

Patientsäkerhet 

Patientsäkerhetsberättelse för Region Norrbotten 2022



Datum: 2023-01-15

Upprättad av: Birgitta Boqvist

Ansvarig: Pia Näsvall, Hälso- och sjukvårdsdirektör

Diarienummer: 0035-2023

Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen är en sammanställning av Region Norrbottens systematiska patientsäkerhetsarbete för 2022 och är ett lagkrav enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Underlag för Region Norrbottens övergripande patientsäkerhetsberättelse är divisionernas redogörelser och inhämtade beskrivningar från områdesansvariga. Regionens patientsäkerhetsberättelse redovisar strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen utgår från föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och Socialstyrelsens handlingsplan för patientsäkerhet (2020). Den inkluderar även informationssäkerhet och strålsäkerhet. 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.

Innehåll

SAMMANFATTNING	6
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	7
Engagerad ledning och tydlig styrning	7
Övergripande mål och strategier	7
Strategiskt mål.....	7
Styrmått och patientsäkerhetsmål från handlingsplan.....	7
Regionens patientsäkerhetsplan och handlingsplanen för patientsäkerhet	8
Organisation och ansvar.....	8
Stödfunktioner	9
Samverkan regionen och kommunen	12
Handläggningsöverenskommelser	12
En samordnad vård utifrån individens behov	12
Fasta kontakter i vården.....	14
Medicinteknik och vårdverksamheten.....	15
Samverkans forum	16
Exempel från verksamheterna	16
Informationssäkerhet.....	16
Strålskydd	17
En god säkerhetskultur.....	18
Säkerhetskulturmätning.....	18
Högsta ledningens stöd	18
Etiska rådet.....	18
Uppföljning av åtgärdsplan vid anmälan lex Maria.....	19
Säkerhetskultur i det dagliga arbetet.....	19
Adekvat kunskap och kompetens	19
Kunskap och kompetens inom patientsäkerhetsområdet	20
Utbildning inom läkemedelsområdet	20
Yrkeskompetens och bemanning	20
Kliniska basår.....	20
Återhämtning	21
Ledarskapsutbildning	21
Inhyrd bemanning	21
Kompetensförsörjning.....	22

Exempel från verksamheten	22
Patienten som medskapare	23
1177 e-tjänster/invånartjänster.....	23
Egen provhantering.....	24
Webbtidbok.....	24
Journal via nätet.....	25
Stöd och behandling.....	25
Digitalen	26
Nationella patientenkäten	26
Lokala Programområden/Lokala arbetsgrupper	27
Exempel från verksamheterna på patient-/närståendemedverkan och delaktighet ..	27
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	29
Öka kunskap om inträffade vårdskador	30
Utredning allvarlig händelse som har medfört eller hade kunna medföra vårdskada....	30
Trycksår	31
Vårdrelaterade infektioner	33
Fallskador	34
Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (BHK).....	35
Månadsmätningar av följsamhet till basala hygien- och klädregler	36
Själv mord och självmordsförsök	37
Tillförlitliga och säkra system och processer	38
Ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbetet	38
Avvikelsehanteringsprocessen	39
Klagomålsprocessen.....	40
Utredning av allvarliga händelser i samband med Lex Maria	41
Antibiotikaförskrivningen.....	41
Läkemedelshantering	42
Kvalitetsgranskning läkemedel.....	43
Säker vård här och nu.....	44
Vårdprevention	44
Själv mordsbedömning.....	45
Läkemedelsförsörjning	46
Brist på läkemedel.....	46
Nya lokaler för läkemedelstillverkning.....	46
Vaccindistribution covid-19.....	46
Doseddispenserade läkemedel	46

Nya läkemedelsbehandlingar	47
Riskhantering.....	47
Verktyg för riskhantering	47
Inrapporterade risker i avvikelshanteringssystemet	48
Riskanalys	48
Identifiera legitimerade yrkesutövare som utgör en risk för patientsäkerheten	49
Samlad analys riskhantering.....	49
Stärka analys, lärande och utveckling	49
Markörbaserad journalgranskning slutet somatisk vård	50
Markörbaserad journalgranskning öppen och slutet psykiatrisk vård.....	51
Lex Maria	51
Tillsynsärenden.....	51
Nationella kvalitetsregister	52
Löf-ärenden	52
Avvikelser	52
Klagomål och synpunkter	54
Klagomål inkomna till Patientnämnden	55
Analys av resultat klagomål och synpunkter.....	56
Öka riskmedvetenhet och beredskap	56
Läkemedelsgenomgång för äldre och läkemedelsstöd.....	56
Fördjupade läkemedelsgenomgångar.....	57
Läkemedelberättelse.....	57
Läkemedelsstöd för rätt läkemedelsförskrivning.....	58
Patientsäkerhetsrisker för patienter som vårdas på akutmottagningen i väntan på vårdplats.....	58
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	59
Utmaningar.....	59
Mål och strategier 2023	59
Mål handlingsplan för patientsäkerhet.....	60
Planerade aktiviteter 2023	60
Bilagor.....	61
Divisionernas patientsäkerhetsberättelser	61
Referenser	61

SAMMANFATTNING

Under 2022 har regionen fokuserat på att återuppta och stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet efter pandemin och den organisationsförändring som genomfördes under 2022. Det har skett genom utbildningsinsatser till chefer och ledare, med tonvikt på effektiva och högkvalitativa utredningar av allvarliga händelser i vården. En handlingsplan för patientsäkerhet är framtagen våren 2022. Arbeta pågår med att implementera handlingsplanen som förväntas vara ett stöd för verksamheterna i sitt patientsäkerhetsarbete. Under året har också arbetet med omställning till nationell inriktning mot god och nära vård pågått och kommer att fortgå under kommande år.

Verksamheterna beskriver att bristen på personal och svårigheter att rekrytera personal har påverkar patientsäkerheten negativt. Det gör att vårdplatser måste stängas och patienterna blir liggande kvar på akuten i väntan på vårdplatser. Detta kan leda till en rad patientsäkerhetsrisker. Verksamheterna har också brottats med hög sjukfrånvaro samt efterdyningarna av covid-pandemin, exempelvis genom fortsatta riktade resurser mot vaccination.

Vårdskadorna ligger på ungefär samma nivå som tidigare år. Jämfört med andra regioner har Norrbotten en hög andel trycksår, vårdrelaterade infektioner och låg följsamhet till hygienföreskriften. Vårdrelaterade infektioner är det största vårdskadeområdet, följt av trycksår. Sjukhusförvärvade trycksår har ökat visar de nationella mätningarna. Männen har en något högre andel vårdskador generellt 2022 och dominerar vad gäller självmord, trycksår och fall.

Antalet lex Maria ärenden är fler 2022 jämfört med föregående år. Utredningstiderna har förbättras och under året har analysledare utbildats. Det finns fortfarande behov att förkorta handläggningstiderna samt hitta arbetssätt och en hållbar struktur för att uppfylla kraven på utredningar av allvarliga händelser/tillbud. Vanligaste orsaken till lex Maria-anmälan är självmord följt av allvarlig fallhändelse. Antalet allvarliga fallhändelser och antalet självmord har ökat under 2022.

Av de klagomål som inkommit direkt till vården och till patientnämnden dominerar synpunkter på den vård som har fått anstå under pandemin, bristfällig tillgänglighet samt bristfällig återkoppling. Antalet klagomål har ökat men positivt är att patienter och närstående i större utsträckning vänder sig till vården i första hand.

Patientsäkerhetsarbetet för 2023 kommer att inrikta sig på att höja kompetens inom patientsäkerhetsområdet, implementera handlingsplanen för patientsäkerhet samt fortsätta det påbörjade arbetet med att höja följsamheten till basala hygien- och klädföreskrifter och att i högre grad förebygga fallskador hos inneliggande patienter. Insatser behöver vidtas för att minska andelen trycksår. Vidare kommer arbete med arbetssätt och struktur för utredningar av allvarliga händelser i vården fortsätta vara prioriterade i syfte att förbättra utredningstider och utredningskvalitet.

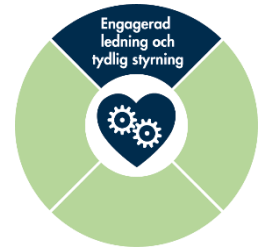
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet/andelen 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 och strategierna har sin utgångspunkt i regionfullmäktiges strategiska plan som via regionstyrelsens mål mynnar ut i Patientsäkerhetsplanen (2020-2024) och Handlingsplanen för systematiskt patientsäkerhetsarbete (2022-2023) som ligger till grund för respektive divisions- och verksamhetsplaner.



Strategiskt mål

Målen i den Strategiska planen för Region Norrbotten (2021-2023) har koncentrerats från tidigare 20 mål till sex mål.

Dessa är:

- Ett livskraftigt län
- Trygga norrbottningar med god livskvalitet
- God, nära och samordnad vård
- Behovsstyrd regional utveckling i samverkan
- Hållbar kompetensförsörjning
- Långsiktigt hållbar ekonomi

Styrmått och patientsäkerhetsmål från handlingsplan

I Regionstyrelsens plan och i handlingsplanen för systematiskt patientsäkerhetsarbete har de strategiska målen brutits ned till resultatmål och processmål.

- Andelen vårdskador, sluten somatisk vård under 6,5 procent.
- Vårdrelaterade infektioner (VRI) under eller lika med 3,0 procent.
- Följsamheten till basala hygien- och klädrutiner (BHK) 100 procent.
- Trycksår högst 10 procent.
- Vårdrelaterade fallskador hos äldre ska minska med 50 procent jämfört med 2020.

- Självmord bland de som sökt vård ska vara under sju stycken.
- 270 antibiotikarecept per tusen invånare och år.
- 70 procent av utskrivna patienter i målgruppen 75 år och äldre med mer än 5 läkemedel ska ha fått en läkemedelsberättelse.

I divisionerna finns även divisionsspecifika mål. Exempelvis;

- Flera divisioner har som mål att alla verksamheter ska införa Gröna Korset för att synliggöra risker för vårdskador.
- Inom psykiatri;
 - Andel patienter som fått fråga om våld i nära relation
 - Andel patienter med misstänkt depression eller ångestsyndrom som genomgått en strukturerad Självmordbedömning
 - Andel av vårdtillfällen där patienter varit utskrivningsklara >1dygn
 - Antal anmälningar till patientnämnden inom området kommunikation.
- Inom primärvård;
 - Självmord bland de som sökt vård ska minskas.
 - Öka andel SIP där den enskilde deltagit i samordningsmöte, mål 80 procent.

