

Patientsäkerhetsberättelse för division Nära- Primärvård 2022



Datum: 2022-12-16

Ansvarig för innehållet: Krister Berglund

Diarienummer

Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Informationssäkerhet.....	8
Strålskydd.....	9
En god säkerhetskultur.....	9
Adekvat kunskap och kompetens	11
Patienten som medskapare	12
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	14
Öka kunskap om inträffade vårdskador	16
Tillförlitliga och säkra system och processer	18
Säker vård här och nu.....	20
Riskhantering.....	21
Stärka analys, lärande och utveckling	22
Avvikelse	23
Klagomål och synpunkter	25
Öka riskmedvetenhet och beredskap	26
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	27

SAMMANFATTNING

2022 har varit ytterligare ett år som på flera sätt kommit att präglas av pandemin och dess konsekvenser. Likaså har det varit ett år där organisationsstrukturen efter regionens omställning 2021 med nya divisionsindelningar, geografiska verksamhetsområden och ny ledningsstruktur varit under uppbyggnad. Primärvårdens systematiska patientsäkerhetsarbete beskrivs av verksamheterna i olika grad ha påverkats av en ansträngd arbetssituation med hög sjukfrånvaro, eftersatt vård efter pandemin och svårigheter med kompetensförsörjning. Inriktningen för patientsäkerhetsarbetet har fokuserat på att upprätthålla åtaganden utifrån lagkrav och föreskrifter, följsamhet till basala hygienrutiner och source control samt att successivt få kontroll över vårdskulden. Patientsäkerheten i vardagen har prioriterats genom exempelvis hantering av avvikelser, utförande av egenkontroller och riskhantering. Drygt hälften av enheterna använder Gröna korset för att identifiera, följa upp och åtgärda risker i det dagliga arbetet. Divisionens mål är att Gröna korset ska implementeras i samtliga enheter under kommande år.

Resultat från mätningar, egenkontroller, avvikelser, enkäter, risk- och händelseanalyser följs regelbundet upp i verksamheterna i syfte att sprida kunskap samt skapa motivation och engagemang till förbättring och utveckling som stärker patientsäkerheten och ökar kvaliteten i vården. Divisionsledningen följer kontinuerligt resultat från patientsäkerhetsarbetet.

Verksamheterna rapporterar att arbete pågår med att förbättra processen för avvikelshantering i alla verksamhetsområden genom att t ex. utveckling av arbetssätt, rutiner och samverkan. Andelen avvikelser och klagomål som under året handlagts inom de tidskrav som anges i lagar och förordningar är fortfarande under divisionens målvärde som är att 70 procent av avvikelserna skall vara avslutade inom 60 dagar. Mätningar för basala hygienrutiner och klädregler har förbättrats jämfört med föregående år. Resultatet ligger dock under divisionens målvärde på 100 procent följsamhet. Positivt är att antal enheter som deltar i månatliga mätningar har ökat jämfört med föregående år. Det kvarstår ett arbete med att över former och arbetsmetoder för att förbättra egenkontrollerna ytterligare. Det gäller också för läkedelsgenomgångar för personer över 75 år med minst fem läkemedel och suicidbedömningar.

Samverkan både internt och externt har av verksamheterna i primärvården lyfts fram som viktig del för att säkerställa patientsäker vård och förebygga vårdskador. Under året har flera samverkansformer och samverkansprojekt arbetats med och utvecklats.

Under år 2021 genomfördes den nationella patientenkäten i primärvården. Region Norrbotten placerade sig i jämförelse med riket, högre eller i närheten av rikets dimensionspoäng, i samtliga dimensioner. Exempel på dimensioner som mäts är helhetsintryck, bemötande, tillgänglighet och delaktighet. Det är ett gott betyg för länets primärvård.

Primärvården står inför en rad utmaningar kommande år. Arbetet med omställningen till nationell inriktning mot god, nära och samordnad vård, där primärvården som första linjens sjukvård har en framträdande roll har pågått under året och kommer att fortgå. Kompetensförsörjning, tillgänglighet, förbättringar av egenkontroll och avvikelshantering, planering för införande av nytt journalsystem är andra viktiga och stora utvecklingsområden.

Varje verksamhetsområde i primärvården har under november månad anmodats att berätta hur deras arbete med patientsäkerhet bedrivits under 2022 på deras respektive enheter. Rapporterna har sammanställts på divisionsnivå till en gemensam patientsäkerhetsberättelse för division Nära- Primärvård. Rapporten bygger på Patientsäkerhetsberättelser från de fem verksamhetsområdena.

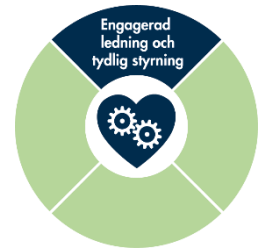
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

De övergripande patientsäkerhetsmålen tar sin utgångspunkt i regionfullmäktiges strategiska plan som via regionstyrelsens mål mynnar ut i Patientsäkerhetsplanen och handlingsplaner som ligger till grund för respektive Divisions- och verksamhetsplaner.

Verksamheterna ska använda resultat från mätningar för att utveckla och förbättra vården. En samordnad vård utifrån individens behov får man genom ett personcentrerat förhållningssätt där patienten är en aktiv och självklar partner. Patientmedverkan sker bland annat genom Nationell patientenkät. Arbetet med Nationell kunskapsstyrning och daglig styrning ska fortsätta implementeras där målet är en hållbar verksamhet med hög säkerhet.

Övergripande mål för Regionen 2022

- Vårdrelaterade fallskador hos äldre ska minska med 50 procent jämfört med 2021.
- Följsamheten till basala hygien- och klädrutiner (BHK) 100 procent.

Mål för division Nära-Primärvård 2022

- Suicid bland de som sökt vård ska minskas.
- Öka antalet verksamheter som deltar i BHK-mätningar.
- Varje verksamhet ska följa rutin för att säkerställa att patienter över 75 år, med minst 5 läkemedel, ska få en läkemedelsgenomgång. 50 procent ska ha en journalförd läkemedelsgenomgång
- Alla verksamheter ska införa Gröna Korset för att synliggöra risker för vårdskador.
- Fortsatt mätning av handläggningstider för avvikelshantering. Mål 70 procent avslutande inom 60 dagar.
- Öka andel SIP där den enskilde deltagit i samordningsmöte, mål 80 procent.

Organisation och ansvar

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

Regionövergripande roller och ansvar

I Regionens ledningssystem finns anvisningar gällande organisation, roller och ansvar.

Regionen har en Patientsäkerhetsstrateg och Lex Maria-läkare som driver patientsäkerhetsfrågorna. Divisionernas kvalitetsansvariga deltar i LSG patientsäkerhet. Divisionschefen är ytterst ansvarig för att patientsäkerhetsarbetet tillämpas i verksamheten. I divisionens Närstöd finns verksamhetsutvecklare som stödjer cheferna i bland annat händelseanalyser. Verksamhetsområdeschefer har ansvaret för planering, ledning, styrning och egenkontroll. De ansvarar tillsammans med övriga chefer för att ta fram läns-/klinikgemensamma rutiner och regler, uppföljning och utvärdering. Enhetscheferna ansvarar för att driva, leda och följa upp patientsäkerheten i den dagliga verksamheten. Varje enhet har en avvikelseansvarig. Medarbetarnas roll är att identifiera, åtgärda samt rapportera risker och vårdskador.

Organisation, roller och ansvar i primärvården

Primärvården omfattar länets 23 Hälsocentraler, Enheten för 1177 Vårdguiden på telefon, Centrala smittspårningsenheten och Länsenheten Föräldra- och Barnhälsa. Verksamheten är indelad i fem geografiska verksamhetsområden (VO) med en verksamhetschef för respektive område och enhetschefer vid respektive hälsocentral/enhet. Under 2022 har hälsocentraler på vissa mindre orter öppnat filialer eller servicepunkter som någon eller några dagar per vecka/månad. Filialerna/servicepunkterna bemannas av hälsocentralens personal. Sex av hälsocentralerna i glesbygd har slutenvård i form av så kallade allmänmedicinska vårdplatser. Allmänmedicinska vårdplatser har under året tillkommit vid Haparanda hälsocentral och Arvidsjaur HC. Under året har en sammanslagning skett mellan Mjölkkuddens- och Stadsvikens hälsocentraler i VO Luleå/Boden samt en planering för uppstart av ny hälsocentral i samma VO.

Varje VO utformar i dialog med enhetschefer sin egen verksamhetsplan med divisionsplanen som utgångspunkt. Verksamhetschef ansvarar tillsammans med enheterna för att ta fram gemensamma rutiner för patientsäkerhetsarbetet inom det egna verksamhetsområdet. Lokala rutiner för patientsäkerhetsarbetet ska finnas vid varje hälsocentral/enhet.

Divisionsledningen följer kontinuerligt patientsäkerhetsresultaten.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Divisionerna har arbetat internt och externt med kunskapsstyrning med stöd av Nationellt kliniskt kunskapsstöd, nationella vårdprogram samt personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. För att säkra vårdens övergångar vid utskrivning från slutenvården samt att underlätta den samordnade planeringen mellan kommun och Region använder alla somatiska och psykiatriska verksamheter samordnad planering och IT-systemet Lifecare.

Region Norrbotten och Norrbottens kommuner har gemensamma riktlinjer för samverkan gällande samordnad individuell planering (SIP) för att säkerställa samordnad vård, stöd och omsorg av god kvalitet och hög patientsäkerhet.

Primärvårdens arbete sker i en omfattande samverkan med andra vård- och samhällssektorer.

På stabsnivå pågår en kontinuerlig samverkan mellan regionens divisioner i frågor och områden kring patientsäkerhet som är gemensamma. Samverkan sker också i Lokalt Program Område (LPO) Primärvård där kommunerna och privata vårdgivare finns representerade.

Handlingsöverenskommelser (HÖK) finns inom flera områden mellan primärvården och specialistvården. HÖK beskriver övergripande ansvarsfördelning och vem som gör vad.

I verksamheternas beskrivning av samverkan lyfts även att utökad samverkan och utbyte av erfarenhet inom det egna verksamhetsområdet till exempel gällande avvikelshantering kan öka patientsäkerhet och minska vårdskador samt bidra till ett ökat lärande och utveckling. Under året har flera samverkansformer och samverkansprojekt utvecklats i de fem verksamhetsområdena.

