeslut MT 2020-0079B för dental unit
- Tilldelningsbeslut MT 2020-0079B, upphandling av dental unit
- Individuell rapport MT 2020-0079B, upphandling av dental unit

**8. Svar på anmälda frågor**

**9. Bifogas kallelsen: Aktivitetsplan**

**Beslutsunderlag**

- Aktivitetsplan 2021 för folk tandvårdsnämnden, uppdaterad 2021-02-15

# 3

## Anmälnings- och meddelandeärenden

### 20RS12853

Tjänsteställe, handläggare  
Nämndadministration, Marita Jansson

Sammanträdesdatum  
2021-03-24

**FöredragningsPM**  
Dnr: 20RS12853

Organ  
**Folk tandvårdsnämnd**

## **Anmälning- och meddelandeärenden**

### **Förslag till beslut**

Folk tandvårdsnämnden beslutar

att godkänna redovisningen.

### **Sammanfattning**

Anmälning ärenden:

-

Meddelande ärenden:

Periodrapport januari-februari 2021 Folk tandvården

Patientsäkerhetsberättelse 2020

Patientnämndens rapport om klagomål covid-19

### **Beslutsunderlag**

FöredragningsPM folk tandvårdsnämnd 2021-03-24, anmälning- och meddelande ärenden

Ola Fernberg  
Tandvårdsdirektör

### **Skickas till:**

(Ange vem/vilka beslutet ska skickas till)

**Periodrapport**  
Folktandvårdsnämnden  
Feb 2021



## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Resultatrapport folkhälsovårdsnämnden .....</b>	<b>3</b>
1.1	Sammanfattande analys .....	4
<b>2</b>	<b>Periodens resultat .....</b>	<b>4</b>
2.1	Intäkter.....	4
2.2	Personalkostnader.....	4
2.3	Övriga kostnader .....	4
<b>3</b>	<b>Helårsprognos .....</b>	<b>5</b>
3.1	Intäkter.....	5
3.2	Personalkostnader.....	5
3.3	Övriga kostnader .....	5
<b>4</b>	<b>Vidtagna åtgärder för att nå ekonomi i balans .....</b>	<b>5</b>
<b>5</b>	<b>Investeringar .....</b>	<b>6</b>
<b>6</b>	<b>Produktions-/ nyckeltal .....</b>	<b>7</b>
<b>7</b>	<b>HR-statistik .....</b>	<b>9</b>
7.1	Antal tillsvidareanställda årsarbetare.....	9
7.2	Årsarbetare, faktiskt arbetad tid (nettoarbetstid + extra tid (mertid, övertid)) (avser per föregående period).....	10
7.3	Sjukfrånvaro (avser per föregående period) .....	12

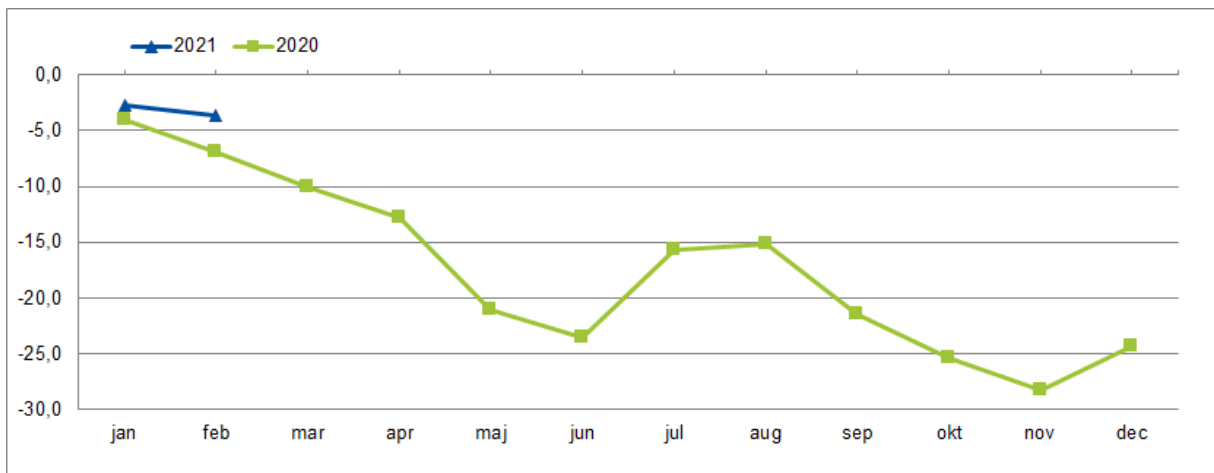


# 1 Resultatrapport folktandvårdsnämnden

## Resultatrapport

Belopp i mnkr	Utfall perioden 2021	Utfall perioden 2020	Förändring	Förändring (%)	Prognos 2021	Budget 2021	Prognos budgetavvikelse 2021	Utfall 2020
Vuxentandvård	36,8	42,3	-5,5	-13,0	259,7	269,7	-10,0	230,9
Barn- och ungdomstandvård	16,3	16,0	0,3	1,9	100,8	100,8	0,0	98,2
Uppdragsersättningar	16,4	15,8	0,6	3,8	94,6	94,6	0,0	96,2
Övriga intäkter	1,7	2,5	-0,8	-32,0	19,4	19,4	0,0	23,2
<b>Summa intäkter</b>	<b>71,2</b>	<b>76,6</b>	<b>-5,4</b>	<b>-7,0</b>	<b>474,5</b>	<b>484,5</b>	<b>-10,0</b>	<b>448,5</b>
Personalkostnader	-51,1	-56,7	5,6	-9,9	-320,3	-320,3	0,0	-316,4
Materialkostnader	-5,3	-6,1	0,8	-13,1	-31,0	-31,0	0,0	-34,9
Övriga kostnader	-16,0	-18,3	2,3	-12,6	-117,9	-117,9	0,0	-107,9
Avskrivningar, inventarier	-2,0	-2,0	0,0	0	-13,2	-13,2	0,0	-11,7
<b>Summa kostnader</b>	<b>-74,4</b>	<b>-83,1</b>	<b>8,7</b>	<b>-10,5</b>	<b>-482,4</b>	<b>-482,4</b>	<b>0,0</b>	<b>-470,9</b>
<b>Verksamhetens nettokostnad</b>	<b>-3,2</b>	<b>-6,5</b>	<b>3,3</b>	<b>-50,8</b>	<b>-7,9</b>	<b>2,1</b>	<b>-10,0</b>	<b>-22,4</b>
Finansnetto	-0,5	-0,4	-0,1	25,0	-3,2	-3,2	0,0	-1,9
<b>Resultat</b>	<b>-3,7</b>	<b>-6,9</b>	<b>3,2</b>		<b>-11,1</b>	<b>-1,1</b>	<b>-10,0</b>	<b>-24,3</b>

## 1.1 Sammanfattande analys



Folkhovvårdens resultat efter februari är -3,7 miljoner kronor. Föregående år var resultatet -6,9 miljoner kronor. Intäkterna har minskat med 7,0 procent i jämförelse med samma period föregående år och kostnaderna har minskat med 10,5 procent. Personalkostnaderna är lägre i år då det har varit färre personer i tjänst under januari-februari i år än det var under samma period föregående år. Färre personer i tjänst innebär att det är mindre arbetad tid och även mindre tid med patienter. Mindre tid med patienter gör att det är färre behandlingsåtgärder utförda under januari-februari i år än det var under samma period föregående år. Färre behandlingsåtgärder leder till minskade intäkter. Det har också varit färre startade och avslutade behandlingar i specialisttandvården.

Investeringarna följer årets planering och budgetbeslut.

## 2 Periodens resultat

### 2.1 Intäkter

Intäkterna för perioden är 9,5 miljoner kronor lägre än budget och 5,4 miljoner kronor lägre än föregående år. De lägre intäkterna beror på färre behandlare varit i tjänst och att faktiskt arbetad tid är betydligt lägre än under samma period föregående år, vilket resulterar i färre utförda åtgärder och därmed lägre intäkter.

### 2.2 Personalkostnader

	Utfall perioden 2021	Utfall perioden 2020	Prognos 2021	Utfall 2020
Lönekostnadsökningstakt (%)	-9,9	5,1	0,1	-1,3
Lönekostnad (40-41) (mnkr)	34,5	38,3	213,5	213,2

Personalkostnaderna är lägre än budget främst på grund av hög frånvaro (sjukdom samt ledighet) under perioden.

### 2.3 Övriga kostnader

Övriga kostnader för perioden är 3,5 miljoner kronor lägre än budget. Det beror främst på lägre bokförda kostnader för tandtekniska tjänster och tolkkostnader.

## 3 Helårsprognos

### 3.1 Intäkter

I den ekonomiska handlingsplanen för Folktandvården finns åtgärder som genomförs under året för att förbättra intäkterna. Prognosen är dock att intäkterna blir 10 miljoner lägre 2021 än budget.

### 3.2 Personalkostnader

Personalkostnaderna är lägre än budget under årets första månader men beräknas bli enligt budget vid årets slut.

### 3.3 Övriga kostnader

Det finns åtgärder i de ekonomiska handlingsplanen för att minska kostnader för verksamheten. Övriga kostnader förväntas därmed att följa budgeten trots högre kostnader för skyddsmaterial.

## 4 Vidtagna åtgärder för att nå ekonomi i balans

Folktandvården arbetar med en ekonomisk handlingsplan för 2021 som är beslutad av Folktandvårdsnämnden.

Målsättningen är att nå ekonomi i balans under 2022 med hjälp av de åtgärdsområden som finns i den ekonomiska handlingsplanen.

Utvecklings- och förbättringsarbete pågår i samtliga verksamhetsområden inom Folktandvården. Allmäntandvårdens kliniker arbetar med att förbättra flödeseffektiviteten och att fler patienter ska bli färdiga på ett besök i större utsträckning än tidigare. Detta arbete är nödvändigt för att Folktandvården ska klara ett allt mer växande tandvårdsuppdrag i form av fler patienter. Bedömningen är att ökad flödeseffektivitet också ska kunna leda till ökade intäkter och ökad produktivitet. Inom specialisttandvården arbetar kliniker och avdelningar med att effektivisera verksamheternas processer genom att minska behandlingsperiodernas längd för remisspatienter. Detta ska ge möjlighet till att kunna ta emot fler remisspatienter och därmed öka intäkterna för specialisttandvården. I de administrativa stödfunktionerna pågår arbete med att matcha tjänster inom stöd och service till det efterfrågade behovet som finns i kärnverksamheterna. Anställningsstopp inom administrativa stödfunktioner innebär också att nya och effektivare processer och flöden behöver skapas utifrån vad som ger bäst verksamhetsnytta.

I ett övergripande och tvärgående perspektiv i samtliga processer och flöden pågår ett arbete med digitalisering och utvecklingen för detta sker bland annat i två utvecklingsprojekt. Ett projekt med Digital mottagning och Digitala vårdbesök och ett annat är projekt med Digitala avtryckstagning där Ortodontikliniken inom Specialisttandvården är pilotklinik.

Utbudet i barntandvården behöver anpassas till den uppdragsersättningen som utbetalas för uppdraget tandvårdsvård till barn och unga. Arbetet har pågått under 2020 med positiva uppföljningar men fortsatta aktiviteter behöver ske för att utbud och innehåll fullt ut ska anpassas till ersättningen för uppdrag.

Innehållet i Frisktandvården behöver anpassas till de premieintäkter som genereras av de 27000 frisktandvårdsavtal som Folktandvården tecknat med patienterna. Anpassning har skett i större utsträckning under 2020 men även på detta område behöver fortsatta aktiviteter genomföras för att innehållet ska anpassas fullt ut till premieintäkterna.

Arbete fortgår med att minska kostnaderna för tandvårdsförbrukningsmaterial. Utredning ska genom-

föras med syfte att öka kostnadseffektiviteten i den interna beställarorganisationen. Bedömningen är att arbetet med beställningar och förrådshantering kan ske på ett mer kostnadseffektivt sätt om beställningarna samordnas i större utsträckning och att antalet småbeställningar kan minska. Beställningarna ska också ske enligt avtalat och bästa pris i större utsträckning än vad som varit fallet tidigare.

Digitala tjänster ger möjligheter för patienter att boka tider på nätet och ändra sina tider direkt via 1177/Mina vårdkontakter. Det finns en stor potential att kunna minska på de telefoni-samtal som handlar om att omboka eller avboka en tid för tandvårdsbesök, i dagsläget utgör dessa samtal 70 % av den totala mängden inkommande telefonsamtal i Folkandvården. Nya digitala tjänster har implementerats under hösten 2020 som ger Folkandvården möjlighet att skicka ut ett SMS när det dags för tandvårdsbesök och SMS innehåller en länk där patienten har möjlighet att själva gå in och boka en tid som passar på nätet. Sammantaget gör vi bedömningen att vi kan göra kostnadsbesparingar i de resurser som idag allokeras till telefoni då med fortsatt utveckling av de digitala tjänsterna kan minska behovet av tidsändringar.

Bedömningen är att kostnadsreduceringar kan ske inom telefoni och kallelseprocesser med sammanlagt 3,5 mnkr på årsbasis.

Ny upphandling av tandtekniska tjänster genomförs under hösten 2020 och ett inriktningsmål är satt i Folkandvårdens verksamhetsplan 2021 som innebär att 50 % av de tandtekniska tjänster inom avtalsområde protetik ska köpas internt från Folkandvårdens tandtekniska laboratorium. Bedömningen är att kostnadsmassan för tandtekniska tjänster kan minska med 3 mnkr på årsbasis.

Beslut har tagits om att avveckla funktionen tandvårdsbiträde inom Folkandvården. Bedömningen är att kostnadsreduceringar kan ske med 7,5 mnkr på årsbasis när åtgärden får full effekt till sommaren 2021.

## 5 Investeringar

(Belopp i mnkr) Sammanställning uppföljning av investeringar, mnkr (nettoinvesteringar)	Utfall perioden 2021	Prognos 2021	Budget 2021	Utfall 2020
Immateriella anläggningstillgångar innevarande års budget				
Immateriella anläggningstillgångar överfört från tidigare års budget				
Byggnadsinvesteringar innevarande års budget				
Byggnadsinvesteringar överfört från tidigare års budget				
Medicinteknisk utrustning innevarande års budget	0,2	10,0	10,0	4,3
Medicinteknisk utrustning överfört från tidigare års budget		4,1	4,1	1,8
It-utrustning innevarande års budget				
It-utrustning överfört från tidigare års budget				
Övrig utrustning innevarande års budget	0,5	6,2	6,2	3,4
Övrig utrustning överfört från tidigare års budget				1,3

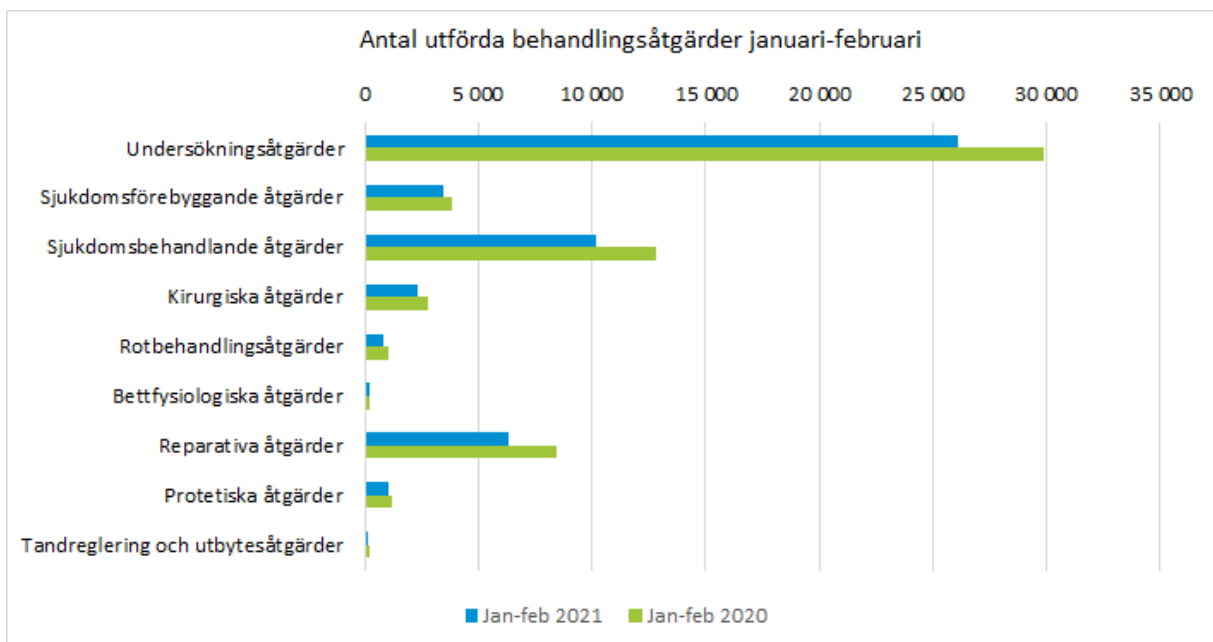
(Belopp i mnkr) Sammanställning uppföljning av investeringar, mnkr (nettoinvesteringar)	Utfall perioden 2021	Prognos 2021	Budget 2021	Utfall 2020
<b>Summa</b>	0,7	20,3	20,3	10,8

Investeringarna följer årets planering och budgetbeslut.

## 6 Produktions-/ nyckeltal

### Antal utförda behandlingsåtgärder i Folk tandvården

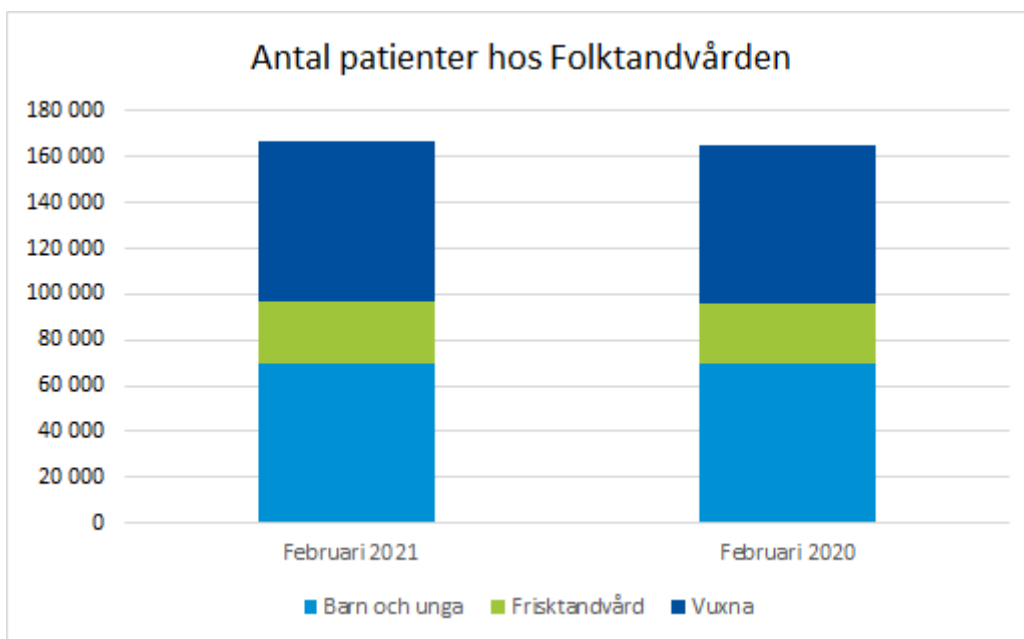
Behandlingsåtgärder	Jan-feb 2021	Jan-feb 2020	Förändring	Förändring %
Undersökningsåtgärder	26 074	29 845	-3 771	-12,6%
Sjukdomsförebyggande åtgärder	3 470	3 803	-333	-8,8%
Sjukdomsbehandlande åtgärder	10 175	12 821	-2 646	-20,6%
Kirurgiska åtgärder	2 338	2 793	-455	-16,3%
Rotbehandlingsåtgärder	815	1 060	-245	-23,1%
Bettfysiologiska åtgärder	222	234	-12	-5,1%
Reparativa åtgärder	6 337	8 432	-2 095	-24,8%
Protetiska åtgärder	1 043	1 167	-124	-10,6%
Tandreglering och utbytesåtgärder	171	220	-49	-22,3%
<b>Summa</b>	<b>50 645</b>	<b>60 375</b>	<b>-9 730</b>	<b>-16,1%</b>



Det är färre behandlingsåtgärder utförda under januari-februari i år än det var under samma period föregående år vad gäller samtliga åtgärdsgrupper.

### Antal patienter hos Folk tandvården

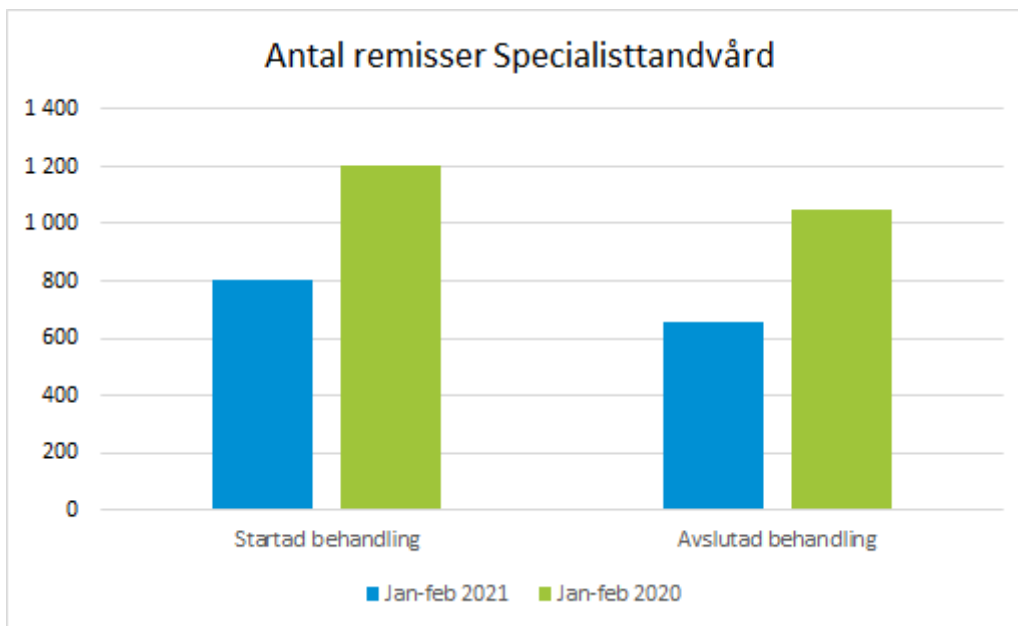
	Februari 2021	Februari 2020	Förändring
Barn och unga	69 614	69 881	-0,4%
Frisk tandvård	26 987	26 428	2,1%
Vuxna	69 899	68 788	1,6%
Summa	166 500	165 097	0,8%



Det är fler som är revisionspatienter hos Folk tandvården i år i jämförelse med samma tidpunkt föregående år.

#### Antal remisser Specialisttandvård - startad och avslutad behandling

Remisser	Jan-feb 2021	Jan-feb 2020	Förändring
Startad behandling	806	1 201	-32,9%
Avslutad behandling	653	1 050	-37,8%



Det är färre startade och avslutade behandlingar i Specialisttandvården under januari-februari i år än det var under samma period föregående år.

## 7 HR-statistik

### 7.1 Antal tillsvidareanställda årsarbetare

Yrkesgrupp	Antal årsarbetare perioden 2021			Antal årsarbetare perioden 2020			Förändring		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Administratör	8,0	1,0	9,0	8,0	1,0	9,0	0,0	0,0	0,0
Chef	17,0	10,0	27,0	16,0	10,0	26,0	1,0	0,0	1,0
Handläggare	34,6	2,0	36,6	31,6	2,0	33,6	3,0	0,0	3,0
Ingenjör/tekniker/hantverkare	7,8		7,8	7,8		7,8	0,0		0,0
Medicinsk vårdadministratör	5,0		5,0	5,0		5,0	0,0		0,0
Tandhygienist	79,3	5,0	84,3	79,3	4,0	83,3	0,0	1,0	1,0
Tandläkare	75,5	41,3	116,7	75,5	44,5	120,0	0,0	-3,2	-3,2
Tandsköterska o ortodontiass	253,9	1,0	254,9	285,3	1,0	286,3	-31,4	0,0	-31,4
Tandtekniker o tandvårdsbitr	21,0	6,0	27,0	27,0	5,0	32,0	-6,0	1,0	-5,0

Yrkesgrupp	Antal årsarbetare perioden 2021			Antal årsarbetare perioden 2020			Förändring		
<b>Summa</b>	<b>502,1</b>	<b>66,3</b>	<b>568,3</b>	<b>535,5</b>	<b>67,5</b>	<b>603,0</b>	<b>-33,4</b>	<b>-1,2</b>	<b>-34,6</b>

Folk tandvården har betydligt färre medarbetare jämfört med samma period förra året. Det handlar främst om tandläkare, tandsköterskor och tandvårdsbiträden. Folk tandvården har en ung allmäntandläkargrupp (medelålder 37 år) och yngre människor är mer flyttbenägna samt att flera umgås privat vilket gör att om en funderar på att byta jobb så är risken stor att kompisar gör dito. När det gäller det minskade antalet tandsköterskor jämfört så handlar det både om pension och att byta jobb. Folk tandvården har haft anställningsstopp för tandsköterskor under större delen av 2002 och istället för ersättningsrekryteringar har man fått fördela om resurser mellan enheterna. Beslutsunderlag för resursfördelning är de resursmodeller för behov och uppdrag som tagits fram av verksamhetsutveckling och ekonomifunktionerna och beslutats av Tandvårdsdirektören. Folk tandvården initierade en uppsättningsprocess av kategorin tandvårdsbiträden under hösten 2020 och som till viss del har gett ett antal har fått nya tjänster inom övriga regionen.

## 7.2 Årsarbetare, faktiskt arbetad tid (nettoarbetstid + extra tid (mer-tid, övertid)) (avser per föregående period)

Yrkesgrupp	Årsarbetare, faktiskt arbetad tid fg period 2021			Årsarbetare, faktiskt arbetad tid fg period 2020			Förändring		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Administratör	7,1	0,8	7,9	6,4	0,9	7,3	0,7	-0,2	0,6



Yrkesgrupp	Årsarbetare, faktiskt arbetad tid fg period 2021			Årsarbetare, faktiskt arbetad tid fg period 2020			Förändring		
Chef	13,0	8,4	21,4	14,5	8,3	22,9	-1,5	0,0	-1,5
Handläggare	25,9	1,8	27,7	26,9	1,9	28,8	-1,0	-0,1	-1,1
Steriltekniker	4,5	0,0	4,5	4,9	0,0	4,9	-0,4	0,0	-0,4
Medicinsk vårdadministratör	3,6	0,0	3,6	4,5	0,0	4,5	-0,8	0,0	-0,8
Tandhygienist	48,8	2,8	51,6	50,9	3,1	54,0	-2,1	-0,3	-2,4
Tandläkare	48,0	33,1	81,1	55,0	37,6	92,6	-7,0	-4,4	-11,5
Tandsköterska o ortodontiass	166,3	0,0	166,3	191,5	0,0	191,5	-25,2	0,0	-25,2
Tandtekniker o tandvårdsbitr	10,2	4,2	14,4	21,1	3,3	24,4	-10,9	0,9	-10,0
<b>Summa</b>	<b>327,4</b>	<b>51,1</b>	<b>378,5</b>	<b>375,7</b>	<b>55,1</b>	<b>430,9</b>	<b>-48,2</b>	<b>-4,1</b>	<b>-52,3</b>

Jämfört med förra året samma period har den faktiskt arbetade tiden minskat rejält och här har pandemin haft en stor påverkan, och fortsatt har. Även föräldradighhet och tjänstledigheter påverkar utfallet.

### 7.3 Sjukfrånvaro (avser per föregående period)

Kategori	Fg period 2021			Fg period 2020			Förändring antal timmar, procent		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Schemalagda timmar	76 781	10 756	87 537	88 119	12 166	100 285	-11 338	-1 410	-12 748
Sjukfrånvaro, korttidsfrånvaro (tim)	2 943	215	3 158	2 573	380	2 953	370	-165	205
Sjukfrånvaro, långtidsfrånvaro (tim)	3 499	301	3 800	3 341	168	3 509	158	133	291
Sjukfrånvaro totalt (tim)	6 443	515	6 958	5 915	548	6 462	528	-32	496
Sjukfrånvaro, korttidsfrånvaro % *	3,83	1,99	3,61	2,92	3,12	2,94	0,91	1,13	0,66
Sjukfrånvaro, långtidsfrånvaro % *	4,56	2,79	4,34	3,79	1,38	3,50	0,77	1,41	0,84
Sjukfrånvaro totalt % *	8,39	4,79	7,95	6,71	4,50	6,44	1,68	0,29	1,50
*) Procent av schemalagd tid									

Folktandvården har en fortsatt hög sjukfrånvaro och jämfört med samma period föregående år är den betydligt högre. Både den korta och den långa sjukfrånvaron har ökat kraftigt jämfört. Den största orsaken till ökningen är coronapandemin.

Under 2021 vänder sig Folktandvården till Suntarbetsliv om möjligt stöd för att minska sjukfrånvaron. Ansökan skickas in inom kort och Folktandvården hoppas och tror att man beviljas stöd och därmed kan ett nytt arbetssätt, som bygger på att fokusera på friskfaktorer, införlivas i förvaltningen.



## § 5 Analys av covid-19 relaterade klagomål inkomna under 2020

Diarienummer: 21PN42

### Sammanfattning

Patientnämndens analyser ska utgöra ett bidrag till vårdgivarnas egna kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Analys av de klagomål som kan relateras till pandemin, covid-19 eller viruset SARS-coronavirus-2 och som inkommit till patientnämnden under år 2020 har analyserats.

Rapporten syftar till att lyfta fram vad patienter klagar på gällande covid-19 i hälso- och sjukvård och tandvård som ges av Region Örebro län, länets tolv kommuner eller verksamheter som har avtal med region Örebro län eller någon av kommunerna.

### Beslutsunderlag

- FöredragningsPM
- Analys av covid-19 relaterade ärenden 2020

### Beslut

Att överlämna rapporten för kännedom till hälso- och sjukvårdsdirektören.

Att överlämna rapporten för kännedom till regionfullmäktige.

Att överlämna rapporten för kännedom till regionstyrelsen.

Att överlämna rapporten för kännedom till hälso- och sjukvårdsnämnden.

Att överlämna rapporten för kännedom till folktandvårdsnämnden.

Att överlämna rapporten för kännedom till Inspektionen för vård och omsorg, avdelning mitt.

Att överlämna rapporten för kännedom till etikrådet.

Att överlämna rapporten för kännedom till redaktionen för tidskrifterna Tillsammans och Leva.

Att överlämna rapporten för kännedom till chefen för Hälsovalsensheten.

Att överlämna rapporten för kännedom till Region Örebro läns revisorer.

Att överlämna rapporten för kännedom till regiondirektören.

**Patientnämnden****Skickas till**

hälso- och sjukvårdsdirektören  
regionfullmäktige  
regionstyrelsen  
hälso- och sjukvårdsnämnden  
folktandvårdsnämnden  
Inspektionen för vård och omsorg, avdelning mitt  
etikrådet  
redaktionen för tidskrifterna Tillsammans och Leva  
chefen för Hälsovalsenheten  
Region Örebro läns revisorer  
Regiondirektören

# Klagomål relaterade till covid-19

- en analys av klagomål inkomna till Patientnämnden Region Örebro län under 2020



## Innehåll

1 Inledning.....	3
1.1 Bakgrund .....	3
1.2 Metod.....	4
2 Resultat.....	5
2.1 Tidsaxel .....	5
2.2 Ålders- och Könsfördelning .....	5
3 Verksamhetsområden .....	6
3.1 Somatisk specialistsjukvård .....	7
3.2 Psykiatrisk specialistsjukvård .....	8
3.3 Primärvård.....	9
3.4 Tandvård .....	9
3.5 Kommunal vård .....	10
3.6 Övrig vård/övrig verksamhet .....	10
4 Vad handlar klagomålen om?.....	11
4.1 Säkra vårdbesök; oro för smitta i samband med vårdbesök .....	11
4.2 Testning .....	12
4.3 Uppskjuten/inställd/nekad vård .....	13
4.4 Vård vid bekräftad covid-19.....	14
4.5 Närståendeperspektiv.....	14
5 Patienters och närståendes förslag.....	16

Författare: Helena Lenke Thalberg, Patientnämndens kansli, Region Örebro län

Dnr: 21PN42

# 1 Inledning

I slutet av 2019<sup>1</sup> upptäcktes ett nytt virus, SARS-coronavirus-2, vanligen kallat coronaviruset. Sjukdomen som orsakas av viruset fick namnet covid-19<sup>2</sup>. Världshälsoorganisationen (WHO) deklarerade den 11 mars 2020 att det handlade om en pandemi<sup>3</sup>.

Med anledning av att pandemin påverkat hälso- och sjukvården och tandvården på olika sätt, har Sveriges patientnämnder analyserat de synpunkter och klagomål som patienter och närstående lämnat och som är relaterade till pandemin. Eftersom covid-19 är en ny sjukdom så har också kunskapen om den ökat efter hand. Pandemin är ännu inte över vilket innebär att det finns möjligheter att använda klagomålen för att ytterligare förbättra vården. Analysen kan också bidra till att öka kunskapen kring hur hälso- och sjukvården vid framtida pandemier kan förbättras för att tillgodose de behov och förutsättningar som patienter har.

Syftet med analysen är att synliggöra klagomål och synpunkter från patienter och närstående i hälso- och sjukvården och tandvården som på något sätt berör pandemin. Patientnämnderna vill genom denna analys presentera en gemensam, samlad och nationell bild av det som patienter och närstående berättar.

## 1.1 BAKGRUND

Patientnämndens uppdrag regleras i Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården, och omfattar den hälso- och sjukvård som bedrivs enligt Lag om hälso- och sjukvård (2017:30) av kommuner och regioner, samt viss tandvård<sup>4</sup>. Patientnämnden är en opartisk instans, fristående från hälso- och sjukvården och omfattas av sekretess. Patientnämndens huvudsakliga uppgift är att på lämpligt sätt föra fram patienters och närståendes klagomål och synpunkter på vården till vårdgivarna och säkerställa att patienter får svar på sina frågor av vårdgivarna. Patientnämnden ska främja kontakterna mellan patient och vårdgivare, vilket innebär att patientnämnden inte tar ställning kring ”rätt och fel”. Däremot ska patienter få den information de behöver för att kunna tillvarata sina intressen inom hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår även att informera medborgare och hälso- och sjukvårdspersonal om patientnämndens verksamhet.

Patientnämnden ska bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet genom att analysera inkomna klagomål och synpunkter. Fördjupade analyser ska göras utifrån speciella problemområden som ska tillvaratas av hälso- och sjukvården. Patientnämnden kan även föreslå åtgärder i syfte att komma till rätta med problem och identifierade riskområden.

---

<sup>1</sup> <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/januari/nytt-coronavirus-upptackt-i-kina/>

<sup>2</sup> <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/om-sjukdomen-och-smittspridning/om-viruset-och-sjukdomen/>

<sup>3</sup> <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

<sup>4</sup> Tandvård enligt Tandvårdslagen (1985:125) som bedrivs av och finansieras helt eller delvis av regionerna

I Sverige finns 21 patientnämnder. Patientnämnderna är olika stora både resursmässigt och i upptagningsområde. Patientnämnderna består av politiker vars uppdrag är driva aktuella frågor på politisk nivå. Kopplat till patientnämnden finns en förvaltning/kansli som bedriver det operativa handläggningsarbetet.

Patientnämndernas förvaltningar/kanslier samverkar på nationell nivå för att utveckla till exempel metoder för analyser och återföring till vårdgivare. Patientnämnderna har även en nationell gemensam kategorisering av inkomna synpunkter och klagomål. Kategoriseringen beskrivs i patientnämndernas nationella handbok<sup>5</sup>. Samverkan och gemensamma dialoger kring nämndernas uppdrag sker både på tjänstepersons-, chefs- och politisk nivå.

## 1.2 METOD

När patienter eller närstående kontaktar en patientnämnd upprättas ett ärende. I ärendet registreras de klagomål och synpunkter som framkommer och ärendet kategoriseras utifrån vad klagomålet handlar om. Under år 2020 har samtliga patientnämnder i sin kategorisering märkt upp ärenden som på något sätt berör pandemin med särskilda sökord.

Patientnämnderna i Sverige har utsett en nationell analysgrupp. En instruktion och mallar för statistik och kvalitativa data har skickats ut till alla patientnämnder. Alla 21 analyser kommer att sammanföras till ett dokument, en analys för hela landets patientnämndsärenden gällande covid-19.