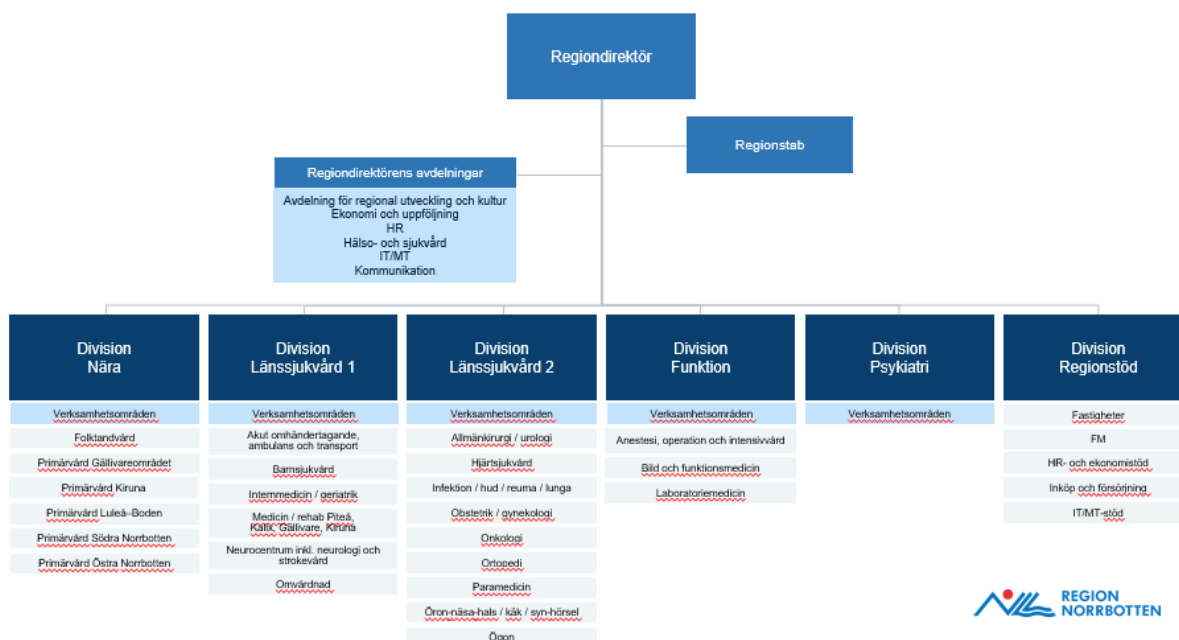
Regionens patientsäkerhetsplan och handlingsplanen för patientsäkerhet

I regionens Patientsäkerhetsplan (2020) är målet att successivt minska antalet vårdskador för att kunna erbjuda patienten en god, jämlik, kunskapsstyrd och säker vård så att ingen patient drabbas av en undvikbar vårdskada. Att gå från frånvaro av skada till närvaro av säkerhet.

Organisation och ansvar

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

Under 2021 påbörjades en omfattande organisationsförändring som även påverkat verksamheterna under 2022.



Regiondirektörens stab består av sex divisioner och en regionstab. Varje division leds av en Avdelningsdirektör förutom Hälso- och sjukvårdsavdelningen som leds av en Hälso- och sjukvårdsdirektör. Region Norrbotten är vårdgivare i lagens mening och har det övergripande ansvaret för att leda, planera och följa upp patientsäkerhet samt ansvarar för att ledningssystem finns.

Regionens hälso-, sjuk-, och tandvård samt den egna servicen är organiserad i fem länstäckande divisioner. Varje division har en divisionschef och en stab. Regionens chefer på olika nivåer har ett ansvar för patientsäkerheten, verksamhet, personal och ekonomi och dess resultat. I Division Nära ingår primärvård och folktandvård. Den 1 april 2022 startade en vårdgarantienhet. Organisatoriskt ligger Vårdgarantienheten under Division Funktion. Enhetens uppdrag är att hjälpa patienter att få vård i tid, särskilt om regionen inte själv kan erbjuda vård enligt vårdgarantin.

Regiondirektören fastställer Patientsäkerhetsplanen för Region Norrbotten och ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete som ska användas och anpassas för att fortlöpande planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra patientsäkerheten.

Kunskapsstyrningsrådet fastställer mål och mått på regionnivå samt den handlingsplan med åtgärder som utgår från Patientsäkerhetsplanen. Kunskapsstyrningsrådet ansvarar också för att det finns en uppföljningsprocess med koppling till Patientsäkerhetsplanen på regionnivå, divisionsnivå och verksamhetsnivå.

Verksamhetschefen/verksamhetsområdeschefen ansvarar för det systematiska patientsäkerhetsarbetet i den egna verksamheten/verksamhetsområdet samt att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god vård. Verksamhetschefen/ verksamhetsområdeschefen ansvarar också för att uppföljning, rapportering och att egenkontroll sker i befintligt ledningsstruktur.

Medicinsk ledningsansvarig (MLA) finns i vissa verksamheter med ett tydligt uppdrag att jobba med patientsäkerhet.

Medarbetarna ansvarar för att rapportera händelser, tillbud och risker samt för att delta aktivt i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. All hälso-, sjukvårds- och tandvårdspersonal ansvarar också för att utföra sitt arbete på ett sätt som är säkert för patienterna. Arbetet ska utföras så att det stämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet för att patienterna ska få en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård.

Stödfunktioner

Funktionsområde Patientsäkerhet

I regiondirektörens stab på Hälso- och sjukvårdsavdelningen, finns 1,0 tjänst Chefläkare med lex Maria-ansvar fördelat på tre chefläkare med ansvar för olika områden. Vidare finns strateg patientsäkerhet, utvecklingsledare och handläggare/administrativt stöd till chefläkarna.

Funktionsområdet Patientsäkerhet är organiserat på enheten för Vårdsäkerhet, en av tre enheter under Hälso- och sjukvårdsavdelningen. Chefläkaren ansvarar för anmälningar och utredningar kopplade till lex Maria, att delta i att sprida lärande och utgöra stöd för verksamheterna i patientsäkerhetsarbetet. Strateg patientsäkerhet har det övergripande samordnande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet, ledningssystemet samt för att tillsammans med övriga i gruppen planera, leda samt följa upp det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Under 2022 har två nya rekryteringar skett för tjänsterna utredare/administrativt stöd lex Maria samt utvecklingsledare.

Under våren 2021 anställdes en regionchefläkare, vilket var en ny befattning med bland annat övergripande samordningsansvar för det systematiska patientsäkerhetsarbetet i regionen, och kopplingen mellan det arbetet, verksamheterna och regionledningen. Under 2022 har tjänsten blivit

vakant men beslut finns om ny rekrytering av regionchefläkare med ett kombinerat ansvar för patientsäkerhet och beredskapsfrågor.

Vårdhygien

Vårdhygien är sedan 2021 organiserade på enheten för Vårdsäkerhet i Hälso- och sjukvårdsavdelningen med ansvar att stödja vårdgivaren i det vårdhygieniska arbetet genom att arbeta strategisk och operativt med att förebygga uppkomst och spridning av smitta och vårdrelaterade infektioner (VRI). Vidare ingår ansvar för utbildning och egenkontroll av vårdhygienisk standard enligt gällande lagar och föreskrifter.

Under 2022 hade Vårdhygien för avsikt att utöka antalet hygiensjuksköterskor med två nya medarbetare. En är hygiensjuksköterska är anställd under våren och ny annons är ute i december 2022. Sedan maj månad så har Vårdhygien ett utökat samarbete med regionens kommuner för vilket två medarbetare är ansvariga för. Utbildningsplaner och pilotutbildningar är uppstartade.

Egenkontroll av Vårdhygienisk standard årligen är starten på ett väl fungerande Vårdhygieniskt arbete som i sin tur genererar en hygienrund tillsammans med vårdhygienisk expertis ungefär vart annat år. Reviderade egenkontroll checklista har skapats med tillägg av en vägledning för ifyllnad av densamma.

Det pandemiska arbetet har minskat under året och givit möjligheter att genomföra fler utbildningsinsatser och även besök på olika enheter för att ur ett vårdhygieniskt perspektiv vara rådgivande i frågor om- och tillbyggnationer. Den nya hälsocentralen Lärkan är ett exempel på detta arbete. Ett nytt forum har startats mellan Vårdhygien och bygg för att undvika att byggprojekt hamnar mellan stolarna där deltar Vårdhygieniker och samordnaren.

Vårdhygien har deltagit vid upphandling av operationer utomlän.

När krisledningsorganisationen lades ner så har Sjukhusforum vid Sunderby sjukhus och Gällivare sjukhus kommit igång med representant från Vårdhygien. Samma sak med säkerhetsmöten vid Kalix sjukhus och Piteå sjukhus där också Vårdhygien deltar.

Smittskydd

Smittskydd Norrbotten är en länsövergripande myndighet som har det samlade ansvaret för att överse, planera, organisera och leda smittskyddet i vårt län. Region Norrbotten är en viktig aktör i länets smittskydd, inte bara i den egna verksamheten utan även till stöd för många samhällssektorer i att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas. Nyckelaktörer inom Region Norrbottens smittskyddsarbete är Vårdhygien, Infektionskliniken, Strama Norrbotten, det mikrobiologiska laboratoriet, de antibiotikaansvariga läkarna på sjukhus och hälsocentraler samt i primärvården smittskyddets kontaktläkare. Pandemiåret 2022 har givetvis också präglats av intensiv samverkan med Regionens krisledning.

Vårdhygiens roll och mandat har glädjande stärkts under covid-19 pandemin. Kompetensen kring viktiga smittskyddsinsatser så som basala hygienrutiner, så kallad source control och vaccinationsinsatser riktade till vårdpersonalen har uppgraderats hos vårdgivarna. Förhoppningen är att de kunskaper som spritts även i framtiden kommer att brukas, vilket skulle kunna få gynnsamma effekter i frågor som nosokomial smittspridning men även förbättrad arbetsmiljö för vårdpersonalen.

Den kliniska infektionsverksamheten har under pandemiåren varit hårt belastad. Viktigt ur smittskyddssynpunkt är att Region Norrbotten säkerställer resurs för verksamheten framgent och även, i en epidemisk situation, planerar för möjlighet till utvidgning av infektionssjukvårdens spelrum om behov uppkommer. En verksamhet som tyvärr till del fått stå på vänt under pandemin är lågtröskelmottagningen vars vård riktas till personer som injicerar droger. Denna verksamhet är viktig för länets smittskydd och kan förhoppningsvis åter börja utvecklas under 2023.

Strama Norrbottens resurs har sedan länge varit att betecknas som fattig och verksamhetens insatser under covid-19 pandemin har givetvis begränsas. Samtidigt noteras under 2020-2022 en förbättrad strategisk användning av antibiotika i primärvården. Tyvärr inte riktigt så i slutenvården, men bilden där, precis som i öppenvården, grumlas av det förändrade infektionsepidemiologiska panoramat. Viktigt är att Region Norrbotten centralt efterfrågar engagemang i vårdkvalitetsfrågor kring stringent antibiotikaanvändning samt uppföljning av situationen rörande antimikrobiell resistens. Här spelar förstås de antibiotikaansvariga läkarna på sjukhus och hälsocentraler en central roll. Liksom smittskyddets kontaktläkare och kontaktssjuksköterskor.

Det mikrobiologiska laboratoriets möjligheter och metoder för diagnostik har utvecklats under pandemin vilket fortsättningsvis kommer gynna kvalitén avseende epidemiologisk uppföljning i länet.

Samverkan har under året skett även med Regionens vaccingrupp, Gruppen för sexuell hälsa, Blodsmittenätverket Norrbotten, Regionens grupp för centraliserad smittspårning samt arbets- och styrgrupper för covid-19- och influensavaccinationer. Även Regionens psykiatri inklusive beroendevården och rättspsykiatri. Ungdomsmottagningarna och barnhälsovården. Folkhälsostrategier i Regionen, Regionens asyl- och flyktingsjukvård samt företagshälsovården. Alla dessa har viktiga roller i länets smittskydd.