Samtliga verksamhetsområden uppger också att de har kontinuerlig kontakt med smittskydd och vårdhygien vid upptäckt risk för smittspridning så att dessa fall kan spåra och hanteras korrekt. Likaså kontrolleras all medicinteknisk utrustning regelbundet av den medicintekniska enheten och det finns rutiner för samverkan gällande hur trasig utrustning ska överlämnas för reparation.

Exempel från verksamheterna gällande samverkan för att förebygga vårdskador:

- **VO Gällivare:** Vi har under våren 2022 startat upp Ung I Norr vilket är en digital ungdomsmottagning som ett komplement till de fysiska ungdomsmottagningarna på respektive ort. Här samverkar vi mellan Hälsocentralerna Kiruna, Jokkmokk, Pajala och Laponia med att bemanna med barnmorska. Vi ser gärna en samverkan med kommunerna med att bemanna med kuratorskompetensen och vi kommer att fortsätta med samverkan i frågan.
- **VO Kiruna:** Ett samverkansprojekt har startats upp där syftet är att skapa en sömlös vård mellan primärvård och psykiatri där fokus ska ligga på att samordna vården och säkra upp övergångar mellan divisionerna för patienter med psykisk ohälsa. Konsulter från psykiatri ska vara en självklar del i gruppen. Vi har under hösten utlyst en tjänst som vårdsamordnare vars uppgift ska vara att samordna dessa patienters vårdprocess. Vi ingår i en gemensam arbetsgrupp med VO Gällivare beträffande formerande av psykosociala team i våra VO n som vi beräknar vara igång med under våren 2023.
- **VO Kiruna:** Familjecentralen är ett samverkansarbete med kommunen för att skapa en mötesplats där familjer kan träffas och träffa vårdgivare både från kommunens sida och regionen. Här arbetar våra distriktssköterskor på BHV samt våra barnmorskor vid vissa tillfällen.
- **VO Gällivare:** Samverkan med Samjour Gällivare har inkluderat skapande av rutiner, flera utbildningar, regelbundna uppföljningsmöten mellan berörd personal och ansvariga.
- **VO Luleå/Boden:** Vi har regelbundna möten tillsammans med Luleå- och Bodens kommun och slutenvården där vi tillsammans diskuterar gemensamma flöden både på strategisk och operativ nivå. Förutom detta har vi korta avstämningar varannan vecka där verksamhetschefer från kommunen och primärvården, MLA samt MAS deltar.
- **VO Östra:** Vi har kontinuerliga möten med kommunen på lokal nivå för att samverkan ska vara den bästa för patientens säkerhet. Vi har även inom modellområdet upprättat Nära vård team som ska kunna utföra mer vård i hemmet för de patienterna som inte är inskrivna i hemsjukvården men har behov av vård i hemmet. Detta gör vi i samsyn med kommunerna i Östra Norrbotten. Inom VO:et har sjuksköterskorna som arbetar med Lifecare avsatt tid så att det kan handläggas patienterna på ett patientsäkert sätt i systemet.

Exempel på samverkan som saknats, inte kunnat genomföras eller planeras:

- **VO Gällivare:** Vi kan också se att det saknas processer och områden för samverkan är gällande barn och unga, både kopplat till länsenheten, Föräldra- och barnhälsa samt Ungdomsmottagningen/Socialtjänst/Elevhälsa och detta är något vi behöver arbeta vidare med under 2023.
- **VO Luleå/Boden:** Intresse har väckts hos lokal samverkansgrupp att i projektform utforska metoden SAMSIP i Boden. Syftet är att genom en strukturerad metod effektivare samordna insatser med flera parter för personer som står långt ifrån arbetsmarknaden. Målsättningen är att ta fram en myndighetsgemensam samverkansmetod som omfattar Region Norrbotten, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Boden kommun i samverkan med Samordningsförbundet Södra Norrbotten.
- **VO Östra:** Vi saknar forum för samverkan lokalt mellan primärvården och andra verksamheter inom Region Norrbotten. Liknande förra närsjukvårdsområdena. Detta är något som måste utvecklas och skapas under 2023 för att vi ska kunna säkra patientsäkerheten mellan våra verksamheter och följa patientens flöde.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

I regionens ledningssystem finns anvisningar och rutiner gällande informationssäkerhet som verksamheten arbetar utifrån. [Ledningssystem - Informationssäkerhet \(nll.se\)](#)

Avvikelser rapporterade i Synergi är fortfarande få gällande informationssäkerhet. 2022 registrerades sju ärenden jämfört med fyra föregående år. Tre avvikelser under 2022 var negativ händelse, bedömd som vårdskada (källa: Synergi). Ärenden som gällt informationssäkerhet som inkommit via Patientnämnden 2022 var 16 stycken. Den ökade digitaliseringen som skett senaste åren medför att fler informationssäkerhetsaspekter- och frågor generellt behöver tas i beaktning.

Efter en uppkommen frågeställning om sekretessbrott under året rapporterar VO Kiruna att de genomfört en internutredning som visade på ett behov av att arbeta med att informera personalen om de anvisningar som finns i regionen avseende sekretess inom hälso- och sjukvård liksom anvisningen för utlämnande av journalkopior. Detta arbete har påbörjats under året.

I stort beskriver dock verksamheterna att det i stort finns en medvetenhet hos medarbetarna gällande informationssäkerhet och en följsamhet till regionens rutiner.

Sekretess och tystnadsplikt

Patienter får ge samtycke till att övrig personal får ta del av deras läkemedelsförteckning och journal. Vid samordnad vårdplanering i Lifecare ska patienterna vid inskrivning ge sitt godkännande för informationsöverföring mellan huvudmännen.

Kontroll av personal

Sekretessbevis skrivs vid nyanställningar samt för studenter med VFU. Vid anställning av legitimerad personal kontrolleras legitimation och referenser.

Inloggning/utloggning i regionens nätverk

Personal som är behöriga i journalsystemet VAS har personliga SITHS-kort. Det finns rutiner för hantering av SITHS-korten. Regelbundna loggkontroller utförs och det finns rutiner för eventuella driftstopp och liknande.

Stickprov och loggkontroller

I den regionövergripande rutinen för loggkontroll står att utvalda medarbetare ska granskas varje månad. Utöver det ska riktad loggkontroll genomföras någon gång per år. Loggkontroller kan också begäras av patient eller närstående.

Vid analys- och utvecklingsarbeten då journaler granskas, loggas det i patientjournalen kopplat till aktuellt uppdrag. Patienterna har tillgång till sin journal via 1177-vårdguiden. Likaså kan patienterna se i 1177 vem som loggat in i deras journal och när det skett.

Personuppgiftslagen (GDPR)

Händelseanalyser som utförs avidentifieras på person- och enhetsnivå. Analyserna kopplas till rätt person via ett Synerginummer som dokumenteras i patientjournalen. Vid utlämning av dokument som är offentliga handlingar efterföljs regionens anvisningar.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Hänvisning till sammanfattning av strålskyddsbokslutet.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

En säkerhetskulturmätning i Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE) har utförts under 2022.

Divisionernas verksamheter har följt Regionens handlingsplan för patientsäkerhet och har deltagit i beslutade aktiviteter t ex Nationella punktprevalensmätningar.

Verksamheterna har också deltagit i obligatoriska samt flera frivilliga Nationella patientenkäter (NPE) för att använda resultatet i sina verksamheter.



Patientsäkerhetskultur i primärvården

Primärvården arbetar för att patientsäkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av verksamheten och på alla nivåer. Resultat från patientsäkerhetsarbetet- och mätningar uppmärksammas och följs kontinuerligt av divisionsledningen.

Vid dagliga planerings- och avstämningsmöten på enheterna kan risker och händelser som inträffat under dagen lyftas och diskuteras. Divisionens mål är att daglig styrning i form av puls- och förbättringsmöten samt styrtavlor ska vara implementerade i alla verksamheter. Genom möten och reflektion ges medarbetarna möjlighet att engagera sig i förbättringsarbeten, avvikelser och riskidentifiering. Gröna korset är ett verktyg som används för att identifiera, följa upp och åtgärda risker i det dagliga arbetet och därigenom stärka patientsäkerhetskulturen. I några verksamheter används Gröna slingan som komplement till Gröna korset för att även identifiera dagliga arbetsmiljörisker, vilket hänger samman med patientsäkerhetsrisker.

Avvikelsehanteringen är ett viktigt område gällande arbetet med patientsäkerhetskultur. All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att rapportera upptäckta brister och avvikelser. Patientsäkerhet ska finnas med som en stående punkt på dagordning vid APT där avvikelser, genomförda händelseanalyser och lex Maria-ärenden tas upp i lärande, förbättrande och utvecklande syfte. Genomförda enkäter, resultat från kvalitetsregister och mätningar ska också vara ett underlag för utvärdering, reflektion och diskussion och bidra till förbättringsarbeten gällande patientsäkerhet på enheten.

På alla enheter ska lokala hygienombud finnas. Från nästa år ska varje enhet även ha en reserv för att minska sårbarheten vid frånvaro och öka möjligheten att informera och utbilda personalen i hygienfrågor.

Exempel hur verksamheterna arbetat med patientsäkerhetskultur:

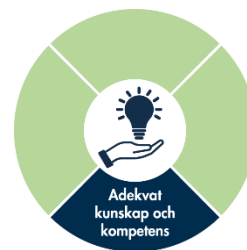
- **VO Kiruna:** Rapportering och hantering av avvikelser fungerar, däremot behöver vi tillsammans ta fram en riktlinje för vilken typ av avvikelser vi ska rapportera då många som inte riktigt klassas som avvikelser rapporteras som snarare kunnat lösas direkt. Detta har en tendens att ”dränka” systemet och förhindra att fokus läggs på allvarigare risker och tillbud vi behöver fokusera på. Återförandedelen och lärandet kan utvecklas. Vi behöver även tydligare fånga upp ”nästan-händelser” och lära av dessa.
- **VO Luleå/Boden:** VO-chef deltar vid pulsmöten 3 ggr per vecka med samtliga enhetschefer i Luleå/Boden samt 1177 för daglig styrning, säkra rutiner, bemanning osv. VO-chefen arbetar i nära samverkan med utsedd MLA i Luleå och Boden. Gemensamma MLA-möten genomförs också. Allvarigare avvikelser går vidare till VO-chef och MLA för bedömning. Vid ledningsmöten på alla nivåer lyfts resultaten av PPM/BHK-mätningar kontinuerligt.
- **VO Östra:** VO chef deltar vid pulsmöten 3 ggr per vecka med samtliga enhetschefer för att säkra att alla har koll på gällande rutiner, har tillräcklig bemanning osv. Vi har även gemensamma möten med MLA för Östra samt ledningsmöten där patientsäkerhetsaspekten ska lyftas kontinuerligt.