Urvalet för den här analysen består av 118 klagomålsärenden inkomna till patientnämnden i Region Örebro län under år 2020. Den första delen av resultatpresentationen utgörs av beskrivande statistik för urvalet, därefter följer resultatet av en kvalitativ analys, som presenteras under olika rubriker.

För den här analysen kommer endast begreppet covid-19 att användas även om klagomålen rör andra av pandemins effekter på hälso- och sjukvården eller SARS-coronavirus-2. Vidare kommer begreppen: klagomål, patient och vårdgivare att användas.

---

<sup>5</sup> Handbok för handläggning av klagomål och synpunkter för Patientnämndernas förvaltningar/kanslier i Sverige (2019) .



## 2 Resultat

### 2.1 TIDSAXEL

Totalt har 118 klagomålsärenden avseende covid-19 kommit in till Patientnämnden i Region Örebro under år 2020.

De första klagomålen från patienter och närstående avseende covid-19 registrerades i mars 2020 (7 stycken). Antal ärenden per månad har från mars till december 2020 legat mellan 11-16 stycken. Små förändringar ses i statistiken under året. En liten ökning i april som även är den månad som totalt har flest klagomål gällande covid-19 (19 stycken). En liten minskning i september och december (8 stycken för båda månaderna).



### 2.2 ÅLDERS- OCH KÖNSFÖRDELNING

Flera ålders- och könsperspektiv kan utläsas i underlaget.

Det är fler kvinnliga än manliga patienter i ärendena gällande covid-19, 70 respektive 48 stycken. Vilket stämmer överens med hela årets ärenden. Den vanligaste förekommande åldersgruppen för båda könen är 70-79 år. Men klagomålsärendena för åldersgruppen 70-79 år har ökat i alla klagomålsärenden under år 2020 och inte bara i klagomål gällande covid-19.

Det är tre gånger fler klagomål gällande pojkar än flickor, sex respektive 2 ärenden. Antalet ärenden gällande barn är varken fler eller färre procentuellt när det gäller covid-19 än jämfört med andra klagomål hos patientnämnden. Men för covid-19 relaterade klagomål är skillnaden mellan pojkar och flickor större<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Skillnaden mellan pojkar och flickor för alla ärenden år 2020 är 49 stycken respektive 31 stycken.



Patienter som uppgett att de lider av en inflammation/infektion är betydligt fler i ärenden gällande covid-19 än i andra klagomålsärenden, lite drygt fyra gånger fler. Ur ett könsperspektiv konstateras att mer än dubbelt så många män angett att de lider av en inflammation/infektion än vad de kvinnliga patienterna har uppgett i sina klagomålsärenden gällande covid-19. I ärenden gällande kvinnor syns däremot betydligt fler klagomål angående intyg i covid-19 ärendena. Det kan bland annat handla om att en patient önskar intyg om att hon har covid-19 och att Försäkringskassan efterfrågar ett intyg när de handlägger/utreder hennes ansökan om sjukpenning<sup>7</sup>.

Det framkommer även i klagomålsärenden gällande covid-19 att det är dubbelt så många patienter, både män och kvinnor, som lämnar klagomål på väntetider i vården i jämförelse med andra klagomålsärenden under år 2020.

### 3 Verksamhetsområden

I patientnämndens kategorisering läggs ett verksamhetsområde till i ärendet för att mer belysa vilket område inom hälso- och sjukvården som klagomålet avser. De verksamhetsområden som är valbara är: somatisk specialistsjukvård, psykiatrisk specialistsjukvård, primärvård, tandvård, övrig vård och övrig verksamhet. Samtliga Sveriges patientnämnder gör lika för att kunna möjliggöra eventuella jämförelser.

Verksamhetsområde somatisk specialistsjukvård och primärvård har haft mest ärenden gällande covid-19. Det verksamhetsområde som har mycket färre klagomål i jämförelse med hela årets klagomålsärenden är psykiatrisk specialistsjukvård. Patienter som lider av psykisk ohälsa och kontaktar patientnämnden med klagomål på hälso- och sjukvården med anledning av covid-19 är få.

För Region Örebro län ingår totalt 40 verksamheter/specialistkliniker under verksamhetsområde somatisk specialistsjukvård. 25 vårdcentraler plus fyra jourvårdcentraler under verksamhetsområde primärvård och sex verksamheter/specialistkliniker under verksamhetsområde psykiatrisk specialistsjukvård. Verksamhetsområde somatisk specialistsjukvård har fått flest klagomål avseende

---

<sup>7</sup> Klagomålsärenden kategoriseras på olika sätt. Både diagnos/sjukdomsorsak och vad ärendet gäller inkluderas i kategoriseringen.

covid-19 (56 stycken). Följt av verksamhetsområde Primärvård (43 stycken). Psykiatrisk specialistsjukvård har fått fem klagomål rörande covid-19.

### 3.1 SOMATISK SPECIALISTSJUKVÅRD

Majoriteten av klagomål som inkommit och som riktas mot den somatiska specialistsjukvården handlar om att vård, undersökning eller behandling, skjuts upp utifrån att klinikerna inte har möjlighet att ta emot patienterna. Flera patienter som hört av sig uppger att de fått besked från sin vårdgivare att deras undersökningar eller behandlingar skjuts fram på obestämd tid för att vårdgivaren behöver prioritera sina patienter. Gruppen som lämnat dessa klagomål efterfrågar mer information, förklaringar och motiveringar till varför de får vänta och ungefär när de kan tänkas få komma till verksamheten.

*”Patient med tumörsjukdom är planerad för operation. Patienten får information från sin vårdgivare att operationen är framflyttad med motiveringen att de endast kan ta emot de mest akuta patienterna. Patienten skriver i sitt klagomål att han inte förstår varför han inte bedöms vara en akut patient då han har en tumör”*

Flera av patienterna i underlaget som väntar på återbesök eller kontroll, uppger i sina klagomål att de inte får någon information alls och antar därför att de blivit nedprioriterade. En del har kontaktat sina vårdgivare för att fråga och då fått just den informationen, att det kommer att dröja. Andra har gjort försök att komma i kontakt med sin vårdgivare men inte lyckats. Patienter beskriver även att de påverkas av covid-19 situationen inom den somatiska specialistsjukvården på andra sätt, till exempel genom att behöva träffa olika vårdpersonal vid sina besök.

*”Patient med cancerdiagnos som har regelbundna kontakter med kliniken. Utifrån pandemin har hon nu haft kontakt med nio olika läkare, hon fick dessutom ett negativt besked om sitt sjukdomstillstånd per telefon istället för i ett personligt möte”*

I flera klagomål beskriver patienter att de efter kontakt med aktuell verksamhet, fått information om att de kommer kallas längre fram. Vidare framkommer att patienter ibland fått så kallade ”egenvårdstips” i väntan på sitt besök hos vårdgivaren. Dessvärre egenvårdstips som patienterna ibland anser strider mot aktuella samhällsrestriktioner. Till exempel har ett par patienter berättat att de uppmanas att köpa träningskort i väntan på behandling.

Patienter som söker vård för covid-19 liknande symptom har ibland kontaktat patientnämnden med klagomål utifrån att de inte testas för covid-19 och inte heller rekommenderas att boka tid för test. Patienterna med dessa erfarenheter berättar att deras symptom sedan blev värre och att det visade sig att de hade smittats av covid-19. Patienterna undrar varför deras vårdgivare inte bedömde att de skulle genomgå ett test.

Avslutningsvis framkommer att informationen gällande besök av närstående som vårdas på vårdavdelning, ibland uppfattats som motsägelsefull. I ett par klagomål utläses att närstående blivit dåligt bemötta när de missuppfattat informationen. Det beskrivs till exempel att närstående fått muntlig information från vårdpersonal om att de kan besöka patienten men sedan stoppas vid avdelningen och ibland även blir dåligt bemötta.



### 3.2 PSYKIATRISK SPECIALISTSJUKVÅRD

Patienter som är aktuella inom den psykiatriska specialistsjukvården<sup>8</sup> har kontaktat patientnämnden vid få tillfällen för att lämna klagomål som kan kopplas till covid-19.

I klagomålen framkommer dock att patienter påtalar lite olika brister hos sina vårdgivare. Bland annat uppges att patienter får träffa/ha kontakt med ny vårdpersonal, alltså andra än de tidigare träffat/haft kontakt med och att patienter påverkas negativt av detta eftersom att vårdförloppen då upplevs ”stöta på hinder”. Det kan till exempel att patienten upplever att den nya vårdpersonalen inte är ”påläst” i ärendet eller att läkemedel plötsligt ändras eller till och med tas bort utan dialog med patienten. Vidare berättar patienter om återbesök, uppföljningar eller behandlingar som skjuts upp eller som inte blir av alls. Ibland uppger patienter att de heller inte meddelas dessa ändringar. Att de får informationen efter att de, patienterna, tagit en kontakt med sin vårdgivare.

*”Patienten sökte vård för psykisk ohälsa. Patienten utreddes och fick besked att han inom kort skulle få påbörja en behandling. Efter det har patienten inte hört någonting från sin vårdgivare och har dessutom sökt denne flera gånger utan framgång. Patienten som berättar att det handlar om läkemedelsbehandling undrar varför den inte kan påbörjas eller att han åtminstone kunde få ett besked om när behandlingen kan tänkas starta?”*

---

<sup>8</sup> Allmänpsykiatri och psykiatrisk akut- och heldygnsvård.

### 3.3 PRIMÄRVÅRD

Efter genomgång av klagomålen gällande patienter som haft kontakt med primärvården konstateras att de flesta klagomål rör tester för covid-19. En stor del av dessa klagomål handlar om att patienten tar en kontakt med sin vårdcentral utifrån covid-19 liknande symptom. Efter kontakt, antingen vid besök eller över telefon, gör vårdpersonal en bedömning att patienten inte behöver testas för covid-19. Patienterna som själva beskriver i sina klagomål att de tror att de kan ha smittats av covid-19 uttrycker ett missnöje med att inte bli testade och inte heller rekommenderas att boka en tid för test. Patienterna, uttrycker även att de inte förstår varför de inte får genomgå test vid vårdcentralerna. I många ärenden berättar patienterna om att det senare visade sig att de hade smittats av covid-19.

*”Patient tar kontakt med sin vårdcentral utifrån covid-19 liknande symptom. Vårdgivaren uttrycker att det kan vara covid-19 men patienten erbjuds inte ett test och rekommenderas inte heller att boka ett självtest”.*

Ett par patienter, som visserligen bokat ett så kallat ”självtest”, har lämnat klagomål om att de inte får hjälp att genomföra testet när osäkerhet uppstår. Beskrivningar om att bli otrevligt eller dåligt bemött när de ställer frågor om hur de ska utföra testet på sig själva, utläses i underlaget.

Likt de klagomål som rör den somatiska specialistsjukvården så återfinns ett antal klagomål som rören primärvård och att patienternas undersökningar eller behandlingar skjuts upp utifrån den ansträngda arbetssituationen vid vårdcentralerna. Det finns flera exempel i underlaget. Bland annat nämns att patienter som under, vad de beskriver, lång tid har träffat/haft kontakt med samma vårdpersonal nu får träffa/ha kontakt med annan/okänd vårdpersonal. Vidare beskrivs att behandlingar pausas eller att behandlingstillfällen glesas ut, att samverkan med andra vårdenheter upplevs som bristfälliga och att remisshanteringen inte fungerar tillfredställande för patienterna.

Vid granskning av ärenden rörande primärvården återfinns även en grupp patienter som lämnat klagomål angående intyg. Flera efterfrågar intyg utifrån en rädsla och oro av att ha smittas av covid-19. Patienterna berättar att de önskar ett intyg dels för att kunna ansöka om ersättning från Försäkringskassan och dels för att kunna avstå från sitt arbete under en period. Önskan om intyg påtalas både från patienter som uppger att de tillhör en riskgrupp utifrån medicinsk anledning men även från patienter som inte uppger någon särskild riskfaktor för smitta eller sjukdom. Utöver detta förekommer något enstaka klagomål från patient som vill ha intyg för kvarstående men/effekter av covid-19 till exempel bortfall av luft och smak.

*”Patient som är orolig för att bli smittad med covid-19 vill ha intyg för detta för att kunna isolera sig. Vårdcentralen uppger att de inte kan vara behjälpliga”.*

### 3.4 TANDVÅRD

Klagomål gällande Folktandvården som kan kopplas till covid-19 rör dels att faktura för uteblivit besök skickades till patient trots att nya regler om sena avbokningar infördes dels att en patient inte ville besöka kliniken med risk för att smittas av covid-19.

### 3.5 KOMMUNAL VÅRD

Sex av klagomålen under år 2020 som kan kopplas till covid-19 rör den kommunala vården. Vid granskning av klagomålen lyfter patienter (och närstående) fram att basala hygienrutiner inte följs eller har brister, att information och delaktighet anses bristfällig, utifrån att närstående inte kan medverka vid möten eller få information, samt att patienter påverkas negativt av att inte få träffa sina närstående.

*”Patienten klagar på hemtjänstpersonal och att basala hygienrutiner inte följs. Vårdpersonalen har inte skyddsutrustning så som visir eller handskar. De använder smycken, klockor och ringar. Patienten är orolig för att smittas av covid-19”.*



### 3.6 ÖVRIG VÅRD/ÖVRIG VERKSAMHET

Det finns ett par klagomål som faller under verksamhetsområdena övrig vård och övrig verksamhet. Dessa berör 1177. Bland annat har patienter lämnat klagomål på hur 1177 Sjukvårdsrådgivningen har formulerat informationstexter om covid-19 samt svårigheter att boka test för covid-19 i 1177 Vårdguidens e-tjänster.

## 4 Vad handlar klagomålen om?

Klagomålen hos patientnämnden tenderar att likna varandra månad efter månad, år efter år. Men under år 2020, och på grund av covid-19, har klagomål rörande hygien ökat med flera hundra procent i jämförelse med tidigare år. Patienter uppmärksammar, mer nu än förut, brister i hygien, både hos vårdpersonal och i deras handhavande.

### 4.1 SÄKRA VÅRDBESÖK; ORO FÖR SMITTA I SAMBAND MED VÅRDBESÖK

Klagomålen som kan kategoriseras under rubriken Säkra vårdbesök handlar främst om att patienter uppfattar brister i basala hygienrutiner hos vårdpersonal och i lokaler, att det inte finns möjlighet för patienter att hålla avstånd mellan varandra i till exempel väntrum eller att vårdpersonal inte bär adekvat skyddsutrustning (enligt patientens uppfattning). Vidare påtalas att vårdpersonal är för nära patienterna eller inte håller avstånd till sina kollegor. Därtill förekommer ett par klagomål om att patienter i onödan riskerar att utsättas för smitta utifrån de beslut och bedömningar vårdpersonalen gör om dem.

Både inom den somatiska specialistsjukvården och inom primärvården men även den kommunala vården berättar patienter om upplevda brister avseende hygienrutiner och skyddsutrustning. I klagomålen kan utläsas att patienter som söker för vad de beskriver som ”covid-19 liknande symptom” får träffa vårdpersonal som inte har den skyddsutrustning som patienter genom information från myndigheter och nyhetskanaler, lärt sig ska användas och vill att vårdpersonalen använder. Patienterna framhåller i sina klagomål att de både blir oroliga för sin egen hälsas skull och för personalen de möter. Bland annat berättar patienter om att då personalen inte tror att patienten har covid-19 utan något annat, så använder de inte skyddsutrustning. De patienterna undrar om inte skyddsutrustningen ska användas tills man vet om patienterna är smittade eller inte?

*”Patienten arbetar som undersköterska inom hemtjänsten. Hon sökte för covid-19 liknande symptom. Läkaren hon träffade hade ingen skyddsutrustning och höll inte avstånd. Patienten är orolig att hon fört över smittan alternativt att hon utsattes att smitta av läkaren. Utan att få genomgå test för covid-19 rekommenderades hon att börja arbeta igen.”*

Vidare om oro för att smittas eller utsättas för smittan covid-19 berättar patienter om att de ibland felaktigt hänvisas till särskilda väntrum eller mottagningar för covid-19. De som lämnat dessa klagomål menar att de ”ofrivilligt och i onödan”, utsatts för risk för covid-19. Det förekommer även klagomål från patienter som till exempel flyttats mellan vårdenheter och uppger att det verkar som att informationen mellan vårdenheterna inte gått fram. Och från patienter som av annan anledning blivit sittande i allmänna väntrum, enligt dem under en lång stund, innan någon kommit och hämtat dem. Patienterna bakom dessa klagomål beskriver en rädsla att eventuellt smittas av covid-19. Flera nämner även, i samband med detta, att det saknas tillgång till handsprit i allmänna utrymmen.

*”Patienten kontaktade vårdcentralen och fick tala med en sjuksköterska i telefon. Sjuksköterskan bokade in patienten på ett läkarbesök vid vårdcentralen. Patienten satt länge i väntrummet och sedan kom en administratör/receptionist och meddelade henne att besöket blivit inställt och att patienten hade fått recept och kunde hämta ut läkemedel på apoteket. Patienten är missnöjd över att ha suttit i vårdcentralens väntrum i onödan.”*

## 4.2 TESTNING

Testkapaciteten, tillgängligheten och tillvägagångssättet fram till ett covid-19 test har under pandemin ändrats. I Region Örebro län har test för covid-19 utförts både inom primärvården och inom den somatiska specialistsjukvården. Vanligen har patienter bokat test för covid-19 via 1177 Vårdguidens e-tjänster. Patienten har därefter fått logga in i sina e-tjänster för att få ta del av svaret. Patientnämnden har inte tagit emot några klagomål gällande de så kallade antikroppstesterna.

Det framkommer i analys av underlaget att flertalet patienter berättar om att de tycker de blivit testade alternativt blivit rekommenderade att boka ett test för covid-19, i ett för sent skede. Samtliga patienter bakom dessa klagomål har senare fått besked om bekräftad covid-19 smitta. En del har testats initialt, men då fått ett negativt test-besked.

*”Patientens partner var sjuk i covid-19 och patienten testade sig, testet var negativt. Det visade sig sedan vara felaktigt. Patientens tillstånd försämrades och han behövde vårdas på vårdavdelning under cirka en vecka”.*

Patienterna påtalar brister i att testningen inte skett med tillräckligt täta intervaller särskilt då det varit känt att testresultaten kan visa negativt under pågående smitta. Ett par patienter som lämnar dessa klagomål beskriver att de, vid inskrivning vid vårdavdelning, varit så sjuka att de varit i behov av intensivvård och undrar om allvarlighetsgraden av deras sjukdomstillstånd kunnat vara mindre om de testats tidigare eller med tätare intervaller. Andra patienter framför att de önskar att diagnosen covid-19 kunnat konstateras tidigare och att patienten då kunnat vidta åtgärder och undvika att smitta andra i sin närhet.





*”Flera kontakter med sin vårdgivare men inget covid-19 test. Patienten blir sämre och sämre. Får sedan åka ambulans till sjukhuset, vårdas nu på IVA för covid-19”.*

*”Patient som är på läkarbesök. Patienten beskriver läkaren som ”övertygad” om att patienten har covid-19. Patienten tror inte det men undrar varför läkaren inte genomförde ett test eller uttrycka att patienten borde boka en tid för test. Istället uppfattade patienten läkaren som irriterad.”*

Det förekommer även klagomål om att resultaten av covid-19 test tagit lång tid samt att patienter uttryckt att de är osäkra på om de utfört testen rätt men trots det inte fått instruktion eller hjälp av närvarande vårdpersonal.

### **4.3 UPPSKJUTEN/INSTÄLLD/NEKAD VÅRD**

En stor del av klagomålen gällande covid-19 gäller: uppskjuten undersökning, uppskjuten behandling, många gånger operation, eller framflyttad tid för återbesök/kontroll. Även om klagomålen främst berör den somatiska specialistvården så finns ett par ärenden från patienter som berör andra verksamheter, till exempel behandling hos fysioterapeut vid vårdcentral eller samtalsbehandling vid psykiatri.

En del patienter berättar att de genomgått utredning och nu står inför behandling. Av den anledningen tycker patienterna att de borde tillhöra den patientgrupp som får fortsätta i sitt vårdförlopp och är missnöjda med att meddelas att behandlingen skjuts på framtiden. Andra framför klagomål på att de helt enkelt inte fått information om att deras återbesök, undersökningar eller behandlingar flyttas fram eller till och med ställs in.

*”Patienten var planerad för operation och gjorde flera förberedelser, fastade, tog ledigt från jobbet, ordnade med barnomsorg/barnvakt. Väl på sjukhuset får han besked om att operationen är uppskjuten.”*

Många upplever även svårigheter att komma i kontakt med sina vårdgivare. Flera olika kontaktsätt nämns. Det är patienter som fått besked om ändringar i sina vårdplaner och sedan har behov att prata om det. De önskar få möjlighet att fråga om när de kan tänkas få fortsätta eller fråga om hur de ska hantera sin ohälsa under väntetiden.

*”Patient försöker vid flera tillfällen kontakta sin vårdgivare via 1177 men får inget svar.”*

Några enstaka patienter berättar om att de uppmanats återkomma till vårdgivaren efter en tid för att ”kolla av läget”. Dessa patienter uttrycker i sina klagomål att ansvaret borde ligga på vårdgivaren och inte patienten.

Som sagt innehåller många klagomålsärenden besvikelser över att planerade behandlingar, ofta operationer, inte blir av enligt planering. Patienter med dessa klagomål uttrycker att de är ledsna, har svårt att förstå varför de inte är en av de patienter som trots covid-19, får genomgå sin operation. Många har redan väntat en tid och byggt upp en förväntning och förhoppning på kommande behandling. Frustrationen blir större när patienten försöker komma i kontakt med sin vårdgivare utan att lyckas.

#### 4.4 VÅRD VID BEKRÄFTAD COVID-19

Många klagomål under den här rubriken handlar om att patienterna klagar på att det tog lång tid innan diagnosen covid-19 kunde konstateras. Flera av patienterna uppger att de tidigt i vårdförloppet själva misstänkte att de smittats med covid-19. De upplevde inte att vårdpersonalen trodde att de var smittade och därför erbjöds de inte ett covid-19 test. De blev heller inte rekommenderade av vårdpersonal att boka ett via 1177 Vårdguidens e-tjänster. Ett par patienter berättar om att de fått negativt svar på sitt covid-19 test men att det senare visade sig att det provresultatet var felaktigt. Patienterna uttrycker en önskan om att vårdgivaren testat dem med tätare intervaller. Särskilt då det varit känt att testerna felaktigt visat negativt för covid-19 trots pågående smitta.

*”Patienten hade covid-19 men visste inte om det. Han sökte sig till vården vid flera tillfällen. Vid första tillfället togs ett covid-19 test som var negativt. Därefter togs inte fler covid-19 test. Patienten försämrades och var till slut så dålig att han behövde skrivas in vid vårdavdelning. Patienten klagar på att inte flera covid-19 test gjordes då man vet att testen inte är helt tillförlitliga.”*

Det förekommer även flera klagomål där patienten själv trots att hen har covid-19 men att vårdgivaren gjort en annan bedömning och börjat behandla utifrån den. Ibland utan att testa patienten för covid-19. Patienterna bakom klagomålen vill framföra att det sedan visat sig vara covid-19 och ställer sig frågande till varför de inte fick genomgå covid-19 test. En del påpekar att de ändå vill vara följsamma till vårdens rekommendationer och därför inte bokat test för covid-19 själva.

*”Patienten besöker sin vårdcentral. Undersöks och diagnosticeras med halsfluss. Patienten som haft halsfluss förut uttryckte att han inte riktigt trodde att diagnosen var rätt. Senare ökade symptomen och både patienten och hans partner insjuknade. Det visade sig senare vara covid-19.”*

Patienter vittnar om en oro över sina närstående och medmänniskor och har ibland lämnat klagomål på vårdgivarnas, upplevda, ovilja att testa patienten för covid-19.

*”Patient som under tre månader (i början av pandemin när testningen var något begränsad) efterfrågade ett covid-19 test. När patienten väl tog testet var det positivt. Patienten är nu rädd att hon smittat många under dessa tre månader.”*

Patienter har även kontaktat patientnämnden och berättat om kvarstående men eller efterföljande tillstånd och sjukdomar av covid-19, varierande i allvarlighetsgrad och omfattning. Patienterna menar att de ser ett samband mellan covid-19 och sina kvarstående men eller efterföljande tillstånd och sjukdomar de fått. Anledningen till klagomålen är att deras vårdgivare inte tagit emot dem eller ibland inte varit villiga (enligt patientens upplevelse) att informera och ha dialog med patienten om detta.

*”Patient som haft covid-19 och berättar om följdillstånd. Klagar på att hon behöver mer kontakt med vården för att prata om de efterföljande diagnoser hon nu har. Vårdgivaren har enligt patienten sagt att de inte har möjlighet att ta emot henne för behandling eller ha en kontakt med henne om detta”.*

#### 4.5 NÄRSTÄENDEPERSPEKTIV

Många av klagomålen under den här rubriken berör besöksrestriktionerna. Men majoriteten pekar på vilka effekter besöksrestriktionerna fört med sig snarare än kritik mot restriktionerna i sig.

Berättelser om att besöksrestriktioner upplevs drabba både närstående och patienter återkommer i underlaget. Närstående för fram att de inte längre känner sig delaktiga och informerade som de tidigare varit. Patienter som är vana att förlita sig på sina närstående vid viss omvårdad, som sällskap men även för att ta emot information från vårdgivaren pekar nu på brister i och med besöksrestriktionerna.

*”Närstående till patient som bor på kommunalt boende. Då närstående inte längre får besöka sin anhörig känner hon att delaktigheten har minskat. Det är svårt att få kontakt med vårdpersonal vid verksamheten och närstående känner sig inte längre informerad och delaktig. Patienten har dessutom svårt att förklara för närstående om det som händer och sker i vården”.*

Närstående framför även att de drabbas av att se patienten försämrats i sitt mående och blir oroliga då patienten får besked från sin vårdgivare att planerade åtgärder och insatser skjuts fram. Avslutningsvis berättar närstående om motsägelsefull information i samband med besöksregler.

*”Närstående som inte får besöka patienten på vårdavdelning har svårt att få information och känner sig inte delaktig. Närstående har i ”förbifarten” meddelats att patienten kommer skrivas hem snart. Oro uppstår då närstående undrar hur patientens omvårdnads- och medicinska behov ska tas om hand i hemmet då han inte fått mer konkret info om vårdplan mm.”*



*”Patient som genomgått canceroperation och vårdas på vårdavdelning. Närstående tar en kontakt med avdelningen och frågar huruvida patienten får ta emot besök eller inte pga covid-19. Närstående får besked att undantaget i besöksrestriktionerna är: närstående till cancerpatienter. När närstående sedan kommer på besök får hon inte komma in. Hon upplever även att vårdpersonalen skäller och blir irriterad på henne.”*

## 5 Patienters och närståendes förslag

- ✓ *Att kontakta patienter vars besök, insatser eller behandlingar ställs in eller flyttas fram. Att patienter meddelas detta tydligt och att patienter inte själva behöver ta kontakt eller "anta" att de kommer få vänta.*
- ✓ *Tydligare kontakt med närstående till patienter. Särskilt de patienter som är vana och förlitar sig på att deras närstående är delaktiga och informerade. Dessa patienter är ibland inte vana att själva vara delaktiga och informerade, de är vana att ha sina närstående med.*
- ✓ *Att vårdgivare är tillgängliga för patienter via någon av kontaktvägarna. Patienter som kontaktar sin vårdgivare till exempel via 1177, behöver få ett svar i sitt ärende eller på sin fråga.*

*Tillsammans skapar vi ett bättre liv*



[www.regionorebrolan.se/patientnamnden](http://www.regionorebrolan.se/patientnamnden)

**Postadress** Patientnämnden, Box 1613, 701 16 Örebro  
**Besöksadress** Landbotorpsallén 25 A, Örebro **Telefon** 019-  
602 27 60

# Patientsäkerhetsberättelse 2020





## Innehåll

Sammanfattning .....	4
1. STRUKTUR.....	5
1.1. Övergripande mål och strategier.....	5
1.2. Organisation och ansvar .....	5
1.3. Samverkan för att förebygga vårdskador .....	8
1.4. Patienters och närståendes delaktighet.....	19
1.5. Klagomål och synpunkter.....	22
1.6. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet..	22
1.7. Egenkontroll .....	23
2. PROCESS.....	24
2.1. Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	24
2.2. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits .....	24
2.3. Informationssäkerhet .....	32
3. RESULTAT OCH ANALYS .....	34
3.1. Klagomål och synpunkter.....	34
3.2. Egenkontroll .....	36
3.3. Avvikelser.....	36
4. Vårdgivarens anmälningsskyldighet.....	39
4.1. Allvarlig vårdskada.....	39
4.2. Risk- och händelseanalys .....	41
5. Mål och strategier för kommande år.....	49
Bilaga 1 .....	51



# Sammanfattning

År 2020 dominerades av pandemin covid-19 ( fortsättningsvis *covid*). Den första patienten med covid i länet kom i början av mars och därefter ökade antalet snabbt. Ett omfattande arbete genomfördes för att kunna möta de särskilda behoven hos patienter med covid. Detta innebar inrättande av speciella vårdplatser på vårdavdelningar och på IVA för dessa patienter. Nödvändig utrustning för vården av patienter med covid säkrades på olika sätt, och till detta bidrog också ett stort engagemang hos allmänheten. Omställningen innebar att ett stort antal sjukvårdsbesök och operationer som bedömdes som icke nödvändiga på kort sikt, och där det bedömdes att den enskilda patientens hälsa inte äventyrades, ställdes in, med ambitionen att så snart som möjligt återta den delen av verksamheten i normal omfattning igen. I olika fora, både inom hälso- och sjukvården och ut mot allmänheten, framhölls vikten av att inte avstå från de sjukvårdsbesök som bedömdes nödvändiga. Patientsäkerhet, och vid sidan av den arbetsmiljön, var två ledstjärnor i omställningsarbetet. När pandemins första våg i Örebro län började avta under senvåren påbörjades ett arbete för att så snabbt som möjligt kalla de patienter som fått stå tillbaka under våren till undersökningar och operationer. Under hösten tilltog antalet patienter med covid igen men organisationen var då bättre förberedd att kunna arbeta med patienter med covid och övriga patientgrupper parallellt. Övriga viktiga patientsäkerhetsfrågor under året var samt fortsatt arbete avseende blåsöverfyllnad.

Avvikelsehanteringen fortsatte att utvecklas, med arbete mot mindre skuldbeläggande och ökad förbättringsvilja för säkerhet i vården. Patientsäkerhetsronder genomfördes regelbundet i verksamheterna. Chefläkargruppens arbete med ensning och systematik avseende avvikelser med åtföljande anmälningsskyldighet utvecklades i såväl medicinskt perspektiv som omvårdnadsperspektiv.

Under år 2021 planeras vaccination mot covid i stor skala. Trots det måste hälso- och sjukvården planera för omfattande vård av patienter med covid under åtminstone första halvåret, parallellt med god och säker vård till patienter med andra behov.

**Helena Walfridsson**  
Förvaltningsövergripande chefläkare

**Claes-Mårten Ingberg**  
Chefläkare

**Maria Cottell**  
Patientsäkerhetscontroller

# 1. STRUKTUR

## 1.1. Övergripande mål och strategier

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

**Region Örebro läns vision:** *Tillsammans skapar vi ett bättre liv*

Region Örebro läns vision är utgångspunkten för all verksamhet. Den pekar ut riktningen för organisationen och bidrar till att stärka den gemensamma identiteten.

Patientsäkerhet och medicinsk kvalitet utgör Region Örebro läns centrala områden för god och säker vård. Patientsäkerhetsarbetet är en del av vårdgivarens systematiska kvalitetsarbete och ska bedrivas som en integrerad del i det dagliga arbetet. I Region Örebro län ska patienter känna sig trygga, informerade och delaktiga i den vård som ges av alla medarbetare på alla nivåer.

Med patientsäkerhet menas skydd mot vårdskada. Vårdskada definieras som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården i enlighet med patientsäkerhetslagen. Långsiktighet, engagemang och tydligt beskrivna mål i arbetet är avgörande för god och säker vård med alla de utmaningar och möjligheter som hälso-och sjukvården står inför i framtiden.

## 1.2. Organisation och ansvar

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

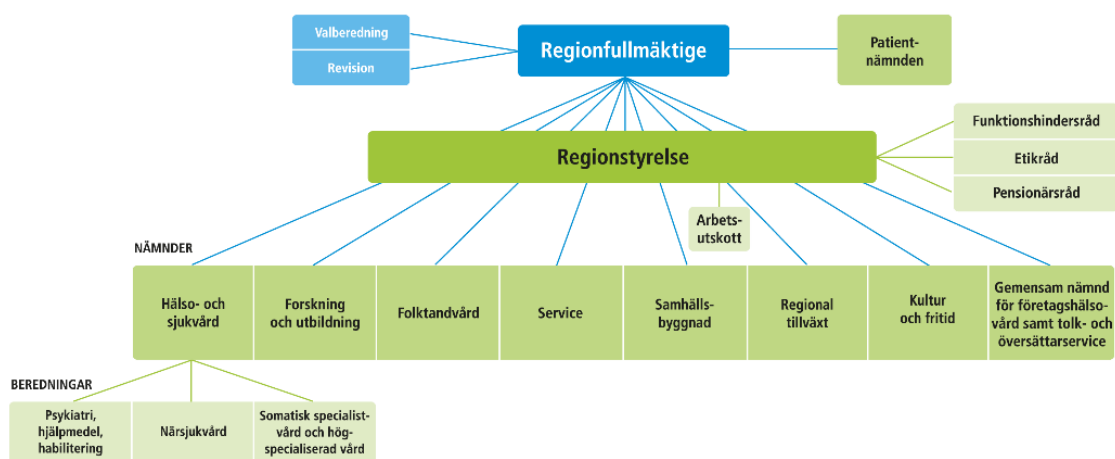
Region Örebro län är en politisk styrd organisation med olika uppdrag. Ett centralt uppdrag är att säkerställa att länets invånare erbjuds god och jämlik hälso- och sjukvård samt tandvård med utgångspunkt från individens behov. Detta arbete utförs huvudsakligen av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen men även i privat regi. Region Örebro län erbjuder högspecialiserad vård till länsinvånare och till andra län genom särskilda avtal.

**Regionfullmäktige** är Region Örebro läns högsta beslutande organ. 71 politiskt valda ledamöter från olika partier i Örebro län beslutar om ekonomiska ramar och riktlinjer för Region Örebro läns verksamhet, fastställer budget, skattesatsens storlek samt avgifter och taxor. Fullmäktige utser också ledamöter och ersättare i nämnder, liksom revisorer och revisorsersättare.

**Regionstyrelsen** är Region Örebro läns högsta verkställande organ. I styrelsen sitter 15 politiker som valts av fullmäktige. Ledamöterna kommer både från den politiska majoriteten och från oppositionen. Styrelsen planerar, leder och följer upp regionorganisationens verksamhet samt beslutar i övergripande frågor.

**Nio nämnder** ansvarar för att verksamheten inom de tilldelade ekonomiska ramarna bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Nämnderna står under regionstyrelsens uppsikt och ansvarar för sin verksamhet inför fullmäktige.

## Politisk organisation



*I den politiska organisation som trädde i kraft år 2019 är Hälso- och sjukvårdsnämnden vårdgivare och har därmed ansvaret för att ett systematiskt patientsäkerhetsarbete bedrivs. Detsamma gäller för Tandvårdsnämnden. Servicenämnden ansvarar för verksamheten inom Regionsservice.*

Hälso- och sjukvården utgör Region Örebro läns största förvaltning och leds av hälso- och sjukvårdsdirektören som också är förvaltningschef. Verksamhet bedrivs på Universitetssjukhuset i Örebro, länsdelssjukhusen i Karlskoga och Lindesberg, 25 vårdcentraler samt ett antal fristående enheter. Verksamheten var t o m augusti 2020 organisatoriskt indelad i områden med specialiserad hälso- och sjukvård uppdelad i Psykiatri, Rehabilitering och hjälpmedel, Medicin och Rehabilitering, Opererande och Onkologi samt Thorax, Kärl och Diagnostik. De två sistnämnda områdena slogs 1 september ihop till ett enda område, som ett led i den pågående organisatoriska omdaning av hälso- och sjukvården med från 1 januari 2021 ett enda samlat område

för specialiserad vård. Inom den specialiserade hälso- och sjukvården är klinikerna för kirurgi, ortopedi, röntgen, kvinnosjukvård och laboriemedicin organiserade som länskliniker. Inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen fanns t o m 31 december 2020 fyra närsjukvårdsområden bestående av områdena Örebro, Söder, Väster och Norr och därefter sammanslagning till ett enda område från 1 januari 2021, som ytterligare ett led i den pågående organisatoriska omdaning av hälso- och sjukvården. I närsjukvården ingår primärvård och de somatiska akutmottagningarna på de tre sjukhusen, dessutom i norr och väster geriatrik och allmän internmedicin samt viss specialiserad öppenvård.