Den infektionsepidemiologiska utvecklingen i Norrbotten för 2022 presenteras på Smittskyddets hemsida januari-februari 2023.

Patientnämnden

Patientnämnden i Norrbotten är en fristående instans från vården och är en av två ingångar för Norrbottens befolkning att förmedla synpunkter och klagomål till regionens och kommunernas vårdverksamheter. Uppdraget är lagstadgat och definieras i lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården, lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1 128), lagen om rättspsykiatrisk vård (1991:1 129), smittskyddslagen (2004:168). Nämndens arbete med att hjälpa och förmedla ärenden till vården, samt att få klagomål och frågor besvarade ligger till grund till förbättringsarbeten inom vårdverksamheterna.

Förbättringar som patientnämnden Norrbotten genomfört under del av 2021 och hela 2022 är översyn av patientnämndens verksamhet och förtydligande av uppdraget. Rutiner har uppdaterats och förändrats. Patientnämndens uppdrag är att stärka patienternas rättsliga ställning i vården utifrån patientlagens intentioner. Norrbottens befolknings kännedom om patientnämndens uppdrag behöver stärkas, därför aktuell plan för 2023 fokuserat på marknadsföring av nämnden och dess uppdrag.

Lokal Samverkansgrupp (LSG) för Patientsäkerhet ersätter sedan mars 2020 regionens Patientsäkerhetsråd. LSG Patientsäkerhet är en del av kunskapsstyrningen i hälso- och sjukvården och representerar den lokala nivån i kunskapsstyrningsorganisationen. Utgångspunkten är att bästa möjliga

kunskap ska vara tillgänglig i varje möte mellan patient och vårdpersonal. Systemet ska stödja ett kontinuerligt och gemensamt lärande samt utveckling såväl inom regionen, som sjukvårdsregionalt och nationellt. Samverkansgruppens uppdrag är att samordna och stödja regionens arbete med patientsäkerhet, att ansvarar för att följa upp handlingsplanen för patientsäkerhet samt rapportera och återkoppla till Kunskapsstyrningsrådet. Vidare ingår att aktivt följa den pågående utvecklingen inom hälso-och sjukvården, att bevaka och driva utvecklingen inom patientsäkerhetsfrågor, samt att samverka med andra grupperingar relevanta för området. LSG Patientsäkerhet ansvarar också för att sprida lärande och höja kunskapen inom relevanta patientsäkerhetsområden.

Samverkansgruppen består av representanter från regionens divisioner samt representanter för patientsäkerhet, vårdhygien, patientnämnd, läkemedel, IT/MT, smittskydd, företrädare för förvaltning av IT-stödet för avvikelshantering och kommunen.

Övriga samarbetspartners med nära samarbete med LSG Patientsäkerhet är;

- Regionens lokala Stramagrupp
- Invånartjänster
- Lokala programområden (LPO) och lokala arbetsgrupp (inom ramen för kunskapsstyrning)
- Etiska rådet
- Informationssäkerhet
- Vårdadministrativa system, (VAS)/Hälsoinformatik
- Allmän säkerhet

Samverkan regionen och kommunen

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

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.

Handläggningsöverenskommelser

Handlingsöverenskommelse (HÖK) är en överenskommelse inom Region Norrbotten, mellan en eller flera enheter, till exempel mellan primärvården och specialistvården. Det kan också vara med andra aktörer som kommun, skola, polismyndighet och liknande. HÖK beskriver övergripande vem som gör vad inom ett definierat medicinskt område, exempelvis diabetes eller psykisk ohälsa hos barn och unga. Vid delat ansvar definierar HÖK även ansvarsfördelning för respektive enhet/klinik/division/myndighet.

Åtgärder: Det pågår ett arbete med att utmönstra HÖK för att i stället skapa en motsvarighet genom lokala tillägg, bland annat avseende ansvarsfördelning och lokala remissrutiner, i Nationellt kliniskt kunskapsstöd (NKK). NKK är regionernas gemensamma infrastruktur för att ta fram, kvalitetssäkra, lagra och distribuera kunskapsinnehåll, vilket syftar till att det ska vara lätt att göra rätt och att minska skillnader inom hälso- och sjukvården.

En samordnad vård utifrån individens behov

Nära vård

För att möta framtidens utmaningar och behov pågår en omställning av hälso- och sjukvårdssystemet i hela Sverige. Omställningen som benämns Nära vård innebär både stora möjligheter, men också krav på omställningsförmåga, tillit och gränsöverskridande samarbete för att samhällets resurser ska kunna användas på bästa möjliga sätt. Det handlar om att utgå från personens behov och förmågor samt att främja hälsa på olika sätt. Vård och omsorg behöver

komma närmare medborgarna och göra dem mer delaktiga. En stärkt primärvård, som tillhandahålls av både regioner och kommuner, utgör basen i den nära vården. Den specialiserade vården behöver ställas om till öppnare vårdformer och erbjudas på nya sätt.

Åtgärder 2022; Under 2022 har den länsgemensamma strategin Tillsammans för Nära vård i Norrbotten, tagits fram tillsammans med länets kommuner och representanter från brukarorganisationer. Förutom målbilden beskriver strategin viktiga förutsättningar och riktningförändringar för omställningsarbetet. Strategin kan därigenom bidra till att skapa genomförandekraft i verksamheterna. Den 12 oktober 2022 antogs strategin av ett enhälligt regionfullmäktige. Under våren 2023 ska länets kommuner besluta om strategin i sina ordinarie beslutsstrukturer.

Det finns två modellområden för utveckling av god och nära vård i glesbygd i Norrbotten; Jokkmokk och Östra Norrbotten. Det senare omfattar Kalix sjukhus och samtliga fyra kommuner i länsdelen.

Parallellt med framtagandet av strategin har ett 20-tal gemensamma flödeskartläggningar genomförts i alla länsdelar. Systemet för kunskapsstyrning kopplas samman under flödesanalysen och bästa kända arbetssätt tas i beaktande när förbättrade arbetsprocesser implementeras. Att arbeta med gemensamma flödeskartläggningar har varit ett bra sätt att komma framåt i samverkan och arbetssättet innebär också att medarbetarnas drivkrafter tas tillvara på ett bra sätt i omställningen till nära vård.

Exempel på pågående aktiviteter inom ramen för Nära vård i Norrbotten:

- Beslutfattare och ledare är nyckelpersoner för att nå framgång i omställningen. Sveriges kommuner och regioner erbjuder därför ett riktat stöd genom ett ledarskapsprogram under 2023.
- Efter pilot i Boden och södra Norrbotten under 2022 är planen att utöka antal psykosociala team till en eller två per länsdel. Teamen förstärks med resurser och konsultation från specialistpsykiatri.
- Prehospitala akutpsykiatriska enheter eller team har införts i Piteå och Sunderbyn. På sikt är målet att kunna erbjuda prehospitala insatser vid psykisk ohälsa i hela länet, även utanför sjukhusorten.
- Nära vård-team har startat upp i modellområde Östra Norrbotten. Gemensamma sjukskötersketjänster (mellan Region Norrbotten och aktuell kommun) har tillsatts med uppdrag att göra bedömningar och koordinera vård i hemmet.
- I december 2022 blev appen ”Ung i Norr”, ungdomsmottagningens onlinetjänst, tillgänglig för alla Norrbottens ungdomar.
- Medborgardialoger har hållits i modellområde Östra Norrbotten. Behovet av utveckling av tekniska lösningar för personer i glesbygd och önskemål om större fokus på preventivt hälsoarbete är exempel på vad som framkom i dialogerna.
- En arbetsgrupp har utsetts för att identifiera och fastställa gemensamma indikatorer för uppföljning av nära vård i samverkan mellan huvudmännen.

Under 2023 ska arbetet med att ta fram lokala handlingsplaner baserade på strategin initieras. Handlingsplanerna ska utformas per kommun utifrån överenskomna aktiviteter mellan kommun, hälsocentral och sjukhus. I övrigt pågår planeringen för att på olika sätt stärka regionens förmåga att arbeta med omställningen till nära vård inför 2023. Bland annat kommer inom ramen för utvecklingskansliet Nära vård att anställas länsdelssamordnare med syfte att stärka den lokala samverkan.

Patientkontrakt

Med patientkontrakt avses en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare som består av tre delar; fast kontakt med vården, sammanhållen planering och överenskommen tid. I framtiden ska Patientkontraktet visualiseras digitalt via 1177, vårdguiden. Patientkontrakt bidrar till en bättre och mer personcentrerad samordning i vården och utgör ett stöd för patienten, närstående och vårdens medarbetare.

Åtgärder: Under 2021 togs en handlingsplan för patientkontrakt fram. Under 2022 har regionen arbetat för att stärka områdena fasta vårdkontakter och sammanhållen planering. Region Norrbotten har anmält intresse för att utveckla en sammanhållen vy för planering på 1177. Inera håller i taktpinnen för detta arbete. På grund av att regionens vårdadministrativa journalsystemet (VAS) snart kommer att ersättas av ett nytt journalsystem, Cosmic, så har arbetet med att ansluta fler enheter till webbtidbokning fått stå tillbaka.

Fasta kontakter i vården

Fast vårdkontakt

En fast vårdkontakt är inte bunden till särskild yrkeskategori utan kan vara en läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator, psykolog, undersköterska eller mentalskötare. Undantag görs för personer med livshotande tillstånd, enligt SOSFS 2011:7, där den fasta vårdkontakten alltid är en läkare.

Åtgärder: En anvisning avseende fast vårdkontakt är framtagen tillsammans med länets kommuner. Den fasta vårdkontakten ska tillgodose patientens trygghet, säkerhet, kontinuitet men även samordning i vården. Anvisningens syfte är att tydliggöra uppdrag och ansvarsfördelningen internt inom regionen, men även mellan Region Norrbotten och länets kommuner. Fast vårdkontakt dokumenteras i journal- eller verksamhetssystem samt för enskilda som har behov av samordnad individuell planering även i det IT-stödet för samordnad planering.

Förvaltningen för samordnad planering har under året hållit gemensamma utbildningar mellan region och kommunerna. Utbildningar kring vad uppdraget som fast vårdkontakt innebär samt hur fast vårdkontakt ska dokumenteras i de olika vårdsystemen.

Resultat; Förvaltningen för samordnad planering följer varje tertiäl om den enskilde har minst en utsedd fast vårdkontakt i samband med upprättande av samordnad individuell plan.

Under 2022 hade 74 procent av patienterna som har fått en samordnad individuell plan en upprättad fast vårdkontakt (under perioden december 2021 till och med november 2021), vilket är fyra procentenheter mindre än 2021.

Region Norrbotten följer varje tertiäl andelen patienter som har en fast vårdkontakt registrerat i journalsystemet. Följsamheten har ökat marginellt från 1,82 procent för 2021 till 1,95 procent för 2022.

Fast läkarkontakt

I och med omställningen till en god och nära vård skärps kraven på kontinuitet i vården genom att fast läkarkontakt införs i primärvården, för att skapa trygghet och kontinuitet för patienten.

Resultat; I överenskommelsen mellan regeringen och SKR är målet för 2022 att andelen i befolkningen som har en namngiven fast läkarkontakt i primärvård ska vara minst 55 procent. Norrbotten når inte uppsatt mål under 2022.

