# Patientsäkerhetsberättelse för Ögonsjukvården, Region Norrbotten

# År 2021

Datum 2021-12-01
Ansvarig för innehållet; Gunilla Nordlander
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 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 ..... 5
Samverkan för att förebygga vårdskador ..... 6
Informationssäkerhet ..... 6
Strålskydd ..... 6
En god säkerhetskultur ..... 7
Adekvat kunskap och kompetens ..... 8
Patienten som medskapare ..... 8

AGERA FÖR SÄKER VÅRD ..... 9
Öka kunskap om inträffade vårdskador ..... 10
Tillförlitliga och säkra system och processer ..... 11
Säker vård här och nu ..... 12
Riskhantering ..... 13
Stärka analys, lärande och utveckling ..... 14
Avvikelser ..... 14
Klagomål och synpunkter ..... 15
Öka riskmedvetenhet och beredskap ..... 16

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR ..... 17

Bilaga 1. Exempel på upplägg utifrån arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete ..... 18

Bilaga 2. Exempel på tabell för sammanställning ..... 19

# SAMMANFATTNING

Målsättningen för patientsäkerhetsarbetet under 2021 har varit att erbjuda en säker vård av hög kvalitet utan väntetider. Vi har arbetat utifrån ett riskförebyggande arbetssätt där fokus har varit att ingen patient skall riskera att drabbas av vårdskada.
Följder av Covid-18 pandemi, svårigheter att rekrytera ögonspecialister har varit försvårande omständigheter för att uppnå målet.

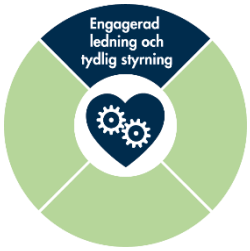
Åtgärder för att hantera aktuella riskområden har varit; intensivmottagningar för effektiviserat flödet för vissa patientgrupper, sköterske- och läkar-mottagningar utanför ordinarie arbetstid, utvidgat arbete med länsgemensamma väntelistor, inhyrning av ”stafettläkare”.
Gällande kösituationen för patientgruppen med den kroniska sjukdomen glaucom ligger antal försenade återbesök vad gäller läkarbesök på ca 150 patienter och till sköterskebesök på ca 1900 patienter vilket är alarmerande. Ovanstående åtgärder pågår.

Grundläggande för säker vård är en god säkerhetskultur. Ett gemensamt förhållningssätt är nödvändigt för att skapa förutsättningar för detta. Utbildning och dialog inom området är därför av stor vikt.
Medarbetarna kommer att fortsatt att identifiera risker och avvikelser i det dagliga arbetet och BHK kommer att registreras och följas. Patientsäkerhet kommer även fortsättningsvis att tas upp i olika forum, som t.ex. pulsmöten för att ständigt hålla frågan aktuell.

# 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 §*
**Beskriv** övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

Målsättningen för patientsäkerhetsarbetet under 2021 har varit att erbjuda en säker vård av hög kvalitet utan väntetider. Ingen patient skall riskera att drabbas av vårdskada. Vårt arbetssätt har präglats av arbete med ständiga förbättringar av flöden och processer. Våra strategier har varit att arbeta utifrån ett riskförebyggande förhållningssätt med fokus på att undvika och tidigt upptäcka risker för att förebygga avvikelser.

### Organisation och ansvar

*PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1*
**Beskriv** kort roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer. Här kan stödfunktioner som t ex chefläkare, Strama, smittskydd, vårdhygien, patientsäkerhet- och kvalitetsenhet, kliniskt träningscenter, patientnämnden ingå.
Divisionschefen är högst ansvarig för att ledningssystemet för patientsäkerhet tillämpas i verksamheterna. Läns-o verksamhetschef för verksamhetsområdet ögonsjukvård är ytterst ansvarig för planering, ledning, styrning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet. Läns-o verksamhetschef ansvarar tillsammans med vårdchefen för att ta fram rutiner för samt uppföljning och utvärdering av patientsäkerhetsarbetet. Enhetschef för respektive enhet ansvarar för att leda och följa upp patientsäkerhetsarbetet genom den dagliga styrningen. Medarbetarna ansvarar för att identifiera, försöka åtgärda, samt rapportera risker och vårdskador.
**Stödfunktioner;** Vårdgivaren har skyldighet att utreda händelser som har eller har kunnat medföra vårdskada. Vid allvarligt tillbud eller händelse genomförs händelseanalys där analysledare utses av **patientsäkerhet- och kvalitetsenheten**.
I händelse av risk för/eller inträffad allvarlig vårdskada kontaktar Läns-o Verksamhetschefen **Chefläkare** för bedömning/initiering av anmälan enl. Lex Maria till IVO.
**Patientnämnden**, fristående, oberoende, instans som informerar och stöttar patienter, närstående och överlämnar samlade synpunkter till vården. **Vårdhygien och smittskydd** har haft en viktig roll i arbetet med att utforma arbetssätt och rutiner i samband med Covid-19 pandemin.