Exempel hur verksamheterna arbetar med uppföljning och åtgärder från mätningar:

- **VO Östra:** Nationella patientenkäter går vi igenom och försöker att åtgärda de brister vi har. Vi har dock fått en del kritik gällande tillgängligheten där vi har arbetat fram ett bättre resultat under 2022 än vad vi hade för VO:et 2021. Arbetet fortsätter under 2023 då vi önskar nå en telefontillgänglighet på 100 % över VO:et.

Adekvat kunskap och kompetens

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



Patientsäkerheten har även under 2022 påverkats av Covid-19 bland annat genom fortsatt riktade resurser mot vaccination. Även relativt hög sjukfrånvaro har under året påverkat bemanningssituationen.

Flera verksamheter i primärvården rapporterar bemanningssvårigheter som på olika sätt och i olika grad påverkat patientsäkerhetsarbetet under året. Arbete pågår kontinuerligt i divisionen för säkra tillgången på personal med adekvat kompetens. Verksamheterna beskriver att man arbetar med god introduktion för nyanställda och säkerställande av att nya medarbetare har tillgång till erfarna kollegor, men att detta också påverkats av det ansträngda bemanningsläget under året.

Analys, utveckling och lärande kring patientsäkerhetsfrågor sker på flera nivåer i organisationen utifrån dagligt arbete, avvikelser, journalgranskningar, uppföljning av mätningar, enkäter etc.

Under året har chefer och medarbetare i divisionen kunnat ta del av Socialstyrelsens nationella e-utbildning, ”Säker vård”.

Den 27 september 2022 driftsattes en ny uppdaterad version av avvikelshanteringssystemet Synergi. Uppgraderingen har inneburit behov av utbildningsinsatser och utformning av nytt användarstöd.

Utbildning i den nya versionen av avvikelshanteringssystemet har erbjudits under hösten 2022 och finns tillgänglig som webbutbildning framöver.

Exempel på hur trygg bemanning säkerställts under 2022:

- **VO Gällivare:** Vi har en specialistfysioterapeut som handleder kollegor och ST-läkare på Laponia HC. Detta kommer vi att försöka sprida även till våra övriga HC. Dagliga teamkonsultationer som i sig har ett patientfokus men som i andra hand också bidrar till en kompetenshöjning på hela hälsocentralen.
- **VO Kiruna:** I arbetsgruppen undersköterskor har det skett en relativt stor personalomsättning senaste året där flera erfarna medarbetare slutat och det har tillkommit flera mindre erfarna medarbetare. Vi jobbar kontinuerligt med att stämma av arbetsbeskrivningar och har ambitionen att hålla en strukturerad inskolning.
- **VO Luleå/Boden:** Vi har under året tillsatt utvecklingssköterskor och teamledare för att på ett bättre och bredare sätt kunna arbeta med patientsäkerhet, flöden och arbetssätt.
- **VO Södra:** Under 2022 ser man en ökad personalrörlighet inom primärvården inte minst i södra Norrbotten vilket har påverkat den enskilde hälsocentralens resurser och totala kompetens och därmed skapat en sårbarhet inte minst i patientsäkerhetsarbetet. I nuläget saknar flertalet hälsocentraler framför allt allmän specialister utifrån riktvärde och socialstyrelsens rekommendation om 1 specialist per 1100 listade och heltid. Därvid har Södra Norrbotten påbörjat ett långsiktigt arbete med rekrytering av läkare utbildade utanför EU. I den dagliga driften finns på respektive hälsocentral en funktion för handledning i medicinska frågor. Denna funktion finns till för all personal som arbetar.

- **VO Östra:** Vi har haft en generationsväxling i Östra Norrbotten bland personal. Vi försöker värna om en god introduktion men pga. hög sjukfrånvaro vissa stunder kan denna ha påverkats vilket kan leda till att patientsäkerheten har försämrats. Vi ser dock till att en ny medarbetare alltid kan vända sig till en erfaren medarbetare för att minska den risken för patientrelaterade skador. Vi har samverkat med resurser inom VO:et. Medicinska sekreterare skriver diktat enligt gemensam rutin där de höga diktaten för VO:et alltid skrivs först vilket leder till en ökad patientsäkerhet. Vi samverkar även inom VO med de yrkeskategorier som är bristyrken.

Exempel på genomförda utbildningsinsatser i verksamhetsområdena under 2022:

- **VO Kiruna:** Under året har medarbetarna totalt under 20 veckor fått små kortare utbildningar skickade till sig via sin epost varannan vecka. Detta har varit en webkurs via SKR med kunskapsfokus att minska risken för vårdrelaterade infektioner.
- **VO Södra:** Användandet och utvecklingen av Region Norrbottens digitala kunskapsbank har fortsatta att implementeras. Kunskapsbanken används vid introduktion och kompetensutveckling för bland annat utbildningsläkare.
- **VO Östra:** Chefer och ansvariga för patientsäkerhetsarbetet har gått utbildning i det nya synergisystemet samt en patientsäkerhetsutbildning som regionen genomförde under 2022. Utbildningen gällande suicidbedömningar som var inom regionen i september 2022 var mycket givande.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

Samverkan med patienter och närstående sker i form av, patient- och närståendemöten, patientenkäter, kommunikation vid klagomål och deltagande i händelseanalyser.



Patientmedverkan i division Nära Primärvård

I divisionsplanen lyfts ett personcentrerat förhållningssätt där patientens kraft tas till vara på som en framgångsfaktor. Patienten är expert på sitt liv och sin förmåga och är därför en självklar partner i mötet med vården. När patienten deltar aktivt i sin egen vård ökar förutsättningarna för bättre medicinska resultat, ökad patientnöjdhet och ökad patientsäkerhet. Nedan beskrivs divisionens övergripande åtgärder för ökad patientmedverkan.

Samordnad vård

För att främja god hälsa i samförstånd mellan vården och patienten behöver vårdinsatser ske i överenskommelse med patienten.

Patienter med behov av koordinering och samordning av insatser ska erbjudas en fast vårdkontakt med samordningsansvar som ska bidra till att stärka patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. För att samordna medicinska insatser ska en fast läkarkontakt utses i primärvården. Den fasta läkarkontakten ska bidra till att stärka kontinuiteten i vården och därmed öka vårdens kvalitet och effektivitet. En samordnad individuell plan (SIP) upprättas tillsammans med den enskilde utifrån dennes resurser, behov och mål. Planen tydliggör vad som ska ske framöver, vem som utför insatserna och vad patienten själv ska bidra med. I divisionsplanen följs hur stor andel av SIP-möten i primärvården där den enskilde deltagit med mål 80 procent. Under 2022 hade den enskilde deltagit i 74 procent av upprättade planer i primärvården (källa Lifecare).

E-tjänster

Under 2022 har den digitala utvecklingen fortsatt med ökad digital kommunikation mellan vård och patient och utveckling av digitala ingångar till vården. E-tjänster ger förutsättningar till ökad patientdelaktighet och bättre överblick över vårdprocesserna. Via invånartjänster/1177 vårdguidens e-tjänster kan medborgarna idag läsa sin journal, förnya recept, skicka meddelande, av- och omboka samt beställa tid vid sin hälsocentral. Patienterna kan också idag betala och registrera sig via mobil incheckning för besök på hälsocentralen.

Klagomål och händelseanalys

Patient/närstående har möjlighet att lämna synpunkter eller klagomål på vården via olika ingångar; regionens egna ingångar för klagomål, via Patientnämnden eller Inspektionen för Vård och Omsorg. Vården ska återkoppla till anmälaren enligt regionens rutiner för hantering av klagomål. Patient och närståendes synpunkter ska tas tillvara på och bidra till ett lärande och förbättrad patientsäkerhet.

I samband med händelseanalyser erbjuds patient och/eller närstående att delta via intervju. Resultat av händelseanalysen ska återkopplas till patient/närstående.

Nationell Patientenkät (NPE)

Nationell Patientenkät (NPE) är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Enkäten innehåller frågor inom olika områden som bland annat handlar om hur man upplevt det emotionella stödet, tillgänglighet, delaktighet samt respekt och bemötande. Enkäten riktar sig till dem som nyligen varit i kontakt med vården. Under 2021 har den Nationella Patientenkäten genomförts som en nationell gemensam undersökning inom primärvården som redovisats under 2022. Totalt 2135 norrbottningar har besvarat enkäten (svarsfrekvens 39,4 %). Sammantagna resultaten visar att Norrbotten ligger i ungefärlig nivå med övriga riket i de flertalet dimensioner. På kontinuitet och bemötande samt information och kunskap ligger Norrbotten några få procentenheter under snittet för riket och tillgänglighet några få procentenheter över.