Folktandvården bedriver allmäntandvård, specialisttandvård och tandteknisk verksamhet. Allmäntandvården bedrivs vid 23 kliniker samt/inklusive en mobil tandvårdsklinik ingår. Klinikerna erbjuder individanpassad tandvård och verksamheterna har ett nära samarbete med sjukhustandvården som bedrivs vid Käkkirurgiska kliniken på USÖ.

Regionservice arbetar med stödprocesser inom områdena Administrativ utveckling och service, Försörjning, Kundtjänst, Regionfastigheter, Region IT och Medicinsk Teknik. Regionservice uppgift är att stödja och ge service till Regionens verksamheter och ledning.

Region Örebro län bedriver forskning och högre utbildning tillsammans med Örebro Universitet.

I Region Örebro län finns inom respektive förvaltning en linjeorganisation med upprättad ansvarsbeskrivning som tydliggör uppdraget för respektive chefsroll. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen är den dominerande förvaltningen. Nedanstående beskrivning tydliggör ansvarsfördelningen i patientsäkerhetskänseende.

**Förvaltningschef** ansvarar enligt uppdrag och delegation för verksamheterna utifrån gällande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt föreskrift avseende systematiskt patientsäkerhetsarbete inkluderande att chefläkare/anmälningsansvarig utses. Förvaltningschefen har till sitt stöd en ledningsgrupp med utsedda chefer, t ex områdeschefer med uppdrag enligt delegation.

**Verksamhetschef** ansvarar för att organisera verksamheten så att den tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet och kostnadseffektivitet. Verksamhetschefen ansvarar även för att alla medarbetare engageras, har rätt kompetens och tar ansvar för att god och säker vård bedrivs. Till verksamhetschefens stöd finns utifrån verksamhetens behov första linjens chefer med delegerat och avdelat ansvar.

**Medarbetare** ansvarar för att aktivt medverka i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och att rapportera händelser eller risker som rör patientsäkerheten.

### **Inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen finns:**

#### **Förvaltningsövergripande chefläkare**

För hälso- och sjukvården finns en förvaltningsövergripande chefläkare med processansvar för patientsäkerheten utifrån gällande regelverk och samtidigt grundlagt i medicinsk kvalitet. Förvaltningsövergripande chefläkaren leder ett sammanhållet arbete med områdenas chefläkare/anmälningansvariga.

#### **Chefläkare/anmälningansvarig**

Inom varje område finns chefläkare/anmälningansvarig. Dessa ska aktivt delta i processinriktat patientsäkerhetsarbete på förvaltningsnivå samt inom områdets verksamheter. De ska också ansvara för hantering av klagomål, delta i risk-och händelseanalyser samt utreda vårdskador enligt gällande anmälningsskyldighet.

### **Inom Folktandvården finns:**

**Cheftandläkare** med ansvar för anmälningar och avvikelser.

### **Inom Regionservice finns:**

**Anmälningansvarig** inom Avdelningen för Medicinsk Teknik.

## **1.3. Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Det viktigaste arbetet för att förebygga vårdskador sker dagligen i samverkan mellan verksamheter, i teamsamverkan mellan professioner och i samverkan mellan medarbetare samt ledning. Det handlar om mål, uppföljning och kommunikation, med åtgärder för förbättring där så krävs och positiv feedback när så ges möjlighet. Som exempel kan nämnas att tidningen Dagens Medicin både 2018 och 2019 utsåg USÖ till landets bästa universitetssjukhus. Via undersökningen av akutmottagningar inom Nationell Patientenkät utsågs Lindesbergs lasarett 2019 till bästa akutsjukhus. Region Örebro läns eget kvalitetspris Diamanten delades pågående pandemi inte ut år 2020. Vissa verksamheter inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen deltog år 2020 i den nationella patientenkäten (NPE) men något resultat föreligger ännu inte.

### **Patientsäkerhetsenheten**

Enheten finns etablerad i syfte att stärka processarbetet runt patientsäkerhet. Genom att samla enheter och funktioner som är centrala för det strategiska

patientsäkerhetsarbetet uppnås samordningsvinster och en tydlighet ut i organisationen. Enheten har hittat sina samverkansformer där kompetens, tillgänglighet och minskad risk för vårdskador utgör minsta gemensamma nämnare inom flera områden. Under 2020 har förberedelser gjorts för anpassning till den förvaltningsövergripande organisationsförändringen från 1 januari 2021. Verksamhetschef för patientsäkerhetsenheten är den förvaltningsövergripande chefläkaren varvid det också blir en direkt och tydlig koppling till chefläkargruppen. Inom enheten fanns under 2020:

Enheter:

- Kliniskt träningscenter (KTC)
- Vårdhygien/ Strama/ Smittskydd
- Vårdslussen
- Säkerhet, Beredskap och Miljö

Funktioner:

- Klassificeringskoordinator (KVÅ – klassificering av vårdåtgärder)
- Samordnare Standardiserade vårdförlopp (SVF)
- Patientsäkerhetscontroller

Kopplade till enheten finns följande kompetengrupper:

- Nationell patientenkät (NPE)
- Förvaltningsövergripande avvikelsegrupp
- Kompetensgrupp RA/HA
- Markörbaserad journalgranskning

Chefläkare finns representerad i följande:

- Funktionssäkerhetsråd inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
- Informationssäkerhetsråd
- Läkemedelscentrum
- Rådet för medicinsk kunskapsstyrning (RMK)

### **Kliniskt träningscenter (KTC)**

När pandemin blev ett faktum avbokades all ordinarie utbildningsverksamhet på Kliniskt träningscenter, USÖ. Undantaget var färdighetsträning för studenter på läkarprogrammet på Campus USÖ och undervisning inom Vägen till svensk legitimation som genomfördes digitalt. Under våren med start 1 april genomfördes istället olika utbildningsaktiviteter som samtliga utgick från omhändertagande av covidpatienter. Inför tjänstgöring på covidavdelning utbildades ca 350 medarbetare som normalt har sin arbetsplats på andra enheter i bl. a provtagningsteknik, åtgärder för att förbygga smittspridning, trakeostomivård samt andra avgörande vårdinsatser

vid vård av covidpatienter. Förutom utbildning till personal inom regionen involverades KTC i skapandet av en covid-mottagning och i smittspårningsarbetet på Smittskydd. Även driftssimulering utfördes inför öppnandet av operationsavdelningar i H-huset.

#### **Utbildningsinsatser under året som genomfördes enligt ursprunglig planering:**

- Färdighetsträning, teamträning, kommunikationsträning, HLR utbildning och förflyttning
- Instruktörsutbildningar
- Introduktionsutbildningar för sjuksköterskor, undersköterskor och AT läkare
- Konceptutbildningar
- Språkutbildning i medicinsk kontext, implementering i ordinarie verksamhet
- Nationella kurser (t ex internmedicinsk primärjournkurs, nationell endoskopi kurs)
- Utbildningsaktiviteter byggda på rapporterade avvikelser

Under höstterminen fattades ett regionövergripande beslut om att internutbildning som bedömdes som verksamhetskritisk skulle genomföras. Det kom att gälla:

- HLR instruktörsutbildning
- ATSS – akut traumasjukvård för sjuksköterskor
- CEPS – akut omhändertagande av nyfött barn
- POB- praktisk obstetrik

#### **Vårdhygien/ Strama/ Smittskydd**

Vårdhygien arbetar regionövergripande med att förebygga och minska risker för spridning av smittsamma sjukdomar till och mellan människor och att tillsammans med hälso- och sjukvården förebygga uppkomsten av vårdrelaterade infektioner. Smittskyddsenheten riktar sig mot samhället och Vårdhygien mot vård och omsorg. I arbetet ingår rådgivning, information, utbildning, övervakning av det epidemiologiska läget i regionen, utredning vid utbrott, förebyggande insatser och utarbetande av lämpliga rutiner.

Under året fick ordinarie arbetsuppgifter stå tillbaka men hygienronder utfördes på USÖ, på Karlskoga lasarett och på Lindesbergs lasarett. Även deltagande i planering för olika byggprojekt liksom det länsövergripande arbetet i MRB-team för patienter med multiresistenta bakterier löpte parallellt med utmaningarna relaterade till pandemin. Vårdhygiens huvudsakliga arbete under pandemin utgjordes av utbildning för vård och omsorgspersonal, framtagande av vårdriktlinjer och rutiner kring skyddsmaterial för covid-19 samt initialt delta i smittspårning.

Stramaarbetet fick stå tillbaka pga. pandemin. Arbetsutskottet började under hösten 2020 träffas igen för att kunna återuppta arbetet under våren 2021.

Smittskyddsenhetens huvudsakliga uppdrag är att förebygga och minska spridning av smittsamma sjukdomar i Region Örebro län. Verksamheten styrs av smittskyddslagen (SFS 2004:168) och smittskyddsförordningen (SFS 2004:255). Under 2020 bearbetades och diariefördes 15 912 kliniska anmälningar vilket är en ökning pga. av covid från 2 660 fall 2019, 377 paragrafärenden, 978 inkomna handlingar samt flera utbrottshanteringar. I övrigt se Smittskyddsenhetens verksamhetsberättelse.

## Vårdslussen

Vårdslussen handlägger frågor gällande vårdgaranti och valfrihet, dvs. väntetider och tillgänglighet samt handläggning av EU-vård

Pandemin påverkade arbetet även här exempelvis gällande vård i andra regioner. Från mars till juni skickades inga patienter till andra regioner på basis av vårdgarantin. Antalet inkommande telefonsamtal från patienter minskade drastiskt under våren vilket ledde till att Vårdslussen delvis kunde vara behjälpliga med administrativt stöd till bl. a den nyöppnade covidmottagningen. Från juni återupptogs stödet till patienter som återopade vårdgaranti men med ett betydligt mindre utbud av vårdgivare att skicka till.

Då det redan innan pandemin fanns långa väntetider på vissa kliniker togs höjd en eventuellt förvärrad situation och kontakt med externa vårdgivare togs för att efterhöra hjälp med operationsköerna. Responsen från de opererande klinikerna inom HS-förvaltning var dock låg. De flesta patienter som sökte kontakt var fortfarande ortopediska men även ögonpatienter var under en period en stor grupp.

Flera felaktigheter i remissbekräftelser till patienter upptäcktes under året. Genom information och samarbete med berörda kliniker ändrades brevmallarna för att undvika missförstånd och tydliggöra informationen till patienterna.

I de allra flesta fall får de patienter som kontaktar Vårdslussen hjälp. Under våren mottogs många samtal som inte gällde vårdgaranti utan kom från oroliga patienter som inte visste vart de skulle vända sig och som upplevde att de hade svårt att få kontakt med sin klinik. Vårdslussen hjälpte då till med information.

Under nästkommande år ligger fokus på att utveckla samverkan i ”nationella vårdlotsar” samt att få ett bättre samarbete med klinikerna runt patienter som riskerar att få vänta mer än 90 dagar. Även samarbete med psykiatrin behöver utvecklas då alltfler psykiatriska patienter kontaktar Vårdslussen. Ett mål för Vårdslussen under 2021 är att informera verksamheterna om att enheten finns och kan svara på frågor om valfrihet och vårdgaranti för att säkerställa att patienter får rätt information.



## **KVÅ – klassificering av vårdåtgärder**

Utöver det grundläggande uppdraget att verka för enhetlig kodning inriktades arbetet under 2020 på att möjliggöra och förbereda intern utbildning i sjukdomsklassificering för medicinska vårdadministratörer inom HS-förvaltningen. Arbetet föll väl ut och första kursomgången avslutades under hösten 2020. En enklare kommunikation med vårdgrannar och övriga regioner etablerades med hjälp av funktionsbrevlåda som skapades för ändamålet att hantera frågeställningar kring kodning av såld vård. Genom att förenkla möjligheterna till kvalitetsgranskning av olika diagnoskoder i separata internrapporter minskade rapporteringar av felaktiga samt missade poster till nationella hälsoregister.

Målsättningen under 2021 är att fortsätta arbetet mot ett mer samlat grepp kring kvalitetssäkring av sjukdomsklassificeringen som leder till ökad kvalitet, möjlighet till uppföljning och erhållande av utdata på mer rättvisa grunder. Utbildningen i sjukdomsklassificeringen kommer genom samverkan med flera andra regioner förbättras och ger medicinska vårdadministratörer i verksamheterna en bredare grund och kunskapsbas. Fortsatt tätt samarbete med ekonomin kring den sålda vården för att säkerställa korrekt debiteringar till andra regioner.

## **Standardiserade vårdförlopp (SVF)**

I mars 2020 beslutade regional särskild sjukvårdsledning standardiserade vårdförlopp skulle följas utifrån fastställda vårdprogram och riktlinjer så långt det var möjligt under pandemin. Under vissa omständigheter kunde omprioriteringar behöva göras utifrån smittskyddsskäl, patientsäkerhet och resurser. Även cancervården prioriterades högt under pandemin. För några SVF gjordes avsteg utifrån tillfälliga riktlinjer beslutade i nationella vårdprogramgrupper. Exempelvis gällande SVF prostatacancer utreddes inte patienter över 70 år i riskgrupper med PSA som understeg 10 och som inte hade symtom eller andra undersökningsfynd som kunde inge misstanke om prostatacancer. Normalt utreds patienter i denna åldersgrupp om PSA-värdet är fem eller över fem. Intravenösa cancerbehandlingar ersattes av perorala alternativ där det var möjligt och försvarbart utifrån patientens tillstånd. Besök ersattes med digitala besök och telefonkontakt. Under våren förbättrades ledtider i flera SVF beroende på att cancervården prioriterades när neddragningar gjordes och färre patienter utreddes.

Utvecklingsarbetet av SVF för att se över flöden och förbättringsarbete som stannade av under våren behöver komma igång 2021. Även kvalitetssäkringsarbetet runt registreringar av åtgärds-koder för SVF samt tolkningen av kriterierna vid misstanke om cancer måste fortsätta på regional och nationell nivå.

## **Säkerhet, Beredskap och Miljö**

Arbetet under 2020 präglades och påverkades av pandemin vilket ledde till att många planerade aktiviteter fick pausas med prioritering för direkt stödande i

omstrukturering för covidvård som gällde hela hälso-och sjukvården. Det omfattande alltifrån skapandet av utomhustrigering av akuta patienter till utbildning av vårdpersonal i handhavande av skyddsmasker. Ett stort antal möten genomfördes i lokal och regional sjukvårdsledning samt i diverse olika arbetsgrupper för omställning av sjukhusen till covidvård samt information med alla samverkande verksamheter, intressenter och myndigheter.

Parallellt med detta fortlöpte arbetet med att skapa en fungerande process gällande driftstörningar i våra verksamheter. Arbetet genomfördes pga. av den relativt nya planen och organisationen för särskild sjukvårdsledning och genomfördes i samverkan med Regionsservice för enhetlighet i organisationerna vid allvarliga händelser med syfte att uppnå en trygg och säker patientvård. Även arbete med att säkerställa tillfälliga akutmottagningar inom somatisk och psykiatrisk vård i händelse av ex. brand, hot eller översvämning prioriterades. Inflyttning och fortsatt idrifttagande av H-huset pågick under året där en hel del driftstörningar i olika system upptäcktes för de verksamheter som flyttade in efter sommaren. Fortsatt arbete sker i samverkan med projekt H-hus, fastighet och verksamhet för att åtgärda fel och brister som har direkt bäring på patientsäkerhet.

Under året fortsatte enheten deltagandet i nationella nätverk för att stärka och utveckla patientsäkerhetsarbetet i vid mening. Den pågående pandemin framtvängde nya och kanske bättre och mer tidseffektiva sätt att föra ut information till våra verksamheter. Som exempel här kan nämnas brandutbildning via InfoCaption (interaktivt utbildningsmodul via intranätet) och via Skype för kemiinventerare och miljöombud.

Arbetet med att bevaka och kravställa processen runt säkerhetssystem i samverkan med Regionkansliet och Regionsservice pågick kontinuerligt som tidigare. Det gäller passersystem, inbrottslarm, person/överfallslarm och kameraövervakningssystem.

## **Funktionssäkerhetsråd inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen**

Funktionssäkerhetsrådet hade tre möten under året. Vårens möte ställdes in p g a pandemin. Exempel på ärenden som var aktuella:

- Riskanalys avseende översvämningrisker på USÖ
- Remissinstans för Det robusta sjukhuset och Den robusta vårdcentralen
- Reservrutiner och övning för vårdnära IT-system vid driftstörningar
- Behov av egna lager av sjukvårdsmaterial och utrustning
- Driftstörningslarm och krisbanner
- Information från försvarsmakten och studiebesök från NATO
- Driftstörningar i personsökningssystem och DECT-telefoni

- Kontinuitetshantering och funktionssäkerhetsarbete måste utvecklas och stärkas
- Certifikatshantering avseende e-Tjänstekort och nya reservkortsrutiner
- Ny pärm för allvarliga händelser
- Reservvattenrutiner
- Ansvar för medicinskt stöd till TIB
- Avstängning av ventilation vid brand och utsläpp av giftiga kemikalier

Flera av dessa punkter är ännu inte slutförda och arbetet för att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga som samhällsviktig verksamhet fortsätter.

### **Läkemedelscentrum**

Läkemedelscentrum arbetar kontinuerligt med patientsäkerhet inom hela läkemedelskedjan. Det omfattar allt från rekommendationer kring läkemedelsval, ordinationsstöd, riktlinjer och stöd vid hantering och dosering av läkemedel samt information till patienter, förskrivare och övrig sjukvårdspersonal. I arbetet ingår även upphandling av läkemedel och tjänster inom läkemedelsområdet t ex dosdispenserade läkemedel där patientsäkerhetsperspektivet är en viktig del. Arbetet inom detta breda område sker ofta utifrån behov som fångas upp samt direkta frågor. Samarbete med patientsäkerhetscontroller fortlöpande gällande avvikelser inom läkemedelsområdet vilket innebär att avvikelser kommuniceras ut både muntligt och skriftligt via Läkemedelscentrums informationskanaler.

Kirurgiska kliniken önskade farmaceutiskt stöd i Karlskoga utifrån avvikelser samt med tanke på de många äldre patienter som vårdades där. Resultatet av satsningen föll väl ut och såväl avvikelser som frågor från sjuksköterskor gällande utskrivna patienter från Kirurgiska kliniken till kommunen har minskat. Apotekare från Läkemedelscentrum införde och anpassade tillsammans med läkare och sjuksköterskor ePed på Barn- och ungdomskliniken.

Läkemedelsinformationscentralen, CLINT (Centrum för LäkemedelsINformation i T län) inrättades under året där flera utredningsfrågor inkom från läkare i Region Örebro län.

Problemen med restnoterade läkemedel kvarstod och utifrån pandemin involverades Läkemedelscentrums samtliga medarbetare på olika sätt för att tillse att hälso- och sjukvården fick de läkemedel som behövdes. Läkemedelskommitténs ordförande ingick som expert i den del av utredningen Hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09) som avsåg läkemedelslista för kritiska läkemedel. Under året påbörjades arbete med att upprätta en kontinuitetsplan för läkemedelsförsörjningen i syfte att säkra regionens tillgång till läkemedel i normalläge, kristillstånd och vid driftstörningar. Regionens ordinations- och beställningssystem för cytostatika

integrerades med sjukhusapotekets beredningssystem för cytostatika. Detta innebär att risk för manuella överföringsfel har minimerats.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen utfördes fram till och med september 2020 av extern aktör men är från och med oktober 2020 i regionens egen regi med farmaceuter från Läkemiddelscentrum. Detta förbättrar möjligheten att vidta åtgärder för att stödja enheternas arbete med läkemedelshantering och vid behov kan utbildningsinsatser tillhandahållas. Genom att analysera registrerade avvikelser inom vårdprocess läkemedel identifieras systematiska fel och brister som tillvaratas vid framtagande av fokusområden för kommande granskningar och möjliggör att särskilt fokus kan läggas på områden där det finns särskilda risker.

En extern kvalitetsgranskning genomförs årligen på de enheter i regionen som hanterar läkemedel. Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen är ett lagkrav och görs med syfte att identifiera förbättringsmöjligheter inom läkemedelshanteringens olika områden och därigenom bidra till en höjd kvalitet och ökad patientsäkerhet.

### **Strålsäkerhet**

Ett digitalt dosberäkningssystem för nuklearmedicinsk verksamhet infördes under året. Det underlättar spårbarhet samt minskar risken för att radiofarmaka bereds på fel sätt samt att fel radiofarmaka eller dos ges till patienten. Med anledning av flera avvikelser i samband med undersökning av barn på mobil röntgenutrustning, där fel parametrar valdes och barnen fick högre stråldos än nödvändigt, gjordes ett arbete med utrustningen som förhindrar dessa inställningar. CT-baserade dosplaner för vaginal-, och endometrie-cancer inom brachyterapi infördes vilket ger en mer individuellt anpassad behandling. MR-Säkerhetsronder infördes i samverkan mellan Röntgenkliniken och Sjukhusfysik. Det är ett tvärprofessionellt forum som veckovis utreder patienter med oklar MR-säkerhet. Ett förbättrat systematiskt optimeringsarbete har infördes inom Folk tandvården specialisttandvård Odontologisk radiologi.

Inför nästa år finns behov av att arbeta fram former för att förbättra kommunikation mellan behandlingspersonal på Strålbehandlingen, Medicinsk Teknik och Sjukhusfysik i samband med serviceåtgärder/installation av utrustning vilket uppmärksammades via en avvikelse har som vi bedömdes ha sin grund i detta.

En riskanalys av strålbehandlingsprocessen med protoner vid Skandionkliniken påbörjades med deltagare från samtliga universitetskliniker i Sverige. Det är en komplicerad process med flera steg från hemmakliniken där dosplaneringen görs till Skandionkliniken där behandlingen utförs. Ett viktigt arbete som kommer att pågå under nästa år.

Under nästa år kommer en ny metod som kan ge lokalt höga stråldoser, Neurointervention, att införas. Det är viktigt att dosövervakning sker så att uppföljning vid behov kan göras.

## **Folktandvård**

Under året sågs ett fortsatt stort engagemang från chefer och personal i patientsäkerhetsarbetet. Antalet avvikelser minskade jämfört med föregående år, då antalet var ovanligt högt, och landade på en mer normal nivå. De enskilt vanligaste orsakerna till att avvikelse skrivs är fördröjd diagnos och/eller behandling samt förväxling. Relativt få avvikelser var relaterade till covid-19. En potentiell risk för patientsäkerheten uppkom genom att undersökning och icke akut behandling av 70+ och riskgrupper stoppades under perioden mars till augusti. Det bedömdes angeläget att komma igång med undersökning och behandling av dessa grupper på ett smittsäkert sätt och det gjordes från september enligt en särskild riktlinje.

Under föregående år rapporterades ett stort antal avvikelser inom enheten för orofacial medicin inom Folktandvården pga. bristande resurser. Resultatet av detta blev en omorganisation där all orofacial medicin samlades under en verksamhet inom HS-förvaltningen.

Arbetet med patientsäkerhetsronder prioriterades av cheftandläkare och skedde delvis via Skype. Återkoppling skedde till hela personalen via krönikor under året med syfte att uppmärksamma personalen på exempelvis bakgrunden till de flesta klagomål eller nya typer av avvikelser. Ett stort antal riktlinjer uppdaterades under året. bl. a. infördes säkrare reservrutiner när receptmodulen ligger nere. Avgörande faktorer för det framtida patientsäkerhetsarbetet är tillgången på utbildad personal och att en lärande och icke-skuldbeläggande kultur kan vidmakthållas och utvecklas ytterligare.

## **Regionservice - Medicinsk teknik**

Medicintekniska produkter (MTP) hade under 2020 års pandemi stor betydelse och det blev tydligt hur mycket dessa produkter används inom hälso- och sjukvården och hur stort beroendet av dem är. Syrgasutrustningar för höglöde, förbrukningsmaterial till ventilatorer och skyddsutrustningar har haft avgörande betydelse för vården av covidpatienter. MTP används i nästa varje moment i dagens moderna hälso- och sjukvård till exempel infusionspumpar, EKG-apparater, blodtrycksmanschetter, digitala journalsystem, datortomograf och operationsbord. Det kräver specifik kompetens varför ett nära samarbete är etablerat mellan Hälso- och sjukvårdsförvaltningen samt Folktandvården samt med Regionservice Medicinsk teknik och Regionservice IT. Denna direktkontakt används för samråd vid en eventuell anmälan om något inträffar. Anmälningsansvarig för medicintekniska produkter deltar regelbundet i chefläkarmötena vilket hela tiden tillför nya perspektiv

utifrån en digital och teknologisk hälso- och sjukvård.

Under 2020 bibehölls nivån från 2019 kring rapportering av händelser/risker med medicintekniska produkter inom Region Örebro län trots pandemin. Antalet anmälningar av MTP till tillverkare/Läkemedelsverket ökade något under året. I flera av dessa var det risk för vårdskada som föranledde anmälan. Aktiviteter har och kommer att pågå kring införandet av ny förordningen om medicintekniska produkter (MDR) och hur detta kommer att påverka befintliga och nya medicintekniska produkter och verksamheterna. Ett övergripande ledningssystem för medicintekniska produkter arbetades fram under året och ska sjasättas innan MDR träder i kraft 26 maj 2021.

### **Patientnämnden**

Patientnämndens kansli och chefläkarorganisationen har en etablerad kontakt och fortlöpande avstämningar. Många klagomål under det gångna året gällde bristande delaktighet i kontakten med hälso- och sjukvården. Detta kan leda till en oro för att inte få den vård som de berörda patienterna anser sig vara i behov av. Patienterna efterlyser mer information och större möjligheter att påverka vården. Det förekom även vissa klagomål och synpunkter som kan kopplas till den pågående pandemin, bland annat klagomål och synpunkter rörande hygien.

Patientnämnden begär av sitt kansli tematiska rapporter. I samband med presentation av dessa var utsedda företrädare från hälso- och sjukvården samt chefläkare varit representerade för diskussion, analys och återföring.

### **Rapporter och analyser 2020**

- Halvårsanalys 2020 ”Noll koll och alldeles ensam”
- Synpunkter och klagomål som avser smärta
- Synpunkter och klagomål som avser läkemedel

### **Samverkan med kommunerna vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård**

Pandemin innebar stora påfrestningar för verksamheterna hos båda huvudmännen, samtidigt som vikten av att patienter inte vistas i onödan på sjukhus kanske aldrig varit större. Trots detta kunde de etablerade arbetssätten för samverkan vid utskrivning bibehållas under året även om en del utvecklingsarbete fick stå tillbaka. Länets tolv kommuner kunde trots det ansträngda läget i verksamheterna kunnat erbjuda insatser snabbt efter utskrivning. Det länsgemensamma projektet för samverkan vid utskrivning avslutades under året. Projektets slutrapport pekar på god måluppfyllelse men det finns ett antal utvecklingsområden som behöver hanteras i fortsatt samverkan med kommunerna.

Ett stort utvecklingsområde är den samordnade individuella planeringen runt patienten som görs inom ramen för en SIP. Denna process behöver fungera bättre både i samband med utskrivning och när patienten befinner sig i öppna vårdformer. Antalet upprättade SIP (sammanhållen individuell plan) minskade under året och antalet varierade mycket mellan verksamheterna. Den årliga dokumentationsgranskningen pekade också på en stor variation i planernas kvalitet. Ett arbete pågår i samverkan med kommunerna med att ta fram förbättringsåtgärder där utbildning är en del.

Några ytterligare områden där utvecklingsarbete pågår är:

- Utveckling av fast vårdkontakts roll och uppdrag.
- Proaktivt arbete för att undvika onödig inskrivning.
- Förvaltning och utveckling av ViSam-modellen, länets modell för samverkan och informationsöverföring.
- Säkra stöd till utskrivningsprocessen i nytt verksamhetssystem.
- Fortsatt uppföljning av utskrivningsprocessen.

### **Psykiatrins arbete med suicidprevention**

Årets arbete med suicidprevention fokuserades på att granskningen av projektet Säker Suicidprevention genomfördes samt Åtgärdsöverenskommelsen som slöts mellan Hälso- och sjukvårdsdirektören och projektet. Bedömningen var att flera av de angivna åtgärderna även påverkar det som framkommit gällande brister som framkommit i internutredningar som genomförts efter suicidförsök och suicid varför värderingen var att detta var en rimlig grund för arbetet under året. Arbeta skedde exempelvis för att öka kunskaperna kring regionens *Vårdprogram för suicidnära patienter* där innehållet i vården beskrivs. Revidering av rutiner utfördes t. ex. för patienter som uteblir från besök. Tydlig och korrekt dokumentation är en ständig utmaning och arbete med detta skedde både genom utbildning i hur olika aktiviteter ska skrivas/kodas och uppföljning avseende exempelvis strukturerade suicidriskbedömningar. En risksituation för patienter som vårdas för förhöjd suicidrisk eller suicidförsök är utskrivning från heldygnsvård och arbete sker därför kontinuerligt med att säkra vårdövergångar och att få till stånd samordnad planering för patienter.

Verksamhetsområde psykiatri kommer under 2021 arbeta intensivt med sin organisation för att säkra vårdövergångar och en större satsning på utbildning kommer genomföras för att säkerställa att personal inom verksamhetsområdet har den kunskap de behöver för att fullgöra sina uppdrag. Vikten av strukturerad dokumentation och kommunikation vid informationsutbyte mellan behandlande personal kommer även fortsatt prioriteras och följas upp för att säkerställa och möjliggöra enklare uppföljning avseende kvalitet med åtgärds-koder som bas.

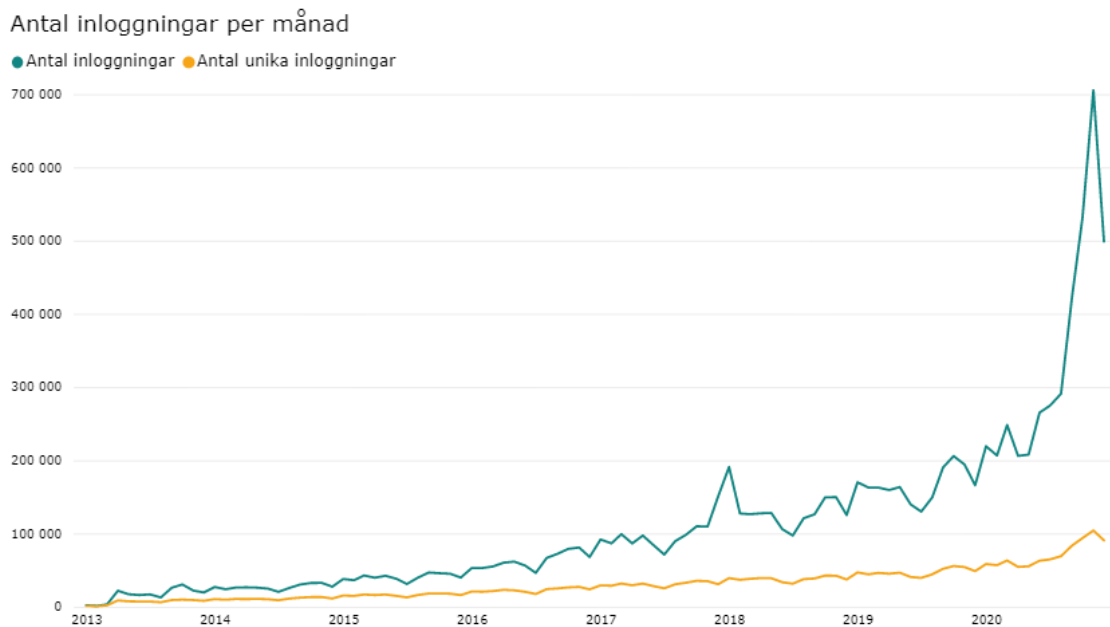
Psykiatrin kommer också fortsätta sitt arbete för att säkerställa att samordnad planering finns för våra suicidnära patienter.

## 1.4. Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienternas delaktighet i sin egen vård möjliggörs sedan flera år genom ett antal digitala tjänster. Under pandemin var det helt avgörande för innevånarna att använda digitala tjänster för att säkerställa tillgänglighet, kontaktvägar till Hälso- och sjukvården samt minimera smittspridning genom att undvika fysiska besök. Region Örebro län har länge legat långt fram såväl avseende utnyttjande, läsbarhet och utveckling vilket haft stor betydelse under 2020 då flera tjänster och besök inte kunnat utföras på vanligt sätt. Andelen länsinvånare med möjlighet att logga in i 1177:s e-tjänster var 2020 83,3 %.

### Antal inloggningar i 1177:s e-tjänster Region Örebro län 2013 - 2020



Antal inloggningar ökade med 104 % under 2020 beroende på integrerade tjänster som nyttjades under pandemin exempelvis och uppgick under 2020 till 4 075 324 st.

De e-tjänster som ökade mest under förra året var:

- **Nybokningar webbtidbok**, 128 % (ex. covidprovtagning)

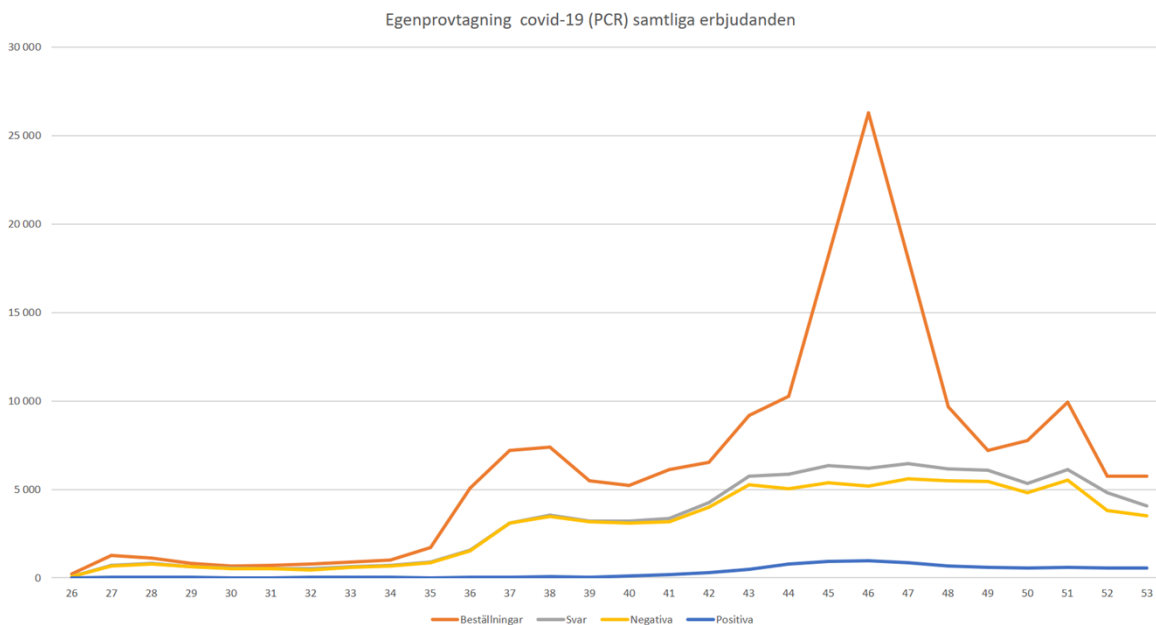


- **Stöd och behandling**, 123 % (ex. digital föräldrautbildning, digital artrosskola, behandling för tandvårdsfobi och internetbehandling för ångest och paniksymtom)
- **Journalen 1177**, 85 %
- **Formulärhantering 1177**, 25 % (ex. hälsodeklaration inför operation, levnadsvanefrågor, uppföljning TENS och FAR)
- **Manuella ärenden**, 17 % (ex. förnya recept, kontakta oss)

Förutom de redan etablerade tjänsterna i 1177 utvecklades i samband med pandemin ett antal tjänster med syfte att underlätta både för länsinvånarna och medarbetarna inom HS samt minska risk för smittspridning genom digitala tjänster. Egen provtagning för pågående covidinfektion (PCR) samt antikroppstest kunde tidsbokas via ”egen provhantering 1177” med automatiska provsvar samt tydliga svarstexter gällande covid 19 till invånare. Det skedde en utveckling av integration till ”remiss och svar” i journalsystemet för provsvar till professionen med autosignering av negativa provsvar för minskat administrativt arbete för HS-medarbetare utifrån det stora antal provtagningar som genomfördes.