**Samverkan för att förebygga vårdskador**

*SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3*
Beskriv **hur** och inom vilka processer och områden som samverkan identifierats och äger rum för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada, till exempel vårdens övergångar med överenskommelser mellan olika vårdenheter, medicintekniska enheter, mellan primärvård och sjukhus samt mellan region och kommun.
Beskriv även om det finns processer och områden där samverkan saknas.

För att minska patientsäkerhetsrisker orsakade av förseningar har vi fortsatt arbetet med att utveckla länsgemensamma väntelistor för mottagningsbesök och operationer.
Ett samarbete med ögonkliniken vid Norrlands Universitetsklinik (NUS) har inletts inom kataraktkirurgi som har bidragit till kortare operationskö, vilket främjar patientsäkerheten. Ett hinder har varit att en del patienter nekat erbjuden tid på annat sjukhus än inom det egna länet.
Samverkan mellan ögonsjukvård och primärvård med införande av ögonkompetens, som synfältsundersökningar och ögonbottenfotografering skulle kunna förbättra omhändertagande av patienter med kroniska ögonsjukdomar, som glaukom och diabetesretinopati. Att kunna erbjuda viss vård närmare patienten skulle ha positiva effekter. Minskade köer för nödvändiga undersökningar gagnar patientsäkerheten. Patienternas ibland långa resor i vårt stora län skulle minska då besök på hälsocentralen kunde kombineras med t.ex. ögontrycksmätning. Mätvärden skulle kunna överföras till ögonklinik för läkarbedömning för svar direkt på om ändrad behandlingsstrategi behövs. Frågan är lyft till regiondirektören då Regionens intention är att se till att vården kommer närmare patienten.
Samverkan med vårdhygien och inte minst smittskydd har det gångna året haft en central roll i arbetet med att hantera frågor och utforma arbetssätt och rutiner i samband med Covid-19 pandemin. Att hela tiden följa och hålla sig informera sig via ”covidpuffen” har varit mycket viktigt för patientsäkerheten

**Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*
Beskriv **hur** ni arbetat med informationssäkerhet.
Vid anställning, samt avslutande av anställning går närmaste chef igenom sekretessreglerna med medarbetaren och bägge attesterar bägge regionens sekretessbevis. Kontroll av yrkeslegitimation sker vid anställning av blivande medarbetare inom Region Norrbotten.
Patienter får skriftligt begära journalkopior, som efter menprövning skickas till patienten, alternativt kan patienten hämta de flesta av sina journalhandlingar via inlog-1177
Verksamheten följer den rutin för loggkontroll som tagits fram inom regionen, Årliga stickprov/loggkontroller i patientjournaler genomförs.
Inga riskanalyser har gjorts under 2021 då ingen händelse eller risk har identifierats inom detta område.

**Strålskydd**

*SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §*
En kort sammanfattning av strålskyddsbokslutet eller hänvisa till bokslutet i länk eller bilaga.
Ej aktuellt inom VO ögon

## En god säkerhetskultur

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

Beskriv **hur** ni arbetar för att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården och främja en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker. Beskriv även hur ni skapar tid för lärande och reflektion. Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra, beskriv hur dessa aspekter beaktas och hur arbetet drivs.
Beskriv gärna vilka verktyg ni använder för att följa upp och skapa dialog kring säkerhetskulturen som till exempel Säkerhetskulturtrappan från A till E och Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE).