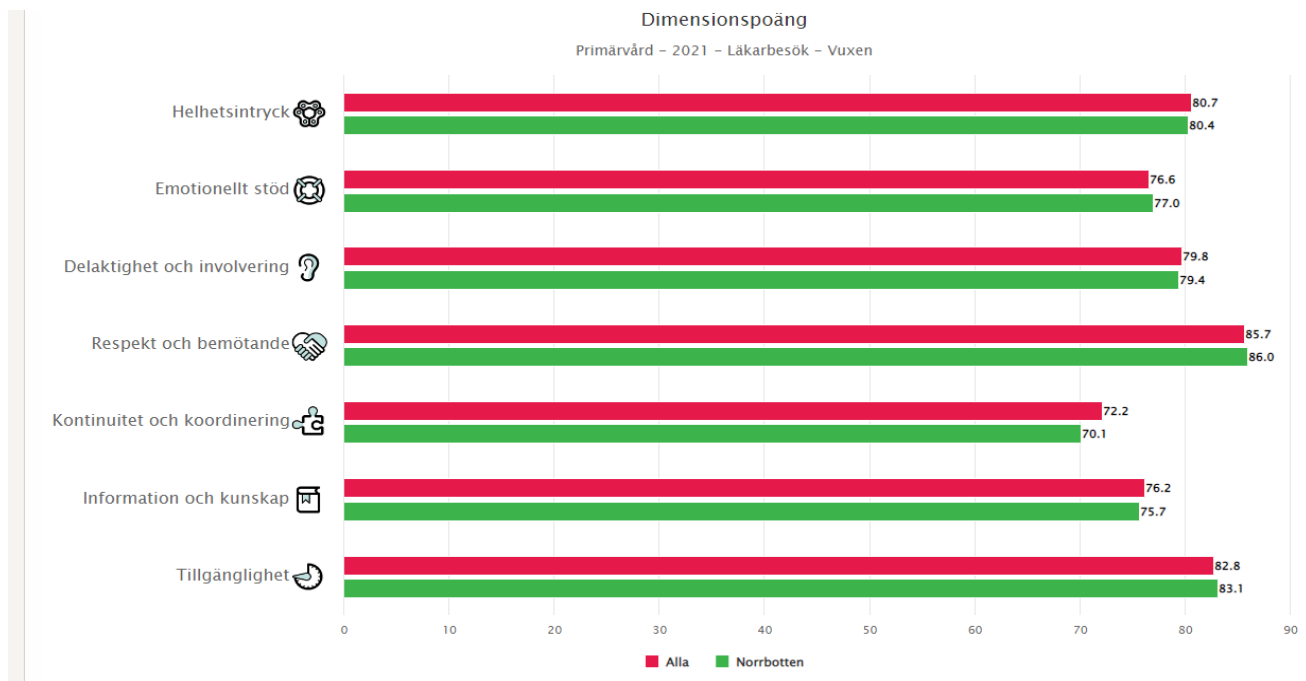


Diagram 1. Nationella Patientenkäten 2021: Resultat i procent på samtliga dimensioner, Norrbotten i jämförelse med hela riket. Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

Exempel på samverkan med patienter/närstående från verksamhetsområdena:

- **VO Luleå/Boden:** Inför öppnandet av ny hälsocentral i Boden så har vi bjudit in brukarråd och funktionsrättsorganisationer inför planeringen av lokaler, flöden och arbetssätt. Vi har fått många goda medskick som vi tagit med oss i planeringen. En miniundersökning är också gjord via ett av våra lab där man sammanställde de vanligaste frågorna man fick där, visade sig att det var frågan om varför man var kallad. Efter det ändrades kallelserna så att det framgår varför man är kallad, exempelvis till diabeteskontroll.
- **VO Södra:** I arbetsgruppen samverkansvård har ett arbete utförts tillsammans med patientorganisationerna.
- **VO Östra:** Det ingår också i varje medarbetares ansvarsområde att aktivt arbeta för att öka patienters och närståendes delaktighet i vården. Personal uppmuntras att fråga patienter och anhöriga om deras upplevelser i samband med negativa händelser. Vi har haft medborgardialoger i varje kommun samt äldredagar där vi har tagit tillvara på medborgarnas synpunkter till vården.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.



Egenkontroller Primärvård

Egenkontroll i divisionens verksamheter fokuserar på regionens strategiska mål samt patientsäkerhetsmål. Verksamhetsspecifika mål följs upp och återkopplas i linjeorganisationen samt redovisas i respektive verksamhets patientsäkerhetsberättelse. På ledningsmöten har divisionschef påmint om vikten av att mäta och följa upp. Egenkontroller i primärvården genomförs dagligen, per månad, per tertial och/eller på årsbasis.

Månadsmätning Basala Hygien och Klädregler (BHK)

Följsamheten till Basala Hygien och Klädregler är en viktig del i att förhindra Vårdrelaterad Infektion (VRI), smitta och smittspridning inom hälso- och sjukvården. Varje månad ska följsamheten mätas och följas upp i alla vårdverksamheter. Mätningarna grundar sig på observationsstudier i flera steg av medarbetare i patientnära arbete, exempelvis vid omvårdnad, undersökning och behandling.

Mål: Divisionens mål är 100 procent följsamhet samt att öka antalet verksamheter som deltar i mätningarna.

Analys: Primärvårdens totala mätningresultat för löpande 12-månaders period under 2021-2022 varierar för hygien mellan 85-90 procent och för kläder ligger samtliga mätningar över 97 procent. Jämfört med samma period föregående år är det en förbättring av antal mätningar. Det finns en svårighet med observationer i primärvården då de flesta vårdgivare arbetar enskilt med patienten. För att resultat av mätningarna ska synas krävs minst tio registrerade observationer. Vid uppföljning av hur många hälsocentraler som utfört mätningen mellan december 2021 och november 2022 är det två hälsocentraler som gjort mätning varje månad. Åtta enheterna har utfört tio eller fler mätningar och åtta enheter har utfört fem eller färre mätningar. Orsaken till detta kan förmodligen härledas till svårigheter att utföra observationer. Under motsvarande period föregående år uppnådde ingen enhet 12 månadsmätningar och endast två enheter hade fler än sex månadsmätningar under en 12-månaders period.

Åtgärder: Vikten av att genomföra mätningarna månadsvis lyfts på alla nivåer i organisationen. I verksamheterna ska reserver utses till ordinarie hygienombud för att minska sårbarheten vid frånvaro. Olika typer av utbildningsinsatser kring hygien har genomförts. För att öka genomförbarheten av hygienmätningar finns behov av att införa en större del självskattning i primärvården.

Uppföljning av åtgärder: Uppföljning månadsvis, per tertial och per år. Återkoppling sker på arbetsplatsträffar och ledningsmöten.

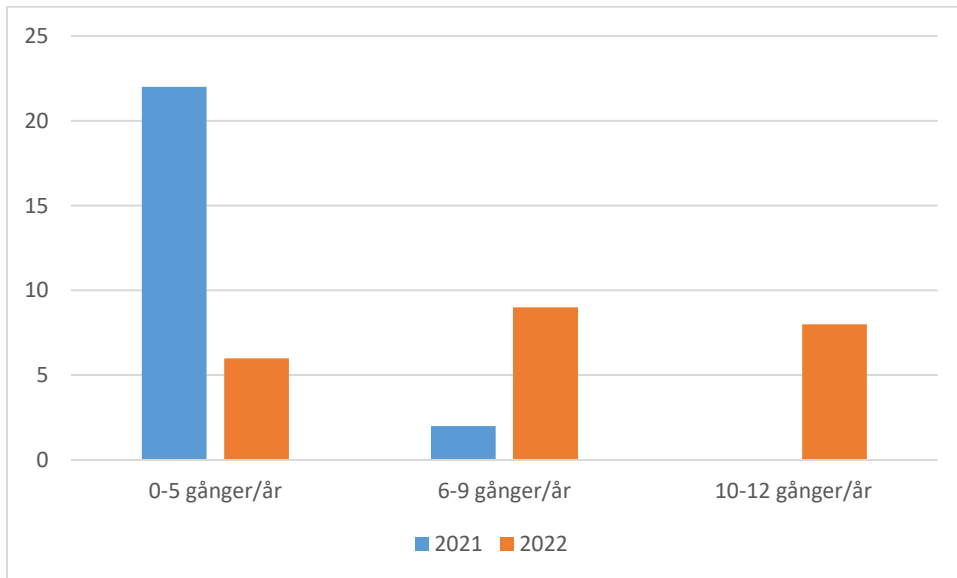


Diagram 2: Redovisning av antal inrapporterade BHK-mätningar av fler än tio observationer för 2022 (oktober 2021 till november 2022) jämfört med 2021 (oktober 2020 till november 2021). Antal hälsocentraler och antal mätningar per år uppdelat i intervaller. Källa Databasen.

Gröna korset

Mål: Alla verksamheter ska införa Gröna Korset för att synliggöra risker för vårdskador.

Analys av resultat: Gröna korset är implementerat vid drygt hälften (13 stycken) av länets hälsocentraler. I verksamhetsområde Södra Norrbotten är Gröna korset infört vid samtliga enheter.

Åtgärder: Under hösten 2022 har en inventering gjorts i syfte att kartlägga användning och behov av utbildning i Gröna korset. Utbildningsinsatser planeras under 2023.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning per tertial och år.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

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



Alla medarbetare i divisionen ska ha behörighet och kunskap om att rapportera i avvikelshanteringssystemet Synergi när händelse eller tillbud inträffat i vården. Gröna korset används för

att uppmärksamma risker och händelser som bör åtgärdas i det dagliga arbetet. Patienter och närstående kan också rapportera in händelser/klagomål direkt till vården, eller via PaN eller IVO. Avvikelse utreds och handläggs av avvikelseansvarig vid hälsocentralen. Är händelsen en negativ händelse, bedöms graden av vårdskada samt risken för att en liknande händelse ska inträffa igen. En orsaksanalys görs tillsammans med planering av åtgärder och uppföljning. Är händelsen allvarlig skickas ärendet till verksamhetschef som tillsammans med chefläkare gör bedömning om utredning med händelseanalys ska genomföras inför eventuell anmälan enligt Lex Maria till IVO. Syftet med händelseanalys är att utreda orsaker till vårdskada, identifiera förebyggande åtgärder för att minska risken att skadan upprepas. Händelseanalysen ska bidra till ett lärande i organisationen.

Har vården varit säker?

I division Nära Primärvård registrerades under 2022 sammanlagt 1381 avvikelser varav 430 (31 %) var negativa händelser, bedömda som vårdskada. Av dessa var 112 ärenden (26 %) behandlingskrävande skador utan bestående men, 15 ärenden (3 %) behandlingskrävande skada med men och tio skador (2 %) som lett till dödsfall. Jämfört med föregående år är det färre vårdskador i primärvården då motsvarande antal var 499 negativa händelser. I 33 avvikelser har angivits att allvarlig skada uppstått efter fall. Rapporterade fallskador i primärvården har minskat med 18 procent jämfört med föregående år.

Det finns en stor andel avvikelser i Synergi som inte påbörjats, vilket innebär att det även kan finnas rapporterade vårdskador i de avvikelser som ännu inte hanterats och bedömts.