Även smittspårning kunde ske med hjälp av 1177:s tjänster liksom administrering av smittspårningsformulär, information och instruktioner till berörda invånare.

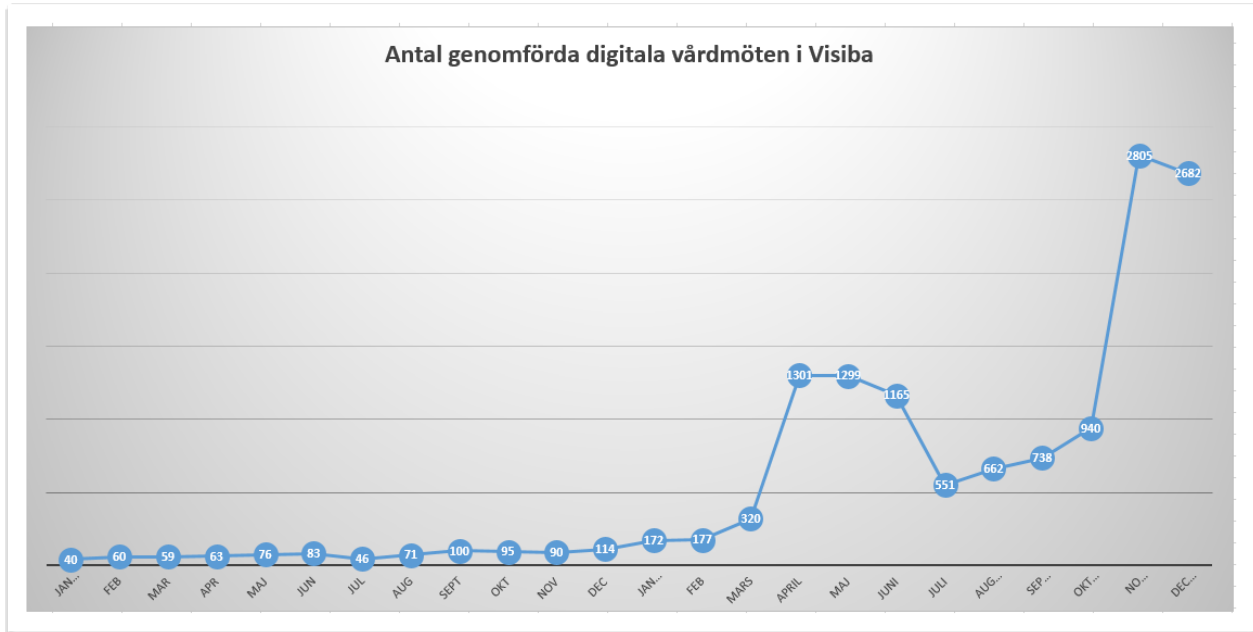
### Egen provhantering - Beställning av PCR-provtagning 2020 v. 26 – v 53



Nedgången under slutet av 2020 hänger samman med jul-och nyårshelgerna. Totalt gjordes 174 233 beställningar och 91 524 svar gick ut. Under vissa veckor var det ont om tider för provtagning pga. det höga trycket och då gjordes ofta fler beställningar av samma person, därför skiljer sig antalet beställningar och provsvar åt.

## Digital mottagning Region Örebro län

Det fanns fortsatt möjlighet att boka digitalt besök hos Folk tandvården och Vårdcentralernas digitala mottagning samt digitalt återbesök till flera verksamheter inom RÖL.



De digitala besöken ökade under kraftigt under 2020, se graf ovan. Digitala nybesök kunde bokas till Ungdomsmottagningen, Vårdcentralernas digitala mottagning, Folk tandvårdens digitala mottagning och Ortodonti/ tandreglering. Ett 60-tal mottagningar och vårdcentraler erbjöd dessutom digitala återbesök. Nedan är en uppräknig av de mottagningar som haft flest digitala återbesök:

- Allmänpsykiatrisk öppenvård
- Psykiatri för barn och unga vuxna
- Vuxenhabiliteringen
- Karolina vårdcentral
- Lindesbergs vårdcentral
- Barn- och ungdomshabiliteringen
- Varberga vårdcentral
- Utvecklingsenheten för psykoterapi och psykologisk behandling
- Samtalsmottagning primärvård
- Tybble vårdcentral
- Regionhälsan
- Medicinska kliniken
- Kvinnokliniken
- Kirurgiska kliniken

## **1177 Vårdguiden på telefon**

Invånarnas behov av kontakt med Vårdguiden ökade kraftigt under pandemin. För att kunna besvara covidspecifika frågor anställdes eller lånades 25 sjuksköterskor in och genomgick inskolning för att kunna besvara covidrelaterade frågor. Även den ordinarie bemanningen har omorganiserats för att möta upp det ökade behovet utifrån det konstant höga inflödet av frågor gällande covid19.

Centrala smittspårningsenheten startades 1 oktober då två medarbetare från 1177 Vårdguiden på telefon samt ytterligare en medarbetare fr.o.m. november. Ett 40-tal smittspårare introducerades och platser bereddes för flera om behov skulle uppstå. Enheten kommer på sikt att organiseras under 1177 vårdguiden på telefon.

## **1.5. Klagomål och synpunkter**

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

Verksamhetschefen har det yttersta ansvaret för att klagomål och synpunkter i den egna verksamheten hanteras. Klagomål och synpunkter ska alltid bedömas och värderas utifrån ett vårdskadeperspektiv för att garantera god och säker vård. Vid misstanke om allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada (lex Maria) ska verksamhetschef involvera chefläkare. Detsamma gäller vid misstanke om brister i yrkesutövning hos legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Patientsäkerhetscontrollern har en viktig koordinerande roll. Inflödet och spridningen inom förvaltningen följs. Verksamheternas besvarande och efterlevnad till svarsrutin var genomgående god även under 2020.

Det nationella arbete som pågick under 2019 låg i princip nere under 2020 och arbetet via Inera med en enhetlig väg in till vårdgivaren gick inte vidare. Inte heller inom RÖL genomfördes vidare arbete med förbättrat IT-stöd för klagomålshanteringen under året.

## **1.6. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

Enligt Patientsäkerhetslagen är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att bidra till att upprätthålla hög patientsäkerhet genom att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren.

Skyldigheten har funnits i lagstiftning och ledningssystem, men tydliggjordes än mer kraftfullt i föreskriften HSLF-FS 2017:40.

Avvikelsehantering ingår som en viktig beståndsdel i ledningssystemet tillsammans med egenkontroll. Varje verksamhetschef ska ha rutin för avvikelsehantering. Avvikelseansvarig på områdesnivå har ett nära samarbete med respektive chefläkare. Samtliga avvikelser rörande patientsäkerhet inom HS-förvaltningen läses och följs av patientsäkerhetscontroller med avsikt att identifiera allvarliga händelser som inte markerats till chefläkare såsom risk för allvarlig vårdskada.

## 1.7. Egenkontroll

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

Patientsäkerhet i vården bygger på att identifiera, mäta och följa upp skador och risker för skador, s.k. egenkontroll, i enlighet med föreskriften om ledningssystem. I detta ligger olika metoder och mätningar vars uppföljningar utgör grund för att nå målet med nollvision för vårdskador. Av regionens verksamhetsplan framgår grunden för intern styrning och kontroll (ISK). De inriktningsmål som finns gällande patientsäkerhet och personcentrerad vård följs upp i delårsrapporter. Exempel på egenkontroll finns tabell i bilaga 1.

Hälso- och sjukvården, liksom tandvården, står under statlig tillsyn från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Säkerheten i vården baseras på vårdgivarens ansvar enligt regelverken, men också på egenkontroller och fullföljande av de anmälningsskyldigheter som föreligger. IVO bedriver därutöver sin tillsyn via inspektioner såväl utifrån pågående ärenden som egeninitierade områden. Under året har åtta IVO- inspektioner och tillsyner genomförts varav sju haft direkt koppling till ärenden och en fallit in under ramen för nationell tillsyn:

Inspektion	Tillsyn
Vävnadsinrättningen, Kvinnokliniken	Kvinnokliniken
	Psykiatrisk akut-och heldygnsvård
	Neuro-och rehabmedicinska kliniken
	Blodverksamheten RÖL
	Barn-och ungdomspsykiatri
	Informationssäkerhet
	Medicinsk vård och behandling av personer på särskilda boenden för äldre under covidpandemin

## 2. PROCESS

### 2.1. Åtgärder för att öka patientsäkerheten

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

År 2020 präglades fr a av pandemin covid orsakad av coronaviruset SARS-CoV-2. Hälso-och sjukvården fick det första fallet av covid 4 mars och därefter ökade antalet fall hastigt. Verksamheten präglades av en snabb uppskalning av vårdplatser på vanlig vårdavdelning och inom intensivvården för att på ett säkert sätt möta de behov patienter med covid hade, samtidigt som ett målmedvetet arbete pågick för att de undanträngningseffekter som uppstod till följd av det stora vårdbehovet för patienter med covid inte skulle äventyra patientsäkerheten för övriga grupper. Ett stort antal medarbetare lämnade sina vanliga verksamheter och deltog i den direkta patientvården inom olika enheter för vård av patienter med covid. Initialt bedrevs verksamheten i den vanliga linjeorganisationen men när antalet patienter ökade snabbt beslutades att gå upp i särskild sjukvårdsledning både regionalt och lokalt, och inte förrän efter sommaren avvecklades de särskilda sjukvårdsledningarna helt. Intensivvården arbetade på ett särskilt aktivt sätt med bedömningar på olika vårdavdelningar för att de patienter som bäst behövde intensivvård skulle kunna få det. Örebro kommun deltog också aktivt genom att öppna särskilda platser för vård av patienter med covid på Tullhuset. Sommaren medförde en minskning i antalet fall med covid men under hösten ökade antalet fall igen. Redan under den långa perioden med särskilda sjukvårdsledningar initierades ett arbete för att även senare snabbt kunna anpassa antalet vårdplatser för patienter med covid på vårdavdelning och inom intensivvården. Detta medförde att de särskilda sjukvårdsledningarna inte behövde aktiveras igen när antalet patienter ökade under hösten. Parallellt med planeringen av vården m a a covid planerades för att kunna bedriva så mycket som möjligt av den övriga sjukvården. Pandemin utgjorde en stor utmaning när det gäller patientsäkerheten samt ställde också mycket stora krav på enskilda medarbetares förmåga att anpassa sig till nya och ovana situationer, och det arbete som medarbetarna både direkt och indirekt utförde för patienter med covid kan inte nog lyftas fram.

### 2.2. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits

Inom HS-förvaltningens olika områden och verksamheter har ett aktivt patientsäkerhetsarbete bedrivits vilket syns i denna sammanställning baserat på underlag från patientsäkerhetsronder.

## Vad har varit viktigast?

För **Akutkliniken USÖ** präglades större delen av år 2020 av covid. De förändringar i verksamheten som tidigt bedömdes nödvändiga medförde många snabba beslut och förändringar som fick byggas på begränsade beslutsunderlag och begränsad information och förankring. I och med pandemin kunde den tidigare fastslagna flyttplaneringen till den nya akutmottagningen inte genomföras, och det var en stor utmaning att hantera flyttprocesser parallellt med pandemin och bristen på personal. De nya lokalerna krävde dessutom en högre bemanning till följd av ökade avstånd inom akutmottagningen och mindre möjlighet att samordna personalresursen mellan barn- och vuxenakutmottagningen.

Inom **primärvården i Närsjukvårdsområde Örebro och söder** genomfördes det patientsäkerhetsronder med alla verksamheter och fokus låg där på att diskutera hur arbetet kring patientsäkerheten är organiserat. Verksamheten inom området präglades i övrigt också till stor del av pandemin och de förändringar den medförde.

Inom **primärvården i Område närsjukvård norr** medförde pandemin många snabba beslut och förändringar i verksamheten och pandemin bidrog också till en ökad vårdskuld i verksamheterna. Inom akutmottagningen i Område närsjukvård norr påverkades arbetet av jourförändringarna inom kirurgi och ortopedi. Inom primärvården i Område närsjukvård väster medförde pandemin likaledes stora utmaningar i att få verksamheten att fungera parallellt med uppdraget att hantera pandemin.

Verksamheten inom **Område medicin och rehabilitering** präglades, också under året till stor del av pandemin. Det gällde särskilt infektionskliniken, men även andra verksamheter som direkt eller indirekt deltog i arbetet knutet till pandemin. När det gäller patientsäkerhetsfrågor låg fokus under året f ö på basala hygien- och klädrutiner (BHK), blåsöverfyllnad, vissa läkemedelsfrågor samt reservrutiner. Inom barnkliniken genomfördes ett särskilt arbete för att skapa ordning i bevakningar till bl a specialmottagningar. Patientsäkerhetsronder genomfördes med alla kliniker inom området.

**Område opererande och onkologi** och **Område thorax-kärl-diagnostik** slogs 1 september ihop till ett gemensamt område. Inom detta nya område genomfördes under året sammanlagt nio patientsäkerhetsronder, vilket innebär hälften av verksamheterna.

Inom **Område psykiatri** genomfördes under året ett organiserat patientsäkerhetsarbete i särskilda vårdsäkerhetsteam, inklusive arbete med avvikelshanteringen. Ett särskilt fokus lades på säker läkemedelshantering och

säkerställande av behandlingsinsatser enligt rutin i vård- och insatsprogram. Det tillsattes också utskrivningssamordnare inom flera verksamheter.

Inom **Område habilitering och hjälpmedel** förbättrades samverkan gällande patienter med autismspektrumtillstånd och psykiatrisk samsjuklighet. Det genomfördes ett arbete för ökad tydlighet i vad som är psykiatri och vad som är habilitering för att minska risken att patienter hamnar mellan stolarna.

### **Vilka har varit de största riskerna för patientsäkerheten?**

För **Akutmottagningen USÖ** var de största riskerna kopplade till pandemin med bl. a fördröjning i väntan på triage, förlängt omhändertagande på Akutmottagningen, brist på rum och utrustning, relativ underbemanning vid hög belastning samt brister i omvårdnad.

För **primärvården inom Område närsjukvård Örebro och söder** kvarstod som en viktig fråga de redan tidigare identifierade stora riskerna kopplade till hyrpersonal med bristande kontinuitet i uppföljning och överlämning.

Inom **primärvården och Akutmottagningen Område närsjukvård norr** utgjorde pandemin en stor risk, men det fanns även specifikt inom Akutmottagningen Område närsjukvård norr processbrister i jourförändringen inom kirurgi och ortopedi. Ytterligare en risk utgjorde resursbrist avseende ambulanser.

Inom **Område närsjukvård väster** gick organisationen på högvarv hela vägen från högsta chefsled ned till personalen i verksamheterna vilket ställde höga krav på god kommunikation, tydlig fördelning av ansvar, snabba beslut, riskbedömningar/riskanalyser, uppföljningar och tydliga rutiner för att inte missa olika delar.

Inom **Område medicin och rehabilitering** bedömdes fall som den största enskilda patientsäkerhetsrisken, förutom situationer kopplade till pandemin, men även fortfarande blåsöverfyllnad och brister i olika delar av läkemedelshantering/ordinationer.

Inom **Område opererande och onkologi/thorax-kärl-diagnostik** saknades under den första tiden med särskilda vårdplatser för patienter med covid inom intensivvården adekvat utbildning och samordning av material för skydd av personal och patienter vilket försvårade vårdarbetet. Under hösten utgjorde en hög arbetsbelastning och många sjuka patienter med komplikationer en risk, relaterat till brister på vårdplatser inom IMA/IVA. Det fanns också brister i kommunikation och

dokumentation. Viss överflyttning mellan IVA-avdelningarna i länet skedde vilket alltid innebär en patientsäkerhetsrisk.

Inom **Område psykiatri** identifierades risker gällande bl a övergångar i vården med komplexa och svårbehandlade patienter med flera diagnoser som kräver expertkunskap från olika specialiteter, och som kräver långvarig vård som vare sig regionens hälso- och sjukvård eller kommunerna kan erbjuda. För denna grupp krävs ett tätt samarbete mellan olika vårdgivare och samarbetet kan även inkludera somatisk vård. Brist på läkare med hyrläkarberoende som följd innebar också en risk. Ytterligare en situation var avsaknad av lösning för säkra transporter av utagerande och våldsamma patienter som måste ske med kort varsel.

Inom **Område habilitering och hjälpmedel** sågs brister i handläggning av ärenden till försäkringskassan. Läkarbrist noterades också här som en patientsäkerhetsrisk.

### **Finns det mönster/trender inom området?**

Inom **Akutmottagningen USÖ** ses en negativ trend när det gäller arbetsmiljö och stress, men även gällande långa ledtider på överlämningar till röntgen och/eller vårdavdelning, samt blåsöverfyllnad och andra omvårdnadsbrister. För ambulansen gäller det felprioriteringar från SOS och att vårdcentraler ringer efter ambulans utan att ha fullgjort transportordination.

Inom **primärvården i Område närsjukvård Örebro och söder** ses en trend med ett minskat antal avvikelser under 2020 i samband med pandemin. En mycket positiv trend är ett högt engagemang hos nyutbildade verksamhetschefer kring att organisera och hantera arbetet med avvikelser.

För **Område närsjukvård norr** noteras att omhändertagandet av patienter i vårdkedjan mellan psykiatri och primärvård utvecklas negativt. Någon trend till förbättring när det gäller blåsöverfyllnad, fall och trycksår kan inte ses.

Inom **Område närsjukvård väster** ses en negativ trend när det gäller hantering av ärenden, och antalet ärenden äldre än ett år innan åtgärd har fördubblats.

Inom **Område medicin och rehabilitering** noteras ett minskat skuldbeläggande kring avvikelser och ett ökat engagemang hos läkare att skriva avvikelser. Det finns också ett ökat fokus på akuta förlopp och att bedömningar, undersökningar och ställningstaganden ska ske i rätt tid. Ytterligare en positiv trend är säkrande av rutiner för bevakning av provsvar och undersökningar när remittenten inte är i tjänst.



Inom **Område opererande och onkologi/thorax-kärl-diagnostik** ses bl. a. hög arbetsbelastning, hög vårdtyngd och trött personal samt ökat antal transporter mellan sjukhus. En positiv trend är att det vid patientsäkerhetsronder framkommit att verksamheten ser fördelar med att jobba med åtgärder som lyfts fram i avvikelser och internutredningar. En positiv del i verksamheten är också användandet av NEWS2 med syfte att tidigt identifiera komplikationer.

Inom **Område psykiatri** är en positiv del implementeringen av nya rutiner kring tvångsvård, liksom vårdprogram rörande suicidnära patienter.

### **Vad har varit bäst under året?**

Inom **Akutmottagningen USÖ** finns ett stort engagemang i patientsäkerhetsfrågor. Ett projekt med ambulanssjuksköterskebemannning på SOS för mer precis prioritering av ambulansresurs har etablerats liksom en samverkansgrupp för akuta processer.

Inom **primärvården Område närsjukvård Örebro och söder** noteras engagemanget hos nytillträdna verksamhetschefer kring arbete med avvikelser och internutredningar.

Inom **Område närsjukvård norr** noteras verksamheternas engagemang i patientsäkerhetsfrågor samt patientsäkerhetsronderna. Det finns en generellt en icke-skuldbeläggande patientsäkerhetskultur, med flera forum inom verksamheterna för återkoppling och diskussion i patientsäkerhetsfrågor.

**Område närsjukvård väster** lyfter fram samarbetet för att lösa den mycket komplexa situationen med en helt ny grupp av svårt sjuka patienter med samverkan över gränserna mellan sjukvården i både närsjukvårdsområdet och länsdelsverksamheterna, samt med vårdgrannar.

Inom **Område medicin och rehabilitering** noteras särskilt tidigare nämnda målmedvetna arbete gällande bevakning av provsvar liksom ett stort engagemang när det gäller fallförebyggande åtgärder.

Inom **Område opererande och onkologi/thorax-kärl-diagnostik** lyfts särskilt fram att patientsäkerhetsorganisationen har involverat flera områden för att säkerställa patientsäkerheten, vilket i sig har inneburit flera övergripande uppdrag.

Inom **Område psykiatri** är implementering av vårdprogrammet om suicidnära patienter en viktig del som lett till en radikal minskning av suicid eller allvarliga

suicidförsök. En annan del är en kraftig minskning av osignerade prover och journalanteckningar samt oskrivna diktat.

Inom **Område habilitering och hjälpmedel** förbättrades samarbetet mellan ortopedteknik och ortopediska kliniken när det gäller korsetter till barn.

### **Hur har organisationen av patientsäkerhetsarbetet utvecklats?**

På **Akutmottagningen USÖ** tillsattes en medicinskt ledningsansvarig läkare med en specialist i akutsjukvård.

Inom **primärvården Område närsjukvård Örebro och söder** noterades från VHC en ökad tillgänglighet för diskussion av avvikelser med verksamhetsutvecklare/chefläkare samt stöd med internutredningar.

Inom **Område närsjukvård norr** deltar chefläkaren i ledningsgruppsmöten och patientsäkerhetsgruppsmöten och det noterades utökade kontakter mellan chefläkare och verksamhetschefer. Chefläkare, administratör och avvikelssamordnare har regelbundna avstämningar.

Inom **Område medicin och rehabilitering** ses patientsäkerhetsarbetet allt mer som en naturlig del i vardagsarbetet av fler och fler medarbetare och läkarkategorin blev allt mer aktiv. Det förekom färre avvikelser med rena klagomål. Inom området finns ett väl etablerat arbetssätt med avstämning varje vecka inom områdets patientsäkerhetsgrupp.

Inom **Område opererande och onkologi/thorax-kärl-diagnostik** involverade, som nämnts ovan, patientsäkerhetsorganisationen flera områden för att säkerställa patientsäkerheten vilket medförde flera övergripande uppdrag.

Inom **Område psykiatri** bedrivs patientsäkerhetsarbetet mer systematiskt och sker gemensamt över klinikgränserna. Det sker en daglig bevakning av avvikelser på områdesnivå och information förmedlas till chefläkare om allvarliga avvikelser.

Inom **Område habilitering och hjälpmedel** sker daglig bevakning av avvikelser på områdesnivå och information ges till chefläkare om allvarliga avvikelser.

## **Chefläkares/anmälningansvarigs analys av patientsäkerhetsarbetet 2020**

År 2020 var på många sätt ett oroligt år för **Akutkliniken USÖ**. Pandemin medförde flera signifikanta omställningar och förändringar i verksamheten. Dessa omständigheter skapade risker för såväl kvalitet som patientsäkerhet. Genom verksamhetens systematiska kvalitetsarbete identifierades enstaka fall med allvarlig vårdskada. Därutöver fanns det i avvikelseflödet tendens till försämrad vård-/omvårdnadskvalitet, framförallt under tidig höst. Året visade också på de verksamhetsrisker som en oordnad ledningsorganisation och resurs-/kompetensbrist kan medföra för kvalitet och patientsäkerhet. Trots de utmaningar året innebar präglades klinikkens verksamhet av en hög ambitionsnivå och stort engagemang i patientsäkerhetsfrågor bland både chefer och medarbetare.

Året dominerades verksamheten inom **primärvården i Område närsjukvård Örebro och söder** av pandemin i flera avseenden. När det gäller patientsäkerhetsaspekten kom det en granskning från IVO kring primärvårdens läkarinsatser i äldrevården. IVO kritiserar där avsatta resurser, utformningen av läkarinsatser och brister i dokumentationen. Alla verksamheter deltog i patientsäkerhetsronder men på grund av pandemin genomfördes en del av dessa digitalt. Fokus vid patientsäkerhetsronderna låg på att diskutera hur arbetet med patientsäkerheten är organiserat. Tanken var både att informera om processen från verksamhetsutvecklarens/chefläkarens sida och att fånga upp idéer från verksamheterna. Ett flertal frågor togs upp och en särskild fråga var vårdskulden i samband med pandemin. Hyrläkarberoende förblir det största problemet för vissa verksamheter.

Inom **Område närsjukvård norr** präglades verksamheten av ett stort engagemang i patientsäkerhetsfrågor. Patientsäkerhet och kvalitet lyftes och bevakades aktivt i många olika forum. Särskilt samspelet med den kommunala sjukvården präglas av en genomtänkt struktur för samarbetet, liksom av ömsesidigt förtroende. Liksom för övriga hälso- och sjukvården medförde pandemin utmaningar för område närsjukvård norr. Ovan nämnda granskning från IVO gällde bl a. en av vårdcentralerna i Område närsjukvård norr. Granskningen kommer fungera som en viktig återkoppling kring möjliga förbättringsområden i den framtida vården av patienter med hemsjukvård och på SÄBO. De under 2020 genomförda organisations- och verksamhetsförändringarna med jourförändringar inom kirurgi och ortopedi, förändrad röntgenjourverksamhet och förändrad tillgänglighet till vårdcentralsjouren påverkade arbetet inom Område närsjukvård norr. Dessa förändringsprocesser belyser vikten av riskanalyser och fungerande besluts-, förankrings- och informationsprocesser. Det finns också avsevärda patientsäkerhetsrisker kopplade till hyrläkarberoendet. Det är viktigt att det finns ett etablerat och väl fungerande kvalitetssäkringssystem för de hyrläkare som

anlitas i regionen, och att individer som inte möter basala medicinska kunskapskrav, och/eller på annat sätt är olämpliga att tjänstgöra som läkare i regionen, identifieras.

Inom **Område närsjukvård väster** var 2020 genom pandemin ett år med stora förändringar i organisationen på kort tid med omställningar som ibland skedde inom loppet av några dygn. Detta ställde stora krav på flexibilitet i verksamheten och vikten av snabba riskanalyser och uppföljningar och ett lyhört Kliniskt träningscentrum som snabbt kunnat ordna utbildningar riktade mot vård vid covid-19 blev särskilt tydlig. Även samarbetet inom närsjukvården med omställning och start av en helt ny covidavdelning präglade 2020. Avvikelsehantering och utredningar kunde inte hålla samma fart som ett normalår och detta blev särskilt tydligt i ärenden med handläggningstid på över ett år.

Inom **Område medicin och rehabilitering** bedrivs ett aktivt säkerhetsarbete med ambitionen att förebygga vårdskador och kunna ge så god vård som möjligt. En stor personalomsättning försvårar detta, men man arbetar aktivt med rutiner för att introducera ny personal i olika yrkeskategorier. En särskild dimension under 2020 var vård av patienter med covid-19 vilket ställde stora krav på olika enheter både direkt och indirekt. Patientsäkerhetsronder genomfördes med samtliga kliniker utom infektionskliniken, vars patientsäkerhetsrond fick skjutas upp till början av 2021 på grund av ökade krav på verksamheten i samband med att antalet patienter med covid-19 ökade igen under november och december. Chefläkaren hade en egen punkt vid åtminstone var annat möte i ledningsgruppen.

Inom **Område opererande och onkologi/thorax-kärl-diagnostik lyfts** fram att chefläkargruppen utvecklades och det fördes en väldigt bra dialog i flertal ärenden samt att gruppen utgjorde ett bra stöd till varandra i ärenden. Delaktigheten på övergripande nivå är viktig för att få en helhetsbild och för att kunna kommunicera inom egna området.

Inom **Område psykiatri** visade alla verksamheter stor delaktighet i hantering av klagomål, utredning av avvikelser och uppföljning av Lex Maria-ärenden. Utmaningen för psykiatrin år 2021 är att på områdesnivå arbeta fram beskrivningar av vårdnivåer och vidta nödvändiga åtgärder för att genomföra detta.

Även inom **Område habilitering och hjälpmedel** visade alla verksamheter stor delaktighet i hantering av klagomål och utredning av avvikelser.

## **Avgörande faktorer i patientsäkerhetsarbetet framåt?**

Den pågående omorganisationen av Hälso- och sjukvården områden innebär en omställning i ledning och styrning på alla nivåer och fokus på god vård och patientsäkerhet måste hållas. Även kompetensförsörjning nu och i framtiden är avgörande liksom verksamhetens egenkontroll av hyrpersonal och nyanställda avseende följsamhet till rutiner, introduktionsmaterial och checklistor. Stabila IT-system och införandet av FVIS/Visus är en viktig del i utveckling framåt gällande patientsäkerhet. För ett fungerande samarbete med kommunal hälso-och sjukvård är ett vårdinformationsstöd som gynnar samverkan nödvändigt. Utifrån situationen med pandemin är det viktigt att vara observant på de undanträngningseffekter som uppstår för andra patientgrupper.

För primärvården blir det viktigt med införande av åtgärder kring brister i läkarinsatser i äldrevård enligt IVO:s granskning december 2020 liksom ett fungerande kunskapsstöd. Fortsatt utveckling av vårdkedjan mellan primärvård och psykiatri kommer fortgå för att säkerställa att patienter inte hamnar mellan stolarna.

Trots att en god utveckling har skett från en skuldbeläggande kultur gällande avvikelser är det av största vikt att fortsätta arbetet med öppenhet och dialog runt patientsäkerhetsrisker och patientsäkerhetsfrågor med fokus på förändring och förbättring. Ett öppet klimat gynnar det organisatoriska lärandet, ger möjlighet att lära av varandra samt en samlad överblick över problemområden och de åtgärder som behöver vidtas.

Att inkludera medicinsk kompetens i relevanta beslutsforum säkerställer att patientsäkerhetsperspektivet finns med.

## **2.3. Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Information är en av Region Örebro läns (nedan regionen) viktigaste tillgångar och en förutsättning för en säker och effektiv verksamhet. Med informationssäkerhet inom regionen menas att kraven på konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet är tillgodosedda. Medborgarna ska kunna lita på att den information regionen hanterar och att den skyddas på ett bra vis

Informationssäkerhetspolicyn beskriver regionens mål och övergripande principer som gäller för informationssäkerhet i verksamheten.

Även informationssäkerhetsarbetet påverkades av den rådande pandemin. Flera planerade aktiviteter gick på sparlåga eller ställdes in helt samtidigt som nya aktiviteter istället aktualiserades.

I pandemins början uppkom många frågor på temat digitala möten. Det handlade både om interna och externa möten med olika mötesdeltagare (patienter, politiker etc.). Frågorna gav upphov till uppdaterade riktlinjer för digitala möten som i sin tur ledde till nya möjligheter att på säkra sätt kunna genomföra olika digitala möten.

Under årets senare del förekom ett flertal större IT-angrepp mot myndigheter och företag där känsliga uppgifter stals och lades i vissa fall ut tillgängliga på internet. Utifrån att hoten mot myndigheter och inte minst regioner ökat betydligt så håller MSB möten med regioner och andra myndigheter varje vecka där aktuella hot och risker tas upp. Dessa möten gör att alla tillsammans kan agera snabbare vid händelser och framför allt förebygga att incidenter inträffar.

Under 2020 har Datainspektionen (DI) meddelat tillsynsbeslut för flera regioner och privata vårdgivare utifrån kraven i GDPR. DI granskade hur åtta vårdgivare styr och begränsar personalens åtkomst till huvudjournalssystemen. DI upptäckte brister som i sju av de åtta fallen leder till administrativa sanktionsavgifter på upp till 30 miljoner kronor.

DI tog under våren emot klagomål mot hälso- och sjukvårdsnämnden i regionen som gjorde gällande att känsliga personuppgifter om en patient publicerats på regionens webbplats. DI granskning visar att regionens hälso- och sjukvårdsnämnd gjort fel och nämnden uppmanades att åtgärda de brister som upptäckts. Vidare utfärdades även en administrativ sanktionsavgift på 120 000 kronor.

Det finns fortfarande ett stort behov av att öka kunskapen i regionens verksamheter om när och hur informationsklassningar och riskanalyser ska ske. Fler personer i verksamheterna behöver kunna genomföra både klassningar och riskanalyser. Detta behov är mycket tydligt inte minst utifrån den efterfrågan som finns från verksamheten men även utifrån det informationssäkerhetsarbetet som behöver ske enligt både GDPR och NIS-lagstiftningen.

För mer detaljer se *Årsrapport Informationssäkerhet 2020*.

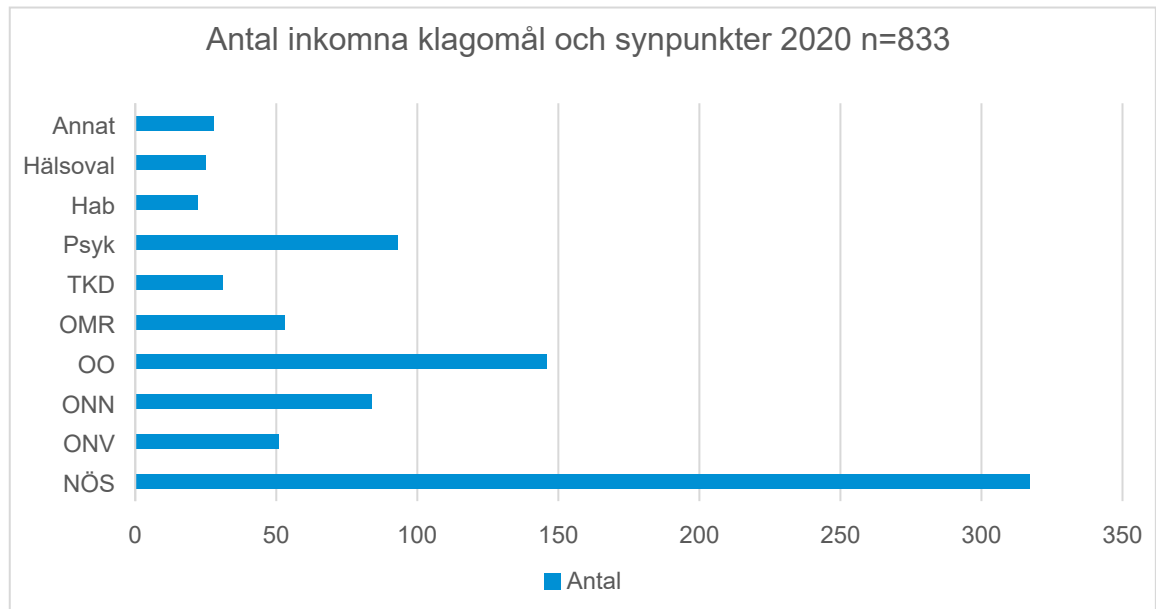
## 3. RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

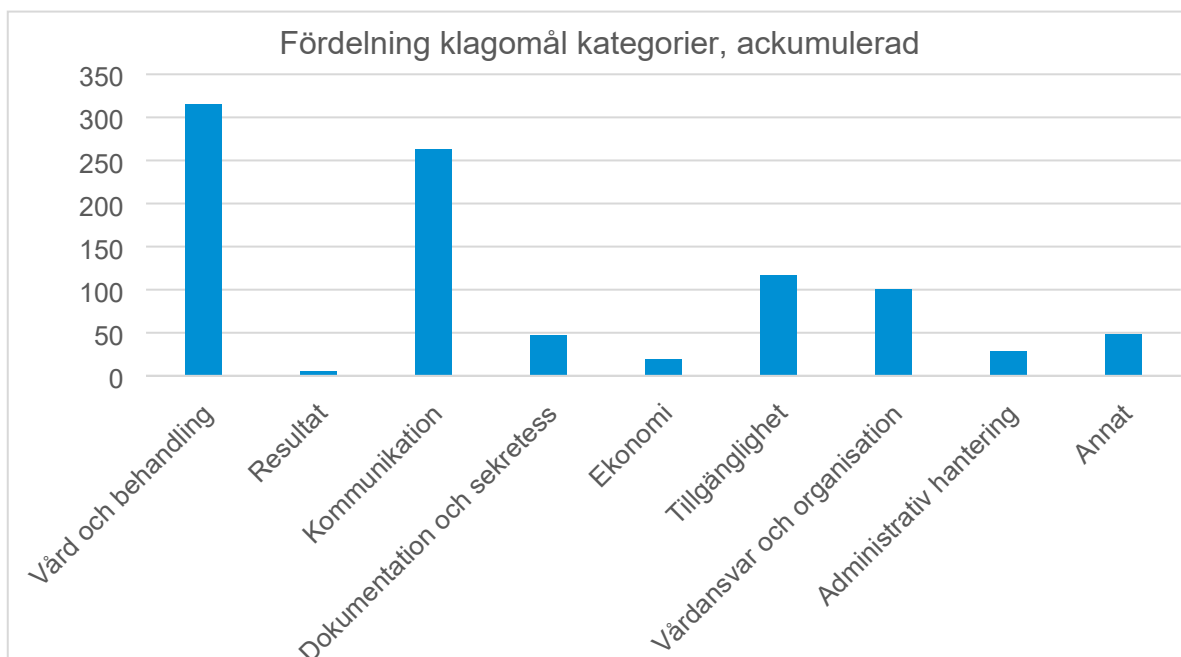
### 3.1. Klagomål och synpunkter

Under 2020 inkom 833 klagomål och synpunkter till Region Örebro län, vilket är en minskning mot föregående år (882). Det mest frekventa sättet att framföra sitt klagomål var via e-tjänsterna på 1177 och det största orsaksområdet för klagomålen var vård och behandling.