Åtgärder; Under året har journalsystemet VAS anpassats för att möjliggöra registrering av både fast vårdkontakt och fast läkarkontakt. Via kunskapsstyrningsorganisationen har lokalt programområde (LPO) primärvård skapat en lokal arbetsgrupp (LAG) för att ta sig an uppgiften att ta fram en beskrivning av fast läkarkontakt i primärvård. Detta arbete pågår.

Norrbotten var tillsammans med Gotland de första regionerna att besluta om ett långsiktigt mål som innebär 1100 läkare per specialist i primärvården, enligt det nationella riktvärdet som tagits fram. Förhoppningsvis kan detta vara rekryteringsfrämjande och bidra till målsättningen går att klara på sikt. Fram till dess behöver patienter med mest behov prioriteras att få en utsedd fast läkarkontakt i primärvården.

Uppföljning: Region Norrbotten följer varje tertiäl andelen patienter som har en fast vårdkontakt registrerat i journalsystemet.

Förvaltningen för samordnad planering följer varje tertiäl om den enskilde har minst en utsedd fast vårdkontakt i samband med upprättande av samordnad individuell plan.

Samordning vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.

Patienterna med samordningsbehov vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård ska få med sig en gemensam patientinformation från inblandade aktörer. Den gemensamma patientinformationen upprättas av aktörerna i IT-stödet för samordnad planering och slutenvården ska delge patienten den skriftliga informationen i samband med utskrivning. Patienten ska få information om bland annat befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivningen och har införts i syfte att säkerställa att det finns ett mottagande förberett när patienten skrivs ut samt för att minska risken för onödiga återinskrivningar i slutet vård.

Åtgärder: Under 2021 utbildades drygt 700 medarbetare från Region Norrbotten och länets kommuner i samordning vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. Under 2022 har cirka 250 medarbetare från Region Norrbotten och länets kommuner fått utbildning i samordning vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. Utifrån analys av de avvikelser som upprättats under året identifieras fortsatt behov av utbildning och stöd till verksamheterna gällande detta.

Mer än 250 medarbetare har fått utbildning kring personcentrerat möte och dokumentation samt samordnad individuell planering för att öka patientdelaktigheten. Dokumentationsstöd har tagits fram för personcentrerad dokumentation av den samordnade individuella planen.

Samordnad individuell planering

Förvaltningen för samordnad planering är en gemensam förvaltning för Region Norrbotten och länets kommuner. Förvaltningens uppdrag är att stödja verksamheterna för att normalisera av processerna i den dagliga vård- och omsorgsverksamheten avseende samordnad planering. I samordnad planering ingår processerna kring samordnad individuell plan, samordnad vårdplan och samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. Förvaltningen ska även stödja och underlätta samverkan mellan regionen och länets kommuner avseende samordnad planering samt förvalta det gemensamma IT-stödet som används för informationsöverföring.

Resultat: Under 2022 har 1304 patienter fått upprättat samordnad individuell plan vilket är något lägre än 2021. Den enskildes delaktighet vid upprättande av samordnad individuell plan har uppgått till 74 procent av fallen vilket är 4 procentenheter mindre än 2021. Målet inom Region Norrbotten är en delaktighet på 80 procent.

Det har hållits 3422 möten för att upprätta eller följa upp samordnad individuell plan vilket är samma nivå som under 2021. Den enskildes deltagande i mötet ligger på 73,4 procent vilket är en minskning med ca 5 procentenheter från 2021. Målet inom Region Norrbotten är ett deltagande på 80 procent.

Medicinteknik och vårdverksamheten

Medicinteknik och vårdverksamheter tecknar särskilda överenskommelser i enlighet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som dokumenteras i kvalitetshandbok för medicintekniska produkter. Dessa överenskommelser omfattar rutiner för samarbete mellan vårdverksamheten och service-verksamheter så att en god patientsäkerhet kan upprätthållas vid

användning och hantering av medicintekniska produkter. I detta ingår bland annat att genomföra systematiska teknikronder och ”registrera/utreda/följa upp” avvikelser.

Samverkans forum

- Nationell samverkansgrupp (NSG) för patientsäkerhet.
- Norra Sjukvårdregionala samverkansgruppen (RSG) för patientsäkerhet.
- Regionens Etiska rådet - Samverkan i etiska frågor.
- Samverkansberedningen för hälso- och sjukvård, omsorg och skola (POLSAM).
- Norrlandstingens regionförbund (NRF) – förbundsdirektion.
- Samverkansgrupper kopplade till NRF: Regionala läkemedelsrådet.

Exempel från verksamheterna

- Akut omhändertagande startat upp Mobilt akutpsykiatriskt team (MAE) i samverkan med Psykiatrin för bättre vård av psykiatriska patienter, samt tillsatt en roll inom SOS alarm för att göra bättre bedömningar när ambulans ska skickas.
- Neurocentrum samverkar med SHR-team (sjukhusanknuten hemrehabilitering) och kommunerna för att trygga övergången för strokepatienter till hemmet. De har även kontakt med primärvårdens rehab-koordinatorer i syfte att säkra övergångar före och efter smärtrehabilitering och har arbetat med IT/MT-avdelningen vid införandet av exempelvis grupprehabilitering på distans.
- Barnsjukvården samverkar med interna och externa parter genom Norrbus.
- Strokeavdelningen arbetar i nära samverkan med SHR-teamet för att trygga övergången för strokepatienter till hemmet.
- Det finns samverkan mellan akuten, avdelningarna för flödet av ”rädda hjärnan”-larm.
- Hälsocentralen får hjälp via video av en hudspecialist. Samverkan mellan lungmottagningen och länsservice har skett för utbyte av CPAP utrustning.
- Det pågår en samverkan med primärvårdens läkare i konsultativt syfte och för att minska remiss studsande, få rätt patient på rätt vårdnivå, tidigt omhändertagande, framtagande av arbetssätt mellan primärvården och psykiatrin av gemensamma patientgrupper samt främja jämlik somatisk vård. Man har multidisciplinära ronder med både slutenvården och primärvården kring svåra komplexa patienter.
- Anestesi/Operation/Intensivvårdsavdelningarna har pulsmöten mellan divisionerna, vårdavdelning och akuten för att underlätta samverkan och operationsplanering.
- För att säkra ett korrekt omhändertagande har vårdkedjor och andra typer av samarbetsformer etablerats mellan tandvården, primärvården och specialistvården.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1

Den uppföljning av informationssäkerheten som genomförts är genomgång av informationssäkerhetsarbetet i regionen på en övergripande nivå gällande loggkontroller, sekretess, informationssäkerhetsklassning av system samt uppdatering av regionens personuppgiftsbiträdesavtal. Revision har även gjorts på it- och informationssäkerhet.

Risk och konsekvensbedömningar har införts på personuppgiftsbiträdesavtal i enlighet med GDPR. Riskanalys har genomförts på övergripande nivå gällande införande av Microsoft 365.

Åtgärder

- Formaliserat ett flöde för verksamheten gällande personuppgiftsbiträdesavtal i syfte att likrikta arbets sätt.
- Skapat en behandling för de personuppgiftsbiträdesavtalen som vi ingått i syfte att skapa regeluppfyllnad enligt GDPR.
- Vidareutveckla anvisningar och rutiner gällande informationssäkerhet.
- Formalisera metod för att informationssäkerhetsklassa system.

Incidenter

Tillgängligheten av regionens hälso- och vårdssystem, samt informationssystem som behandlar personuppgifter bemöter verksamhetens behov. Det har inte förekommit några rapporter om informationssäkerhetsincidenter, som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada.

Det finns dock anmälningar i form av misstänkt dataintrång. De utredningar som Regionen har utfört visar inget olovligt dataintrång. De misstankar som funnits har efter utredning visats vara korrekta.

Uppföljningar

Uppföljning har genomförts på tidigare identifierade risker. Dessa risker har adresserats med aktiva åtgärder.

- Särskilda stickprovskontroller har genomförts mot befintliga leverantörer för att säkerställa efterlevnad avseende behandling av personuppgifter i enlighet med undertecknade personuppgiftsbiträdesavtal. Detta uppföljningsarbete har genomförts i nära samverkan mellan centrala funktioner för informationssäkerhet, dataskydd samt IT och medicinsk teknik.
- Regionen fokuserar vidare på att utveckla dess förmåga att genomföra löpande uppföljning på de förvaltningsobjekt där behandling av personuppgifter förekommer. Syftet är att säkerställa lämplig säkerhet för personuppgifterna, inbegripet skydd mot obehörig eller otillåten behandling och mot förlust, förstörelse eller skada genom olyckshändelse, med användning av lämpliga tekniska eller organisatoriska åtgärder.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Under året har ett flertal olika åtgärder vidtagits för att bibehålla eller stärka regionens strålsäkerhet. Däribland kan nämnas samordning av säkerhetsfunktioner, beslut om införande av ett system för att följa upp kompetensnivå, förtydligande av mandat för strålsäkerhetssamordnaren samt en omfattande översyn av regionens rutiner för bland annat berättigande-bedömning och kvalitetssäkring av radiologiska system.

Under året har regionen genomgått en omfattande omorganisation som, i vissa fall, begränsat möjligheterna att nå några av de tidigare målen för 2021. Ambitionen är att de skall uppfyllas under 2022.

Strålsäkerheten i Region Norrbotten kan sammanfattas som god.

Se [Regionens Strålskyddsbokslut 2022](#) för fördjupad information (bilaga1).

En god säkerhetskultur

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

På regionövergripande nivå är säkerhetskulturen ett strategiskt prioriterat område och finns beskriven i regionens Patientsäkerhetsplan (2020). Fokus ligger på arbetet med att aktivt identifiera risker och skador och ett icke-skuldbeläggande förhållningssätt, där personalens och patienternas erfarenheter och kunskap tas tillvara och används som underlag för lärande, förbättringar och utveckling.

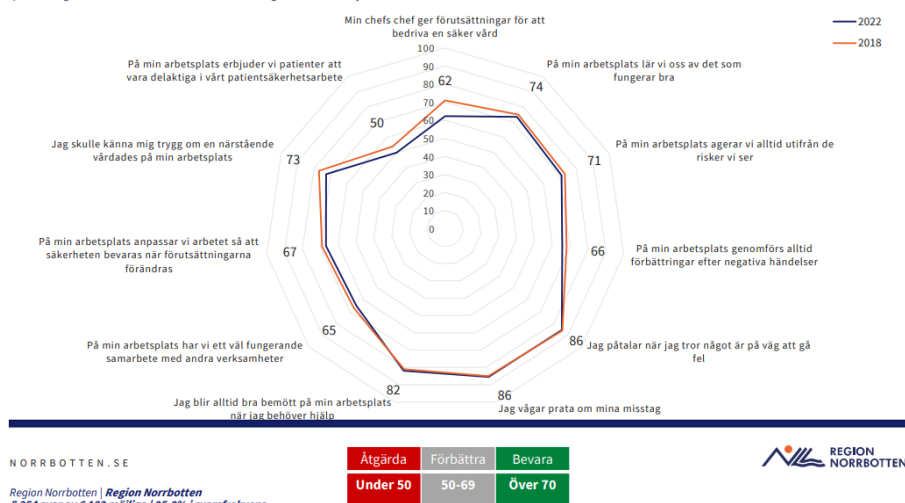


Säkerhetskulturmätning

Regionen genomförde säkerhetskulturmätning Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE) i samverkan med HR och medarbetarundersökningen för första gången i slutet av 2018. I samband med den mätningen introducerades Säkerhetskulturtrappan från A till E som ett verktyg för att arbeta med resultatet. En förnyad mätning har genomförts oktober-november 2022. Resultatet har nylige presenterats och någon djupare analys har ännu inte genomförts.