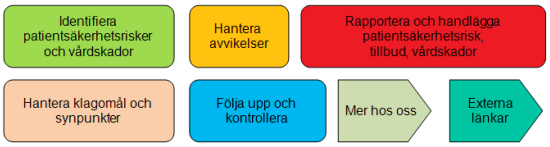
Grundläggande för säker vård är en god säkerhetskultur. Ett gemensamt förhållningssätt är nödvändigt för att skapa förutsättningar för detta. Det är viktigt att vi arbetar aktivt med att identifiera risker och skador och intar ett icke-skuldbeläggande förhållningssätt där medarbetarnas erfarenheter och kunskaps tas tillvara och används som underlag för lärande, förbättringar och utveckling.
Patientsäkerhetsfrågor tas ständigt upp i olika forum inom våra enheter.
Varje arbetspass inleds med ett pulsmöte för snabb orientering om nuläget, kort dialog om dagens planering samt dialog om gårdagens ev. inträffade patientsäkerhetsrisker. Resultat nedtecknas i ”gröna korset” och handläggs enl. rutin.
Enhetschef har deltagit i projektarbete för skapande av ”mottagningsanpassat gröna korset” och arbete med detta fortgår.
Vi strävar efter att eliminera risk för vårdrelaterade infektioner. Broschyr angående basala hygien och klädrutiner (BHK) delas ut till nya medarbetare och vikarier. BHK registreras en gång per månad. Vi deltar även vid den nationella punktprevalensmätningen. Resultat för mätningar tas upp via arbetsplatsträff (APT) Vi har en stående punkt ”patientsäkerhet” på agenda för APT och ledningsgrupper, där aktuella frågor tas upp.
Följdverkningar av Covid 19-pandemin med uppskjuten vård har skapat köer, som i sin tur kan leda till patientsäkerhetsrisker. Vi har hanterat den uppskjutna vården med hjälp av olika strategier, som extrainsatta läkarresurser, validering av väntelistor, extrainsatta mottagningstillfällen utanför ordinarie arbetstid, samt ”intensivmottagning” för nybesök katarakt och återbesök glaukom.
Schemalagt förbättringsmöte med dialog och tillfälle till reflektion runt dessa frågor hålls en gång per vecka, där också genomgång av och arbete runt ”förbättringstavlan” sker.
Medarbetare, som identifierat risk för, eller inträffad avvikelse, kan i arbetet att skapa ”Synergirapport” vb. direkt vända sig till någon av arbetsledarna inom VO´t för stöd och hjälp. Rapporteringssystemet, som ibland kan te sig krångligt när man inte är van, får aldrig vara ett hinder för att skapa en avvikelserapport.

## 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.

Beskriv **hur** yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet säkerställs genom kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer. Beskriv **hur** säker bemanning och schemaläggning tillämpas utifrån kunskap om medarbetarnas erfarenhet och kompetens. Beskriv även hur ni arbetar för att skapa systemförståelse och kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.

Att utbilda och fortbilda medarbetare inom patientsäkerhetsområdet är viktigt för att svara upp mot de krav som lagar och förordningar ställer på vårdgivaren. Kompetensutveckling är fundamentalt för att kunna driva och vidareutveckla en patientsäker vård. Under de senaste åren har det inom Region Norrbotten av olika skäl saknats möjlighet till central utbildning och fortbildning inom området. Undantag har varit ett utbildningstillfällen för hygienobservatörer. Inom vår enhet har vårdchefen stöttat och fortbildat enhetschefer och medarbetare inom avvikelsehantering. Nyanställd personal har fått utbildning inom BHK i samband med introduktionen. För att underlätta patientsäkerhetsarbetet i vardagen har vi på vår interna hemsida skapat en ”patientsäkerhets-puff Patientsäkerhet VO Ögon” där man lätt kan nå information., bl.a. lokala rutiner och via länk centrala rutiner/riktlinjer. Se innehåll nedan.




## Patienten som medskapare

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.

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*
Beskriv struktur och aktiviteter för **hur** patienter, brukare och närstående erbjuds möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

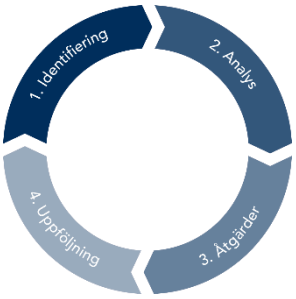
Ge exempel på **hur** patienterna görs **delaktiga** i den egna vården, hur patient och närståendes **synpunkter** och **klagomål** tas tillvara, hur patientmedverkan sker i utvecklingsarbeten för att stärka patientsäkerheten.
Patienter och deras närstående har varit delaktiga i vården genom samverkan med medarbetarna i den direkta vården och vid telefonkontakter.
Skriftlig patientinformation är ett viktigt komplement till den muntliga informationen som ökar patientens möjligheter att var delaktig i sin vård och behandling.

Glaukomkafé har hållits. Detta är en träffpunkt för patienter med diagnosen grönstarr, ledd av en erfaren ögonsjuksköterska. Mycket uppskattat tillfälle att få information, ställa frågor och under trevliga former lära känna andra medborgare med samma kroniska sjukdom.
Samarbete sker med det lokala patientrådet och med patientföreningar för olika diagnosgrupper t.ex. glaukomförbundet och synskadades riksförbund.
Synpunkter och klagomål från patienter och närstående har inkommit på flera olika sätt och omhändertagits enl. fastställd rutin (se under punkt 4)
Den nationella patientenkäten (NPE) undersöker patientupplevelser inom hälso- och sjukvården.
E-tjänster som 1177och vårdguiden ger patienterna möjlighet till ökad delaktighet och kunskap om den egna vården och möjlighet att på ett lättare sätt komma i kontakt med vården gällande t.ex. ta del av sin journal, receptförnyelse, ombokning av tid, själv ta ut journalkopior eller framföra synpunkter eller klagomål till verksamheten.