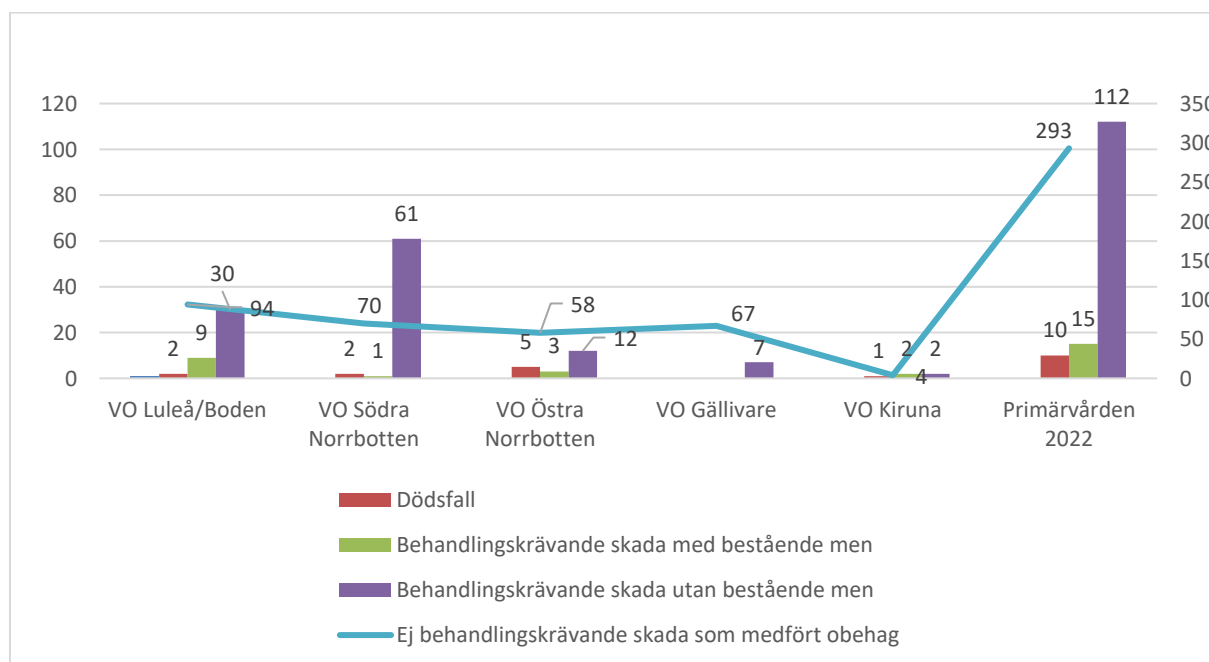


Diagram 3. Antal registrerade negativa händelser, bedömda som vårdskada i primärvården för perioden 21-11-01 till 22-10-31. Källa: Synergi.

Orsaker bakom allvarlig vårdskada

Den vanligaste identifierade orsakerna bakom allvarlig vårdskada i primärvården var brister i procedurer/rutiner och riktlinjer (39 %), brister i kommunikation och information (35 %) och omgivning (20 %).

Under perioden 2021-11-01 till 2022-10-31 har primärvården utfört två händelseanalyser. IVO har under samma period överlämnat 24 klagomål till vården att utreda samt begärt handlingar och utrett fyra enskilda klagomål (källa: Synergi och Nitha).

Tillförlitliga och säkra system och processer

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



Primärvården arbetar både förebyggande proaktivt och med uppföljning retrospektivt. På detta sätt följs variationer och patientsäkerheten stärks.

Läkemedelsgenomgång

Uppföljning av läkemedel hos äldre är ett viktigt område för patientsäkerheten som följs i divisionsplanen för division Nära.

Mål: Målet är att 50 procent av patienter över 75 år med minst fem läkemedel ska ha en journalförd läkemedelsgenomgång.

Resultat: Under perioden oktober 2021 till november 2022 hade 34 procent av patienter över 75 år med minst fem läkemedel har under året fått en journalförd läkemedelsgenomgång. Två hälsocentraler uppnår divisionens målvärde på 50 procent. Andelen kvinnor och män som fått läkemedelsgenomgång var relativt lika, 33 procent kvinnor och 34 procent män.

Samma period föregående år hade 35 procent fått en journalförd läkemedelsgenomgång, vilket betyder att årets resultat ligger i nivå med föregående år. Divisionens målvärde på 50 procent uppnås inte.

Analys: Förutsättningen för uppföljning av andel genomförda läkemedelsgenomgångar är att den kopplas till rätt sökord i journalsystemet. Det kan finnas en risk att detta inte alltid utförs och att statistiken därför inte blir tillförlitligt. Måttet anger inte heller hur och vilken kvalitet genomgången haft. Genomförda läkemedelsgenomgångar är viktiga för patientsäkerheten vid patientens alla kontakter med vården.

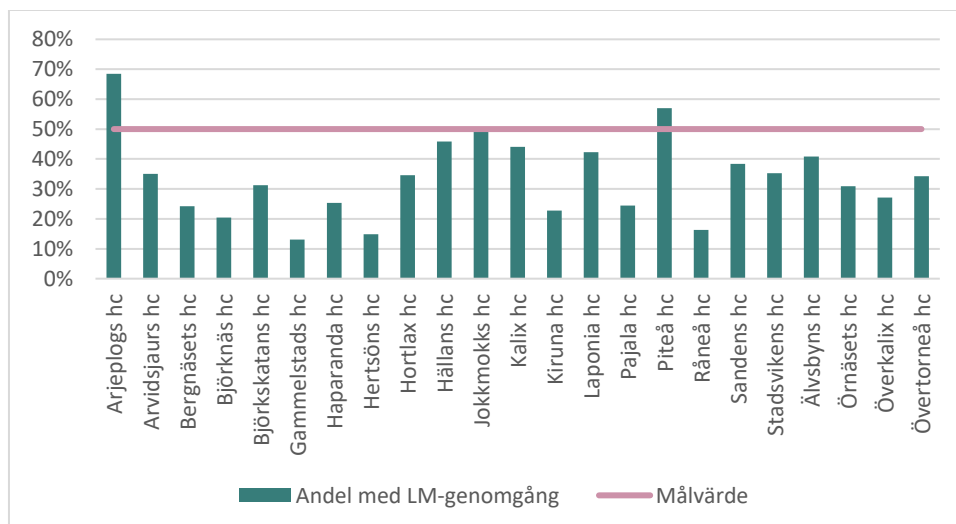


Diagram 4: Andel journalförda läkemedelsgenomgångar för personer över 75 år med minst fem läkemedel per hälsocentral för perioden oktober 2021 till november 2022 i förhållande till målvärde. Källa Datalagret.

Åtgärd: Information/utbildning om hur läkemedelsgenomgångar journalförs på korrekt sätt ska gå ut i organisationen.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning tertial- och årsvis. Enheterna arbetar med åtgärder för att säkerställa t ex. korrekt dokumentation och ökad kunskap.

Suicidbedömning

Strukturerad suicidbedömning ingår i ett systematiskt sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete som ska vara en naturlig del av patientmötet i primärvården. Strukturerad suicidbedömning mäts genom uttag från journalen via regionens datalager.

Mål: Divisionens mål är att antal/andel patienter med misstänkt depression eller ångestsyndrom som genomgått en strukturerad suicidbedömning ska öka.

Resultat: Under perioden oktober 2021 till november 2022 hade fem procent av patienter med diagnos misstänkt depression i primärvården, fått en åtgärds kod för strukturerad suicidbedömning. Föregående år var motsvarande siffra fyra procent.

Analys: Förutsättningen för uppföljning av andel strukturerade suicidbedömningar är att den kopplas till rätt sökord i journalsystemet. Det finns en risk att detta inte alltid utförs korrekt och att statistiken därför inte blir tillförlitlig.

Uppföljning: Uppföljning tertial- och årsvis. Enheterna arbetar med åtgärder för att säkerställa t ex. korrekt dokumentation och ökad kunskap.

Hur följer verksamheterna upp och hur agerar på resultat?

- **VO Södra:** Apotekare har anställts på en uppdragsbeskrivning vid några hälsocentraler i VO Södra, vilka bland annat arbetar med fokus på att utveckla och genomföra tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar samt att arbeta strategiskt med läkemedelsrelaterade frågor. Under 2023 planeras det för rutiner och riktlinjer för suicidriskbedömning vid distanskontakt, dessa vilar på de nationella riktlinjerna för suicidriskbedömning.
- **VO Östra:** Undervisa personalgrupperna gällande suicidriskbedömningar samt hur vi dokumenterar i journalsystemet. Alla ska ta upp denna punkt på APT under 2023. Vi får kontinuerligt följa statistiken samt påminna de aktuella medarbetarna. Vi behöver säkerställa att läkarna dikterar eller skriver detta rätt i journalen gällande läkemedelsgenomgångar. Vi måste kontinuerligt påminna både läkare och sjuksköterskorna att genomföra läkemedelsgenomgångar. Vi behöver säkra introduktion till inhyrd läkare samt vikarierande läkare hur läkemedelsgenomgångar går till samt hur dessa ska registreras.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

Verksamheten följer regelbundet över tid kvantitativa och kvalitativa resultat för patientsäkerhetsområdet.

Verksamheterna uppger att det som påverkar säker vård är bland annat tillgång till personal, kontinuitet, kompetens hos inhyrd personal, försenade eller uteblivna läkemedel, bristfälliga lokaler etc.



Omställning Nära vård och fast läkarkontakt och vårdkontakt

Under året har arbetet med omställning till nationell inriktning mot god och nära vård pågått och kommer att fortgå under kommande år. Regionstyrelsen i Norrbotten beslutade i augusti 2022 att arbeta mot Socialstyrelsens målvärde 1100 invånare per heltidsarbetande specialist i allmänmedicin samt att arbetsorganisationen i primärvården, utöver fast läkarkontakt, också skall vara teambaserad och utgå från en fast vårdkontakt. Funktionerna fast vårdkontakt och fast läkarkontakt har som underliggande syfte att skapa förtroende och en relation mellan vård och patient.