HSE - Hållbart säkerhetsengagemang

Spindeldiagrammet visar medelvärdesindex för Region Norrbotten jämfört med resultatet från 2018.



Källa: Medarbetarenkäten Region Norrbotten 2022

Analys; Liksom vid förra mätningen finns förbättringspotential vad gäller patienters/närståendes medverkan i patientsäkerhetsarbetet och förutsättningar att bedriva en säker vård.

Högsta ledningens stöd

Patientsäkerhetsronder har varit ett sätt för högsta ledningen att gå ut i verksamheten och prata patientsäkerhet. Säkerhetskulturtrappan användes som ett verktyg för att utvärdera och skapa dialog om säkerhetskulturen. Under pandemin har inga patientsäkerhetsronder genomförts men planen är att återuppta aktiviteten när så är möjligt.

Etiska rådet

Det har under året varit en mycket stor efterfrågan på utbildning och stöd i etiska frågor, främst från vårdverksamheterna, men även från andra delar av organisationen. Etiska rådet har arbetat och arbetar fortsättningsvis strukturerat för att ge detta stöd. Några exempel är etikombudsutbildningar, nätverksträffar och heldagsutbildningar för ST-läkare. I samverkan med patientsäkerhet har ett

etikseminarium riktat till alla medarbetare ägt rum. Andra kontinuerliga insatser är etiska dialoger, reflektioner och etiska ronder. Även etiska analyser har genomförts vilket är en strategi och ett redskap för hur avvägningar kan göras när det finns konflikter mellan olika intressen eller värden, exempelvis gällande svåra prioriteringar.

Uppföljning av åtgärdsplan vid anmälan lex Maria

Som en del i ett lärande och för att stärka säkerhetskulturen, har regionen sedan 2019 påbörjat arbetet med att följa upp lex Maria-händelser sex månader efter beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Chefläkare och verksamhetsstrateg patientsäkerhet besöker berörda verksamheter och följer upp åtgärdsplanen och effekterna av föreslagna åtgärder. Under pandemin har uppföljningarna med besök inte kunnat genomföras, men en enkät har tagits fram som skickas till verksamheten på alla ärenden med lex Maria-beslut under 2021. Intentionen är att återuppta uppföljning med besök.

Säkerhetskultur i det dagliga arbetet

Divisionerna beskriver att de påbörjat och avser fortsätta implementering av daglig styrning. Det sker genom pulsmöten och förbättringsmöten där medarbetare ges möjlighet att engagera sig i förbättringsarbeten, avvikelser och upptäckta risker. Patientsäkerhet ska finnas med som en stående punkt på arbetsplatsträffar, där spridning av lärande sker via genomgång av avvikelser, genomförda händelseanalyser och lex Maria-ärenden.

Verktuget ”Gröna korset” används i många verksamheter för att stärka säkerhetskulturen och åtgärda risker i det dagliga arbetet. Divisionerna diskuterar nu gemensamt om att ta ett nytt grepp om införandet och arbeta för att stötta verksamheterna med att inför/återuppta arbetet med ”Gröna korset”. På enhetsnivå beskrivs ett kontinuerligt arbete med patientsäkerhetskulturen genom att uppmuntra medarbetarna att registrera avvikelser. De inrapporterade avvikelserna samt svar återkopplas till personalen på arbetsplatsträffar.

Som ett sätt att sprida lärande i verksamheten har psykiatrien infört ett arbetssätt i samband med granskning av journaler i Markörbaserad journalgranskning (MJG) Gransknings-teamen arbetar i grupp som tillsammans genomför granskningar, och vid granskningstillfällena tar teamet in ”gästgranskare” från verksamheten som tillfälliga deltagare i granskningsarbetet.

En avdelning har tagit fram ”Synergi-trädet” vilket är ett strukturerat sätt att arbeta med orsakerna till avvikelser. Det höjer medarbetarnas medvetenhet om patientsäkerhetsrisker samt förbättringsområden och ska spridas på kliniken andra avdelningar på Sunderby sjukhus under 2023.

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. Kunskap om patientsäkerhet behöver säkerställas genom kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer.



Verksamheterna rapporterar bemanningssvårigheter och relativt höga sjukfrånvaron som på olika sätt och i olika grad påverkat patientsäkerhetsarbetet under året. Arbetet pågår kontinuerligt för att säkra tillgången på personal med adekvat kompetens. Patientsäkerheten har även under 2022 påverkats av Covid bland annat genom fortsatt riktade resurser mot vaccination och viss undanträngningseffekter.

Kunskap och kompetens inom patientsäkerhetsområdet

I regionen finns ett antal e-utbildningar inom bland annat områdena basal hygien, och utbildningar i hantering och handläggning av avvikelser. E-utbildningarna kan verksamheterna använda vid exempelvis introduktion av nyanställda, för nya hygienobservatörer eller som åtgärd för att höja följsamheten till basala hygien-, och klädföreskrifter. Det finns även Powerpoint-material som kan användas i verksamheterna.

Genomförda utbildnings-, kompetenshöjande insatser från Patientsäkerhet och Vårdhygien under 2022;

- Händelseanalys-/Nitha-utbildning för analysledare - två omgångar.
- Utbildning av lokal administratörer som ska fungera som stöd till användarna av regionens databaser för månadmätningar av BHK och de nationella punktprevalensdatabaserna.
- Patientsäkerhet och Vårdhygien i AT-utbildningen – två omgångar.
- Patientsäkerhet och Vårdhygien i kliniskt basår för nyutbildade och nyanställda sjuksköterskor – två omgångar.
- Patientsäkerhet och Vårdhygien - Sommarvikarier (vård, service).
- Socialstyrelsen nationella webb-utbildning ”Säker vård” har introducerats för nyanställda sjuksköterskor i det kliniska basåret och som en del i händelseanalysutbildning och andra patientsäkerhetsutbildningar samt utbildning för avvikelshanterare.
- Vårdhygien har utbildat medicinstuderande (vår och höst termin 5 och 6).
- Vårdhygien har genomfört utbildning för personalen i Pajalakkommun.
- Vårdhygien har utbildat vaktmästeriet på Sunderby sjukhus
- Vårdhygien har utbildat Medicin/Rehabiliteringsavdelningen i Kiruna och nyanställda vid vaktmästeriet i Kiruna.

Patientsäkerhet har tillsammans med Vårdhygien och Smittskydd definierat flera prioriterade områden för aktiva åtgärder och förbättringar, bland annat behovet av generell kompetensökning vad gäller systematiskt patientsäkerhetsarbete i verksamheterna, och ökad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler – inte minst för att minska antalet vårdrelaterade infektioner och undvika smittspridning.

Utbildning inom läkemedelsområdet

Regionen är en kunskapsorganisation med stort behov av fortbildning för att hänga med i den snabba kunskapsutvecklingen, inte minst inom läkemedelsområdet. Kunskap om läkemedel och läkemedelsbehandlingar är en grundförutsättning för en patientsäker och kostnadseffektiv sjukvård. Här har producentbunden information en nyckelroll och läkemedelskommittén ett viktigt uppdrag. Läkemedelskommittén har under året uppdaterat sina läkemedelsrekommendationer som är kopplade i journalsystemet. Utbildningar inom läkemedel och farmakologi genomförs regelbundet för AT- och ST-läkare. Likaså genomförs utbildningar med aktuell information inom läkemedelsområdet på olika sjukhusavdelningar. Den årliga utbildningen ”norrländska läkemedelsdagarna” genomfördes digitalt för andra gången vilket visade sig vara fördelaktigt för länets läkare som i större utsträckning kunde delta jämfört med tidigare år då utbildningen varit förlagd till Umeå. Samma upplägg planeras även för kommande år.

Yrkeskompetens och bemanning

Kliniska basår

Kliniska basår för nyanställda/nyutexaminerade sjuksköterskor är ett koncept som används i varierande form i drygt hälften av Sveriges regioner (Socialstyrelsen 2018). I Region Norrbotten avser i nuläget basåret att stödja fördjupade specifika kunskaper inom tracheostomi, patientsäkerhet, EKG-tolkning,

palliativ vård, vårdhygien, blåsöverfyllnad, trycksår, sepsis, demenstillstånd såsom konfusion, etik och personcentrerat förhållningssätt genom föreläsningar.

Övriga moment i kliniskt basår omfattar;

- Stöd för handlingsberedskap vid akut omhändertagande och hjärtstopp genom praktiska övningar.
- Stöd för fördjupad kunskap om utförande av vardagsrehabilitering och förflyttning genom praktiska övningar.
- Stöd för stresshantering och återhämtning genom föreläsning.
- Stöd för kollegialt kunskapsutbyte genom handledning i grupp.
- Stöd för framtida handlingsberedskap vid etiska dilemman genom handledning i grupp.
- Stöd till enhetschef för planering av förstärkt arbetsplatsintroduktion.

Innehållet i Kliniskt Basår uppdateras fortlöpande baserat på utvärderingar från deltagare, chefer och utbildare. Målet är att innehållet ska vara så kliniskt relevant och användbart i patientarbete som möjligt, exempelvis lades lungsjukdom till innehållet under co19 pandemin. Utvärderingar från deltagare har varit genomgående positiva avseende specifika moment såväl som programmet i sin helhet. Brister har dock identifierats i verksamheternas utförande av ”förstärkt arbetsplatsintroduktion” som enligt deltagare utförs i varierande utsträckning beroende på arbetsplats.

Kliniskt basår sker för närvarande delvis i samarbete med Region Västerbotten, samt diskuteras fortlöpande mellan de norrlandsregioner som driver liknande program. Nationell samverkan sker också där RN:s samordnare för basåret kommer delta i nationell nätverksträff för introduktionsår i mars 2023.

Referens; [Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se)

Återhämtning

Region Norrbotten sökte och beviljades drygt 10 mkr under 2022 för aktiviteter i samband med återhämtning för medarbetare efter covid-19. Aktiviteter som genomförts är till exempel föreläsning med återhämtande teman, planeringsdagar, fysiska aktiviteter med återhämtande fokus. Uppföljning av budget och aktiviteter kommer ske under mars. Regeringen har under 2023 kvar återhämtningsbonusen i budgeten men ingen ytterligare information om hur eller när ansökan ska ske har ännu gått ut.

Ledarskapsutbildning

Regionen har genomfört totalt fyra ledarskapsutbildningar, efter flera år av uppehåll. En ytterligare utbildning har startats under hösten och pågår till januari 2023. Utbildningen Praktiskt ledarskap för enhetschefer riktar sig till nya i rollen som chef medan utbildningen Chefer som leder chefer riktar sig till chefer med egna ledningsgrupper.

Regionen har tagits fram en gemensam e-introduktionsutbildning för nyanställda semestervikarier inom vården som använts under sommaren.

BAS-utbildningar har genomförts under året både i digital form men också fysiska. Fördjupningskurser inom organisatorisk och social arbetsmiljö har genomförts för första gången med högt deltagande.