# 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.

Beskriv strategier, mål och koppla till vilken egenkontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts under året.
Utifrån hur ni har agerat för säker vård inom de fem nationella fokusområdena: utvärdera planerade och genomförda åtgärder och uppföljningen av dess effekter, samt beskriv planering framåt utifrån resultaten.




Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete. Under rubriken Agera för säker vård kan arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete användas genom att följa nedanstående fyra steg:

1. Identifiering
   - Beskriv resultatet inom de områden som identifierats och följs (visa gärna diagram).
   - Beskriv omfattning och frekvens (till exempel vårdrelaterade infektioner (VRI) följs en gång per år via punktprevalensmätning (PPM), en gång per månad via Infektionsverktyget och två gånger per år via Markörbaserad journalgranskning)
2. Analys
   - Beskriv analys av och/eller resonemang kring resultat inom området, till exempel orsaker till förändring i resultatet eller koppling till patientsäkerhetsrisker.
3. Åtgärder
   - Beskriv åtgärder med koppling till identifierat område. Åtgärder kan både vara i form av aktiviteter eller förändringar i struktur eller organisation.
4. Uppföljning av åtgärd
   - Beskriv hur ni följt upp och återkopplat vidtagna åtgärder inom identifierat område.
   - Beskriv hur kunskap och lärande har spridits till verksamheter och/eller ledning.

## 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.

**Har vården varit säker?**

Beskriv **hur** händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada **utreds och följs upp** Det skall framgå **hur många händelser** som har utretts och **hur många vårdskador** som bedömts allvarliga.

Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada upptäcks, alternativt mottages och registreras i Synergisystemet, enl rutin.

Utredning sker enl. fastställd rutin/"Arbetsinstruktion för avvikelsehandläggning i Synergi" Arbetsledare/ledningsgrupp ansvarar för att uppföljning sker enl. uppgjord plan och att kunskap om det inträffade sprids inom/genom processgrupp - yrkes-möten/Via enhetschefer vid arbetsplatsträffar inom enheterna.

Av de 77 rapporterade avvikelserna i Synergisystemet under tidsperioden 202010-202110 bedömdes 60 fall som negativa händelser-vårdskada*

** I handläggning av ärenden i vårt avvikelsesystem, Synergi är det nödvändigt att först markera "vårdskada" för att kunna fylla i faktiska konsekvenser. Man ombeds ange "Vårdskada" genom att klicka på "lägg till personskada. Det är av viktigt att statistik över registrering vårdskada jämförs med "faktisk allvarlighetsgrad"*
*och riskbedömning med sannolik upprepningsfrekvens samt ytterligare möjliga konsekvenser*

Gör en **samlad analys** utifrån utredning av händelser. Vårdskador och allvarliga vårdskador, till exempel upptäcks vårdskador i rimlig tid?
Den negativa händelsens eller vårdskadans art påverkar om den upptäcks inom rimlig tid. Påverkansfaktorer kan vara verksamhetens arbetssätt, med gemensam säkerhetskultur som grund, samt uppföljning som hjälper till att upptäcka om vårdskador/allvarliga vårdskador inom rimlig tid. Det finns "många vägar in" som underlättar för patienter och närstående, som själva upptäcker/upplever avvikelser, som de vill rapportera.

**Beskriv** identifierade riskområden som är relevanta inom er organisation och hur ni arbetar med att förbättra dem t.ex. vårdskador, vårdrelaterade infektioner (VRI)

VO ögon kan som riskområden identifiera;

- Långa väntetider till planerade återbesök till ögonsjuksköterskor för kontroll av ögonbottenfotografering och synfält
- Lång väntetid till första besök hos läkare för remisspatienter.

Orsaken återfinns både i svårighet att rekrytera färdiga ögonspecialister och att köer har uppstått pga. Covid-pandemin. (Under pandemin har ffa. ett stort antal ögonsjuksköterskor och undersköterskor arbetat i covidvård under långa perioder)

Under 2021 har åtgärder för att hantera aktuella riskområden vidtagits;
-Intensifierat arbete med länsgemensamma väntelistor för mottagningsbesök och operationer.
-Samarbete med ögonkliniken vid Norrlands Universitetsklinik( NUS) har inletts inom kataraktkirurgi vilket redan har bidragit till kortare operationskö.
-Stafettläkare har anställts för att minska köer både till mottagningsverksamhet och operation.