- **VO Östra, Kiruna och Gällivare:** Stor del av befolkningen i upptagningsområdet saknar angiven fast läkare. Där ser vi att det finns en stor riskfaktor med många som är multisjuka som inte får samma kontinuitet och uppföljning som de patienter som är listade till en namngiven läkare. Att ha en fast PAL lyfts ofta men p.g.a. resursbrist är det ofta inte möjligt. Vi kommer att se över vårt arbetssätt så att vi kan säkerställa en god kontinuitet trots vakanser bland läkare. Under 2022 har ett arbete påbörjats i VO Östra där alla enheter har infört teamarbeten vilket möjliggör fast vårdkontakt. Vi behöver även säkerställa att registreringen av fast vårdkontakt blir korrekt i journalen.

Exempel på områden som verksamheterna arbetat med under 2022 för att göra vården säker:

- **VO Södra:** Vid diabetesvård används kvalitetsregistret, NDR dvs. nationellt diabetesregister och vid astma kol används luftvägsregistret som kvalitetsregister. Övriga register som används i

glesbygd är senior alert. Servicepunkter och filialer har implementerats i verksamheterna i Älvsbyn/ Vidsel, Hällan/ Rosvik och Rognäs, Hortlax/ Hemmingsmark och mobil servicepunkt (vårdbussen) är ett samarbete mellan Hällans HC, Arvidsjaur HC och Arjeplog HC med uppdrag att bidra till en god och säker tillgång till hälso- och sjukvård. Under sommarmånaderna juni till augusti har de regionsdrivna hälsocentralerna Piteå, Hortlax och Hällans samarbetat i Tele-q och lättakuten för att tillgodose god och jämlik vård. Även den digitala vården har utvecklats i verksamheterna i bla stöd och behandlingsplattformen, ronder, hälsosamtal, coachningar i livsstilsrelaterade frågor och gjort att verksamheten kunnat möta patientens behov under andra förutsättningar.

Samarbetsvård eller collaborativ care är på väg att implementeras för vård vid psykiska ohälsa inom primärvården Region Norrbotten där södra Norrbotten ha verkat som pilot för arbetssättet.

- **VO Östra:** Under 2022 har våra slutenvårdsplatser varit belagda med svårt sjuka patienter med stor vårdtyngd. Detta har bidragit till att medarbetarna haft en tuff arbetsbelastning samt att patientsäkerheten inte kunnat garanteras. Vi har under sommaren 2022 tagit in extra resurs (vårdbiträde) i Övertorneå för stöd vid basala omvårdnad.

Riskhantering

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

Riskhantering sker på personnivå genom riskbedömning och på enhetsnivå genom Gröna korset, avvikelshanteringssystemet Synergi och internanalys/händelseanalys. Vid förändringar i verksamheten görs riskanalys. Under året har risk-och konsekvensanalyser utförts i samband med verksamhetsförändringar i flera verksamhetsområden exempelvis gällande:

- Sammanslagning av två hälsocentraler i VO Luleå/Boden
- Uppstart av ny hälsocentral i VO Luleå/Boden
- Tillkomst av allmänmedicinska vårdplatser vid Haparanda HC
- Uppstart av Nära Vård team i Östra Norrbotten
- Införande av Ung i Norr-appen
- Sommarplanering med låg läkarbemanning

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet och i patientsäkerheten. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Genom inrapportering av risker kan allvarliga risker identifieras och förebyggande åtgärder vidtas.

Under 2022 rapporterades 229 risker i Synergi. Det är färre än föregående år då antalet var 273. De tre vanligast förekommande orsakerna till rapporterade risker 2022 var bristande bemanning (23 %), avsteg från rutiner/instruktioner/bruksanvisning (18 %) och bristande/avsaknad av kommunikation/samarbete (14 %).

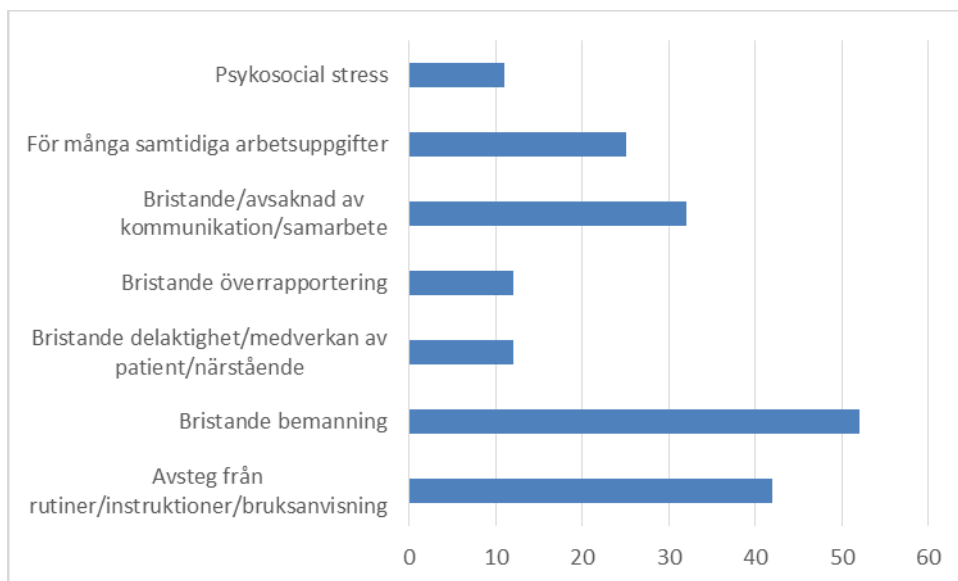


Diagram 5. Antal rapporterade risker per orsakskategori (med fler än tio avvikelser) för primärvården löpande 12 månader, statistikuttag 221101. Källa: Synergi.

Områden som verksamheterna rapporterar som patientsäkerhetsriskområden i sina verksamheter är exempelvis:

- Bemanning/resurser, avsaknad av inhyrd personal
- Tillgänglighet
- Oskrivna diktat
- Vårdskuld
- Psykisk ohälsa

Exempel lärdomar av riskbedömningar/analyser från verksamheterna:

- **VO Gällivare:** En väl utförd riskbedömning ger en tydlig bild och trygghet över hur nuläget och situationen ser ut. Det viktiga är också att följa upp riskbedömningarna för att se om utfallet blev som förväntat.
- **VO Östra:** Lärdomar vi fått av riskbedömningar som gjorts är att vi kan göra handlingsplaner på de risker som har synliggjorts under risk och konsekvensanalysen. Detta ger en trygghet för medarbetarna i organisationen.

Stärka analys, lärande och utveckling

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



Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Alla verksamhetsområden har lokalt anpassade rutiner för avvikelshanteringsprocessen och hur återkoppling ska ske till medarbetarna. Vid allvarigare händelser beslutar verksamhetschefen att händelseanalys ska genomföras. I samråd med chefsläkare beslutas om Lex Maria anmälan ska göras.

Alla medarbetare i Primärvården ska ha god kunskap om avvikelshanteringsprocessen och känna till sin rapporteringsskyldighet. Varje enhet har möjlighet att ta ut sin egen statistik och resultat från Synergi. Varje månad skickas övergripande statistik för avvikelser till ledningen.

Mål: I divisionsplanen anges att handläggningstiden för avvikelser mäts och följs upp. Mål 70 procent avslutande inom 60 dagar.

Resultat: Totalt registrerade Primärvården 1381 avvikelser i Synergi löpande 12 månader med statistikuttag 221101. Det är fler än föregående år då motsvarande siffra var 1281 avvikelser. Handläggningstiden i många ärenden överstiger de i lag föreskrivna 30 dagarna. Totalt 41 procent av avslutade avvikelser är handlagda inom 30 dagar och 55 procent är handlagda inom 60 dagar (Källa: Synergi).

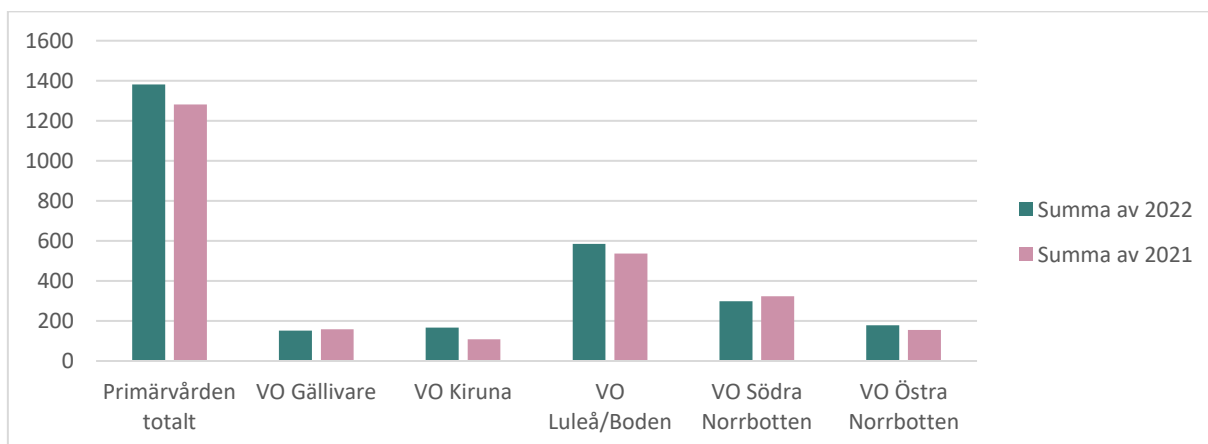


Diagram 6: Antal avvikelser per verksamhetsområde, jämförelse mellan perioden 211101 till 221031 och motsvarande period året innan. Källa: Synergi.