Inhyrd bemanning

Behovet av inhyrd personal har ökat i hela Sverige och därför blir tillgången av inhyrd personal lägre totalt sett under första delen av innevarande år. Regionen får svar på de avrop som görs, men inom de flesta områdena är behovet större än vad svaren är. Detta gäller till exempel läkare inom primärvården, ögonläkare samt sjuksköterskor inom de flesta områden.

Sveriges 21 regioner ska genomföra en samordnad upphandling av hyrpersonal i hälso- och sjukvården. Annonsering av nationellt avtal görs i november 2022 och implementering av nytt avtal sker under 2023. Mål med en gemensam upphandling är en hållbar och långsiktig bemanning som vidare ska öka möjligheter att utveckla vården och att klara utbildningsuppdraget. Syftet är att minska beroende samt kostnader för hyrpersonal, öka trygghet och kontinuitet för patienterna samt ska leda till en bättre arbetsmiljö för egna medarbetare.

Kompetensförsörjning

En inventering av universitets och YH-utbildningar har gjorts tillsammans med divisionsledningarna och givit input till behov av utbildningar till lärosäten. I syfte att till så stor del det är möjligt samarbeta med lärosäten som är geografiskt nära Norrbotten.

Arbetet med kompetensförsörjningsplaner har till stor del varit pausat under 2021 och detta medför en risk ur kompetensförsörjningsperspektiv. Ny mall för kompetensförsörjningsplaner är framtagen arbetet är påbörjat och kommer fortsätta 2023.

Exempel från verksamheten

Ett flertal aktiviteter har genomförts på verksamhetsnivå för att säkra kompetensen.

- För att säkra att det finns kompetens har vissa verksamheter schemalagt erfarna undersköterskor och sjuksköterskor med mindre erfarna. Kompetensöverföring sker mellan läkare under operationer, rutin för introduktion av ny personal finns och utbildningar genomförs som är specifikt för verksamhetsområdet.
- Akut omhändertagande arbetar med mentorsprogram som ska införas på samtliga akutmottagningar och intensivvårds-enheter i länet.
- Helikopterverksamheten arbetar i projektform för att utveckla sitt säkerhets- och utvecklingsarbete.
- Primärvården Södra Norrbotten har 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.
- Inom barn- och ungdomsmedicin pågår internutbildning och införande av Pediatric Early Warning Score (PEWS). Ett bedömningsinstrument framtaget för att genom ett enkelt poängsystem kunna se tidiga tecken på försämring och allvarliga tillstånd hos sjuka barn.
- Samtliga anställda har en individuell kompetensplan där man tittar på utbildningsbehov och önskemål hos de anställda. Inom ortopedin och inom infektionsavdelningen har man anställt utvecklingsjuksköterskor som har i uppdrag att planera, leda och bedriva förbättrings- och implementeringsarbeten tillsammans med enhetscheferna.

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.

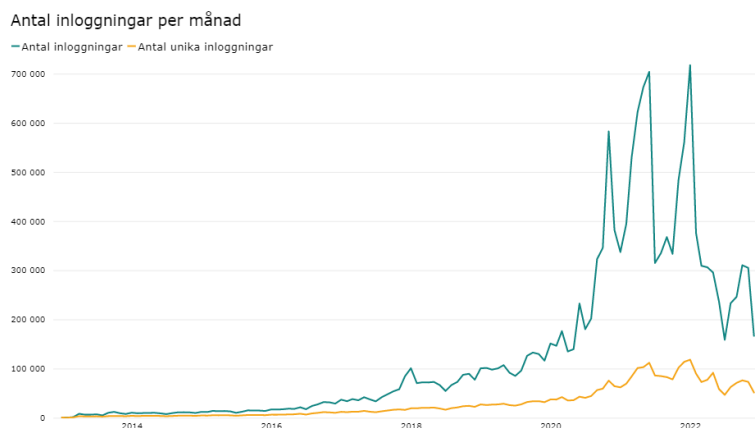


PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Här beskrivs struktur och aktiviteter för **hur** patienter, brukare och närstående erbjuds möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet, görs delaktiga i den egna vården och medverkar i utvecklingsarbeten.

1177 e-tjänster/invånartjänster

1177 e-tjänster ger förutsättningar till ökad delaktighet och medskapande i vården samt bättre överblick över vårdprocesserna. Tjänsterna förbättrar också tillgängligheten till vården, och stödjer dessutom valfrihet och flexibilitet i invånarnas val av vårdgivare. Användandet av e-tjänsterna är stadigt. Pandemin har bidragit till att utveckla arbetssätt och processer med stöd av e-tjänsterna.



Antal inloggningar i 1177 vårdguidens e-tjänster över tid (2022)

Resultat: Per 20 december 2022 hade ca 90 procent av norrbottningarna loggat in i e-tjänsterna på 1177 (ca 225 350 personer ackumulerat). Andelen av de invånare som har konto på 1177 och angett att de önskar digital kontakt med invånare i första hand är 36,8 procent. Via sina personliga inställningar i 1177 kan invånare uppdatera sitt mobilnummer, ange önskemål om digital kontakt i första hand eller inte från vården samt om vården får del av uppgifterna. I och med att regions vårdadministrativa journalsystem (VAS) under vår/sommar 2022 anslöt till personuppgiftstjänsten (PU-tjänsten) finns de av invånaren införda uppgifterna tillgängliga i VAS.

Inkomna ärenden via 1177 vårdguidens e-tjänster ("basutbud")

Regionens verksamheter verkar aktivt för att öka tillgängligheten till kontakt via e-tjänster. Regionstyrelsen har inom ramen för beställningen för primärvård beslutat om ett obligatoriskt basutbud om minimum följande fyra tjänster på varje hälsocentral.

Nedan de fyra tjänsterna och antal ärenden in 2022 (antal ärenden avser regionen som helhet):

- Förnya recept 96 700
- Kontakta mig 35 500
- Av/omboka tid* 25 300
- Beställ tid* 14 950

*avser EJ webbtidbok

Antal ärenden in till regionens mottagningar via 1177 vårdguidens e-tjänster fortsätter alltså att öka och under 2022 var antalet ärenden in ca 202 000. Motsvarande för 2021 var 180 000.

Antal hälsocentraler med basutbudet:

- 4 tjänster = 15,
- 3 tjänster = 5,
- 2 tjänster = 3
- 0 tjänster = 2

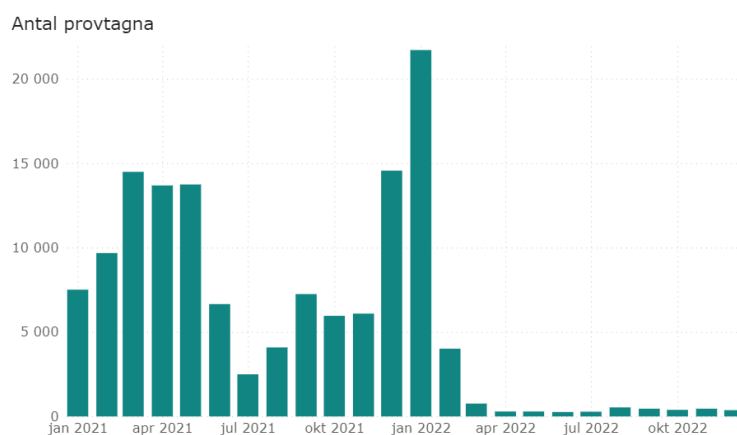
Vårdinitierade ärenden via 1177 e-tjänster (omvänt ärendeflöde d v s vården kontaktar invånare)

Under 2022 har vårdinitierade ärenden fortsatt använts i stor utsträckning och var 21 700 jämfört med 20 600 år 2020. Utskick av enkät för smittspårning för covid-19 samt information om detta är det vanligaste användningsområdet. Fler områden för användning identifieras i verksamheten som t ex utskick av information inför besök i vården. Medför att flödet snabbas upp, information når fram snabbare. Det är möjligt för vården att se om invånaren har konto på 1177 samt om hen har läst meddelandet.

Egen provhantering

I november 2020 startades Egenprovhantering via 1177 med möjlighet för invånare att beställa och utföra självtest för pågående covid-19. Beställning sker via 1177.

Resultat; Under 2021 tog sig ca 106 000 personer prov via egenprovhantering. Under 2022 minskade provtagningen dramatiskt efter beslut om ändrade provtagningskriterier. Under första kvartalet 2022 övergick regionen till egenregistrerad provtagning. Målgruppen för provtagning ändrades till i huvudsak hälso- och sjukvårdspersonal. Personalen hämtar test-kit i låda utanför hälsocentral, provtar sig, registrerar test-kit på 1177 och lämnar i låst del av lådan. Mer flexibel och lättillgänglig lösning.



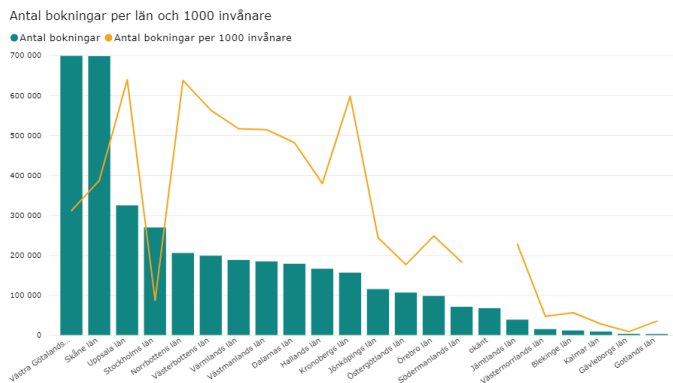
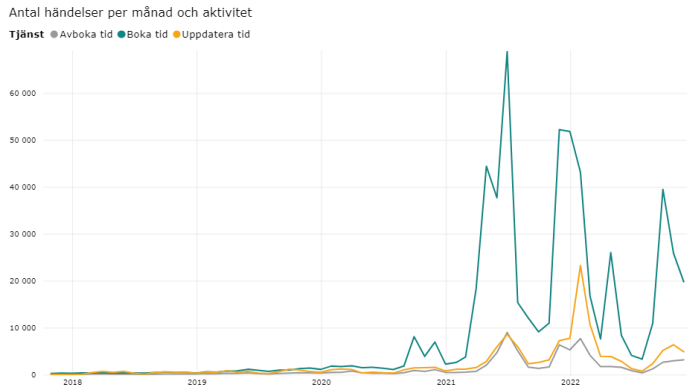
Provtagna via egenprovtagning 2021-2022.

Åtgärder; Regionen kommer under Q1 2023 växla provtagning för klamydia från nuvarande leverantör klamydia.se till egenregistrerad provtagning via 1177.

Webbtidbok

Webbtidbok används i stor utsträckning framförallt i primärvården. Webbtidbok är tillgänglig på hälsocentralerna, där invånaren kan se bokad tid, av- och omboka eller boka tid (varierar för olika mottagningar). Webbtidbok via 1177 är tillgängligt för mammografi samt för cervix screening. Folk tandvården är på gång att införa webbtidbok och planerar att starta en pilotmottagning Q1 2023. Även blodcentralen planerar för ett införande av tidbok för blodgivning. Webbtidbok har varit och är tillgänglig för bokning av tid för vaccination covid-19 samt för vaccination av säsongsinfluensa.