#### Fördelning områdesvis\*



\*Summan av områdenas antal kan överstiga totalsumman då ett klagomål kan beröra flera områden.



En betydlig minskning av klagomål och synpunkter märktes under perioden april-juni. Under hösten återgick antalet till de nivåer vi tidigare sett. En ny typ av klagomål dök upp under hösten gällande svårigheter att hitta svar efter genomgången covidtest på 1177.se. Kontakt etablerades med IT och Kommunikation för att utreda orsaken. Flera andra regioner hade samma problem och ett nationellt arbete med informationen på 1177.se startades med syfte att förbättra och underlätta för medborgarna gällande provsvar.

Fyra klagomål inkomna under året genererade lex Maria-anmälan.

### Exempel på förbättringsarbete utifrån klagomål

Klagomål	Åtgärd
Bemötande	Arbete med att medvetandegöra problematiken kring brister i professionellt bemötande.
Vårdansvar och organisation	Gemensam avvikelshantering mellan kommunal och regional sjukvård efter ett klagomål kring en patient som ådragit sig en höftfraktur på ett SÄBO. Viktigt både i det enskilda fallet och som strategisk utveckling inom ett viktigt samverkansområde
Vård och behandling	Åtgärder för att öka uppmärksamheten och beredskapen att agera snabbt vid symtom på diabetes typ 1 vid flera vårdcentraler  Otydlighet kring uppföljning av tarmbesvär har lett till förändring av vårdprogram och uppföljning i primärvård.



Andelen besvarade klagomål inom utsatt tid (4 veckor) ligger kvar på en mycket hög nivå. I pandemins initiala skede sågs en nedgång i besvarandet och informationstext om hälso-och sjukvårdens pressade situation och förlängd svarstid lades ut i befintliga kanaler för klagomål och synpunkter. Liksom under föregående år är det mycket få patienter/närstående som inkommer med påföljande klagomål efter besvarande vilket tolkas positivt.

## 3.2. Egenkontroll

Förutom de rubriker som presenteras nedan utförs många typer av egenkontroller i olika verksamheter, se bilaga 1.

## 3.3. Avvikelser

En avvikelse definieras som en ej förväntad händelse som medfört eller kunnat medföra skada på patient medarbetare, besökande, utrustning eller organisation.

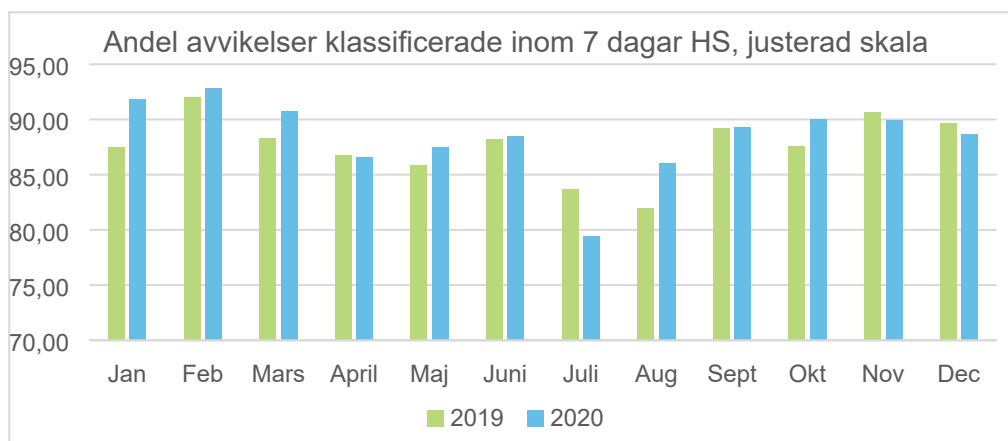
Hälso-och sjukvårdspersonal ska rapportera vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada eller annan allvarlig skada till vårdgivaren enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659).

	Antal avvikelser 2020	Varav patientsäkerhet	Antal avvikelser 2019
<b>HS-förvaltning</b>	9234	6301	10322
<b>Folktandvård</b>	514	249	635
<b>Regionservice</b>	730	96	931

Under 2020 rapporterades färre avvikelser i samtliga förvaltningar jämfört med föregående år. Den största minskningen ses under pandemins första månader och under hösten ökade rapporteringen.

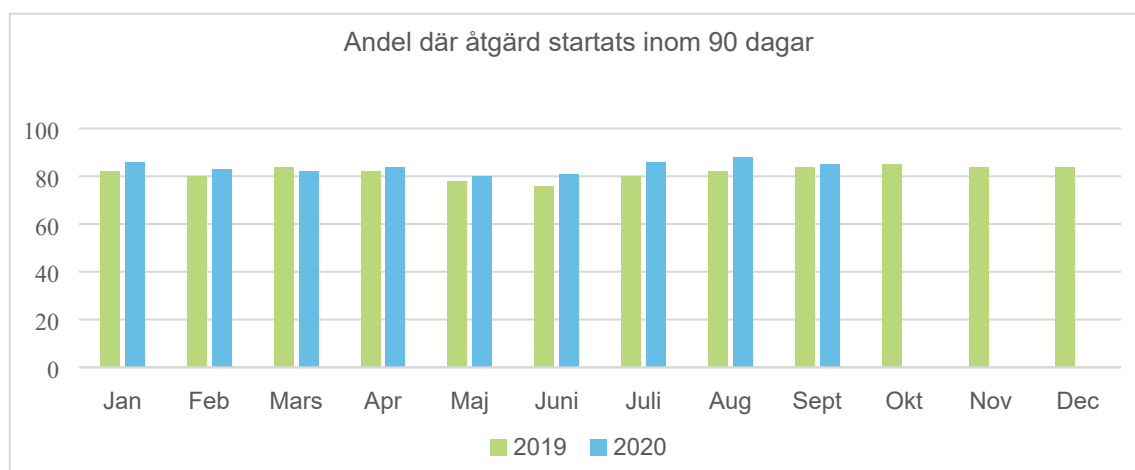
### Resultat målnivåer

Målnivån vid 7 dagar anger att avvikelsen öppnats och klassificerats. Detta är avgörande för att tillbuden ska fångas upp samt att åtgärder vidtas. Mål:  $\geq 70\%$ .



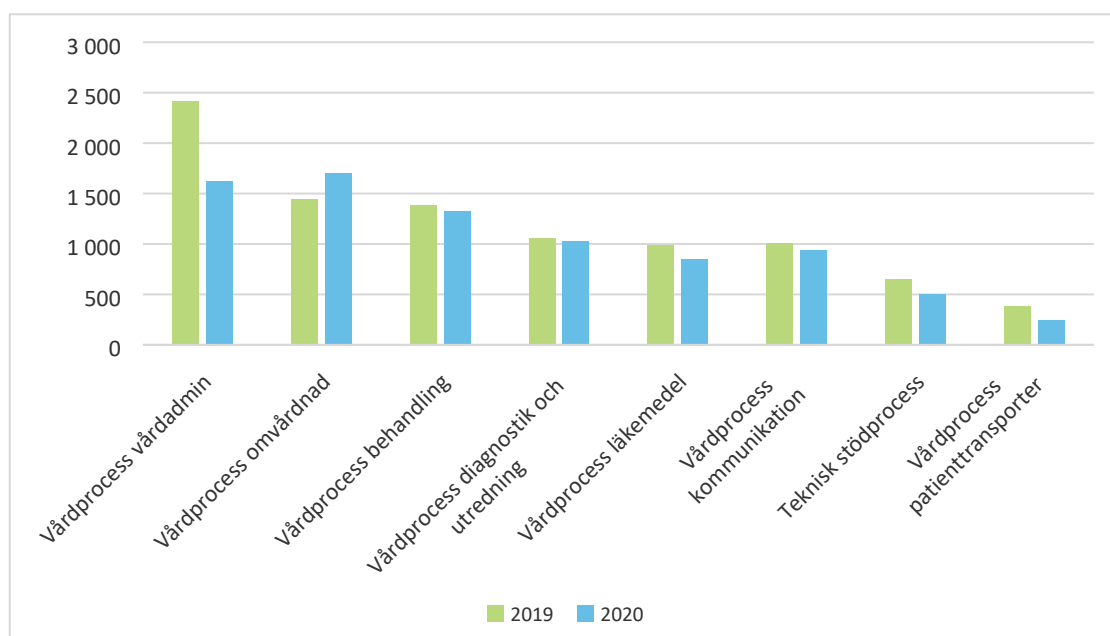
Målnivån nåddes med god marginal under hela året även under pandemins mest intensiva månader. Det visar att det etablerade arbetssättet gällande avvikelser fungerar och prioriteras även i pressade situationer.

### Andel avvikelser där åtgärd påbörjats inom 90 dagar. Mål: $\geq 90\%$



En marginell förbättring ses jämfört med föregående år. Med tanke på de utmaningar verksamheter ställdes inför under 2020 prioriterades ändå arbetet med avvikelser vilket är mycket positivt ur patientsäkerhetsperspektiv.

## Avvikelser inom olika vårdprocesser



Vårdprocesser inom HS-förvaltningen ex:

**Vårdadministration:** journalföring, intyg, diktering, kallelser, väntelista och svar.

**Omvårdnad:** trycksår, fall, hygien, katetrar och infarter.

**Behandling:** medicinsk behandling, rehabilitering och kirurgisk behandling.

**Diagnostik och utredning:** MR, röntgen, ultraljud och provtagning.

**Läkemedel:** ordination, administration, dosering, recept.

De senaste åren rapporterades flest avvikelser i kategorin vårdadministration. Under 2020 sågs en markant minskning i dessa avvikelser främst under pandemins initiala skede. Däremot ökade avvikelser i kategorin omvårdnad och är nu den största gruppen. Det kan dels bero på att kategorin används relativt brett så även andra händelser som ej är relaterat till omvårdnad hamnar här men mest troligt att ökningen speglar den pressade situationen med ett ökande svårt sjuka patienter och utmaningen i att ta hand om dessa på bästa sätt i ett läge som aldrig tidigare upplevts.

## Exempel på förbättringsåtgärder efter avvikelser

Avvikelse	Förbättringsåtgärd
Omvårdnad	Massiva insatser i utbildning blåsöverfyllnad Ny rutin vid fallriskbedömning för sjuka, svaga patienter som förflyttar sig utan hjälp trots vidtagna åtgärder
Vårdadministration	Förbättringsarbete med flöde/rutin för att inte missa att sätta upp patient på väntelista Fortsatt arbete på bred front under 2021
Rutiner och riktlinjer	Uppdatering av protokoll för rädda hjärnan-larm Uppstramning av rutin för låsning av fönster på vårdavdelning

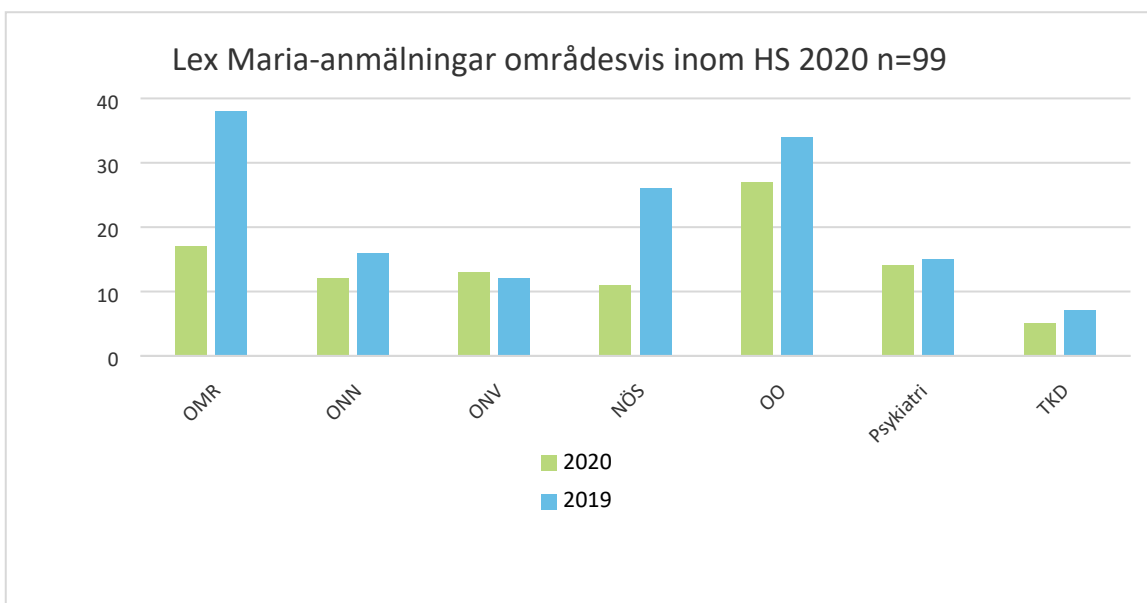
	Strukturerat sätt att utbilda och påminna om rutiner genom att regelbundet anslå en specifik rutin som ska repeteras. Uppföljning av kunskapen sker vid möten på vårdavdelningarna. Förbättringsarbete kring stroke-vårdkedja med uppföljning 2021
Kommunikation	Avvikelser gällande kommunikation mellan slutenvården och primärvården resulterade i förtydligande i remissöverenskommelse

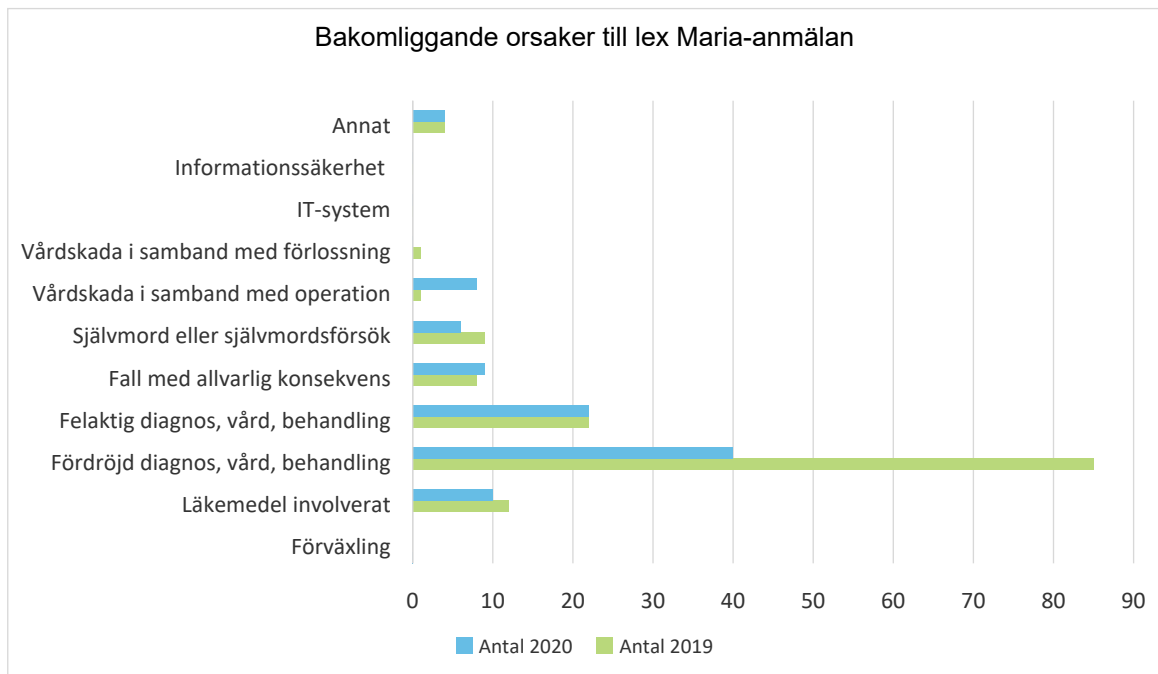
## 4. Vårdgivarens anmälningskyldighet

### 4.1. Allvarlig vårdskada

När en patient drabbats av eller utsatts för risk för allvarlig vårdskada är det vårdgivarens skyldighet att utreda och anmäla händelsen till IVO enligt patientsäkerhetslagen. Tillbud och händelser av sådan allvarlighetsgrad tas upp på chefläkarmöten för bedömning, diskussion, samsyn och ensning av anmälningsunderlag, och internutredning. I anslutning till detta beslutas om fördjupad utredning, d. v. s händelseanalys.

Under 2020 verkställde HS-förvaltningen 99 lex Maria-anmälningar. Det är en minskning med 33% jämfört med föregående år. Det gjordes även 26 anmälningar till Läkemedelsverket.





## Händelser och vårdskador

Det minskade antalet anmälningar härrör till stor del från en minskad avvikelserapportering under pandemins första månader. Många verksamheter ställde om med exempelvis minskat antal operationer och mottagningsbesök vilket kan ha medfört att situationer då händelser som genererar avvikelser minskade. Andra verksamheter fick skala upp för att möta behovet av vård hos covidpatienter vilket ledde till en ökad arbetsbelastning där den enskilde medarbetaren möjligen inte kunnat prioritera att rapportera avvikelser som när normala omständigheter råder. Under hösten uppmärksammades några avvikelser där patienter pga. pandemin inte kallades eller valde att avstå besök till hälso-och sjukvården vilket medförde försening av allvarlig diagnos. Det kommer sannolikt att ses även under nästkommande år och är viktigt att följa.

## Exempel på åtgärder utifrån internutredningar vid lex Maria

- Reviderad belastningsalgoritm för AKM USÖ utifrån nya lokaler och arbetssätt.
- Avvecklat sällningstriage som var nödvändigt under pandemins initialskede
- Förbättrad info till patienter med buksmärta.
- Ändring av endokrinologens behandlingsalgoritm vid osteoporosbehandling samt en bred utbildningsinsats från Läkemedelscentrum kring risker vid behandling med Prolia.
- Riktlinjer för UVI hos barn gjordes samstämmiga med Stramas riktlinjer.
- Förbättrad introduktion, egenkontroll och uppföljning av hyrläkare.
- Implementering av s k ambulansordination på vårdcentraler.

- Utbildning i ankeltrycks-index för sjuksköterskor.
- Genomgång av transportrutiner vid svårt sjuk patient från vårdcentral till akutmottagning så att ambulanstransport väljs för möjlighet till övervakning vid sådant behov.
- Påminnelser om vikten av att reagera snabbt är svaret vid en röntgenundersökning visar något helt annat än frågeställningen i remissen.
- Översyn av signering och uppföljning vid tillfälligt inhyrd personal på vårdcentral för att säkra upp för patienten vid SVF-förlopp.
- Nya rutiner gällande patienter som avslutats/uteblivit, utbildning inom suicidprevention för samtliga medarbetare samt förbättrad intern samverkan då utredningar och åtgärder tagits fram gemensamt.
- Tydliga rutiner för remissuppföljning inom slutenvård samt rutiner för vård med stöd av LPT .

### Anmälan av legitimerad personal

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL 3 kap. 7§) ska legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal som kan utgöra en fara för patientsäkerheten anmälas till IVO. Skyldigheten omfattar alla anställningsformer dvs. ordinarie såväl som inhyrd personal och vikarier oavsett om vederbörandes anställning avslutats. Anmälan till IVO verkställs i samråd mellan verksamhetschef, HR och chefläkare. Grund för anmälan utgörs ofta av t. e x läkemedelsstöld, missbruk, sjukdom och uppenbar kompetensbrist.

Antal anmälningar per område:

Område NÖS	2
OO	3
Psykiatri	2
ONN	3
<b>Totalt</b>	<b>10</b>

## 4.2. Risk- och händelseanalys

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

Utifrån SKR:s handbok används standardiserade metoder för att identifiera och förebygga risker samt utreda händelser. Syftet med analysen är att föreslå åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna för vårdskador och tillbud. Efter avslutad händelseanalys sker publicering i nationella kunskapsbanken Nitha, som stödjer lärande utifrån andras erfarenheter.

Alla händelseanalyser ska följas upp efter sex månader för avstämning om beslutade åtgärder är genomförda och har haft avsedd effekt.

Nedan ses en tabell över initierade och utförda risk-och händelseanalyser under 2020.

<b>Händelseanalys</b>	<b>Risikanalys</b>
Omhändertagande av multisjukt barn	Risikanalys patientkritiska transportflöden av patienter och personal på USÖ
	Risk- och konsekvensanalys Akutlaboratoriet Lindesberg
	Risikanalys av protonstrålbehandlingsprocessen mellan Skandionkliniken och universitetsklinikerna
	Risikanalys avseende orosanmälan
	Risikanalys avseende distansarbete med hemarbetsplatser
<b>Totalt 1</b>	<b>Totalt 5</b>

Risikanalysinstrumentet användes systematiskt även i verksamhetsnära analyser som exempelvis:

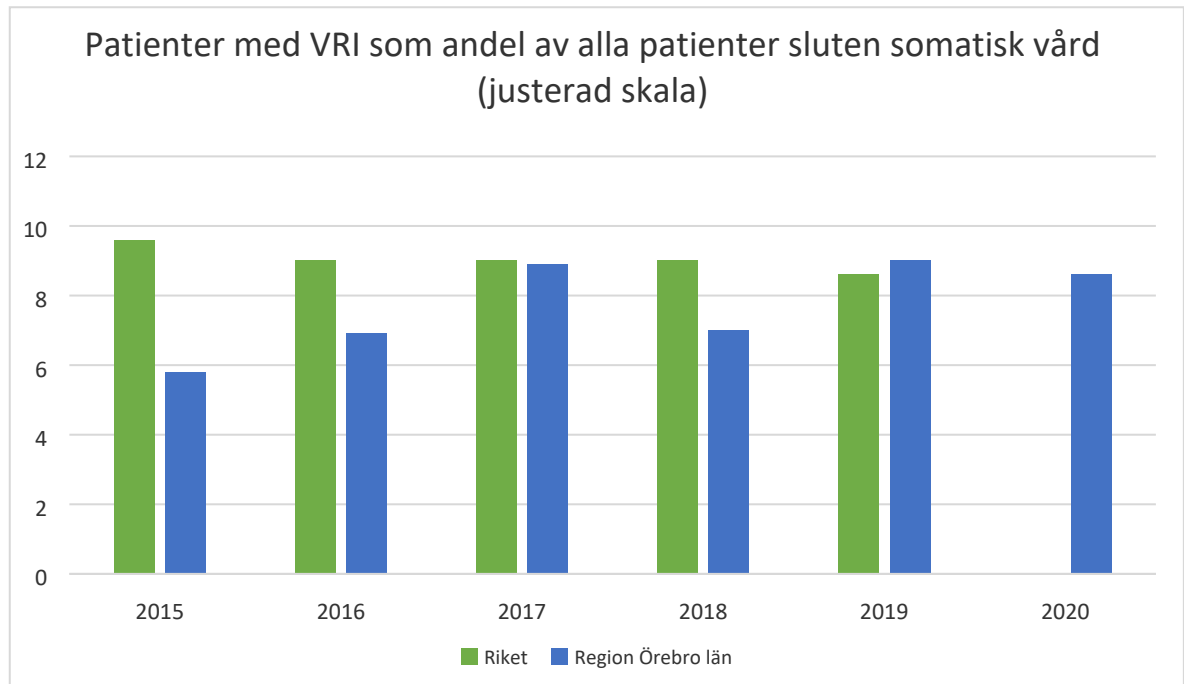
- Inrättande av covidavdelning
- Förändrad röntgenjour
- Gemensam ledning Freja och Lindesbergs vårdcentraler
- Indragen primärjourlinje
- Mobilt närsjukvårdsteam
- Flytt av vårdcentralsjour

Under 2020 genomfördes fler riskanalyser jämfört med föregående år men färre händelseanalyser. Händelseanalyser förbehölls komplexa verksamhetsöverskridande händelser då flera analysledare varit högt involverade i att hantera utmaningarna i samband med pandemin och i direkt patientarbete. Arbetet med att få till en stabil organisation för risk-och händelseanalys kunde inte prioriteras under året pga. de utmaningar som pandemin medförde.

### **Resultat punktprevalensmätningar (PPM)**

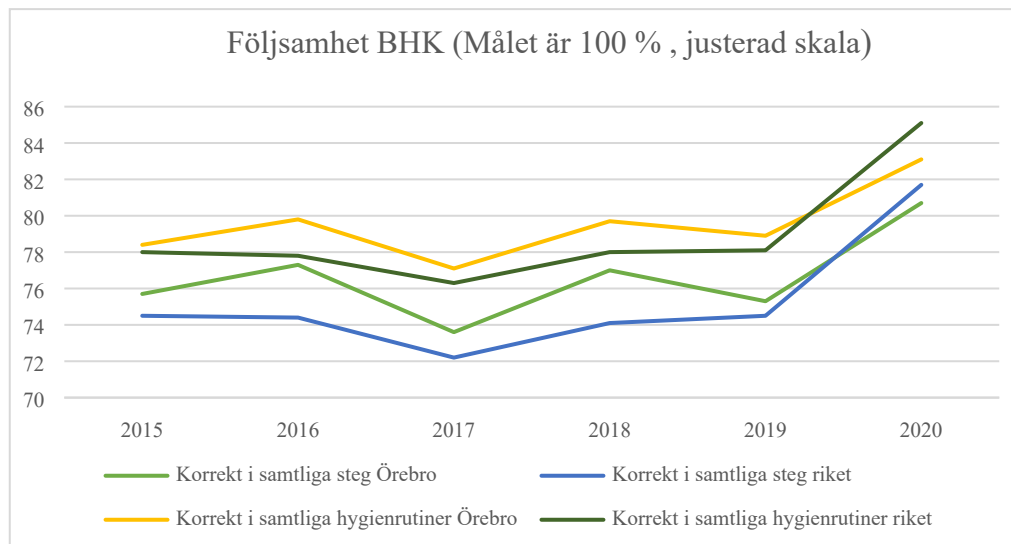
Försiktighet får iaktas i tolkningen av resultaten av PPM-mätningar då relativt litet underlag används.

## Vårdrelaterade infektioner (VRI)



Den nationella mätningen via SKR ställdes in under 2020, därför finns inget resultat på riksnivå. Mätningen i RÖL inkluderade 431 patienter.

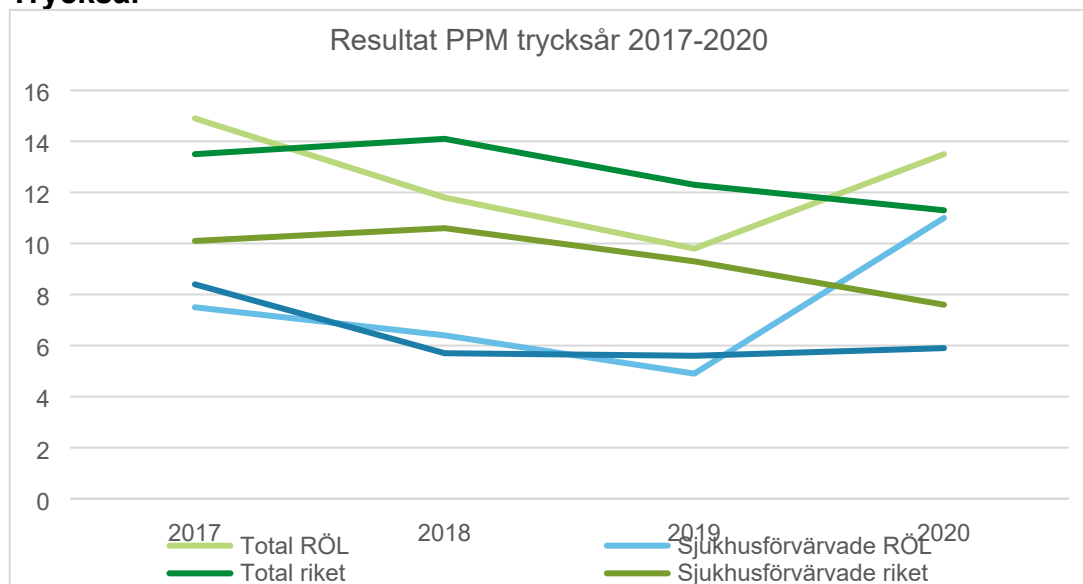
## Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)



En viss förbättring i resultatet kan ses både på nationell nivå och inom RÖL. Möjligen kan pandemin och vikten av att följa BHK-rutiner i samband med detta ha spelat in. Gotland, Gävleborg, Jämtland Härjedalen, Kalmar, Stockholm, Sörmland, Västerbotten och Västra Götaland ingår inte i resultatet för Riket 2020.



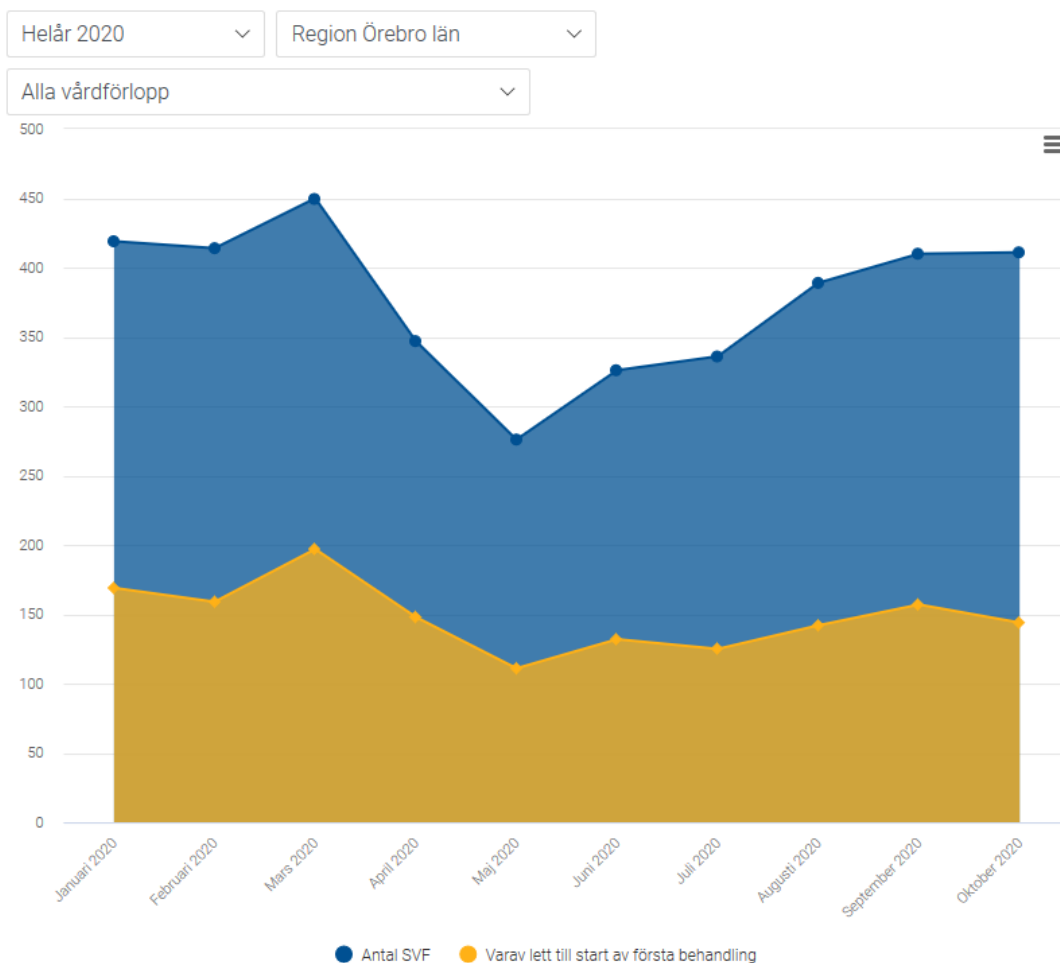
## Trycksår



Resultatet för PPM trycksår har försämrats med föregående år och den positiva trenden är bruten. Andelen allvarligare trycksår har dock endast ökat marginellt. Utbildning i trycksårsprevention och förflyttningsteknik utgick 1 januari 2020 ur introduktionsprogrammet för nyanställda sjuksköterskor och ett antal andra utbildningar fick ställas in pga. pandemin. Arbetet för att förbättra ordination och organisation för kompressionsbehandling ben har genomförts och sjuksköterskor i både kommun och region kan nu skriva remiss till venöst centrum för att påskynda remissförfarandet. En formaliserad uppdragsbeskrivning finns nu för sårombud i regionen som är beslutad av områdeschefer. Den planerade introduktionen och utbildningen fick ställas in pga. pandemin. Rutiner och riktlinjer för brännskador som behandlas i primärvården reviderades.

## Resultat standardiserade vårdförlopp (SVF)

SVF innebär att patienter med välgrundad misstanke om malignitet ska erbjudas utredning och behandlingsstart inom en fastställd tidsram. Det nationella målet är att 80 % av patienterna ska utredas inom maximal ledtid och 70 % av nydiagnostiserade patienter med cancer ska utredas via SVF.

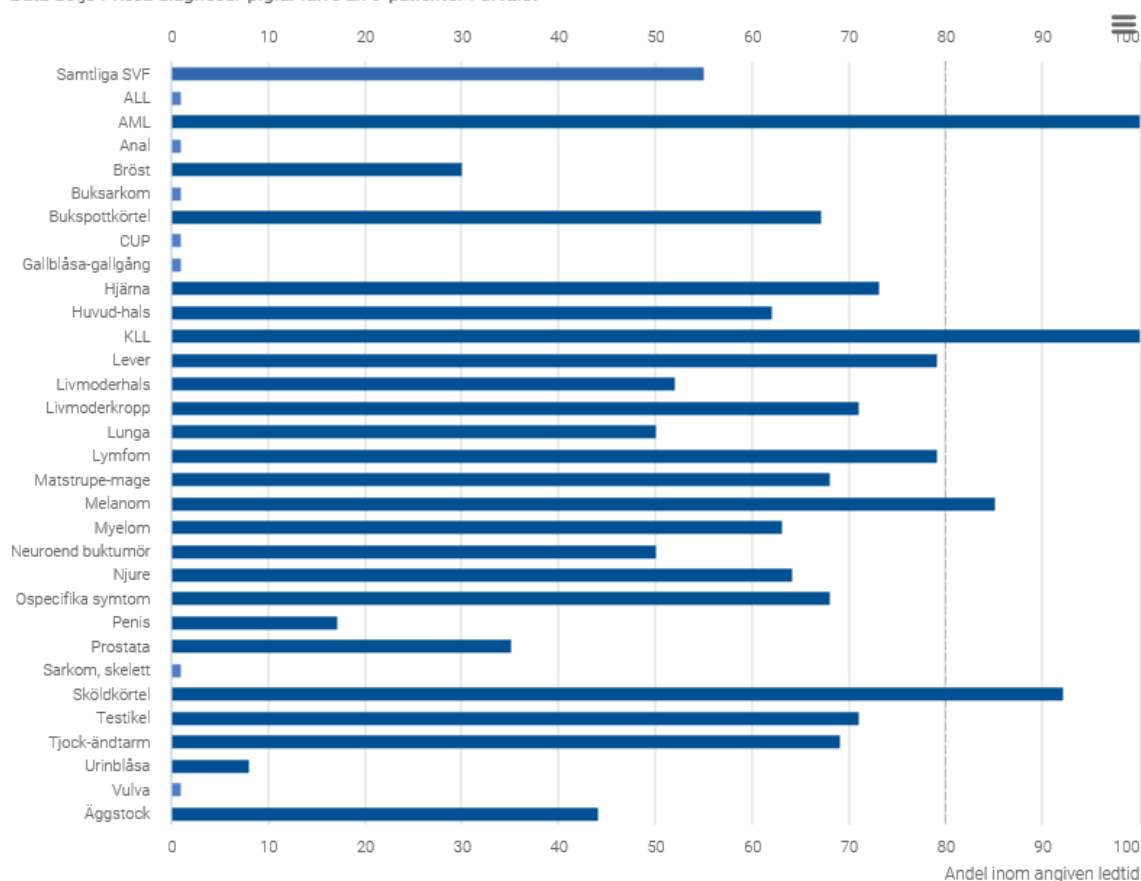


Diagrammet beskriver hur antalet patienter som utretts i SVF minskade i början på coronapandemin bland annat beroende på att screeningprogram initialt pausades och avsteg från riktlinjer gjordes. En annan orsak är att patienter i åldersgruppen över 70 år var mycket restriktiva med att besöka vården även vid symtom på sjukdom. Den största minskningen sågs under april-juni men från augusti ökade antalet patienter som utreddes i SVF igen. En utmaning framgent är att ta hand patienter som inte sökt vård under coronapandemin samt att den uppskjutna vården inte leder till längre ledtider, försämrade behandlingsresultat och en ökad dödlighet i cancer.