-Snabbmottagninga**r*** har lagts in för att effektivisera flödet för vissa patientgrupper.
-Extrainsatta sköterske- och läkar-mottagningar utanför ordinarie arbetstid (kökortning)

*Snabbmottagning; Två sjuksköterskor som förbereder patienter till en läkare som har mottagning för att nyttja läkar-resurserna optimalt.

## 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.

**Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system**

Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation och hur ni arbetar för att förbättra dem, tex basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

| Område | Mål | Resultat | Analys av resultat | Åtgärd | Uppföljning åtgärd | Om-fattning | Källa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **BHK** **Antal** mätningar Utförda i snitt på samtliga tre enheter | 12 ggr/år | 8 ggr | Ett år med personalbrist. en del hygienombud har varit "utlånade" till covidvår -ej ersatta | - | - | - | PPM-databas |
| **BHK** Hygien-rutiner | 100% följ-samhet | 100% | | Dialog med medarbetarna<br><br>Inf & brochyr→ alla (äv. till vik/stafett) vid introd. | I samband med; -APT -Förbättrings-möten | Regelbundet | PPM-databas |
| **BHK** Klädregler | 100% följ-samhet | 92% | | Dialog med medarbetarna<br><br>Inf & brochyr→ alla (äv. till vik/stafett) vid introd. | LG | | PPM-databas |

Handläggningstider: Alla negativa <u>händelser bedömd vårdskada*</u> handlagda inom <u>30</u> dagar
Utfall för VO ögon är **49%**
Vårt mål att <u>avsluta alla utredningar</u> av avvikelser i Synergisystemet inom <u>60</u> dagar.
Utfall för VO ögon är **62**%

** I handläggning av ärenden i vårt avvikelsesystem, Synergi är det nödvändigt att först markera "vårdskada" för att kunna fylla i faktiska konsekvenser. Man ombeds ange "Vårdskada" genom att klicka på "lägg till personskada. Det är av viktigt att statistik över registrering vårdskada jämförs med "faktisk allvarlighetsgrad" och riskbedömning med sannolik upprepningsfrekvens samt ytterligare möjliga konsekvenser*

| Avvikelseansvarig enhet | Antal avvikelser | Antal inom 14 dagar | Andel påbörjade inom 14 dagar | Antal avslutade inom 60 dagar | Andel avslutade inom 60 dagar |
|---|---|---|---|---|---|
| Länsklinik ögon | 75 | | | 47 | 62% |
| Ögonmottagningen Sunderby sjukhus | 44 | | | 32 | 72% |
| Ögonmottagningen Gällivare sjukhus | 1 | | | 1 | 100% |
| Ögonmottagningen Piteå sjukhus | 2 | | | 1 | 50% |

## 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.

**Är vården säker idag**

Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel vårdprevention, utlokaliserade patienter, överbeläggningar, leveransproblem av produkter och läkemedel, inhyrd personal.

VO ögon kan som riskområden identifiera, långa väntetider till remissbesök och planerade återbesök för patienter med diagnosen glaukom.
Orsaken återfinns både i svårighet att rekrytera färdiga ögonspecialister och att köer till kataraktoperationer och ögonsköterskemottagningar har uppstått som en följd av Covid 19-pandemin.
Inhyrd personal kan troligtvis i någon mån öka risken för avvikelser/vårdskador trots introduktion både muntligt och skriftligt, då arbetsuppgifterna är komplexa. Vi strävar därför efter att försöka ta in stafettläkare som återkommer med regelbundenhet.
Gröna korset används i det dagliga arbetet för att uppmärksamma och registrera avvikelser, som sedan handläggs antingen via synergisystemet eller vid förbättringsmöte, som hålls 1 gång per vecka.