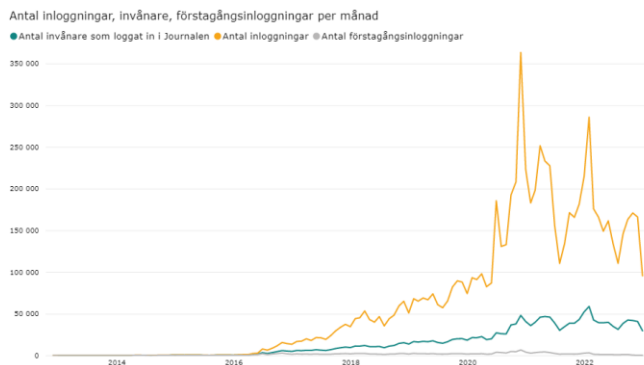
Resultat; Bokningar via webben ökade stort 2021 i samband med att bokning av covid-19 vaccination. År 2022 var det 205 000 bokningar jämfört med 327 000 bokningar år 2021. Men regionen har ”mycket” bokningar om man ser län/ och per 1000 invånare



Journal via nätet

Sedan juni 2016 har norrbottningarna direktåtkomst till journalinformation via e-tjänsterna på 1177. Den information som är tillgänglig är journalanteckningar, vårdkontakter, läkemedelslistan i det vårdadministrativa journalsystemet (VAS), svar på blodprover, provsvar för covid-19, vaccinationer, Waranbrev, journalöversikter i VAS, SIP (samordnad individuell plan) samt loggar.

Resultat; Per sista december 2022 hade ca 172 200 norrbottningar (kumulativt) loggat in i Journalen via 1177. Har man loggat in en gång tenderar man återvända.



Stöd och behandling

Stöd och behandling (SoB) möjliggör att invånare/patient kan få sin behandling på distans genom att arbeta i program. Det ökar patientens delaktighet och tillgänglighet till vård. SoB omfattar bland annat program för KBT vid psykisk ohälsa, sömnsvårigheter, artros, levnadsvanor, föräldrainsformation och utbildning, min vårdplan vid bröstcancer och tjock- och ändtarmscancer.

Mål: Mätbart mål för 2022 har inte funnits. Regionstyrelsen beslutade i början på året att samtliga nationella program av Min vårdplan cancer ska införas i regionen.

Resultat: Antal startade program/behandlingar under 2022 (fram till 16 dec) är 3417. Det är en ökning med 100 % jämfört med år 2021 (1700 startade). Pågående behandlingar november 2022 är 1644 jämfört med 712 november 2021. Stöd och behandling finns i alla vårddivisioner och antalet vårdenheter och behandlare som erbjuder program har ökat under året. Regionens SoB innehåll har under 2022 utökats med: Artrosskola, Autismutbildning för föräldrar, FRAMÅT för hälsa och livskvalitet i Norrbotten, Smärta – rehabiliteringsprogram, och Övervinn insomni (sömnbehandling).

Analys av resultat: Ökningen kan främst tillskrivas program som används inom Barnmedicin, habilitering och barn- och ungdomspsykiatri. Införandet av Min vårdplan för urinblåsecancer, prostatacancer, och lungcancer har påbörjats, men gått långsammare än planerat.

Åtgärd: Fortsätta ge stöd till vårdenheter som ska införa Min vårdplan cancer. Främja spridning av befintliga program i SoB.

Uppföljning av åtgärd: Sker i förvaltningsobjektet Digital vårds tertial- och årsrapport och rapporteras till styrgrupp.

Digitalen

Digitalen ger norrbottningar kontakt med vården där de är, direkt i mobil, surfplatta eller dator. Den digitala vårdkontakten journalförs och går att komplettera med fysiska besök när det behövs. I Digitalen får patienterna svara på frågor och kan sedan slussas till egenvårdsråd, till chatt med legitimerad sjuksköterska eller hänvisad att söka vård akut. Digitalen infördes på alla regiondrivna hälsocentraler från och med den 6 oktober 2021. Sedan sommaren 2022 har en centralt bemannad funktion tagit hand om alla ärenden i Digitalen.

Mål: Under året ska 43 000 unika personer slutfört triage i Digitalen

Resultat: Fram till 12 december har 18 898 unika personer slutfört triage i Digitalen. Vi kommer därmed inte nå målet för i år.

Analys av resultat: Från juni har inkomna ärenden i Digitalen minskat markant. Anledningen bakom minskningen är den ansträngda personalsituationen på hälsocentralerna och 1177 som medförde en återgång till central bemanning av tjänsten. I samband med att den centrala bemanningen tog över begränsades även hänvisningen till tjänsten i hälsocentralernas och 1177s talsvar och marknadsföringsinsatser har uteblivit.

Åtgärd: Division Nära har beslutat att återgå till att hälsocentralerna tar om hand sina egna ärenden i Digitalen. Exakt tidplan är ännu inte fastställd.

Under 2023 förväntas även:

- Digital målbild beslutas av regionstyrelsen och tydliggöra hur digitala lösningar ska nyttjas i vården.
- Införande av patientapplikation som samlar flera digitala vårdtjänster, däribland Digitalen, dialog förs om gemensamt namn applikationen.
- Marknadsföring av applikationen.
- Möjligheten till bokade videobesök kommer ingå i tjänsten.

Uppföljning av åtgärd: Sker i förvaltningsobjektet Digital vårds tertial- och årsrapport och rapporteras till styrgrupp. Division Nära ansvarar för uppföljningen av återgången till hälsocentralerna.

Måluppföljningen sker i års- och delårsrapporteringen.

Nationella patientenkäten

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, tillgängligheten, delaktigheten och involveringen, respekt och bemötande kontinuitet och koordinering, information och kunskap samt tillgänglighet.

Regionen har inte deltagit i enkäten som riktades till primärvården men har under 2022 deltagit i följande undersökningar;

- Barn och ungdomspsykiatri.
- Rehabilitering, resultat presenteras 21/1-23.
- Akutmottagningar, resultat presenteras 20/1-23
- Habilitering & hjälpmedel, resultat presenteras 18/1-23.

Barn- och ungdomspsykiatri 2022

Med start i december 2021 och under våren 2022 genomfördes nationell patientenkät för barn- och ungdomspsykiatriens öppenvård och slutenvård. Det är endast inom öppenvården som det finns tillräckligt antal svarande för att presentera resultat.

Resultat; Senast föregående undersökning inom området gjordes 2018 och överlag har resultaten försämrats sedan dess både för regionen och på riksnivå. Vårdnadshavarnas sammanvägda helhetsintryck av kontakter med regionens barn- och ungdomspsykiatri uppgår till 68,2 av 100, jämfört med 70,3 för riket. I 2018 års mätning var helhetsintrycket 82,5 för regionen, vilket var något bättre än riket. Den sammanvägda upplevelsen av tillgängligheten inom barn- och ungdomspsykiatri uppgår till 78,7 jämfört med 80,2 för riket. Både fysiska besök och distanskontakter har undersökts. Resultaten för fysiska besök är generellt något bättre än för distanskontakter.

Analys och åtgärder; Viktiga förbättringsområden inom båda besökstyperna är tillgänglighet, information och kunskap samt kontinuitet och koordinering. För distanskontakter är även kategorin emotionellt stöd ett förbättringsområde

Lokala Programområden/Lokala arbetsgrupper

I lokala programområden och lokala arbetsgrupper (inom ramen för kunskapsstyrning) kommer patient-/brukarmedverkan att ske för att belysa deras perspektiv på hälso- och sjukvården inom aktuellt område. Detta kan ske exempelvis i arbetet med att införa de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen i regionen.

Exempel från verksamheterna på patient-/närståendemedverkan och delaktighet

- I samband med händelseanalyser erbjuds patient och/eller närstående att beskriva sin upplevelse av händelsen och lämna synpunkter på vad som hade kunnat förhindra händelsen.
- Inom Division Psykiatri har patientorganisationerna varit delaktiga i framtagande av handlingsplan och aktiviteter som rör området psykisk hälsa och att förebygga självmord.
- Inom Folkandvården har patient med vårdnadshavare varit med vid framtagande av skriftlig patientinformation som en del i avvikelshantering.
- Patienthotellet Vistet arbetar med personcentreradvård vilket innebär att de vid överrapportering till personalen som ska jobba eftermiddag/kväll gör det tillsammans med patienten inne på patientens rum för att de ska bli så delaktiga i sin vård som möjligt.
- Återbesök sker av patienter som vårdats inom intensivvården. En ny rutin och nytt arbetssätt har precis påbörjats med uppföljande besök av IVA patienter på vårdavdelningen av personal från IVA.
- Inom ögonsjukvården har glaukom-kafé anordnats.
- Inom verksamhetsområde LSS/Syn/Hörselvård involveras patienter vid framtagande av patientinformation/utbildningsmaterial. En spetspatient har varit delaktig i att utveckla en diagnosutbildning för personer med autism.

- På hjärtintensiven genomförs patientnära rond för att göra patienten mer delaktig och informerade i sin vård.
- Inför öppnandet av ny hälsocentral i Boden så har brukarråd och funktionsrättsorganisationer bjudits in för planeringen av lokaler, flöden och arbetssätt.
- Inom barnsjukvården har man arbetet utifrån barnkonventionen i hur personalen ska förhålla sig i alla vårdssituationer. För det kroniskt sjuka barnet sker ett medvetet arbete mot målsättningen att öka barnets självständighet och kunskap om sin sjukdom inför övergången till vuxenvården.
- Primärvården tecknar patientkontakt för de som sätts in på beroendeframkallande läkemedel.

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.

Uppföljning genom egenkontroll fokuserar på uppföljning av de strategiska målen i regionen, patientsäkerhetsmål och mål/aktiviteter i handlingsplan. Återkoppling sker på övergripande nivå, i linjeorganisationen, i vissa fall verksamhets-/enhetsnivå och via LSG Patientsäkerhet. Både region- och divisionsövergripande resultat presenteras på webben. Inom vissa verksamheter sker verksamhetspecifika egenkontroller vilka redovisas i respektive divisions patientsäkerhetsberättelser.



Egenkontroll	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	1-2 gång per år	PPM-databasen
Månadsmätningar BHK	1 gång per månad	Egenutvecklad databas för registrering av observationer som presenteras i regionens uppföljningsportal
Egenkontroll av vårdhygienisk standard	1 gång per år	Protokoll
Egenkontroll av systematiska patientsäkerhetsarbetet	1 gång per år	Protokoll
Patientsäkerhetsronder	Enligt plan	Protokoll
Avvikelser	3 gånger per år	IT-stödet Synergi för avvikelshantering
Vårdskador	1 gång per år och per halvår görs en uppföljning	Markörbaserad journalgranskning
	3 gånger per år	IT-stödet Synergi för avvikelshantering
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	PPM-databasen
	1 gång i månaden	Infektionsverktyget
	2 gånger per år	Markörbaserad journalgranskning
Antibiotikaförskrivning	Löpande samt 1 gång per år	Folkhälsomyndigheten Infektionsverktyget
Vårdpreventivt arbetssätt riskbedömningar och förebyggande åtgärder	Kontinuerligt riktad mot daglig styrning inom slutenvården	Uppföljningsportalen; uttag från omvårdnadsdokumentationen i journalsystemet
	- Fall	3 gånger per år övergripande nivå
	- Trycksår	
	- Blåsöverfyllnad	
- Munhälsa	1-2 gång per år	Nationell PPM-databasen
- Nutrition		
Patientenkäter	Enligt nationell överenskommelse 1-3 per år	Nationell databas NPE
Ledningssystemet för systematisk patientsäkerhetsarbete	1 gång per år	Checklista för egenkontroll.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelsehanteringsprocessen - Handläggningstider - Kvalité på ärendetyp negativ händelse.	1 gång per år	Avvikelsehanteringssystemet Synergi Kvalitetsgranskning med hjälp av enkät.
Lex Maria - Handläggningstider 2 månader. - Att varje lex Maria har en registrerad avvikelse.	4 gånger per år	Kvalitetsuppföljning av avvikelser via protokoll/enkät,
Klagomålsprocessen - Kvalité handläggningen - Svar till anmälaren inom 4 veckor.	1 gång per år.	Kvalitetsuppföljning av slumpmässigt utvalda ärenden från inkomna klagomål (vårdgivaren, IVO och Patientnämnden).
Händelseanalysprocessen - Uppföljning av arbetsprocessen	4 gånger per år (halvår)	Egen uppföljning och NITHA (nationellt IT-stöd för händelseanalyser).