## Ledtider SVF-processen

Helår 2020  Region Örebro län  Alla behandlingar

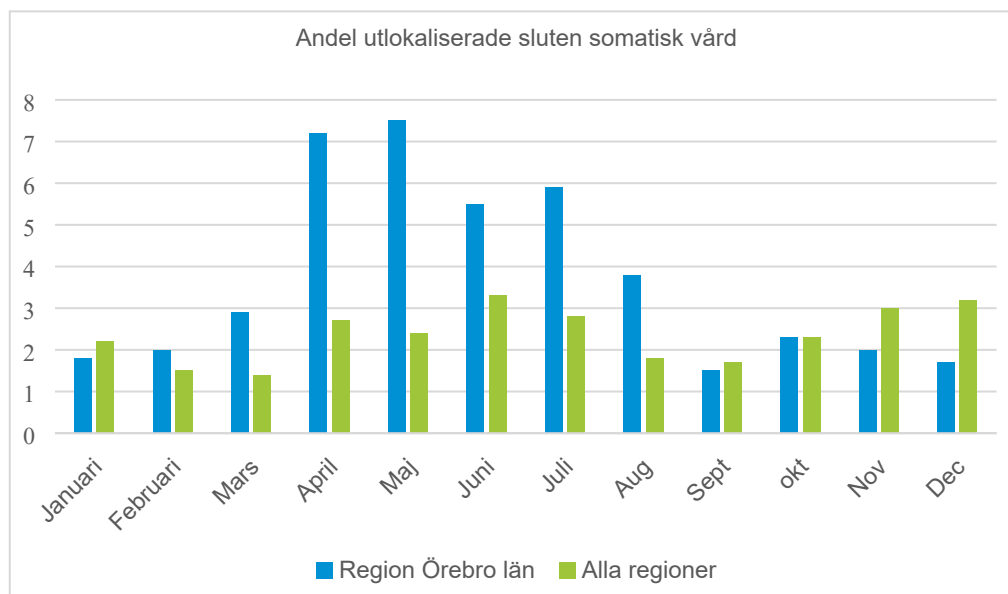
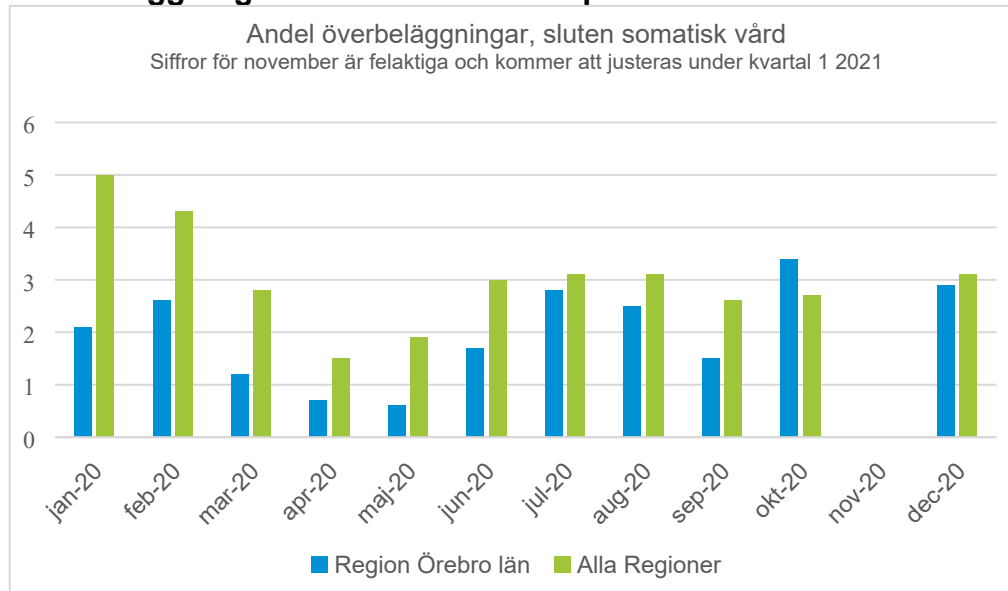
Data döljs i vissa diagnoser p.g.a. färre än 5 patienter i urvalet



Under våren förbättrades ledtider i flera SVF beroende på att cancervården prioriterades när neddragningar i samband med pandemin gjordes samt att färre patienter har utreddes. Förbättringar av ledtider fortsatte under hösten med undantag av SVF prostatacancer. Detta beror på den eftersläpning av antalet patienter som följd av att utredningar av patienter flyttades fram p.g.a. avsteg som gjordes från riktlinjerna relaterat till pandemin.

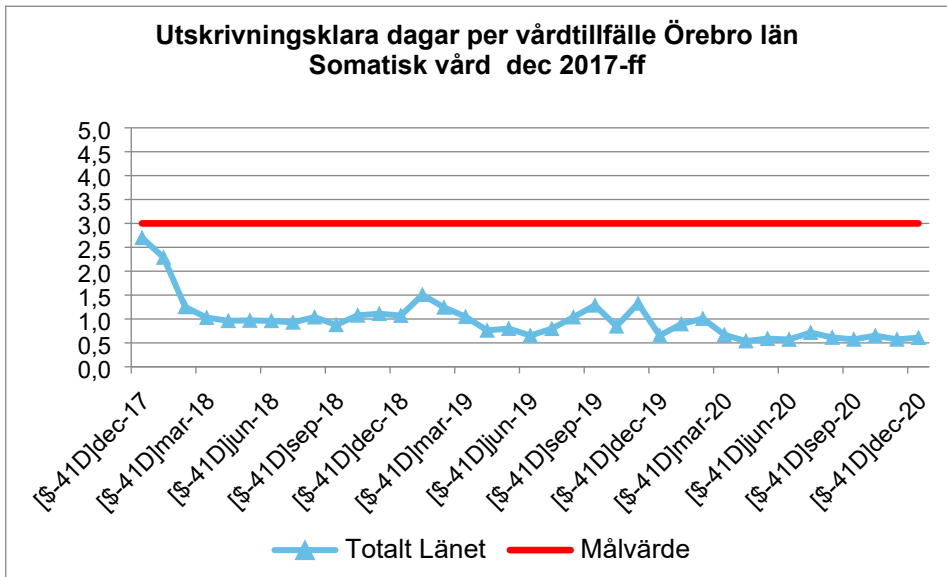
Innan pandemin låg regionen väl till för totalen för målet 70 %, även om måluppfyllelsen varierar mellan förloppen. När det gäller målet 80 % är variationen även här stor mellan förloppen hur väl målen nås.

## Överbeläggningar och utlokaliserade patienter



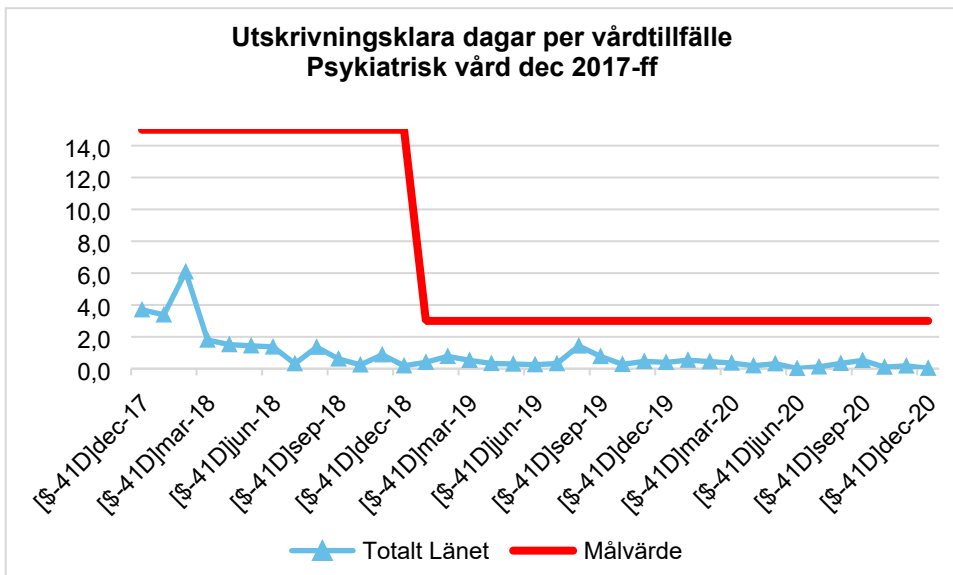
Anledningen till det ökande antalet utlokaliserade patienter under vår och sommar är att avd 38 (Urologiska kliniken) omorganiserades till covidavdelning. Urologpatienter låg då på avd 39 och blev därmed registreringstekniskt utlokaliserade. Även Lindesbergs lasarett hade många utlokaliserade relaterat till covidvård av samma anledning.

## Antal utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle, somatisk vård



Antalet dygn för utskrivningsklara fortsatte att minska och för första gången har ingen kommun under året överskridit målvärdet hemgång inom tre dagar från att man är utskrivningsklar.

## Antal utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle, psykiatrisk vård



Fortsatt stabilt låga värden i genomsnitt. Enstaka vårdtillfällen har långa vårdtider som utskrivningsklara.

## 5. Mål och strategier för kommande år

I Region Örebro läns verksamhetsplan för år 2021 framgår att Hälso- och sjukvården i regionen ska främja hälsa, förebygga sjukdom och ge god och patientsäker vård på lika villkor med en nollvision för vårdskador. All vård ska ges utifrån den enskilda individens behov, med respekt för alla människors lika värde och genom ett professionellt bemötande. Detta oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. I verksamhetsplanen framgår också att samverkan med kommunerna ska fortsätta och ytterligare förstärkas.

I Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso – och sjukvården 2020-2024 från Socialstyrelsen är visionen *God och säker vård överallt och alltid, med det övergripande målet att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.*

Under år 2020 gjordes ett stort antal anmälningar avseende avvikelser i hälso-och sjukvården i Region Örebro län. En genomgående trend är att anmälningar om avvikelser blivit mer och mer konstruktiva med ett tydligt mål att anmälningarna ska bidra till en ännu säkrare och tryggare hälso-och sjukvård. Vissa anmälningar har sin grund i händelser som för en utomstående betraktare kan te sig mindre allvarliga, men där händelsen ändå påverkat en enskild individ negativt. Även dessa händelser är viktiga att beakta. Andra anmälningar har sin grund i mer allvarliga händelser och där genomgång inte bara kunnat peka på bakomliggande orsaker utan också kunnat syfta framåt mot viktiga förändringar med målet att förhindra upprepning. Vissa händelser är särskilt komplicerade att förebygga, som exempelvis situationer där den enskildes autonomi ställs mot sjukvårdens ansvar att skydda individen och förebygga vårdskador eller försämring av ett sjukdomstillstånd, och det är extra viktigt att sjukvården arbetar målmedvetet och noggrant med den typen av händelser. Andra händelser är lättare att förebygga och där har sjukvården ett ansvar att skapa och vidmakthålla ofta mycket enkla och basala rutiner för att förhindra upprepning. En särskild grupp är patienter med sepsis där observans på vissa symtom kan leda till snabb diagnos så att patienten därmed får tidigt insatt korrekt och effektiv behandling.

Ett viktigt mål för år 2021 är att genom utbildning, och vid behov övning, minimera de händelser som kan orsaka stor skada men som genom tydliga och kända rutiner är förhållandevis lätta att förebygga. Detta gäller exempelvis ytterligare arbete med rutiner för övervakning och kommunikation, två enkla men viktiga medel för att minska risken för vårdskador, och rutiner för att undvika blåsöverfyllnad. Ett annat viktigt mål är att arbeta för att vårdens övergångar, både inom den egna verksamheten och i samverkan med andra huvudmän, blir än säkrare.

Ytterligare en del i patientsäkerhetsarbetet är att vidareutveckla de rutiner och planer som finns för olika typer av driftstörningar och förhöjt beredskapsläge.

Andra frågor som behöver lyftas fram för fortsatt arbete under år 2021 är skapandet av en robust organisation för risk-och händelseanalyser, beslut om hantering och uppdatering av läkemedelslista samt utveckling av den systematiska uppföljningen av patientsäkerhetsarbetet med verksamhetsanknutna patientsäkerhetsronder i närvaro av områdeschef.

Slutligen måste hälso-och sjukvården också för år 2021 planera för omfattande vård av patienter med covid-19 under åtminstone första halvåret, trots vaccinationer i stor skala. Parallellt med detta måste god och säker vård förmedlas till patienter med andra behov.

# Bilaga 1

**Tabell 1:** Egenkontroller inom regionen, omfattning, frekvens och källor samt hur resultatet kommuniceras.

Mätning/ uppföljning	Omfattning och frekvens	Källa	Kommunikation av resultatet
Basala hygienrutiner och klädrutiner (BHK)	Nationell mätning en gång per år Lokal mätning en gång per år, oftare utifrån behov	Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)/ PPM-databasen Region Örebro län	Resultatet från nationell och lokal mätning ses direkt i databasen och återförs  Hygienombudsträffar
Vårdrelaterade infektioner	Nationell mätning en gång per år Lokal mätning en gång per år	SKL/ PPM-databasen Region Örebro län	Resultatet från nationell och lokal mätning ses direkt i databasen och återförs
Trycksår	Nationell mätning, landstingsgemensam mätning två gånger per år och lokala mätningar varje månad inom delar av somatisk slutenvård	SKL/ PPM-databasen Region Örebro län	Resultatet från nationell och lokal mätning ses direkt i databasen och återförs
Antibiotikaförskrivning	Kvartalsvis	Folkhälsomyndigheten	Smittskyddsläkaren rapporterar till lokala Stramagruppen
Infektionsverktyget	Kvartalsvis	Region Örebro län	Controller i varje område skickar ut till verksamhetschefer för återföring/ analys
Hygienronder	Löpande	Verksamheter HS, kommuner	Protokoll redovisas till verksamhetschef och chefläkare för återföring/ analys
Avvikelse lokalt	Antal och karaktär följs löpande	Avvikelsehanteringssystem	Avvikelseansvariga  Verksamhetschef/ chefläkare
Avvikelse övergripande	1 gg/mån	Avvikelsehanteringssystem	Patientsäkerhetscontroller/ chefläkare
Klagomål och synpunkter	Antal följs löpande Sammanställning månadsvis	Rutin för klagomålshantering Region Örebro län	Verksamhetschefer Områdeschefer Patientsäkerhetscontroller Chefläkare
Risk-och händelseanalyser	Antal analyser följs löpande	Internt register/Nitha	Kompetensgrupp Chefläkare
Allvarliga vårdskador och anmälningsskyldighet	Regelbunden avstämning och uppföljning var 3:e vecka	Chefläkargrupp Verksamhetschefer	Områdeschef Förvaltningsövergripande Chefläkare  Delårsrapport
Överbeläggningar av patienter och Utlokaliserade patienter	Antal följs dagligen per sjukhus inom somatisk och psykiatrisk slutenvård	SKL och Regionens datalager	Ledningsgrupper  Rapporter och analys
Patientsäkerhetsrond	1 gg/år	Verksamheter HS	Protokoll redovisas av verksamhetschef till chefläkare för uppföljning och dialog  Patientsäkerhetsberättelse



**Tabell 2:** Exempel på egenkontroller i olika verksamheter

<b>KVALITET</b>	<p>Kontroll av hyrläkare på verksamhetsnivå enligt rutin samt förtydligande av verksamhetens egenkontroll.</p> <p>Deltagande i medicinska kvalitetsregister.</p> <p>Uppföljning av diktateftersläpning och telefontillgänglighet.</p> <p>Återkoppling från informationsläkare på Läkemedelscentrum om verksamhetens medicinförskrivning.</p> <p>Granskning av samtliga akutlarm/hjärtstopp.</p> <p>Uppföljning av Senior Alert.</p> <p>Journalgranskning av diagnosgrupper.</p> <p>Daglig kontroll av medicinsk-teknisk utrustning.</p> <p>Uppföljning av återinläggningar i slutna somatisk vård.</p> <p>Uppföljning signering av journaler.</p>
<b>PATIENTSÄKERHET</b>	<p>Patientsäkerhetsronder och avvikelsehandläggarringar.</p> <p>Genomgång och kontroll av SVF-flöden.</p> <p>WHO:s checklista för säker operation.</p> <p>Riskklassificering på förlossning.</p> <p>Triagering på avdelning/mottagning av akuta patienter.</p> <p>MR-säkerhetsronder i samverkan mellan Röntgenkliniken och Sjukhusfysik.</p>

# Vårdgivarnas svar

på patienters synpunkter och klagomål

## **Vårdgivarnas svar**

på patienters synpunkter och klagomål

Per-Erik Fransson

Anita Söderlind

Sofia Wange

2020-12-16  
Dnr: 20PN1090-3

# Innehåll

<b>1.</b>	<b>Inledning och bakgrund.....</b>	<b>4</b>
1.1.	Begäran om svar på klagomål.....	4
1.1.1.	Vad ska ett svar innehålla?.....	5
1.1.2.	Har vårdgivaren lämnat ett tillräckligt svar? .....	6
<b>2.</b>	<b>Syfte.....</b>	<b>6</b>
<b>3.</b>	<b>Avgränsning.....</b>	<b>7</b>
<b>4.</b>	<b>Metod.....</b>	<b>7</b>
<b>5.</b>	<b>Resultatredovisning.....</b>	<b>8</b>
5.1.	Vilken typ av vård gäller klagomålet? .....	8
5.2.	Påminnelse att besvara klagomål.....	9
5.3.	Vem har skrivit svaret? .....	10
5.4.	Har svaret utformats så att det riktas till patienten eller till patientnämnden? .....	10
5.5.	Skriftligt svar, svar i telefonsamtal eller möte?.....	11
5.6.	Har Patientnämndens kansli bedömt att vårdgivarens svar är tillräckligt? .....	12
5.7.	Innehåller svaret någon förklaring till det som inträffat?.....	13
5.8.	Har vårdgivaren vidtagit någon åtgärd (förutom att besvara klagomålet)?.....	14
5.9.	Innehåller svaret en ursäkt eller beklagande? .....	17
5.10.	Tack för att du tog dig tid.....	17
<b>6.</b>	<b>Reflektioner.....</b>	<b>18</b>
<b>Bilaga 1</b>	<b>– Klagomål från enskild som besvaras via Patientnämnden (utdrag från Region Örebro läns intranät)</b>	
<b>Bilaga 2</b>	<b>– Checklista – Förekommer brister i vårdens svar?</b>	

# 1. Inledning och bakgrund

Patientnämnden tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående på hälso- och sjukvården och Folk tandvården i Region Örebro län, hälso- och sjukvård i länets kommuner samt privat hälso- och sjukvård som utförs enligt avtal med Region Örebro län eller länets kommuner.<sup>1</sup>

Patientnämnden har sedan 2015 gjort sammanställningar i rapportform av patientärenden. Dessa är baserade på synpunkter och klagomål på vården som har lämnats in till Patientnämndens kansli för handläggning. I slutet av varje kalenderår fattar patientnämnden beslut om verksamhetsplan för det kommande året för patientnämnden och Patientnämndens kansli. Som en del av verksamhetsplanen finns beskrivet vilka ämnen eller områden som kommande år ska granskas och presenteras i rapportform. Patientnämnden har gett Patientnämndens kansli i uppdrag att år 2020 i rapportform redogöra för vad vårdens svar på patienters synpunkter och klagomål innehåller.<sup>2</sup>

Ordet ”patient” kommer här efter att användas men avser både patient och närstående. Med ”klagomål” avses i det följande både klagomål och synpunkter.

## 1.1. Begäran om svar på klagomål

Patientnämndernas huvudsakliga uppgift är att på ett lämpligt sätt hjälpa patienter att föra fram klagomål till vårdgivare och att få klagomål besvarade av vårdgivaren.<sup>3</sup> Vårdgivaren är skyldig att bistå patientnämnden i den utsträckning som behövs för att nämnden ska kunna fullgöra sitt uppdrag.<sup>4</sup>

Vårdgivaren är också skyldig att snarast besvara patienternas klagomål och klagomålen ska besvaras på lämpligt sätt och med hänsyn till klagomålets art och den enskildes förmåga att tillgodogöra sig information.<sup>5</sup> Klagomål från barn bör hanteras extra skyndsamt eftersom barns tidsperspektiv ofta skiljer sig från vuxnas och att det är angeläget att barn snabbt får rätt stöd och vård.<sup>6</sup>

De klagomål som patienter lämnar till Patientnämndens kansli kan se väldigt olika ut, både sett till innehåll och form. En del är knapphändiga och andra mycket omfattande. Ibland gäller klagomålet en mycket specifik och avgränsad fråga, ibland berör klagomålet flera händelser och kontakt med hälso- och sjukvården under lång tid. Vid behov kan Patientnämndens kansli hjälpa patienter att strukturera eller formulera klagomålet innan det skickas till vårdgivaren för besvarande. Ju tydligare och mer konkret klagomålet är desto större förutsättning är det för vården att kunna besvara det på ett tydligt och konkret sätt.

<sup>1</sup> Patientnämnden i Region Örebro län har avtal med samtliga kommuner i länet om att ta emot klagomål som gäller hälso- och sjukvård i kommunerna.

<sup>2</sup> Verksamhetsplan med budget 2020 patientnämnden och Patientnämndens kansli (19PN1009), s. 9.

<sup>3</sup> 2 § lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.

<sup>4</sup> 8 d § patientsäkerhetslagen (2010:659).

<sup>5</sup> 3 kap. 8 b § patientsäkerhetslagen (2010:659).

<sup>6</sup> Prop. 2016/17:122 Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården, s. 31.



### 1.1.1. Vad ska ett svar innehålla?

Det finns information tillgänglig på Region Örebro läns intranät om sådant som ska beaktas när vårdgivaren besvarar ett klagomål.<sup>7</sup> Där framkommer bland annat vikten av att vårdgivaren i sin bedömning av hur klagomålet ska hanteras tar hänsyn till klagomålets art och till patientens förmåga att tillgodogöra sig informationen.

Vårdgivaren kan besvara klagomålet skriftligt eller muntligt. Vissa typer av klagomål hanteras bäst och enklast genom ett skriftligt svar, medan andra fordrar en telefonkontakt eller ett personligt möte.<sup>8</sup> Oavsett hur svaren lämnas ska de:

- Vara begripliga för patienten.<sup>9</sup>
- Innehålla en förklaring till det som har inträffat.<sup>10</sup>
- I förekommande fall innehålla en beskrivning av vilka åtgärder vårdgivaren har vidtagit eller avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen.<sup>11</sup>

Vårdgivarens utgångspunkt bör också vara att alla patientens frågor i samband med klagomålet ska besvaras, och inte endast frågor om det medicinska händelseförloppet.<sup>12</sup>

<sup>7</sup> Se bilaga 1.

<sup>8</sup> Prop. 2016/17:122 Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården, s. 85.

<sup>9</sup> Ibid.

<sup>10</sup> 8 b § patientsäkerhetslagen (2010:659).

<sup>11</sup> Ibid.

<sup>12</sup> Prop. 2016/17:122 Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården, s. 85.

När ett misstag har begåtts eller om ett agerande från vårdens sida har varit mindre lämpligt bör vårdgivaren även be om ursäkt.<sup>13</sup>

Det är också önskvärt att svaren är riktade till patienten, alltså den som har framfört klagomålet, snarare än till Patientnämndens kansli.

### 1.1.2. Har vårdgivaren lämnat ett tillräckligt svar?

Patientnämnden ska stödja patienterna så att de får *tillräckliga svar* från vårdgivarna på sina frågor och klagomål.<sup>14</sup> Med detta menas att om vårdgivaren inte svarar på patientens frågor eller formulerar ett svar som är svårt för patienten att förstå eller kan uppfattas som stötande, bör nämnden be vårdgivaren om kompletteringar.<sup>15</sup> Däremot ska Patientnämndens kansli inte bedöma innehållet i svaret i övrigt. Patientnämndens kansli ska till exempel inte bedöma om de förklaringar vårdgivaren lämnar är rimliga eller om svaren på patientens frågor är riktiga.

För bedömning av om ett svar är tillräckligt enligt ovan använder sig Patientnämndens kansli av en checklista<sup>16</sup> och det finns flera överväganden att göra. Är språket begripligt eller är det till exempel fyllt av medicinska termer? Är svaret skrivet med hänsyn tagen till patientens individuella behov och förutsättningar, till exempel att patienten är ett barn eller en person med begränsade kunskaper i svenska språket? Är samtliga delar av klagomålet och samtliga frågor besvarade?

Att ett svar bedöms vara tillräckligt innebär inte att det är tillfredsställande i alla avseenden. Det innebär bara att svaret uppfyller en lägsta godtagbar nivå när det gäller begriplighet, att vårdgivaren på något sätt bemöter samtliga av patienten framförda frågor och ger en förklaring till den eller de händelser klagomålet avser. Det omvända gäller också om ett svar bedöms vara otillräckligt. Ett i övrigt väl utformat svar kan behöva kompletteras för att svar saknas på någon viss fråga.

Om svaret bedöms vara otillräckligt kan Patientnämndens kansli, som nämnts ovan, begära en komplettering från vårdgivaren. Det sker i så fall efter samråd med patienten. Det är också så att även om Patientnämndens kansli har bedömt att ett svar är tillräckligt har patienten möjlighet att ställa följdfrågor till vårdgivaren.

## 2. Syfte

Det övergripande syftet med rapporten är att dess innehåll ska kunna utgöra ett bidrag till hälso- och sjukvårdens utvecklings- och kvalitetsarbete. Detta sker genom att rapporten presenteras för den politiska organisationen inom Region Örebro län genom patientnämnden. Det sker också genom att rapporten lämnas över till representanter för berörda vårdgivare med intentionen att rapporterna ska tillvaratas i deras kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

<sup>13</sup> Prop. 2016/17:122 Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården, s. 30.

<sup>14</sup> Prop. 2016/17:122 Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården, s. 32.

<sup>15</sup> Prop. 2016/17:122 Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården, s. 82.

<sup>16</sup> Se bilaga 2.

### 3. Avgränsning

Underlaget till rapporten utgörs av ärenden hos patientnämnden där begäran om svar har skickats till vårdgivaren. Rapporten avgränsas till att handla enbart om de svar som vårdgivare lämnat i dessa ärenden.

Rapporten avser ärenden som avslutades under perioden 1 januari 2020 till och med 12 maj 2020. Under den angivna perioden avslutades 184 ärenden som överensstämmer med den avgränsning som har beskrivits ovan. Det är alltså vårdgivarnas svar i dessa 184 ärenden som utgör underlaget för rapporten. Antalet unika patienter är sannolikt färre än antalet ärenden eftersom samma patient kan ha flera samtidigt pågående ärenden hos patientnämnden.

### 4. Metod

Patientnämndens kansli har granskat vårdgivarnas svar i de klagomålsärenden som ingår i underlaget till rapporten. Både de ursprungliga svaren och sammanfattningar som finns i samtliga ärenden, så kallade resuméer, har gått igenom. Vid denna genomgång av svaren har följande uppgifter noterats och sammanställts.

- Patientens ålder och kön.
- Vilken typ av vård gäller klagomålet, det vill säga varifrån kommer svaren?
- Har Patientnämndens kansli behövt skicka påminnelse till vårdgivaren innan klagomålet besvarades?
- Vilken befattning har den person som besvarat klagomålet?
- Har svaret utformats så att det riktas till patienten eller till patientnämnden?
- Har svaret lämnats i skriftlig form, genom telefonsamtal eller vid personligt möte?
- Har Patientnämndens kansli bedömt att svaret är ”tillräckligt”<sup>17</sup> och har begäran om svar på kompletterande frågor eller följdfrågor skickats till vårdgivaren?
- Innehåller svaret någon förklaring till det som inträffat?
- Framgår det av svaret att vårdgivaren har vidtagit några särskilda åtgärder med anledning av klagomålet?
- Har vårdgivaren bett patienten om ursäkt?
- Har vårdgivaren tackat för att patienten framfört klagomålet?

Sammanställningen av ovanstående uppgifter redovisas under rubriken 5 *Resultatredovisning* nedan.

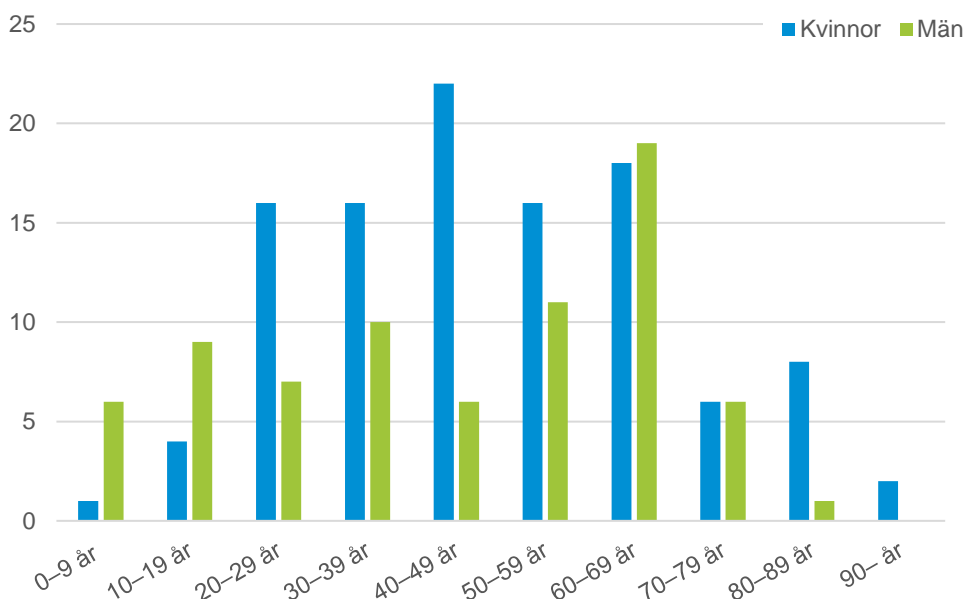
---

<sup>17</sup> Se rubriken 1.1.2 Har vårdgivaren lämnat ett tillräckligt svar?, s. 6.



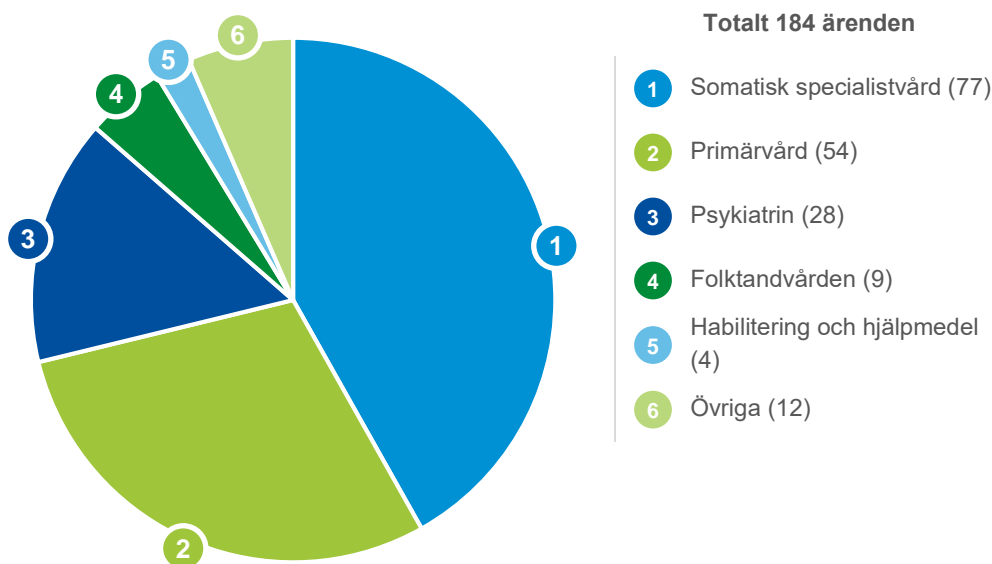
## 5. Resultatredovisning

Under denna rubrik redovisas sammanställda uppgifter från de 184 svar i klagomålsärenden som utgör underlaget till rapporten.



**Diagram 1.** Totalt ingår 184 ärenden i underlaget till rapporten. I 109 av dessa är patienten en kvinna och i 75 är patienten en man. Antalet unika patienter kan vara färre än antalet ärenden eftersom en patient kan ha flera ärenden hos patientnämnden.

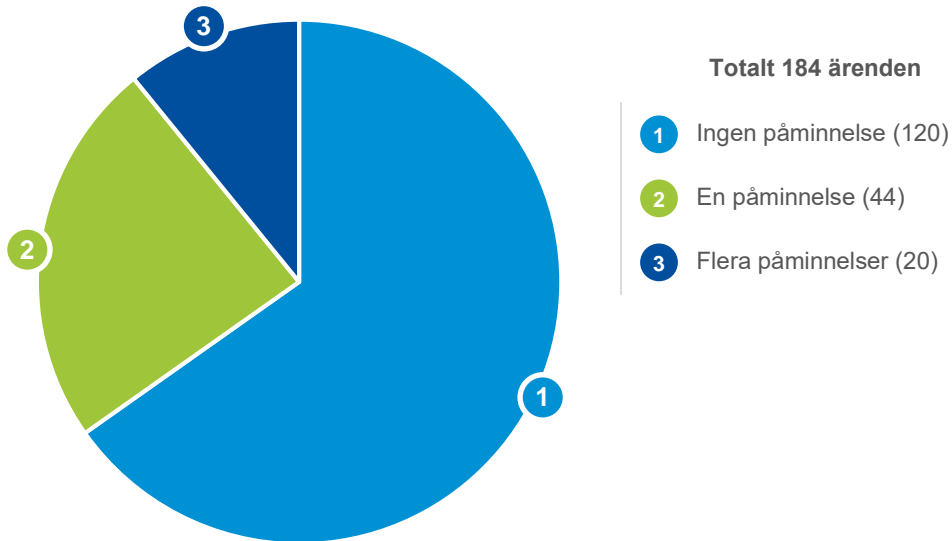
### 5.1. Vilken typ av vård gäller klagomålet?



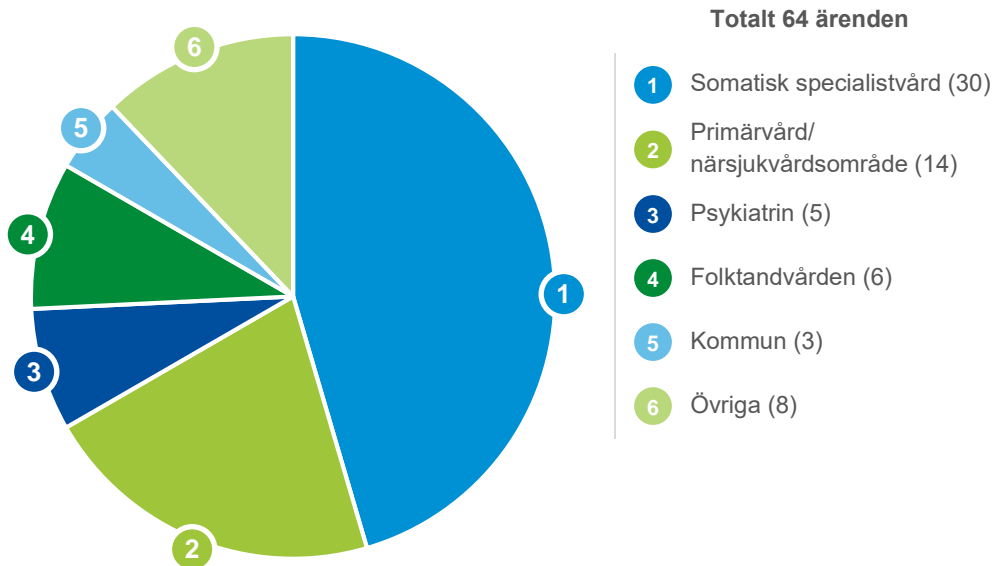
**Diagram 2.** Av de 54 svar som ingår i kategorin "Primärvård" ovan kommer 51 från vårdcentraler och tre från sjukvårdsrådgivningen 1177.

Av de 77 svar som lämnats av verksamheter tillhörande den somatiska specialistvården kommer 20 från kirurgiska kliniken och 16 från ortopediska kliniken. Av 28 svar från psykiatri kommer 19 från Allmänpsykiatrisk öppenvård. Kategorin "Övrigt" inkluderar sex svar från akutklinikerna, fyra svar från länets kommuner, ett svar från Sjukreseenheten och ett svar från Regional utveckling.