| Område | Mål | Resultat | Analys av resultat | Åtgärd | Uppföljn. åtgärd | Om-fattning | Källa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Remissbesök inom 90 dagar** | **inom 90 dagar** | Icke uppfyllt | Kösituation<br>Tyvärr saknas möjlighet att ta fram statistik | Översyn VL<br>Dialog resp processgrupp<br>”Snabbmott”<br>Stafettläkare<br>Mott utanför arbetstid | Lednings-grupp, process-grupp | Va. vecka | VAS |
| **Katarakt-op inom 90 dagar** | **inom 90 dagar** | Uppfyllt | 2021-11-26<br>136 patienter i kö<br>**En** patient har väntat > 3 mån (-behov av narkos) | Stafettläkare<br>Kompetens-stafett<br>Dialog processgrupp<br>Samarbete NUS | Lednings-grupp, process-grupp | Va. vecka | VAS |
| **AMD inj-beh inom 90 dagar** | Inom intervall | Uppfyllt | Prioriteras före glaukompatienter, trots samma ”prio-grad” enl. ögonläkarförenings prio-lista | | Lednings-grupp, process-grupp | Va. vecka | VAS |
| **Återbesök glaukom inom beslutat intervall** | Inom intervall | Icke uppfyllt | Kösituation;<br>Läkarbesök 150 pat<br>Ssk-bes 1937 pat | Översyn VL<br>Dialog resp processgrupp<br>”Snabbmott”<br>Stafettläkare<br>Mott utanför arbetstid | Lednings-grupp, process-grupp | Va. vecka | VAS |
| **Gröna korset** | 100% följ-samhet | 100% följ-samhet | Målet uppfyllt vid samtliga enheter | Vidmakthålla arbetssättet | Lednings-gruppens möten v/a vecka | Samtliga enheter, dagligen | Dokument ”gröna korset” ifyllt & genom-gånget |
| **Tid… handläggn. Synergi** | Inom 30 dagar | 49% | | Utbildningsinsatser | Lednings-grupp, | Va. vecka | Synergi-systemet |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Rapportera avvikelser** | 100% följ-samhet | Ledningen upplever att fler avvikelser inom de egna enheterna rapporteras | Går ej att mäta, utan endast uppskatta resultatet | Utbildning inom patientsäkerhet. Främja god säkerhetskultur | Lednings-gruppens möten v/a vecka | Samtliga enheter | Synergi avvikelse-hanteringssystem |

Svara på frågorna; sammanfatta 2021 skriv det som är av värde för er, lägg till om det finns annat ni vill berätta om

Covid-19 pandemin har under 2021 påverkat verksamheten på ett påtagligt sätt. Dels har många medarbetare, ffa. sjuksköterskor och undersköterskor varit utlånade till enheter som bedrivit Covidvård, dels har vi haft en ökad sjukfrånvaro pga. Covid/smittskydds-relaterade orsaker. Patienterna, av vilka många tillhör riskgrupper/har hög ålder har undvikit att söka vård och även inhiberat optikerbesök. Den därmed uteblivna vården har ansamlats och skapat köer, som vi nu försöker ta hand om på ett effektivt sätt. En av våra största utmaning är att hantera kön för glaukompatienternas återbesök.
Snabbmottagningar har lagts in för att effektivisera flödet för vissa patientgrupper, som glaukompatienterna. Extrainsatta sköterske- och läkar-mottagningar utanför ordinarie arbetstid har arrangerats för att arbeta med kökortning.
Vi har intensifierat arbete med länsgemensamma väntelistor för mottagningsbesök och operationer.
Ett samarbete med ögonkliniken NUS har inletts inom kataraktkirurgi vilket har bidragit till kortare operationskö. Stafettläkare har anställts för att minska köer både till mottagningsverksamhet och operation.

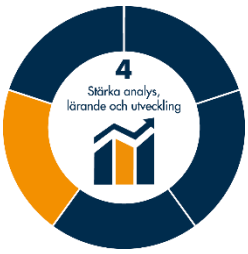
## Riskhantering

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4*
Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Beskriv **hur** ni hanterar risker för vårdskador. Gör en samlad analys av riskhantering samt beskriv några viktiga lärdomar. Exempel på riskhantering: Riskanalys, Gröna korset, FRAM (Functional Resonans Analysis Method) samt inrapporterade risker i avvikelsehanteringssystemet.

Patientsäkerhetsrelaterade risker inom enheterna hanteras med hjälp av ”gröna korset” och avvikelsehanteringssystemet Synergi. Det är viktigt att öka riskmedvetandet och förbättra riskhanteringen. Diskussioner och reflektioner över identifierade risker görs vid pulsmöten, förbättringsmöten, arbetsplatsträffar och ledningsgrupper.
Riskanalys initieras inför kommande förändringar som kan påverka patientsäkerheten eller där risker i den befintliga verksamheten identifierats, t.ex. frekvent förekommande mindre allvarliga avvikelser, tillbud/negativ händelse inom VO eller i annan verksamhet. Att få kännedom om risker/avvikelser inom annan enhet, diskutera och dra lärdom av dessa kan förebygga avvikelser inom den egna enheten.

## 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.

**I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information**
Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel lex Maria, lex Sara, journalgranskning och nationella register.