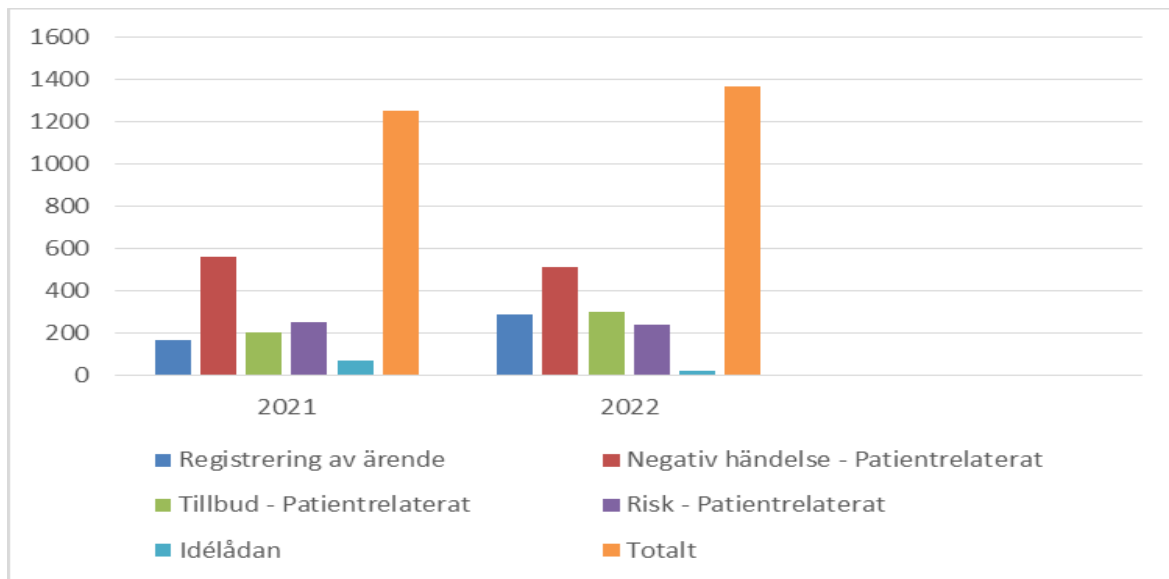


Diagram 7: Antal ärenden per ärendetyp för primärvården, jämförelse mellan perioden 20211031-20221101 och motsvarande period året innan (Källa: Synergi).

Analys: Antalet rapporterade avvikelser och hur många som är påbörjade och handlagda inom angiven tidsram varierar mellan olika enheter. Handläggningstiden för avvikelser totalt för primärvården överstiger de i lag föreskrivna 30 dagarna och målsättningen enligt divisionsplanen, att 70 % ska vara handlagda inom 60 dagar, uppfylls inte.

Det är 12 hälsocentraler/enheter som uppger att avvikelseprocessen vid deras enhet fungerar bra och åtta uppger att den fungerar mindre bra. Det framkommer att chefsbyten, tids- och resursbrist, brister i arbetssätt samt systemförändringar i avvikelssystemet påverkat deras avvikelshanteringsprocess och följsamhet till gällande rutiner. Inom verksamhetsområdena ses rutiner och arbetssätt över för att förbättra avvikelshanteringsprocessen.

Versionsuppgaderingen av Synergi kan ha påverkat handläggning av avvikelser under hösten 2022 då det kan ha funnits en osäkerhet hos användare i rapportering och handläggning i det upgraderade systemet. I november 2022 var 420 ärenden registrerade men inte påbörjade, vilket innebär att statistiken inte heller är helt tillförlitlig.

Exempel åtgärd och uppföljning:

- **VO Gällivare:** Under 2023 måste vi involvera fler medarbetare i patientsäkerhetsarbetet då mycket av den delen ligger i nuläget på enhetschefer.
- **VO Kiruna:** Vi saknar i nuläget avvikelshanteringsgrupp vilket gör att arbetet med avvikelseprocessen blir stötvis och utan kontinuitet. Nytt arbetssätt ska införas.
- **VO Luleå/Boden:** Schemalagd synergitid varje vecka för att säkerställa kort handläggningstid samt utbilda personal som är synergihandläggare, minst 2 på varje enhet. Enhetschefer ska kontinuerligt kolla handläggningstiderna på sin enhet.

Exempel från verksamheten på hur man arbetar med avvikelser

Vilka lärdomar har verksamheterna fått utifrån sina avvikelser?

- **VO Kiruna:** Bemötandefrågor samt synpunkter där patient och vårdpersonal inte är eniga om handläggningen är återkommande klagomål, även synpunkter som avsaknad av fast läkarkontakt förekommer. Vid klagomål som gäller medicinska frågor sker alltid en bedömning

av medicinskt ansvarig läkare innan svar utgår till patienten. Bemötandearenden återkopplas alltid till den det berör.

- **VO Luleå/Boden:** Arbeten pågår för att förbättra tillgängligheten då vi får många avvikelser på detta. Vi samverkar mellan hälsocentralerna med syfte att hålla så god tillgänglighet som möjligt, skriva diktat och bistå med akuta läkartider. Vi samverkar även med de yrkeskategorier som är bristyrken.
- **VO Södra:** Eftersom brister i kommunikationen är återkommande i avvikelserna finns en målsättning om att använda Teach-back-metoden och SBAR ytterligare.
- **VO Östra, Kiruna och Gällivare:** Vi har genomfört ett arbete med TeleQ, tillgängligheten för våra HC då vi fått avvikelser på detta. På VO – nivå har detta lett till bättre tillgänglighet för patienterna.

Klagomål och synpunkter

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

Patienter och närstående kan ge förslag till förbättringar eller lämna klagomål via; direkt kontakt med verksamheten, 1177.se, e-tjänst på Regionens hemsida samt via Patientnämnden (PaN) och Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). Klagomål och synpunkter registreras och hanteras som avvikelser i Synergi. Alla klagomål ska sammanställas och analyseras enligt regional anvisning. Klagomålet ska tas om hand inom en vecka och verksamheten har 30 dagar på sig att besvara klagomålet. Klagomålet ska besvaras skriftligt eller genom muntlig återkoppling till anmälaren.

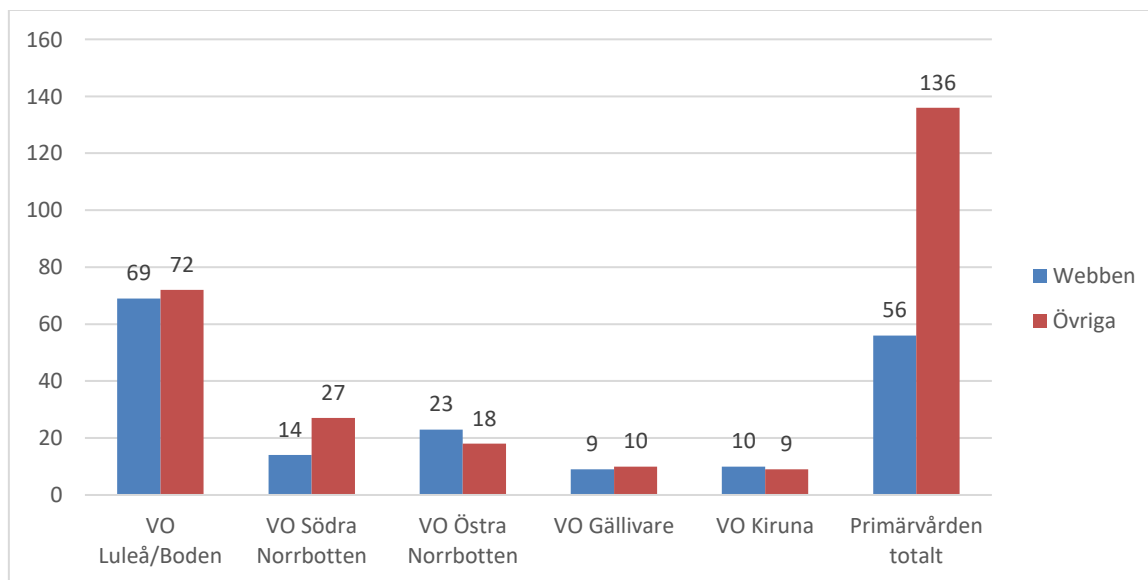


Diagram 8. Antal klagomål som inkommit gällande primärvården via webben och övriga under löpande 12 månader, statistikuttag 221101. I övriga har klagomål via webben exkluderats. Källa: Synergi.

Totalt 236 synpunkter eller klagomål som gällde primärvården inkom via Patientnämnden, vilket är 16 procent färre än föregående år. 59 procent gällde kvinnor och 41 procent gällde män. Flest ärenden gällande klagomål/synpunkter på vård och behandling (46 %), följt av kommunikation (24 %) och tillgänglighet (15 %).

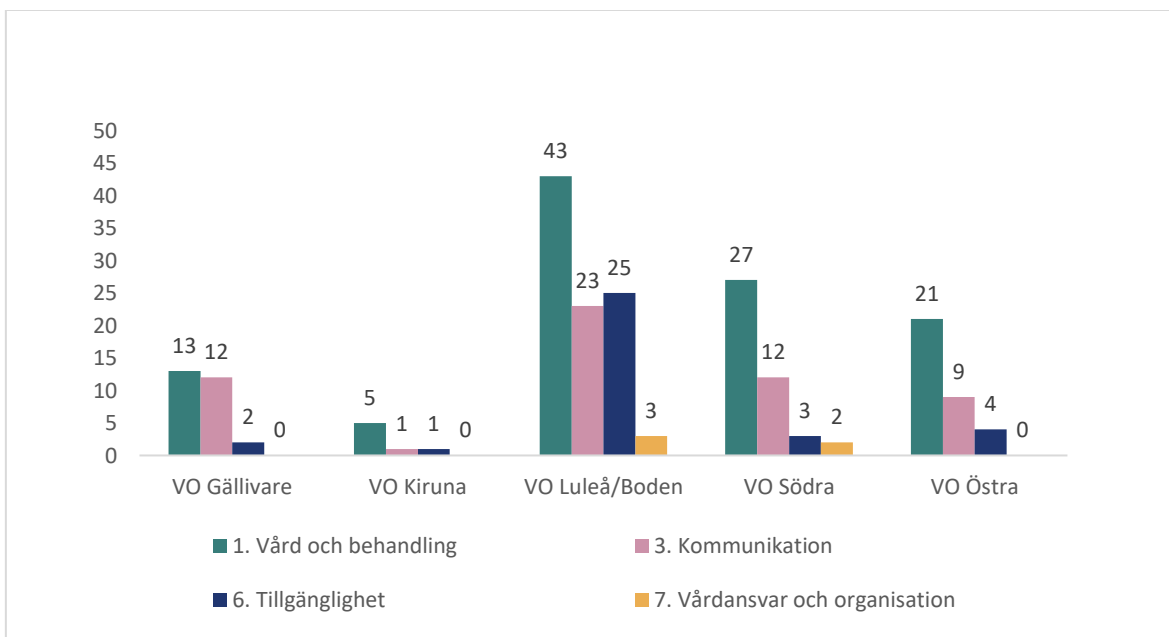


Diagram 9. Antal ärenden gällande primärvård som inkommit via Patientnämnden uppdelat på kategori. Källa: Patientnämnden.