## 5.2. Påminnelse att besvara klagomål



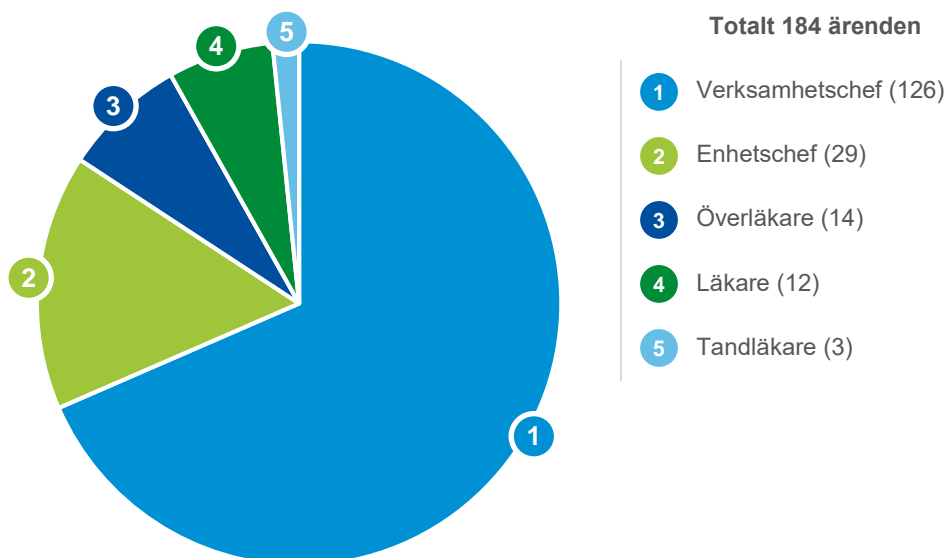
**Diagram 3.** Påminnelse till vården om att besvara patientens klagomål har skickats i 64 av 184 ärenden. I 20 ärenden har fler än en påminnelse skickats. Patienten får alltid information från Patientnämndens kansli om vårdgivarens svar är försenat samt information om att påminnelse har skickats.



**Diagram 4.** De områden som påminnelser skickats till fördelas enligt cirkeldiagrammet ovan. Bakom rubriken "Övriga" återfinns akutkliniker, dit två påminnelser skickats, och fyra verksamheter som vardera fått varsin påminnelse: SOS Alarm, Audiologiska kliniken, Serviceresor samt Tolkcentralen.

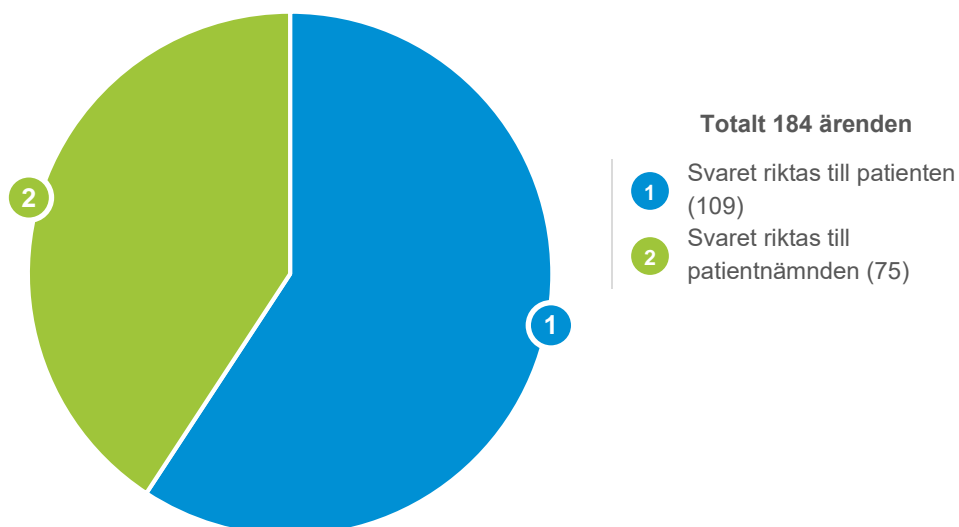
### 5.3. Vem har skrivit svaret?

Begäran om svar skickas alltid till verksamhetschefen för den eller de verksamheter klagomålet gäller. Verksamhetschefen kan välja att besvara själv eller delegera till någon annan.



**Diagram 5.** Med "verksamhetschef" avses även biträdande eller tillförordnad verksamhetschef. I 13 fall har verksamhetschefen skrivit svaret tillsammans med någon annan, till exempel den medicinskt ansvariga läkaren, en ST-läkare eller en överläkare. I kategorin "Läkare" är det medicinskt ansvarig läkare, en specialistläkare eller en ST-läkare som har lämnat svaret. I kategorin "Tandläkare" inkluderas ett fall där svar lämnats av cheftandläkare.

### 5.4. Har svaret utformats så att det riktas till patienten eller till patientnämnden?



**Diagram 6.** Det är patienten som framför klagomålet, även om det sker genom patientnämnden, och det är till patienten vårdgivarens svar bör riktas. Vid genomgång av samtliga svar som ingår i underlaget till rapporten kan det konstateras att en stor del (41 procent) är formulerade på ett sätt som gör att de riktar sig till patientnämnden snarare än till den som framfört klagomålet.

Exempel på formuleringar som förekommer i svar som riktas till patienten:

*”Bästa XX!  
Tack för dina synpunkter på vården framförda via Patientnämnden!”*

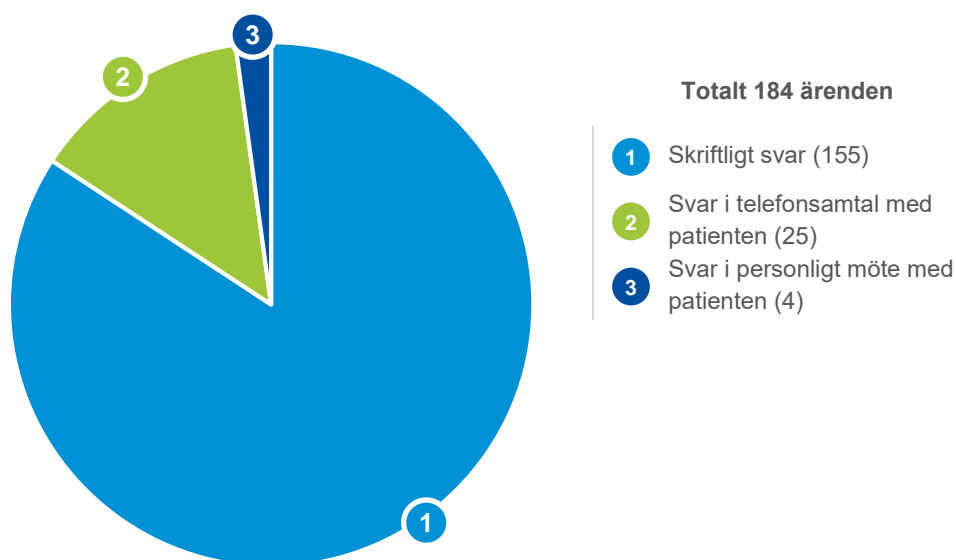
*”Hej!  
Jag har fått ditt klagomål via patientnämnden. Du har skrivit flera frågor du vill ha svar på: ...”*

Exempel på formuleringar som förekommer i svar som riktas till patientnämnden:

*”Angående XX  
Svar på anmälan till Patientnämnden.”*

*”Angående ert diarienummer 20PNXX  
Patientnämnden har 2020-00-00 begärt yttrande i ovanstående ärende avseende klagomål från patienten XX avseende ...”*

## 5.5. Skriftligt svar, svar i telefonsamtal eller möte?



**Diagram 7.** Visar andelen skriftliga svar, svar i telefonsamtal och svar i personligt möte.

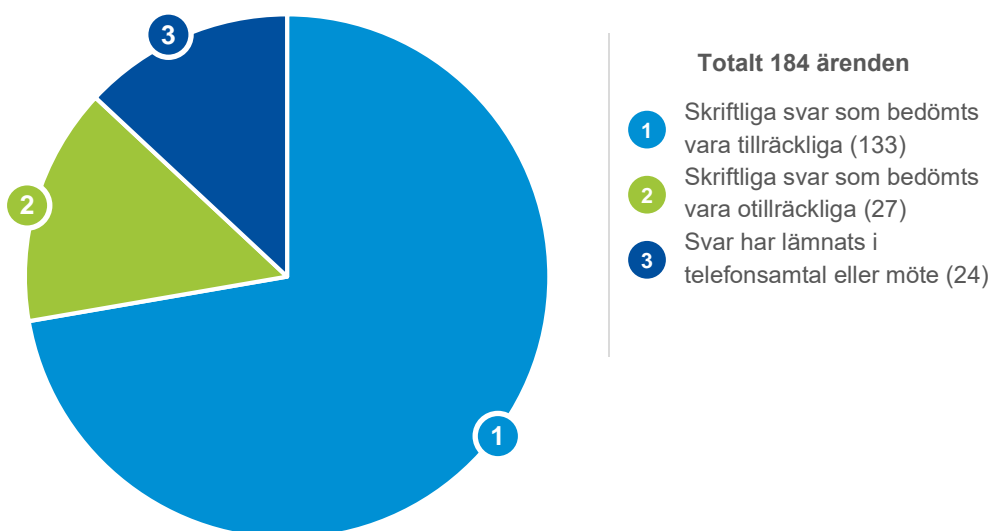
Vårdgivaren avgör själv om svar på patientens klagomål ska lämnas skriftligt eller genom ett telefonsamtal. Vårdgivaren kan också bjuda in patienten till ett möte för att gå igenom vad som hänt och lämna svar på de frågor som ställs. I de fall när svar lämnats via telefon eller vid ett möte ska vårdgivaren skicka ett skriftligt besked om detta till Patientnämndens kansli. Dessa besked ser mycket olika ut. Det kan vara allt från endast några korta meningar till en utförlig beskrivning av vad som sagts under telefonsamtalet eller mötet samt ingående förklaringar till den eller de händelser som klagomålet gäller.

*”Jag har kontaktat XX per telefon och rett ut de missförstånd som visar sig ha skett i samband med ett mottagningsbesök på xx-kliniken.”*

*”Undertecknad har gått igenom händelseförloppet och svarat på patientens frågor under mötet.”*

*”Vi går tillsammans igenom hennes nuvarande problematik vilken verkar vara ganska besvärande i nuläget. Vi går igenom hela händelseförloppet sedan skadan i [datum] på grund av en [diagnos]. På grund av kvarstående besvär en ny kontakt i [datum]. Då beställdes en CT som visade på artrosförändring...”*

## 5.6. Har Patientnämndens kansli bedömt att vårdgivarens svar är tillräckligt?



**Diagram 8.** Visar andelen svar som Patientnämndens kansli bedömt vara tillräckliga respektive otillräckliga.

Totalt har 25 svar lämnats genom telefonsamtal mellan vårdgivaren och patienten. I fem sådana fall har vårdgivaren också lämnat så pass omfattande skriftliga svar att Patientnämndens kansli har kunnat ta ställning till om svaren är tillräckliga, vilket de har bedömts vara. Dessa svar har sorterats in i kategorin ”Skriftliga svar som bedömts vara tillräckliga” i diagram 8 ovan.

Samtliga 27 svar som bedömts vara otillräckliga har det gemensamt att delar av klagomålen inte berörs i svaren eller att det saknas svar på en eller flera av de frågor patienterna ställt. Det förekommer också svar som innehåller en del medicinska termer och dessa kan vara svåra att förstå även om man av sammanhanget kan förstå, eller ana sig till, vad det handlar om. Svar med lite mer svårbegripliga medicinska termer/namn återfinns framför allt i gruppen av svar som riktas direkt till patientnämnden.<sup>18</sup>

<sup>18</sup> Se rubriken 5.4 Har svaret utformats så att det riktas till patienten eller till patientnämnden?, s. 16.

*”Angående XX.*

*Jag har gått igenom patientens journal och röntgenundersökningar. Patienten inkom således (datum) med en nackfraktur av typen proximal densfraktur i kombination med odislocerad skada i atlanto occipitalleden...”*

När svar lämnas genom telefonsamtal eller möte kan inte Patientnämndens kansli bedöma om svaret är tillräckligt eller inte, såvida inte vårdgivaren också inlämnar ett fullständigt skriftligt svar. Därför kontaktar Patientnämndens kansli alltid patienten när svar har lämnats på något av ovanstående sätt, för att höra efter hur patienten uppfattat samtalet eller mötet. Anser patienten att vårdgivaren inte har besvarat klagomålet tillräckligt i telefonsamtalet eller mötet kan Patientnämndens kansli begära att vårdgivaren lämnar en skriftlig komplettering.

## **5.7. Innehåller svaret någon förklaring till det som inträffat?**

Vårdgivarens svar ska innehålla en förklaring till det som har inträffat.<sup>19</sup> Någon form av förklaring av det som föranlett klagomålet ges också i nästintill samtliga svar som ingår i rapportunderlaget.

*”Bäste XX!*

*När det gäller din beskrivning att man frågade samma frågor vid två tillfällen kan det naturligtvis handla om bristande dokumentation och kommunikation men jag tror att det är vanligare att man som andra doktor snabbt frågar om en del av de frågor som ställts för att kunna bilda sig en förnyad uppfattning av patienten och patientens tillstånd. Vanligtvis skulle jag vilja säga att detta snarare är ett sätt att få en bättre kommunikation än ett tecken på en bristande dito. Vi ber naturligtvis om ursäkt om du uppfattat detta som något negativt.”*

Ibland är klagomålen av sådan art att det inte behövs eller kan ges någon förklaring. För att kunna ge en förklaring till det som inträffat krävs att klagomålet avser en eller flera inträffade händelser. Det kan istället vara en åtgärd som efterfrågas av patienten. Då kan svaret till exempel se ut enligt följande:

*”Vi kommer nu att kalla dig, brev har skickats, till sjuksköterska för provtagningar. Efter det kommer du att kallas till läkare för insättning av läkemedel...”*

Ett återkommande klagomål<sup>20</sup> handlar om att patienten nekas läkemedel som är beroendeframkallande och att berörda patienter känner sig misstänkliggjorda. Nedan följer ett exempel på hur vårdgivaren besvarar eller förklarar ett sådant klagomål.

<sup>19</sup> 8 b § patientsäkerhetslagen (2010:659).

<sup>20</sup> Patientnämndens rapport Synpunkter och klagomål som avser läkemedel, beteckning 20PN415.

”Hej XX!

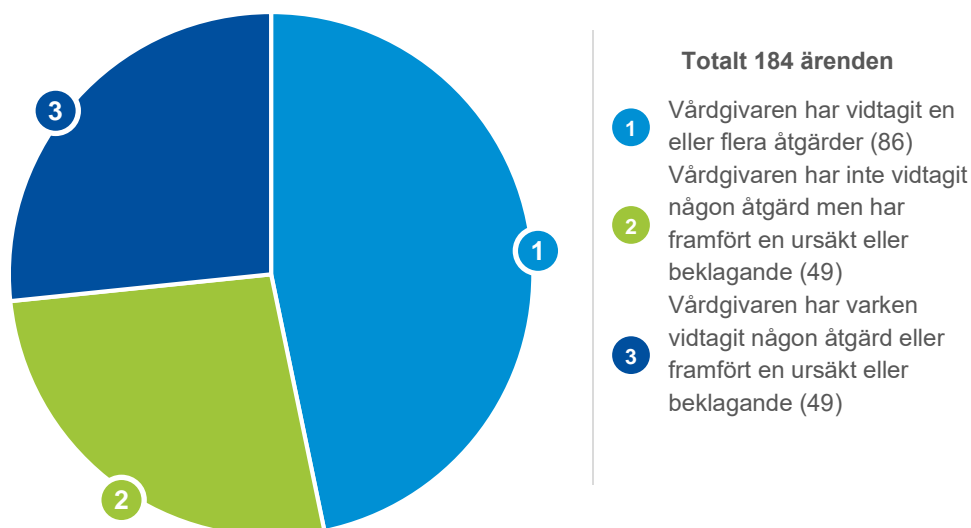
*Det finns säkerställd forskning som visar att patienter som en gång haft ett missbruk av något slag, och oavsett hur länge man har varit helt ’ren’, så har man en ökad risk att falla in i ett nytt beroende. Detta gäller även vid mycket låga doser av det beroendeframkallande läkemedlet. Därför råder stor försiktighet vid förskrivning av beroendeframkallande läkemedel, vilket jag tror gör att du tycker att vi behandlar dig som en misstänkt missbrukare. Jag beklagar om du upplever det på det viset.”*

Av många svar framgår hur den som besvarat klagomålet har gått tillväga.

*”För att bemöta dina frågor och synpunkter har jag tagit del av din patientjournal och varit i kontakt med aktuell mottagning.”*

Vissa svar är väldigt omfattande, förklarar i kronologisk ordning vad som har hänt och varför. Andra ger en mer kortfattad förklaring av varför det blev som det blev.

## 5.8. Har vårdgivaren vidtagit någon åtgärd (förutom att besvara klagomålet)?



**Diagram 9.** Visar andelen svar i vilka vårdgivarna har beskrivit att en eller flera åtgärder vidtagits.

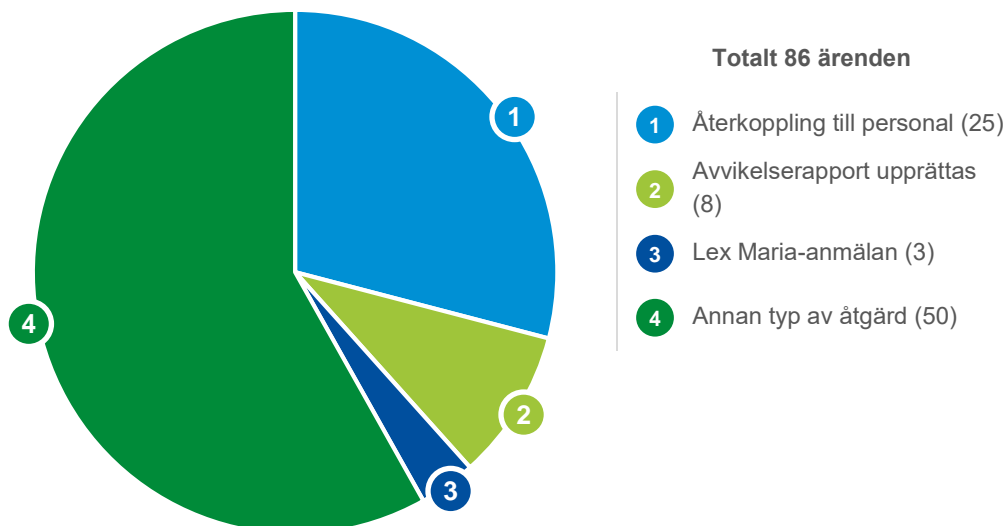
Enligt en rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys är det vanligaste syftet när patienter framför klagomål att inte fler ska råka ut för samma sak.<sup>21</sup> Patienterna är alltså angelägna om att vårdgivarna vidtar åtgärder för att det som har hänt inte ska upprepas. Det kan finnas anledning att vidta åtgärder både ”... när vårdgivaren begått ett misstag eller handlat felaktigt, och i situationer där patientens

<sup>21</sup> Vårdanalys, 2015. Patientlagen i praktiken – en baslinjemätning, s.143.

upplevelse och synpunkter kan ge skäl till förändringar utan att något formellt fel har begåtts”.<sup>22</sup>

Det är vårdgivaren själv som avgör om några särskilda åtgärder ska vidtas med anledning av ett klagomål (utöver att besvara klagomålet). I förekommande fall ska dock vårdgivaren beskriva vilka åtgärder som har vidtagits eller som kommer att vidtas för att en liknande händelse inte ska inträffa igen.<sup>23</sup>

*”Hej och tack för dina synpunkter, det hjälper oss att bli bättre. Vår rutin är att vi alltid lyfter klagomål på vår arbetsplatsträff som vi har för personalen en gång i månaden. Ibland leder det också till en egen intern, eller extern, avvikelserapportering.”*



**Diagram 10.** Visar olika typer av åtgärder som vårdgivarna vidtagit.

Den vanligaste åtgärden är att verksamhetschefen tar upp patientens klagomål i samtal med berörd personal. Det förekommer också att klagomålet återkopplas till en hel personalgrupp.

*”Återkoppling kommer att ske i lärande syfte till den läkaren som undersökte dig.”*

*”I personalmöten kommer denna händelse att lyftas fram som exempel för att påtala vikten av snabbt, empatiskt och kommunikativt omhändertagande av barn och deras föräldrar. Att så långt det är möjligt avsätta personal som kan kvarvara vid patientens/vårdnadshavarens sida för att lugna och förklara.”*

<sup>22</sup> Prop. 2016/17:122 Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården, s. 86.

<sup>23</sup> 8 b § patientsäkerhetslagen (2010:659).



Av åtta svar framgår att en avvikelserapport har upprättats rörande det som klagomålet gäller.

*”Med anledning av dina synpunkter har jag skrivit en så kallad avvikelse vad beträffar ditt ärende och jag gör i dagarna en så kallad internutredning av ärendet för att tydligt lyfta upp de punkter där vi borde kunna ha handlagt dig snabbare och bättre.”*

I två fall har vårdgivaren redan gjort en Lex Maria-anmälan och i ett av dessa fall framgår att berörd läkare har fått lämna sin tjänst. I ytterligare ett fall har vårdgivaren meddelat att en Lex Maria-anmälan kommer att göras.

*”Med anledning av ditt ärende kommer en utredning att göras med utgångspunkt från vårdcentral respektive från xx-kliniken här på USÖ. Resultatet av denna kommer att ligga till grund för en eventuell så kallad Lex Maria anmälan. Du kommer i efterhand att få information om hur ditt ärende bedömts.”*

Kategorin ”Annan typ av åtgärd” i diagram 10 ovan inkluderar till exempel att patienten fått remiss till specialistvård, fått tid för läkarbesök/uppföljning/förnyad bedömning, fått beviljat en second opinion, fått medicin utsatt/insatt, blivit kallad till provtagning, fått erbjudande om kuratorshjälp att fylla i blankett till Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF), fått besked om att hen prioriteras för operation, fått återbetalning av patientavgift samt fått notering i journal om patientens avvikande mening.

*”När det gäller ersättning för den fortsatta sveda och värk som du drabbades av kan man ta kontakt med LÖF Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag för att eventuellt få en ersättning för denna. Kurator på mottagningen kan också hjälpa till med denna skrivelse.”*

*”Vi har uppmärksammat och tillgodosett önskemål om att byta behandlare framledes.”*

*”Vid genomgång av patientens journal ser jag att det var planerat med en uppföljning hos XX, men jag kan inte se i journalen att denna har kommit till stånd. Jag bokar därför en telefonuppföljning till XX, så kan man i samband med detta gå igenom röntgenmaterial och diskutera utifrån de besvär som patienten nu har.”*

Det kan också hända att ett svar från vårdgivaren avslutas på detta sätt:

*”Du har som patient rätt att välja en annan vårdgivare inom ramen för det fria vårdvalet.”*

## 5.9. Innehåller svaret en ursäkt eller beklagande?

Någon form av ursäkt eller beklagande framförs i 98 av de 184 svaren som utgör underlag till rapporten, alltså i lite drygt 53 procent av fallen. I en del fall innefattar ursäkten eller beklagandet ett medgivande från vårdgivarens sida, att patienten har fog för sitt klagomål.

*”Jag vill verkligen beklaga det bemötande du upplevde från vår xx i din telefonkontakt med oss. Bemötandet är inte acceptabelt...”*

*”Jag beklagar än en gång att man inte kommit rätt vid den första undersökningen men är naturligtvis också glad att man kommit fram till rätt diagnos vid en senare undersökning och att du också får behandling för din xx.”*

I vissa fall gäller beklagandet patientens upplevelse, även om vårdgivaren inte nödvändigtvis delar patientens uppfattning.

*”Det är beklagligt att du inte är nöjd med beslutet från oss.”*

*”Beklagar att din upplevelse av xx inte motsvarar dina förväntningar.”*  
*”Vi beklagar att vi inte lyckats att uppfylla dina krav angående vård som erbjudits.”*

*”Sammanfattningsvis beklagar jag patientens negativa upplevelse av vården men efter att ha granskat journalen, röntgenbilder och diskuterat med xx-specialist ännu en gång för säkerhets skull kan vi inte se att något fel begåtts eller att något skulle ha gjorts annorlunda med avseende på den behandling och de kontroller och återbesök som utförts.”*

## 5.10. Tack för att du tog dig tid

Det är inget krav att vårdgivaren ska uttrycka tacksamhet i sitt svar för att patienten har framfört sitt klagomål. Vid genomgång av underlaget till den här rapporten kan det dock konstateras att det inte sällan förekommer. Vårdgivaren tackar patienten för att hen hört av sig. Det förklaras även i flera av svaren att patientens synpunkter och klagomål är värdefulla för vården i arbetet med patientsäkerhet och förbättringar. Totalt har någon form av tack framförts i 47 av svaren, alltså i drygt en fjärdedel.

*”Tack för att du tagit dig tid att skriva och framföra dina åsikter. För mig som verksamhetschef är det viktigt att ta del av hur du som patient upplevt ditt besök hos oss.”*

*”Vi vill först tacka dig för att du hört av dig. Det är väsentligt för vår verksamhet att vi kontinuerligt och kritiskt granskar det vi gör i syfte att hela tiden förbättra vår verksamhet vad gäller såväl medicinskt omhändertagande som bemötande.”*



*”Det tar ödmjukhet att ställa en fråga om dina prestationer,  
och ännu mer ödmjukhet att överväga svaret.”*

(Okänd tänkare)

## 6. Reflektioner

Patientnämndens kansli begär svar på klagomål från vårdgivare för patientens räkning, och det är patientens klagomål som skickas till vården. Patientnämndens kansli bevakar att vårdgivaren lämnar ett svar och att svaret är tillräckligt. Det är önskvärt att samtliga svar är ställda till patienten, eftersom klagomålet är patientens. Vården tycks däremot ibland ha den felaktiga uppfattningen att Patientnämndens kansli har ett utredande uppdrag, eftersom svar relativt ofta är ställda till Patientnämndens kansli och inte till patienten. I resultatdelen kan vi se att i 75 av de 184 svaren är svaret ställt till patientnämnden.

Vårdgivaren ska besvara ett klagomål inom fyra veckor. Om det inte sker skickar Patientnämndens kansli en eller flera påminnelser, till dess att svar lämnas. Det förekommer att vårdgivaren självmant hör av sig till Patientnämndens kansli om att svaret blir försenat men i de flesta fallen sker det inte. Ambitionen måste naturligtvis vara att alla klagomål besvaras i rätt tid. Om dröjsmål ändå uppstår vore mycket vunnit om vårdgivarna på eget initiativ meddelade Patientnämndens kansli och angav orsak till förseningen. Dels skulle det innebära mindre arbete för samtliga inblandade, dels skulle det innebära bättre förutsättningar för Patientnämndens kansli att hålla patienten informerad.

Den pågående coronapandemin kan vara en förklaring till att vissa svar i underlaget till rapporten har försenats. Det skulle möjligen också kunna förklara att endast fyra svar lämnats i fysiska möten mellan representanter för vårdgivaren och patienten.

Delar av hälso- och sjukvården har varit mycket ansträngda under våren 2020 och fysiska möten har begränsats på grund av smittorisken.

Det ökar sannolikt patienternas förtroende för vården om deras klagomål hanteras på ett bra sätt och besvaras i alla delar. Antagligen gör det också patienterna mindre benägna att gå vidare med sina klagomål till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Om det finns frågor eller delar av ett klagomål som vårdgivaren inte anser sig kunna besvara är det bättre att vårdgivaren klart uttrycker det i sitt svar än att frågorna eller delarna av klagomålet lämnas helt obesvarade. Det är oftast i de sistnämnda fallen, när vårdgivaren utelämnar delar av klagomålet i sitt svar, som patienterna önskar kompletterande svar.

Efter genomgång av underlaget till rapporten kan det konstateras att den bedömning Patientnämndens kansli gör av lämnade svar i någon mån är subjektiv och påverkas av vilken handläggare som gjort bedömningen. En handläggares egen bakgrundskunskap när det gäller det medicinska språket kan till exempel innebära en mer generös inställning till vad som kan tänkas vara begripligt för patienten.

Det har inte framkommit några iögonfallande skillnader mellan vårdens svar till kvinnor respektive till män. Det enda som kan vara värt att notera är att i de fyra ärenden där svar lämnats av vårdgivaren i möte med patienten är alla fyra patienterna kvinnor.

I rapportunderlaget förekommer endast fyra kommuner till vilka begäran om svar på klagomål skickats. I tre av dessa har Patientnämndens kansli behövt skicka en eller flera påminnelser innan klagomålet har besvarats. Förklaringen till detta kan vara att det är ytterst sällan, om än alls, som en verksamhetschef eller enhetschef inom kommunal hälso- och sjukvård behöver besvara patienters klagomål efter begäran från Patientnämndens kansli. Dessa chefer får därför inte någon vana att besvara klagomål som kommer genom Patientnämndens kansli.

Ibland är det inte lätt för vårdgivaren att skriva ett bra svar eftersom patientens klagomål kanske är knapphändig eller ostrukturerat. Vissa klagomål som lämnas in är också mycket omfattande. I dessa fall kan det vara bättre att vårdgivaren har ett möte med patienten för samtal om det som hänt. När Patientnämndens kansli får in otydliga skrivelser försöker ansvarig handläggare att få fram de konkreta synpunkterna eller frågorna. Detta sker i samråd med patienten. De konkreta synpunkterna eller frågorna kan då preciseras i följebrevet när begäran om svar skickas till vårdgivaren. Risken med detta förfarande är dock att den som ska svara bara tittar på följebrevet från Patientnämndens kansli och inte på det övriga som patienten skriver. Det är alltså viktigt att hela skrivelsen läses igenom och besvaras/bemöts.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys undersökte år 2015 vad patienterna ville uppnå genom sina klagomål på vården.<sup>24</sup> Av de tillfrågade svarade 21 procent att de ville få en ursäkt. För ganska många patienter som framför klagomål på hälso- och sjukvården är det alltså viktigt att få en ursäkt. Det är inte säkert att vårdgivaren har gjort något fel, men ett beklagande av att patienten upplevt mötet som negativt kan ändå vara på sin plats. I drygt 53 procent av de svar som utgör underlag till denna rapport har en ursäkt lämnats. Det är positivt att vårdgivarna i så många fall lämnar ett beklagande, en ursäkt, och kanske finns det utrymme för ännu fler att göra det.

Dåligt förtroende för vården kan leda till att patienten undviker att söka vård, byter läkare, kräver förnyad medicinsk bedömning och har en mindre tilltro till vårdens bedömning. Dåligt förtroende leder också till att patienten kan få en sämre följsamhet till behandlingen. Detta kan leda till högre hälsorelaterade kostnader för samhället. Det visar sig också att de patienter som har lågt förtroende till vården oftare lämnar in klagomål.<sup>25</sup> Vår reflektion kring detta är att det inte är orimligt att förtroendet även påverkas av hur vården behandlar patientens klagomål. Kanske förbättras förtroendet om patienten upplever att vården är intresserad av klagomålet och att vården tar klagomålet på allvar.

---

<sup>24</sup> Vårdanalys, 2015, Patientlagen i praktiken – en baslinjemätning, s. 152.

<sup>25</sup> Vårdanalys, 2018, Förnuft och känsla-Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården, sid 46-49.

*Nedan följer ett utdrag från Region Örebro läns intranät (<http://intra.orebroll.se/riktlinjer--rutiner/vard-och-tandvard/patientsakerhet/klagomal-fran-enskild-som-besvaras-via-patientnamnden/>).*

## **Klagomål från enskild som besvaras via Patientnämnden**

Information till verksamhetschefer och andra som ansvarar för att besvara klagomål.

Vi vill genom denna information göra er uppmärksamma på sådant som är bra att ha i åtanke när man besvarar ett klagomål som patienter eller närstående framfört genom Patientnämndens kansli.

### **Besvara klagomålet skriftligt eller muntligt**

Klagomål som framförs genom Patientnämndens kansli kan besvaras skriftligen eller muntligen. Skriftliga svar skickas till Patientnämndens kansli (som vidarebefordrar svaret till patienten eller den närstående). Muntliga svar lämnas direkt till patienten eller den närstående, i telefonkontakt eller vid personligt möte. I sådana fall ska Patientnämndens kansli underrättas om hur klagomålet har besvarats samt, i förekommande fall, vilka åtgärder som vidtagits med anledning av klagomålet.

På vilket sätt klagomålet lämpligen besvaras måste avgöras från fall till fall av den som har ansvaret att besvara klagomålet. Vid bedömningen av hur klagomålet ska besvaras bör hänsyn tas både till klagomålets art och till patientens eller den närståendes förmåga att tillgodogöra sig informationen. Vissa typer av klagomål hanteras bäst och enklast genom ett skriftligt svar, medan andra fordrar en telefonkontakt eller ett personligt möte.

### **Vad ska ett svar innehålla?**

*Förklara det som har hänt och besvara alla frågor*

Grundläggande är att ett svar ska innehålla en förklaring till vad som har inträffat och det är viktigt att förklaringen ges på sådant sätt att patienten eller den närstående förstår och kan ta till sig informationen.

Utgångspunkten är att alla patientens frågor och synpunkter ska besvaras, och inte endast frågor om det medicinska händelseförloppet. Om en särskild fråga eller synpunkt inte kan besvaras bör det förklaras.

*Vilka åtgärder vidtas?*

När det är möjligt bör svaret innehålla en beskrivning av vilka åtgärder som har vidtagits eller som kommer att vidtas för att en liknande händelse inte ska inträffa igen. Detta gäller både när vårdgivaren begått ett misstag eller handlat felaktigt, och i situationer där patientens upplevelse och synpunkter kan ge skäl till förändringar utan att något formellt fel har begåtts.

*Be om ursäkt när det är befogat*

När ett misstag har begåtts eller om ett agerande från vårdens sida har varit mindre lämpligt bör svaret innehålla en ursäkt.

*Svara den som klagat*

Ett skriftligt svar ska vara adresserat till Patientnämndens kansli men formulerat så att det är riktat till den som klagat, alltså patienten eller närstående.

*Formalia*

Uppge ärendebeteckning hos Patientnämndens kansli samt patientens namn och personnummer i skriftliga svar.

### **Sekretess**

Sekretess gäller mellan Patientnämndens kansli och hälso-och sjukvården. Det innebär bland annat att Patientnämndens kansli

- inte har tillgång till några journaler
- bara överlämnar klagomål till hälso -och sjukvården för besvarande om patienten har lämnat sitt samtycke.

### **Komplettering av bristfälliga svar**

En ny uppgift för Patientnämndens kansli är att, på eget initiativ, begära kompletteringar om hälso -och sjukvården lämnar bristfälliga svar. Det kan exempelvis röra sig om att svaret inte berör samtliga patientens frågor och synpunkter eller att svaret är formulerat på ett sätt som kan vara svårt att förstå eller uppfattas som stötande (se rubriken "Vad ska ett svar innehålla?" ovan).

Det kan också förekomma att Patientnämndens kansli begär kompletterande svar även om det inte förekommer några brister. Detta kan ske när patienten har följdfrågor med anledning av det ursprungliga svaret.

Observera att Patientnämndens kansli inte gör någon egen bedömning av det klagomålet avser. Patientnämndens kansli tar alltså inte ställning till om fel har begåtts av vårdgivare eller hälso -och sjukvårdspersonal.

### **Inom vilken tid ska svar lämnas?**

Svar ska lämnas snarast och senast inom fyra veckor (från det datum Patientnämndens kansli begärde svar). Klagomål från barn bör hanteras extra skyndsamt eftersom barns tidsperspektiv ofta skiljer sig från vuxnas.