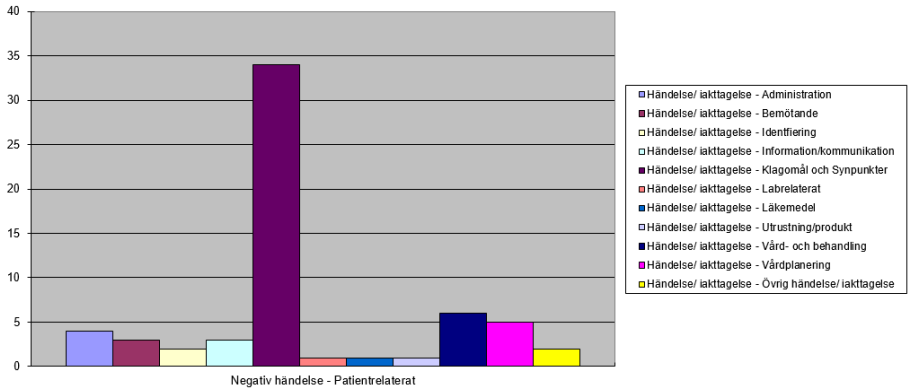
### Avvikelser

*PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5*
Beskriv hur verksamheten arbetar för att personalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Beskriv om samlade analyser av avvikelser utförts samt några viktiga lärdomar som har spridits. Beskriv gärna i en tabell med antal och typ av avvikelser samt exempel på genomförda förbättringar som haft effekt.

Vid introduktion av nya medarbetare ges information om ”gröna korset”, avvikelsehanteringssystemet Synergi, samt ”puffen” patientsäkerhet på vår hemsida, där man lätt kan nå information., bl.a. lokala rutiner och via länk centrala rutiner/riktlinjer.
Medarbetare, som identifierat risk för, eller inträffad avvikelse, kan i arbetet att skapa ”Synergirapport” vb. direkt vända sig till någon av arbetsledarna inom VO´t för stöd och hjälp. Rapporteringssystemet, som ibland kan te sig krångligt när man inte är van, får aldrig vara ett hinder för att skapa en Synergirapport.
Varje arbetspass inleds med pulsmöte där öppen fråga ställs ang. gårdagens ev. inträffade avvikelser inom patientsäkerhet. Preliminär allvarlighetsbedömning nedtecknas i ”gröna korset”. Om risk identifieras (något har hänt, men ingen specifik patient är involverad och ingen skada har följaktligen skett) går ärendet vidare till förbättringstavlan för vidare hantering vid förbättrings-möte. Om tillbud eller vårdskada har inträffat är (i de allra flesta fall) en avvikelse redan upprättad i IT-systemet Synergi, där allvarlighetsgraden är bedömd och en första utredning påbörjad. I annat fall upprättas en avvikelse. När patient framför klagomål om avvikelse direkt till medarbetare informeras patienten om att utredning kommer att göras/synergirapport kommer att upprättas (givetvis i dialog med patienten). Vårdgivaren har skyldighet att utreda händelser som har eller har kunnat medföra vårdskada för att upptäcka brister och förhindra återupprepning, exempelvis har vissa administrativa rutiner har reviderats och därefter implementerats. Dialog har förts om gällande rutiner; vid yrkesmöten, för att garantera följsamhet till dessa.

## Ögon negativa händelser dec 2020 -nov 2021

| Ärendetyp, Vanlig | Händelse/ iakttagelse, Nivå = 2 | Antal registreringar |
|---|---|---|
| Negativ händelse - Patientrelaterat | Händelse/ iakttagelse - Administration | 4 |
| | Händelse/ iakttagelse - Bemötande | 3 |
| | Händelse/ iakttagelse - Identfiering | 2 |
| | Händelse/ iakttagelse - Information/kommunikation | 3 |
| | Händelse/ iakttagelse - Klagomål och Synpunkter | 34 |
| | Händelse/ iakttagelse - Labrelaterat | 1 |
| | Händelse/ iakttagelse - Läkemedel | 1 |
| | Händelse/ iakttagelse - Utrustning/produkt | 1 |
| | Händelse/ iakttagelse - Vård- och behandling | 6 |
| | Händelse/ iakttagelse - Vårdplanering | 5 |
| | Händelse/ iakttagelse - Övrig händelse/ iakttagelse | 2 |
| | Summa | 62 |




## Klagomål och synpunkter

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

Beskriv hur klagomål och synpunkter som kommer till verksamheten, via patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg, **sammanställs** och **analyseras.** Beskriv era samlade analyser av klagomål och synpunkter samt några exempel på åtgärder som vidtagits och lärdomar som har spridits. Beskriv gärna i en tabell med antal och typ av klagomål och synpunkter.