Exempel på lärdomar och vilka genomförda förbättringar som haft effekt:

- **VO Luleå/Boden:** Under 2022 har inkomna klagomål från patienter och anhöriga varit mycket relaterat till den vård som har fått anstå under pandemin, bristfällig tillgänglighet i telefonen samt bristfällig återkoppling. Detta har bland annat medfört att vi har startat öppen mottagning på ytterligare en enhet i syfte att bli tillgängligare för befolkningen.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Exempel på hur verksamheterna kommer att arbeta med patientsäkerhet under kommande år:

- **VO Gällivare:** Vi kommer att fortsätta att kompetensutveckla vår befintliga personal. Läkemedelsgenomgångar och teambaserat arbetssätt med patientkontakt. Långsiktig kompetensutveckling och handledning, medicinsk styrning på plats. Medicinsk prioritering utifrån aktuell bemanning ex sjukfrånvaro och ledigheter
- **VO Östra:** Vi tecknar patientkontrakt för de som sätts in på beroendeframkallande läkemedel. Vi kommer att fortsätta att kompetensutveckla vår befintliga personal. Läkemedelsgenomgångar och teambaserat arbetssätt med patientkontrakt. Långsiktig kompetensutveckling och handledning, medicinsk styrning på plats. Medicinsk prioritering utifrån aktuell bemanning ex sjukfrånvaro och ledigheter. Flödesutbildningen har fortsatt i syfte att förbättra och effektivisera omhändertagandet av patienter. Syftet är att få kontinuitet i vårdprocesser och samverka mellan enheter både internt och externt.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utmaningar för kommande år:

Verksamheterna beskriver gemensamma utvecklingsområden och utmaningar. Exempel är kompetensförsörjning, tillgänglighet, omställning till Nära vård, införande av nytt journalsystem, ökad samverkan både inom verksamhetsområde och med andra parter. Inriktningen på divisionens patientsäkerhetsarbete för kommande år är bland annat förbättrad följsamhet till BHK-mätningar och ökat antal enheter som mäter, förbättrad avvikelshantering och ökad andel patienter över 75 år med minst fem läkemedel som får en läkedelsgenomgång. Gröna Korset är ett verktyg som alla hälsocentraler förväntas införa för att kunna arbeta proaktivt och se risker innan vårdskador och tillbud hinner inträffa.

VO Gällivare: En utmaning för vår verksamhet är att behålla och förbättra den medicinska kvalitén och patientsäkerheten på våra enheter framåt. Målet är att i högre grad arbeta proaktivt för att undvika att brister och skador uppstår men det kommer vara en stor utmaning med det svåra rekryteringsbehovet vi har framförallt i glesbygden. Det finns också färre uppföljningsverktyg att tillgå som främjar det proaktiva arbetet än det som främjar det reaktiva arbetet med redan uppkomna vårdskador osv. Verksamheten bedömer att aktivt arbete med nationella kvalitetsregister och nationella riktlinjer är viktiga grunder för att bevara hög medicinsk kvalitet i vår verksamhet. Här hoppas vi Medrave kan bidra med detta i stor utsträckning. Vi önskar dock kontinuerliga utbildningar i detta system då det är viktigt att våra medarbetare och chefer kan handha det. På samma sätt är det viktigt att vi tar lärdom av resultaten från mätningar vad gäller BHK, trycksår, VRI osv för att identifiera var våra förbättringsområden finns, och vad som skulle vara rimliga förbättringsåtgärder för oss i framtiden.

VO Kiruna: De organisationsförändring som nu genomförts i Region Norrbotten innebär att tidigare inarbetade kontaktvägar, rutiner, överenskommelser och patientflöden till stor del omkullkastats och behöver säkras upp på nytt. Vi behöver också förhålla oss till införandet av God och Nära vård. Det är som gått har präglats av en återgång till en normalisering och återhämtning av uppskjuten vård efter pandemin liksom svårigheter med bemanning. Förhoppningen är att kommande år ska ge utrymme för mer verksamhetsutveckling. De områden som hamnar i fokus hos oss och som behöver säkras upp är vårdövergångar, både inom och utom regionen. Vi är fortsatt beroende av stafettläkarlösningar, därtill har vi sett tilltagande svårigheter att få stafettläkare kontrakterade vilket påverkar vår verksamhet. Detta påverkar även kontinuiteten i vårdkontakterna som är ett annat fokusområde för oss. I enlighet med NäraVård-konceptet behöver vi även vidareutveckla begreppen fast vårdkontakt/fast läkarkontakt samt patientkontrakt. Följsamhet till BHK är ett viktigt område där vi måste förbättra våra resultat, så även vad gäller läkemedelsgenomgångar till äldre. Vi kommer även fortsätta vårt interna avvikelshanteringsarbete och ffa förbättra återkoppling- och lärandedelen i processen.

VO Luleå/Boden: Viktigt arbete inför nästa år är att fortsätta arbetet mot Nära Vård där fokus ligger på ökad personcentrering, hälsofrämjande och förebyggande arbete med primärvården som nav. Vi har startat upp förberedelserna inför byte av nytt journalsystem och ”städningsjobb” är påbörjat på alla enheter men här ligger mycket arbete under nästa år och där är det viktigt att beakta patientsäkerheten. Under innevarande år (2023) ska vi vara extra uppmärksamma på följderna av utökat indirekt arbete, förskjutning av återbesök och minskad tillgänglighet. Detta kommer att följas i den dagliga styrningen, Gröna korset men även via avvikelser samt vårt utarbetade Vårdskuldsdokument.

VO Södra: Med utgångspunkt från de lagändringarna i Hälso- och sjukvårdslagen som gällde från 1 juli 2021 så kommer södra Norrbottens hälsocentraler att under året 2023 att fortsätta sitt arbete med fokus

på ökad personcentrerad, hälsofrämjande och förebyggande arbete med primärvården som nav. Nära vård har blivit ett etablerat arbetssätt i verksamheterna och innebär att man försöker organisera all hälso- och sjukvård där man går från fokus på organisation till fokus på person och relation, från att patient/invånare är passiva mottagare till att bli aktiv medskapare av sin vård, från isolerade vård- och omsorgsinsatser till samordning utifrån personens fokus, från reaktiv till proaktiv och hälsofrämjande. Som ett led i arbetet mot nära vård och kontinuitetsbärare kommer man att arbeta vidare i omställningen om fast läkarkontakt och riktvärdet för antal 1100 läkarkontakter per distriktsläkare och 550 listade per ST läkare i allmän medicin. Hälsocentralerna hoppas även på att regionstyrelsen fattar erforderliga beslut för att utöka bla utbildningstjänster. Utifrån situationen en ansträngd hälso- och sjukvård och ett utmanande bemanningsläge samt stor vårdefterfrågan så avser hälsocentralerna att arbeta vidare även med att vara en attraktiv arbetsplats som väl integreras med patientsäkerhet. Ett annat angeläget arbete är att se över omhändertagandet avseende den psykiska hälsan hos barn och vuxna men även fortsatt implementeringen av samarbetsvård när som avser den vuxna individen.

Följsamhet till BHK är ett viktigt område där vi måste förbättra våra resultat, så även vad gäller läkemedelsgenomgångar till äldre. Vi kommer även fortsätta vårt interna avvikelshanteringsarbete och fram för allt förbättra återkoppling- och lärandedelen i processen.

VO Östra: En utmaning för vår verksamhet är att behålla och förbättra den medicinska kvalitén och patientsäkerheten på våra enheter framåt. Målet är att i högre grad arbeta proaktivt för att undvika att brister och skador uppstår men det kommer vara en stor utmaning med det svåra rekryteringsbehovet vi har framförallt i glesbygden. Det finns också färre uppföljningsverktyg att tillgå som främjar det proaktiva arbetet än det som främjar det reaktiva arbetet med redan uppkomna vårdskador osv. Verksamheten bedömer att aktivt arbete med nationella kvalitetsregister och nationella riktlinjer är viktiga grunder för att bevara hög medicinsk kvalitet i vår verksamhet. Här hoppas vid Medrave kan bidra med detta i stor utsträckning. På samma sätt är det viktigt att vi tar lärdom av resultaten från mätningar vad gäller BHK, trycksår, VRI osv för att identifiera var våra förbättringsområden finns, och vad som skulle vara rimliga förbättringsåtgärder för oss i framtiden.

Exempel på planerade åtgärder och aktiviteter i verksamhetsområdena för kommande år:

Rekrytering, trygg bemanning, utbildning

- Samordning mellan VO. Rekrytera tillsammans vissa yrkeskategorier för att få lika vård i hela Norrbotten.
- Under 2023 ska vi erbjuda nya sjuksköterskor utbildning i telefonrådgivning samt säkerställa att nya sjuksköterskorna sitter i telefon har en erfaren kollega i samma rum.
- Öka grundbemanningen på de allmänmedicinska vårdplatserna då patientklientelet förändrats.
- Förbättrad introduktion av ny personal där patientsäkerhet ska vara en del.

Samverkan

- Samverkan mellan hälsocentralerna mot riktade patientgrupper ex psykisk ohälsa hos barn och unga samt vuxna, den sköra, komplexa individen- mångbesökaren.

Riskhantering

- Implementera Gröna korset vid alla enheter.

Egenkontroller

- Följsamheten av egenkontroller behöver fortsatt följas upp och i vissa fall förbättras på enhetsnivå. Vi behöver säkra introduktion till inhyrd läkare samt vikarierande läkare hur läkemedelsgenomgångar går till samt hur dessa ska registreras.

Avvikelsehantering

- Gemensam synergihantering för VO, hur de hanteras samt arbetsgången. Ta upp på VO nivå: Har vi gemensamma problemområden? Sammanställa avvikelser inom VO så vi dra nytta av varandras lärdomar.

Patientmedverkan

- Vi kommer att införa ett årshjul för patientmedverkan t.ex. medborgardialoger, äldredagar och patientråd. Detta för att kontinuerligt kunna möta medborgarnas behov. Anordna mötesform med olika aktörer som riktas till medborgarna ex Hälsans Dag.

Digital vård

- Utveckling av digitala verktyg utifrån patienternas behov.