**Checklista – Förekommer brister i vårdens svar?**

1.	Har patientens samtliga frågor eller klagomål besvarats och ger svaret en förklaring till det som hänt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Om "nej", vad behöver kompletteras? _____
2.	Har svaret utformats på ett sådant sätt att patienten kan antas förstå och ta till sig informationen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Om "nej", på vilket sätt kan det antas vara svårt att förstå svaret eller ta till sig informationen? _____
3.	Har hänsyn tagits till att det är ett barn som framfört klagomålet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej aktuellt
	Om "nej", på vilket sätt har hänsyn inte tagits till att det är ett barn som framfört klagomålet? _____



## Region Örebro län och länets kommuner i samverkan



**Postadress** Patientnämnden, Box 1613, 701 16 Örebro

**Besöksadress** Landbotorpsallén 25 A, Örebro

**Telefon** 019-602 27 60

[www.regionorebrolan.se/patientnamnden](http://www.regionorebrolan.se/patientnamnden)

# 5

## Förändrat hyresåtagande på grund av ombyggnation av Folktandvården Adolfsberg, Örebro 20RS622

Tjänsteställe, handläggare  
Staben Hälso- och sjukvård, Ted Rylander

Sammanträdesdatum  
2021-03-24

**FöredragningsPM**  
Dnr: 20RS622

Organ  
**Folk tandvårdsnämnden**

## **Förändrat hyresåtagande på grund av ombyggnation av Folk tandvården Adolfsberg, Örebro**

### **Förslag till beslut**

Folk tandvårdsnämnden beslutar

att godkänna ny hyreskostnad på maximalt 1 500 tkr/år för renoverad och uppdaterad Folk tandvårdsklinik i Adolfsberg, Örebro

### **Sammanfattning**

Folk tandvårdens klinik i Adolfsberg är i behov av ombyggnation för att tillskapa verksamhetsanpassade lokaler som möter dagens krav. Följden blir en ny hyreskostnad på maximalt 1 500 tkr/år för renoverad och uppdaterad klinik. Förslaget blir då en hyreskostnad på cirka 2 500 kronor/kvadratmeter/år.

### **Ärendebeskrivning**

Ny hyreskostnad kommer gälla för Folk tandvårdens klinik i Adolfsberg. Kliniken är från 1980-talet och behovet är stort av att förbättra funktionsflöden och öka yteffektiviteten. I projektet ingår även en viss uppdatering av ytskikt i entré till vårdcentralen samt korridorer, soprum och varumottagningen. Samtidigt renoveras förråd och städcentral. Ytskikt i kommunikationsutrymmen byts ut. Ombyggnationen gäller även förändring och förbättring av varumottagnings och soprumsinlastningsflöden samt förvaring för alla verksamheter i fastigheten.

11 februari 2020 beslutade folk tandvårdsnämnden att godkänna ny hyreskostnad upp till maximalt 2 100 kronor/kvadratmeter/år för renoverad och uppdaterad Folk tandvårdsklinik i Adolfsberg, Örebro. Sedan dess har folk tandvården i samråd med fastighetsförvaltningsavdelningen arbetat med kostnadsfrågan. Det visar sig i nuläget inte möjligt att gå vidare med upphandlingen utifrån detta beslut.

Hela projektet är kostnadsberäknat till drygt 23 miljoner kronor. Folk tandvårdens lokaler på 575 kvadratmeter omfattar den största delen och där finns det beslut i regionfullmäktige om 18 695 tkr. Efter ränta och avskrivningar innebär detta beslut för

Tjänsteställe, handläggare  
Staben Hälso- och sjukvård, Ted Rylander

Sammanträdesdatum  
2021-03-24

**FöredragningsPM**  
Dnr: 20RS622

folktandvården att dagens årshyra på cirka 790 tkr går upp med ytterligare ca 960 tkr vilket ger en total hyra på drygt 1,5 miljoner vilket i sin tur ger en hyreskostnad på cirka 2 500 kr/kvadratmeter/år, att jämföra med folktandvårdsnämndens beslut om maximalt 2 100 kr. Enligt gällande regional hyresmodell måste alla fastighetsprojekt gå med plus minus noll, eventuell vinst går tillbaka in i regionens verksamhet. I detta fall innebär det att folktandvårdsnämnden efter det övergripande beslutet i regionfullmäktige får bära en högre kostnad, därav detta nya beslut om att godkänna ny hyreskostnad på maximalt 1 500 tkr/år, det vill säga cirka 2 500 tkr/kvm/år, för renoverad och uppdaterad Folktandvårdsklinik i Adolfsberg, Örebro.

### **Bedömning**

Ombyggnationen är nödvändig för att tillskapa verksamhetsanpassade lokaler som möter dagens krav för Folktandvårdens klinik i Adolfsberg.

### **Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven**

Beslutet väntas innebära förbättrat bemötande för barn som besöker Folktandvårdens klinik ur konsekvenser för barnperspektivet. I planering och projektering har det tagits hänsyn till den nya barnkonventionen som blir lag i januari 2020. Beslutet väntas inte innebära konsekvenser för miljö- respektive jämställdhetsperspektiv.

### **Ekonomiska konsekvenser**

Byggnadsinvesteringen som är beslutad i regionfullmäktige uppgår för folktandvården till cirka 18,7 miljoner kronor och servicenämnden har tagit beslut om att genomföra byggnadsprojektet. Enligt beslut i folktandvårdsnämnden 2020-02-11 ska den nya hyresnivån maximalt vara 2 100 kronor per kvadratmeter och år. Då den totala årshyran nu efter ombyggnation hamnar på cirka 1 500 tkr blir hyresnivån per kvadratmeter och år cirka 2 500 kr, därav det nya beslutet.

### **Beslutsunderlag**

FöredragningsPM folktandvårdsnämnden 2021-03-24

Ola Fernberg  
Tandvårdsdirektör

### **Skickas till:**

Servicenämnden  
Folktandvården, Christer Ohlsson  
Regionservice Fastigheter, Olof Schnürer  
Fastighetsförvaltaren

6

Tilldelningsbeslut för  
upphandling av tandtekniska  
tjänster

20RS7079

Tjänsteställe, handläggare  
Upphandlingsavdelning, Anna Ostonen

Sammanträdesdatum  
2021-03-24

**FöredragningsPM**  
Dnr: 20RS7079

Organ  
**Folktandvårdsnämnden**

## **Tilldelningsbeslut för upphandling av tandtekniska tjänster**

### **Förslag till beslut**

Folktandvårdsnämnden beslutar

a t t anta X som leverantörer för tandtekniska tjänster

a t t paragrafen förklaras omedelbart justerad.

### **Sammanfattning**

Region Örebro län har genomfört en upphandling av tandtekniska tjänster. Avtalstiden för upphandlingskontraktet är 2021-06-01 – 2023-05-31, med ensidig option för Region att besluta om förlängning med sammanlagt 24 månader.

Det totala värdet för ingående tjänster i denna upphandling beräknas uppgå till 60 miljoner kronor för hela avtalsperioden.

### **Ärendebeskrivning**

Tilldelningsbeslut för upphandlingen av tandtekniska tjänster omfattar tre anbudsområden: avtagbar protetik, fast tandstödd protetik och implantatstödd protetik. Upphandlingen avser såväl tillverkning av specialanpassade produkter som de tjänster från det tandtekniska laboratoriet som krävs för fullgod kvalitet och säkerhet.

Enligt Läkemedelsverkets författningsförsamling är tandtekniska produkter medicintekniska produkter och ska således uppfylla den medicintekniska lagstiftningen, vilket kraven i upphandlingen har utgått ifrån.

I upphandlingen används utvärderingsmodellen bäst pris och varje anbudsområde utvärderas separat. Volymen per position multipliceras med anbudspriset och räknas samman till en total anbudssumma för anbudsområdet. De 15 anbudsgivare med lägst pris per anbudsområde tilldelas. Fördelningen av volymer mellan de antagna

Tjänsteställe, handläggare  
Upphandlingsavdelning, Anna Ostonen

Sammanträdesdatum  
2021-03-24

**FöredragningsPM**  
Dnr: 20RS7079

leverantörerna styrs av det faktiska behovet hos patienten och/eller vårdgivare och val görs utifrån varje enskild patients behov.

Sista dag för att lämna anbud var 2021-02-28.

### **Beredning**

Upphandlingen initierades i Folk tandvårdsnämnden 2020-10-02

### **Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven**

Region Örebro län ställer krav på leverantörerna att följa den nationellt framtagna Uppförandekoden när det gäller sociala- och etiska krav.

Krav har ställts på att anbudsgivaren ska bedriva ett systematiskt miljöarbete inom företaget samt krav på kandidatförteckning av information om särskild farliga ämnen ska beskrivas.

Inga konsekvenser bedöms beröra specifikt barn- eller jämställdhetsperspektiven, däremot ställs det krav på leverantörerna att vid utförande av uppdrag åt Regionens räkning alltid ta barnperspektivet i beaktning.

### **Ekonomiska konsekvenser**

Kompletteras efter anbudsöppning.

### **Beslutsunderlag**

FöredragningsPM folktandvårdsnämnden 2021-03-24  
Tilldelningsbeslut Tandtekniska tjänster 20RS7079  
Individuell rapport Tandtekniska tjänster 20RS7079

Ola Fernberg  
Tandvårdsdirektör

### **Skickas till:**

Markus Liljenroth  
Anna Ostonen

# 7

Tilldelningsbeslut MT 2020-  
0079B för upphandling av  
ramavtal för dental unit till  
Folktandvården.

20RS11828



Tjänsteställe, handläggare  
Medicinsk teknik ProjektledningAvdelning Projektledning,  
Jenny Thor

Sammanträdesdatum  
2021-03-24

**FöredragningsPM**  
Dnr: 20RS11828

Organ  
**Folk tandvårdsnämnden**

## **Tilldelningsbeslut MT 2020-0079B för upphandling av ramavtal för dental unit till Folk tandvården.**

### **Förslag till beslut**

Folk tandvårdsnämnden beslutar

att tilldela xx, organisationsnummer xx som leverantör av dental unit till Folk tandvården, samt

att paragrafen förklaras omedelbart justerad.

### **Sammanfattning**

Denna upphandling avser ramavtal för dental unit för leverans till Folk tandvården.

Upphandlingen omfattar även option för demontering och uttransport av befintlig utrustning, option på extra klinisk utbildning samt option på serviceavtal efter garantitiden.

xx anbud lämnades som uppfyller samtliga obligatoriska krav.

Upphandlingen annonserades 2020-11-23.

### **Ärendebeskrivning**

Tilldelningen avser komplett dental unit. Uniten är tandläkarens/ tandsköterskans/ tandhygienistens kompletta arbetsplats och inkluderar stol, brygga, operationslampa samt röntgen och ska kunna levereras till regionens samtliga folk tandvårdskliniker. Utrustningar kommer succesivt efter behov att bytas under avtalsperioden och dimensionerande i det annonserade förfrågningsunderlaget var byte av upp till 20 stycken unitar per år. Avtalets giltighetstid är två år med möjlighet att förlänga ytterligare två år.

I upphandlingen ingår även option för demontering och uttransport av befintlig

Tjänsteställe, handläggare  
Medicinsk teknik Projektledning Avdelning Projektledning,  
Jenny Thor

Sammanträdesdatum  
2021-03-24

**FöredragningsPM**  
Dnr: 20RS11828

utrustning, option på extra klinisk utbildning samt option på serviceavtal efter garantitiden.

Beräknat totalt värde för upphandlingen är cirka 25 000 000 kronor.

### **Beredning**

Ingen beredning av tilldelningsbeslutet har skett tidigare.

### **Bedömning**

För att upprätthålla tillgänglighet och säkerställa funktionalitet inklusive leverans av förbrukningsmateriel och reservdelar samt underhållsavtal krävs kontinuerligt utbyte av utrustning. Ett ramavtal är ett rationellt sätt att begränsa diversifieringen av utrustningsparken och minimera den administrativa insatsen och kostnaden, i samband med upphandling.

### **Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven**

Anskaffning av denna utrustning innebär inga begränsningar ur ett barn- och jämställdhetsperspektiv. Vidare tas även hänsyn till Socialt ansvarstagande och hållbara leveranskedjor enligt Sveriges Kommuner och Regioner.

### **Ekonomiska konsekvenser**

Investeringsmedel är beviljade och äskade i ordinarie investeringsbudget. Successiva avrop sker beroende av tilldelade medel.

### **Uppföljning**

Ingen uppföljning planeras.

### **Beslutsunderlag**

FöredragningsPM Folkandvårdsnämnden 2021-03-24 Tilldelningsbeslut för upphandling av dental unit  
Individuell rapport MT 2020-0079B  
Tilldelningsbeslut MT 2020-0079B

Ola Fernberg  
Tandvårdsdirektör



Tjänsteställe, handläggare  
Medicinsk teknik ProjektledningAvdelning Projektledning,  
Jenny Thor

Sammanträdesdatum  
2021-03-24

**FöredragningsPM**  
Dnr: 20RS11828

**Skickas till:**

Ola Persson, Medicinsk teknik  
Jenny Thor, Medicinsk teknik

## Tilldelningsbeslut

Upphandlingsobjekt <b>Dental unit</b>	Datum <b>2021-03-24</b>
Sjukhus, område, klinik <b>Region Örebro län, Folk tandvården</b>	
Projektledare, tjänsteställe <b>Ola Persson, Regionservice, område medicinsk teknik</b>	Diarienummer <b>20RS11828</b>
Telefon, e-post <b>019-602 49 07, <a href="mailto:ola.persson@regionorebrolan.se">ola.persson@regionorebrolan.se</a></b>	Projektnummer <b>MT 2020-0079B</b>

### Resultat av utvärdering

I samband med anbudsöppning konstateras att xx anbud inkommit. Den utvärdering som gjorts av en projektgrupp och en referensgrupp bestående av klinisk och teknisk personal har utvisat att leverantören xx (anbud xxxx) med Dental unit xx uppfyller obligatoriska krav och är den utrustning som får det lägsta jämförelsevärdet när pålägget för samtliga kriterier summeras med livstidskostnaden.

I bifogad individuell rapport finns ytterligare information om upphandlingen, t.ex. anbudsgivare och referensbesök. Kompletta utvärderingsdokument bifogas också.

Från det att den upphandlande myndigheten meddelat anbudsgivaren tilldelningsbeslut inträder en avtalspärrenså då myndigheten inte får teckna avtal.

Avtalspärrenså gäller tio dagar efter offentliggörandet.

### Beslut

Folk tandvårdsnämnden för Region Örebro län beslutar att antaga xx org.nr xx som leverantör avseende xx.

Örebro 2021-03-24

---

Maria Comstedt  
Ordförande, Folk tandvårdsnämnd  
Region Örebro län

## Individuell rapport

Upphandlingsobjekt <b>Dental Unit</b>	Datum <b>2021-xx-xx</b>
Sjukhus, område, klinik <b>Region Örebro län, Folktandvården</b>	
Projektledare, tjänsteställe <b>Ola Persson, Regionservice, område medicinsk teknik</b>	Diarienummer <b>20RS11828</b>
Telefon, e-post <b>019-602 49 07, <a href="mailto:ola.persson@regionorebrolan.se">ola.persson@regionorebrolan.se</a></b>	Projektnummer <b>MT 2020-0079B</b>

### Sammanfattning

Denna upphandling avser ramavtal för dental unit för leverans till Region Örebro län med placering inom Folktandvårdens kliniker. Upphandlingen omfattar även option för demontering och uttransport av befintlig utrustning, option på extra klinisk utbildning samt option på serviceavtal efter garantitiden.

Utrustningen xx från xx får det lägsta jämförelsevärdet när pålägget för samtliga kriterier summeras med livstidskostnaden.

Utrustningen är xx

### Upphandlingens värde

Upphandlingens totala värde uppgår till x kr.

### Upphandlingsform

Upphandlingen har genomförts som öppen upphandling enligt Lagen om offentlig upphandling, LOU.

### Annonsering

Genom Visma, TendSign har annonsering skett den 23 november 2020.

### Anbud har inkommit från:

Anbudslämnare	Anbudsnummer

### Projektgrupp

Kliniska och tekniska representanter från Folktandvården och Regionservice/Medicinsk Teknik.

### Kvalificering - Krav på anbudsgivare

Xx



Universitetssjukhuset  
701 85 ÖREBRO  
Telefon: 019-602 10 00 vx  
019-602 13 02 direkt

Lasarettet  
691 81 KARLSKOGA  
Telefon: 0586-660 00 vx  
0586-663 65 direkt

Lasarettet  
711 82 LINDESBERG  
Telefon: 0581-850 00 vx  
0581-852 53 direkt



## Obligatoriska krav

Xx

## Referensbesök

Xx

## Utvärdering

Xx

## Kvalitetssäkring

Upphandlingen är genomförd i enlighet med gällande lagstiftning och i beaktande av Region Örebro läns rutiner och praxis.

## Förslag till beslut

Mot bakgrund av ovanstående resultat från projektgruppens arbete rekommenderar projektledaren och områdeschefen vid Medicinsk teknik att tilldelningsbeslut fattas av Folkvandvårdssnämnden avseende anskaffning av xx från xx.

---

Ola Persson  
Projektledare, Medicinsk teknik  
Regionservice  
Region Örebro län

---

Peter Björk  
Områdeschef, Medicinsk teknik  
Regionservice  
Region Örebro län



Universitetssjukhuset  
701 85 ÖREBRO  
Telefon: 019-602 10 00 vx  
019-602 13 02 direkt

Lasarettet  
691 81 KARLSKOGA  
Telefon: 0586-660 00 vx  
0586-663 65 direkt

Lasarettet  
711 82 LINDESBERG  
Telefon: 0581-850 00 vx  
0581-852 53 direkt



# 9

## Bifogas kallelsen: Aktivitetsplan

# Folktandvårdsnämndens aktivitetsplan 2021

Uppdaterad 2021-02-15



**Folktandvårdsnämndens aktivitetsplan 2021**  
Uppdaterad 2021-02-15

2021-02-15

# Innehåll

1.	Inledning.....	4
2.	Nämndens grunduppdrag .....	4
3.	Tandvårdens mål .....	5
3.1	<b>Perspektiv: Invånare och samhälle.....</b>	<b>5</b>
3.1.1	Effektmål 5: Länets invånare har en god, jämlik och jämställd munhälsa .....	5
3.1.2	Effektmål 6: Länets invånare får högkvalitativ och tillgänglig tandvård.....	6
3.1.3	Effektmål 8: Länets invånare har tillgång till bra digitala tjänster, utifrån deras behov. ....	7
3.2	<b>Perspektiv: Process.....</b>	<b>7</b>
3.2.1	Effektmål/strategi: Kvalitet och utveckling.....	7
3.2.1	Effektmål/strategi: Digitalisering.....	7
3.2.1	Effektmål/strategi: Hållbar utveckling.....	8
3.2.2	Effektmål/strategi: Regional utvecklingsstrategi. ....	8
3.3	<b>Perspektiv: Resurs. ....</b>	<b>8</b>
3.3.1	Effektmål 10: Region Örebro län är en attraktiv arbetsgivare med hälsofrämjande, jämställda och jämlika arbetsplatser och bidrar till en hållbar kompetensförsörjning. ....	8
3.3.2	Effektmål 11: Region Örebro län har en långsiktig stark och hållbar ekonomi samt uppnår en verksamhetsmässig och finansiell god hushållning.....	9
3.4	<b>Strategier för Folk tandvårdsnämnden.....</b>	<b>10</b>
4.	Planerade aktiviteter för 2021 .....	10

# 1. Inledning

Folktandvårdsnämnden är en relativt ny nämnd i den nya politiska organisation för Region Örebro län som trädde i kraft 1 januari 2019. Hur den politiska organisationen ska se ut och vilka uppdrag de olika organen ska ha framgår i ”Bestämmelser för politiska organ 2019-2022” som antogs av regionfullmäktige i juni 2018.

I den politiska organisationen ska nämnderna var och en inom sitt område se till att verksamheten, inom de ekonomiska ramarna, bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. De står under regionstyrelsens uppsikt och ansvarar för sin verksamhet inför fullmäktige.

Folktandvårdsnämnden består av 9 ledamöter och 9 ersättare.

## 2. Nämndens grunduppdrag

Folktandvårdsnämnden är vårdgivare och ska bereda och besluta i frågor som berör Folktandvården. Den ska också bereda ärenden för beslut i regionstyrelsen eller regionfullmäktige. Nämnden ska ta egna initiativ och samordna insatser som bidrar till en hållbar regional tillväxt inom sitt ansvarsområde.

Folktandvårdsnämnden ska inom sitt uppdrag också svara för att rutiner finns för anmälan till Inspektionen för vård och omsorg vid risk för allvarlig skada eller sjukdom för patient samt svara för att rutiner finns för avvikelserapportering i enlighet med bland annat patientsäkerhetslagen.

Folktandvårdsnämnden ska:

- i ett tydligt medborgarperspektiv och inom de ekonomiska ramar som regionfullmäktige fastställer, verka för en god tandhälsa hos befolkningen, att invånarna erbjuds en god vård på lika villkor samt att vården ges utifrån medborgarens behov
- se till att vårdkedjorna fungerar effektivt,
- verka för samarbete med andra aktörer/myndigheter för att stärka medborgarnas hälsa och välfärd.

Dessutom ska nämnden teckna överenskommelse om folktandvård med regionstyrelsen.

Nämnden har inte arbetsgivaransvaret utan det ligger på regionstyrelsen. Nämnden är emellertid angelägen att bidra till arbetet inom området HR/attraktiv arbetsgivare och förvaltningschefen ska samverka med regiondirektören inom detta område.

### 3. Tandvårdens mål

I Region Örebro läns verksamhetsplan med budget 2021 och planeringsförutsättningar 2022-2023, beslutad av regionfullmäktige i november 2020, tydliggörs nämndernas ansvar när det gäller att konkretisera vad som ska åstadkommas och hur det ska genomföras för att uppnå regionfullmäktiges mål, inriktningar och ambitioner. För att tydliggöra denna konkretisering innehåller verksamhetsplanen en struktur med perspektiv och målhierarki.

De tre perspektiv, som är särskilt viktiga för att styra mot visionen, är invånare och samhälle, process och resurs. Inom varje perspektiv finns sen effektmål med indikatorer och strategier som sedan nämnderna ska konkretisera med mål. Effektmålen är långsiktiga, en mandatperiod eller längre. Kopplat till effektmålen finns indikatorer som ska beskriva tillståndet eller utvecklingen för effektmålet och kan vara kvantitativt eller kvalitativt. Till effektmålen kan det också finnas strategier som ska beskriva ett långsiktigt övergripande tillvägagångssätt för hur effektmålen ska uppnås.

#### 3.1 Perspektiv: Invånare och samhälle.

##### 3.1.1 Effektmål 5: Länets invånare har en god, jämlik och jämställd munhälsa.

###### **Indikatorer**

- De hälsofrämjande insatserna i riskområden ska öka. Antal aktiviteter i socioekonomiskt svaga områden ska öka i jämförelse med tidigare år.
- Alla patienter i Folktandvården prioriteras efter definierade riskgrupper beroende på behov av tandvård.

- **Mål: Folktandvården använder bästa tillgängliga kunskap i varje patientmöte.**

###### *Indikatorer*

- Folktandvården följer prioriteringsordningen när vi omhändertar patienter.
- Folktandvården ska fördela de kliniska resurserna utifrån resursfördelningsmodellerna.

- Folktandvården prioriterar resurser i den förebyggande tandvården utifrån den socioekonomiska analysen.
- **Mål: Samverkan med andra intressenter såsom vårdgivare, patienter och anhöriga avseende vård för prioriterade och sköra grupper.**

*Indikatorer*

- Folktandvården är representerad i fora/grupperingar för god och nära vård.
- Väntetiderna ska minska för samtliga patientgrupper som är i behov av vård inom Orofacial medicin.

### 3.1.2 Effektmål 6: Länets invånare får högkvalitativ och tillgänglig tandvård.

**Indikatorer**

- En enkät vid årets slut visar att en övervägande del av Folktandvårdens patienter är nöjda med vården Folktandvården erbjuder.
- **Mål: Den förändrade kallelseprocessen där patienterna själva bokar sin tid ger en ökad tillgänglighet.**

*Indikatorer*

- Antalet patienter som bokar sin tid enligt den förändrade kallelseprocessen ökar kontinuerligt liksom de som bokar sin tid via webben.
- Antalet inkommande telefonsamtal till allmäntandvården minskar.

- **Mål: Personal med rätt kunskap och kompetens för uppgiften.**

*Indikatorer*

- Folktandvården har en struktur för kompetensinventering.

- **Mål: Odontologiska utbildningsenheten bedriver ST-utbildning i alla specialiteter och betraktas nationellt som en av sex utsedda kunskapsnoder i Sverige.**

*Indikatorer*

- Öka antalet ST-tjänster 2021 jämfört med 2020.

- **Mål: Odontologiska forskningsenheten bedriver kliniskt inriktad forskning av hög kvalitet i samverkan med högskolor och universitet.**

*Indikatorer*

- Antal doktorander ökar 2021 jämfört med 2020.

- **Mål: Folktandvården har en modell för att möta framtidens behov av en nära och tillgänglig tandvård med mobila alternativ.**

### **3.1.3 Effektmål 8: Länets invånare har tillgång till bra digitala tjänster, utifrån deras behov.**

#### **Indikatorer**

- Ett ökat utbud av e-tjänster till invånarna för att möta kravet om ”Digitalt först”.
- Minst 80 procent av länets invånare är användare av 1177 Vårdguidens e-tjänster.

- **Mål: Patienten har tillgång till ”journal på nätet”.**
- **Mål: Folktandvården ska erbjuda digitala vårdbesök.**

#### *Indikatorer*

- Antalet digitala vårdmöten ska öka.
- Att digitala färdbiljetter erbjuds patienter vid tandvårdsbesök.

## **3.2 Perspektiv: Process.**

### **3.2.1 Effektmål/strategi: Kvalitet och utveckling.**

*Kvalitet och utveckling • Att skapa värde tillsammans med den Region Örebro län finns till för. • Att leda för hållbarhet. • Att involvera och motivera medarbetare. • Att utveckla värdeskapande processer. • Att förbättra verksamheten och skapa innovationer.*

- **Mål: Hålla god kvalitet och ge evidensbaserad god vård genom att rätt kompetens används för att effektivisera flöden.**
- **Mål: Tillgängligheten både geografiskt och tidsmässigt för patienterna skall vara god.**

### **3.2.1 Effektmål/strategi: Digitalisering.**

*Digitalisering • Att öka den digitala mognaden i organisationen. • Att förändra och utveckla arbetssätt för att öka användningen av digitala lösningar.*

- **Mål: Digital teknik implementeras och utvärderas i patientnära vårdprocesser.**

### 3.2.1 Effektmål/strategi: Hållbar utveckling.

*Hållbar utveckling • Att samverka och kommunicera tvär-funktionellt inom ordinarie lednings-, huvud-, och stödprocesser. • Att skapa en hög grad av förankring och ägandeskap i linjeorganisationen gällande hållbarhetsfrågorna. • Att ha en tydlig målstyrning och kontinuerligt följa upp programmet för att försäkra att verksamheterna rör sig mot beslutade mål. • Att arbeta med utbildning och en lärande organisation för att kontinuerligt utveckla och integrera förståelse av vad hållbar utveckling betyder för verksamheterna.*

- **Mål: Folktandvården följer Region Örebro läns resehierarki.**
- **Mål: Höja kompetensen inom hållbarhets- och miljöfrågor,**
- **Mål: Folktandvården har en korrekt hantering av kemikalier och läkemedel enligt lagar och förordningar.**
- **Mål: Folktandvårdens medarbetare använder barnkonventionen i det dagliga arbetet.**

### 3.2.2 Effektmål/strategi: Regional utvecklingsstrategi.

*Regional utvecklingsstrategi • Att bidra till att nå RUS målsättningar.*

- **Mål: God och jämlik folkhälsa.**

## 3.3 Perspektiv: Resurs.

### 3.3.1 Effektmål 10: Region Örebro län är en attraktiv arbetsgivare med hälsofrämjande, jämställda och jämlika arbetsplatser och bidrar till en hållbar kompetensförsörjning.

#### Indikatorer

- HME – Hållbart medarbetarengagemang ska öka i jämförelse med tidigare medarbetarenkät.
- AVI – Attraktiv arbetsgivarindex ska öka i jämförelse med föregående år.
- Jämix – Jämställdhetsindex ska öka i jämförelse med föregående år.
- Frisktalet ska förbättras i jämförelse med föregående år.
- Personalomsättningen externt ska redovisas. Den ska minska i jämförelse med föregående år.
- Region Örebro läns nya värdegrund ska påbörja att implementeras under året.

- **Mål: Alla i folktandvården har samma möjligheter enligt diskrimineringslagens grunder dvs kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.**

*Indikatorer*

- Medarbetarenkäten visar på ingen eller lägre andel diskriminering jämfört med tidigare år.

- **Mål: En större andel tandvårdspersonal jobbar kvar mer än 4 år.**

*Indikatorer*

- En större andel tandvårdspersonal (alla yrkeskategorier) stannar kvar efter 4 år under 2021 än tidigare år.

- **Mål: Effektivare åtgärder mot korttidsfrånvaro.**

*Indikatorer*

- Minskad korttidsfrånvaro jämfört med 2020.

- **Mål: Det operativa ledarskapet stärks.**

*Indikatorer*

- Cheferna i Folktandvården upplever sig trygga i sitt ledarskap.

### **3.3.2 Effektmål 11: Region Örebro län har en långsiktig stark och hållbar ekonomi samt uppnår en verksamhetsmässig och finansiell god hushållning.**

**Indikatorer**

- Styrelsen och nämnderna redovisar ett resultat i balans.

- **Mål: Den beslutade ekonomiska handlingsplanen är genomförd inom tre år.**

*Indikatorer*

- 100 % av den ekonomiska handlingsplanen är genomförd innan 2023.
- Folktandvården har en ekonomi i balans.

- **Mål: Utbudet i barntandvården motsvarar den ekonomiska ersättningen.**

- **Mål: Minst 50 % av de tandtekniska tjänsterna för avtagbar, fast tandstödd och implantatprotetik köps internt från Folktandvården tandtekniska laboratorium.**



### 3.4 Strategier för Folkandvårdsnämnden

I Region Örebro läns verksamhetsplan med budget 2021 tilldelas Folkandvårdsnämnden strategier som beskriver ett långsiktigt övergripande tillvägagångssätt för hur effektmålen ska uppnås. Strategierna delas in i fyra kategorier:

#### 1. Strategier för kvalitet och utveckling

- Att skapa värde tillsammans med dem Region Örebro län finns till för.
- Att leda för hållbarhet.
- Att involvera och motivera medarbetare.
- Att utveckla värdeskapande processer.
- Att förbättra verksamheten och skapa innovationer.

#### 2. Strategier för digitalisering

- Att öka den digitala mognaden i organisationen.
- Att förändra och utveckla arbetssätt för att öka användningen av digitala lösningar.

#### 3. Strategier för hållbar utveckling

- Att samverka och kommunicera tvärfunktionellt inom ordinarie lednings-, huvud-, och stödprocesser.
- Att skapa en hög grad av förankring och ägandeskap i linjeorganisationen gällande hållbarhetsfrågorna.
- Att ha en tydlig målstyrning och kontinuerligt följa upp programmet för att försäkra att verksamheterna rör sig mot beslutade mål.
- Att arbeta med utbildning och en lärande organisation för att kontinuerligt utveckla och integrera förståelse av vad hållbar utveckling betyder för verksamheterna.

#### 4. Strategier för regional utvecklingsstrategi

- Att bidra till att nå RUS målsättningar.

## 4. Planerade aktiviteter för 2021

Aktiviteter finns här införda som programpunkter under respektive sammanträdesdatum. Programpunkterna sorteras under tre rubriker: *Beslut och beredning*; *Fördjupning/fokus*; samt *Information*. Samtliga fasta och återkommande punkter finns under *Information*. Förslag till aktiviteter och programpunkter som ännu inte har fått ett datum samlas sist i kapitlet. Förutom sammanträden finns här även övriga större aktiviteter under året såsom Workshop VP-uppdrag 2021 och Konferensen Nära tandvård arrangerad av Svensk samhällsodontologisk förening

(SSOF). Detta kapitel i aktivitetsplanen är levande och uppdateras fortlöpande under året.

<b>Sammanträdesdag</b>	<b>Fokus/program/ärenden</b>	<b>Plats</b>
18 januari	<p><b>Beslut och beredning:</b>            Ekonomisk handlingsplan 2021 - beslut            Attestliggare för folktandvården – beslut            Verksamhetsplan med budget 2021 – beslut            Verksamhetsberättelse 2020 – beredning</p> <p><b>Fördjupning/fokus:</b>            -----</p> <p><b>Information:</b>            Aktuellt från verksamheten            Ekonomi &amp; rapport från arbetet med handlingsplan            för ekonomi i balans            Anmälning- och meddelandeärenden            Aktuellt nationellt och lokalt</p>	Digitalt
15 februari	<p><b>Beslut och beredning:</b>            Verksamhetsberättelse 2020 – beslut            Uppdatering av delegationsordningar</p> <p><b>Fördjupning/fokus:</b>            Planerade byggnadsinvesteringar            Frisktandvården – hur fungerar det?</p> <p><b>Information:</b>            Aktuellt från verksamheten            Ekonomi &amp; rapport från arbetet med handlingsplan            för ekonomi i balans            Anmälning- och meddelandeärenden            Aktuellt nationellt och lokalt</p>	Digitalt
24 mars	<p><b>Beslut och beredning:</b>            -----</p> <p><b>Fördjupning/fokus:</b>            Vad är tandhälsa?            Utredningen Folktandvården 2035</p> <p><b>Information:</b>            Aktuellt från verksamheten            Ekonomi &amp; rapport från arbetet med handlingsplan            för ekonomi i balans            Anmälning- och meddelandeärenden            Aktuellt nationellt och lokalt</p>	Digitalt
15 april	Konferens om jämlik tandvård arrangerad av	Digitalt

	Svensk samhällsodontologisk förening (SSOF). Presidiet närvarar.	
10 maj	<p><b>Beslut och beredning:</b> -----</p> <p><b>Fördjupning/fokus:</b> Inspel till verksamhetsplan med budget 2022</p> <p><b>Information:</b> Aktuellt från verksamheten Ekonomi &amp; rapport från arbetet med handlingsplan för ekonomi i balans Anmälning- och meddelandeärenden Aktuellt nationellt och lokalt</p>	FTV Lindesberg (?)
14 juni	<p><b>Beslut och beredning:</b> -----</p> <p><b>Fördjupning/fokus:</b> Folktandvårdens odontologiska bokslut 2020</p> <p><b>Information:</b> Aktuellt från verksamheten Ekonomi &amp; rapport från arbetet med handlingsplan för ekonomi i balans Anmälning- och meddelandeärenden Aktuellt nationellt och lokalt</p>	Eken / Digitalt
4 oktober	<p><b>Beslut och beredning:</b> Sammanträdestider 2022 - beslut Delårsrapport 2021 – beslut (fram tom 31/7) Prislista 2022 – beslut</p> <p><b>Fördjupning/fokus:</b> Inför VP 2022</p> <p><b>Information:</b> Aktuellt från verksamheten Ekonomi &amp; rapport från arbetet med handlingsplan för ekonomi i balans Anmälning- och meddelandeärenden Aktuellt nationellt och lokalt</p>	Eken / Digitalt
8 november	<p><b>Beslut och beredning:</b> Överenskommelse 2022 – beredning</p> <p><b>Fördjupning/fokus:</b> Aktivitetsplan 2022</p> <p><b>Information:</b> Aktuellt från verksamheten</p>	Eken / Digitalt

	<p>Ekonomi &amp; rapport från arbetet med handlingsplan för ekonomi i balans</p> <p>Anmälnings- och meddelandeärenden</p> <p>Aktuellt nationellt och lokalt</p>	
13 december	<p><b>Beslut och beredning:</b></p> <p>Överenskommelse 2022 – beslut</p> <p>Attestliggare för folktandvården - beslut</p> <p>Verksamhetsberättelse 2021 – beredning</p> <p>Verksamhetsplan med budget 2022 – beredning</p> <p><b>Fördjupning/fokus:</b></p> <p>Aktivitetsplan 2022 och Omvärldsrapport 2022</p> <p><b>Information:</b></p> <p>Aktuellt från verksamheten</p> <p>Ekonomi &amp; rapport från arbetet med handlingsplan för ekonomi i balans</p> <p>Anmälnings- och meddelandeärenden</p> <p>Aktuellt nationellt och lokalt</p>	Eken / Digitalt
<p><b>Övriga förslag till programpunkter</b></p> <p>Målbild 2030 – avstämning mot VP 2021 inför VP 2022</p> <p>Uppföljningar av uppdrag.</p> <p>Region Örebro läns hållbarhetsprogram - uppdatering</p> <p>Studiebesök med nämndsammanträde Lindesberg, Wivallius &amp; Haga.</p> <p>Övriga studiebesök bokas in separat av presidiets ledamöter.</p> <p>Folktandvården Direkt, FTV Lindesberg</p> <p>Socialtjänsten och FTV</p> <p>Vad är tandhälsa?</p> <p>Folktandvårdens samhällsansvar</p> <p>Arbetet med förebyggande tandvård - förskolor</p> <p>Upphandlingshantering</p>		