Klagomål som kommer in till verksamheten via patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) hanteras och utreds enligt särskild rutin i avvikelserapporteringssystemet Synergi. I de fall avvikelsen föranleder en händelseanalys görs denna snarast. Ansvarig är närmast berörd enhetschef med stöd av vårdchef och verksamhetsutvecklare från divisionsstaben.

Vissa patienter, som under året har inkommit med klagomål på vården har inbjudits till dialog med medicinskt rådgivande läkare/ansvarig läkare och/eller verksamhetsföreträdare. Dialogerna har varit till gagn för både verksamhet och patient. Dels har mer fakta och frågor framkommit, som läkare/verksamheten har kunnat besvara, dels har nya infallsvinklar från patient kunnat tas till vara för att förbättra verksamheten.

Bakgrund till statistiken nedan;
VO ögon har haft 31.000 mottagningsbesök och 43687 Tele-Q kontakter med patienter under perioden Oktober 2020 tom oktober 2021.

| Område | Mål | Resultat | Analys av resultat | Åtgärd | Uppföljning åtgärd | Om-fattning | Källa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **PaN-ärenden** | 0 | 22 | Vid ledningsmöten (LG) | Enl rutin | Enl. rutin | | PaN 2010-2110 |
| **IVO-ärenden** | 0 | 0 | - | | | | Synergi 2010-2110 |
| **Lex Maria** | 0 | 0 | - | | | | Synergi 2010-2110 |
| **Klagomål** | 0 | 38 | Vid ledningsmöten | | | | Synergi 2010-2110 |
| **Antal avvikelser; Synergier** | Att alla avvikelser upptäcks och registreras | 77 | Vid ledningsmöten | Utbildning Arbeta med Patientsäkerhetskultur | | | Synergi 2010-2110 |

## 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.

**Hur kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden (närmaste året)**
Beskriv **hur** detta kan ske genom exempelvis träning, simulering och kompetensutveckling. Beskriv identifierade områden som är relevanta inom er organisation till exempel kompetensutveckling, riskfylld läkedelsbehandling, patientkontrakt.

Utbildning och kompetensutveckling inom patientsäkerhet är viktigt för att kunna upptäcka och bedöma risker, samt föreslå och vidta adekvata åtgärder. Inte minst under de senaste åren har det många gånger visat sig hur viktig bred kunskap är för att ger handlingsberedskap även i nya och oväntade situationer, som t.ex. uppkommit i samband med hantering av Covid-19 relaterade händelser. En stor hjälp har varit ”Covidpuffen” där den senaste informationen har funnits att hämta.

# MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.
Målsättningen för patientsäkerhetsarbetet under 2022 kommer fortsatt att vara att erbjuda en säker vård av hög kvalitet utan väntetider. Vi kommer att arbetat utifrån ett riskförebyggande arbetssätt med fokus på att se till att ingen patient skall riskera att drabbas av en vårdskada.
Grunden för säker vård är en god säkerhetskultur. Ett gemensamt förhållningssätt för medarbetare och arbetsledare är nödvändigt för att skapa förutsättningar för detta. Det krävs ett aktivt arbete med att identifiera risker för/ inträffade avvikelser. Fundamentalt är ett icke-skuldbeläggande förhållningssätt och att medarbetarnas och patienternas erfarenheter och kunskaps tas tillvara och används som underlag för lärande, förbättringar och utveckling.

Vi kommer att fortsatt att identifiera, dokumentera, utreda och åtgärda risker och avvikelser i det dagliga arbetet. BHK kommer att registreras och följas. Patientsäkerhet kommer även fortsättningsvis att tas upp i olika forum, som t.ex. pulsmöten för att ständigt hålla frågan aktuell. Utbildning och fortbildning är viktigt. Kunskap och kompetens inom patientsäkerhet behövs för att kunna bedöma risker samt föreslå och vidta adekvata åtgärder.VO ÖNH/Käk samt VO ögonsjukvård kommer from 2022-01-01 att bilda ett nytt Verksamhetsområde; VO Ögon/ÖNH/Käkkirurgi. Patientsäkerhetsfrågorna kommer att ha en central plats i uppbyggnaden av det nya VO´t där vi kommer att fortsätta arbetet med att utveckla arbetssätt utifrån ”modern sjukvårdsledning” där daglig styrning, pulsmöten och förbättringsmöten är viktiga komponenter. Vi kommer att prioritera arbetet med att se över rutiner och arbetssätt, samt ta fram och implementera nya rutiner. En ”puff” på vår interna hemsida där lokala rutiner, information och länkar om patientsäkerhet finns samlat kommer efter årsskiftet att läggas upp på VOt´s hemsida.