- Inom ortopedin sker månatliga trycksårsmätningar.
- Operation och sterilcentralen mäter CFU (bakteriebärande partiklar på operationssalen).
- Inom LSS/Syn/Hör finns checklistor och patientinformation som används vid hjälpmedelsförskrivning inom Regionen och Kommunerna för att få likvärdiga bedömningar oavsett vem som bedömer behovet.
- Nya bristningsregistret har implementerats inom obstetrikerna där bristning även grad 2 och perineotomi registreras. En operationssnurra har införts för att bibehålla och kompetens överföra kunskap inom opererande behandlingar och åtgärder i läkargruppen på Obstetrik/Gynekologi.
- För att minimera fallrisken vid träning av gång och förflyttning gör paramedicin en bedömning om behov finns av hjälpmedel och dubbelbemanning under träning.

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

Här beskrivs identifierade områden som är relevanta inom organisationen och hur regionen arbetar med att förbättra dem.

Utredning allvarlig händelse som har medfört eller hade kunna medföra vårdskada

Vårdskador identifieras via;

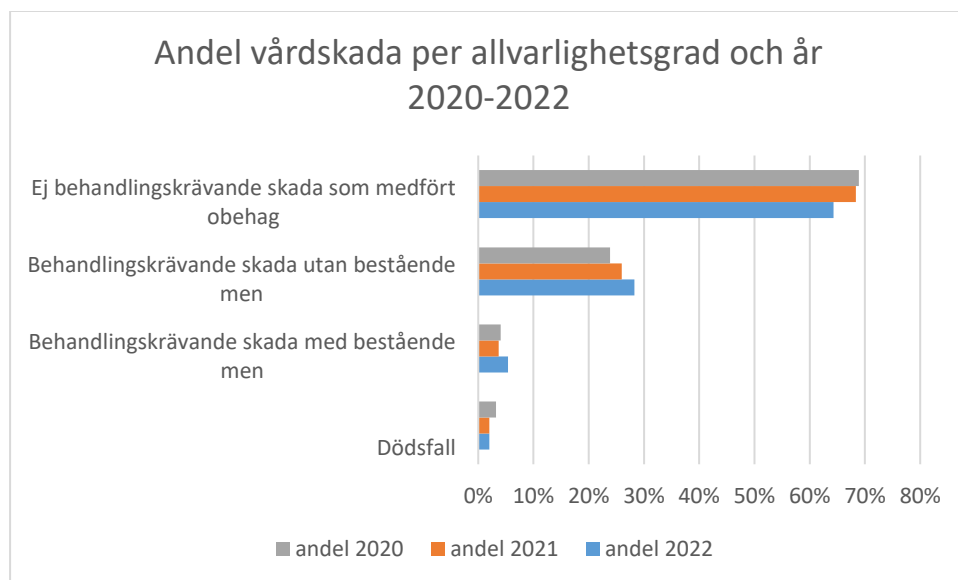
- Rapporterade avvikelser.
- Inkomna klagomål och synpunkter
 - o Klagomål och synpunkter direkt till vårdgivaren
 - o Klagomål från IVO
 - o Patientnämndsärenden
- Markörbaserad Journalgranskning.

Oavsett varifrån händelsen rapporteras dokumenteras alla rapporter och klagomål i regionens IT-stöd Synergi för avvikelsehantering. Det är händelsens allvarlighetsgrad som avgör handläggning och utredning.

Alla allvarliga händelser/tillbud ska gå till verksamhetschef för kännedom och bedömning om vidare utredning och/eller om chefläkare ska kontaktas för bedömning om lex Maria-anmälan.

Under 2022 har 1 987 vårdskador rapporterats i Synergi. Antalet vårdskador har minskat med nästan 500 stycken jämfört med föregående år. Kan bero på en viss eftersläpning i handläggningen.

Andelen allvarligare vårdskador ligger på ungefär samma nivå som tidigare år och de flesta vårdskadorna är lindriga och ger ringa eller inga bestående men.



Källa: Synergi 2023

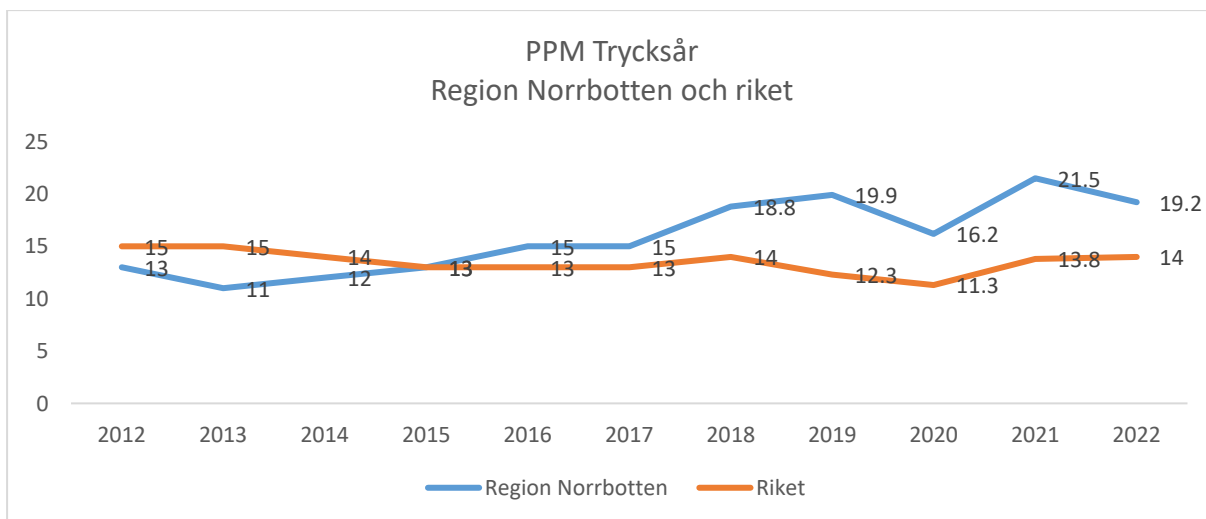
Väntetiden på utredning och utredningstiden vid utredningar av allvarliga händelser har förbättrats men är ännu inte på en acceptabel nivå. Under 2022 har ett flertal förenklade utredningar genomförts (internutredningar) i de händelser som chefläkaren bedömt det vara lämpligt. Detta relateras till pågående pandemi samt organisationsförändringar i Region Norrbotten, där många medarbetare fått nya roller och uppgifter. I den nya organisationen är målet att utbilda fler analysledare, vilket pågår, och att på ett bättre sätt än tidigare arbeta med divisionsöverskridande händelseanalyser.

Oroande är att det finns en stor andel avvikelser i Synergi som inte påbörjats/omhändertagits, vilket innebär att det även kan finnas rapporterade vårdskador i de avvikelserna.

Trycksår

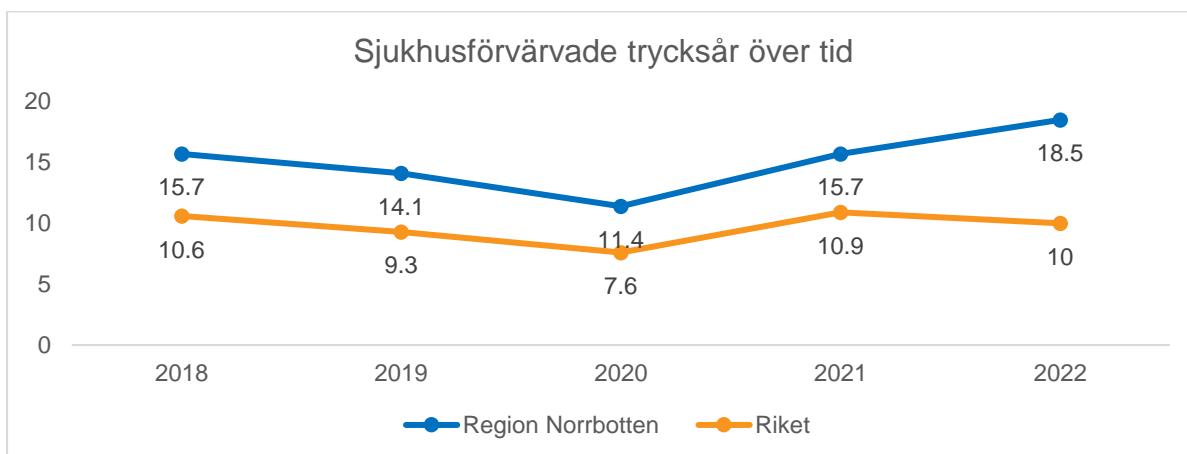
Mål: Förekomsten av trycksår ska årligen minska. Målet för 2022 är att andelen trycksår ska vara högst 10 procent

Resultat: Trycksår mäts regionövergripande i de nationella punktprevalensmätning en gång per år. På länets sjukhus hade 19,2 procent av de inläggande patienterna trycksår eller trycksår vid 2022 års nationella mätning. I riket låg motsvarande siffra på 13,8 procent.



Källa: Nationell databas för punktprevalens-mätningar 2022

Andelen trycksår som uppkommit under sjukhusvistelsen 2022 har ökat jämfört med föregående år. Andelen sjukhusförvärvade trycksår låg på 18,5 procent jämfört med 15,7 procent 2021 år.



Källa: Nationell databas för punktprevalens-mätningar 2022

Andelen kvinnliga patienter med trycksår låg på 18,5 procent och för männen låg andelen på 20 procent. Andelen trycksår var högst i åldersgruppen 70-79 år och låg där på 23,2 procent.

Analys av resultat: Andelen trycksår ligger högt i Norrbotten jämfört med riket. Andel sjukhusförvärvade trycksår stiger vilket även ses i journalgranskningen. Jämfört med övriga regioner är det endast Gotland som har ett sämre resultat vad gäller sjukhusförvärvade trycksår. Trycksår är det näst största vårdskadeområdet i regionen. Män drabbas i större utsträckning vilket även observerats vid tidigare mätningar. Andelen patienter med risk för trycksår är hög i regionen jämfört med andra regioner vilket visar på vikten av tidig riskbedömning och insättande av förebyggande åtgärder.

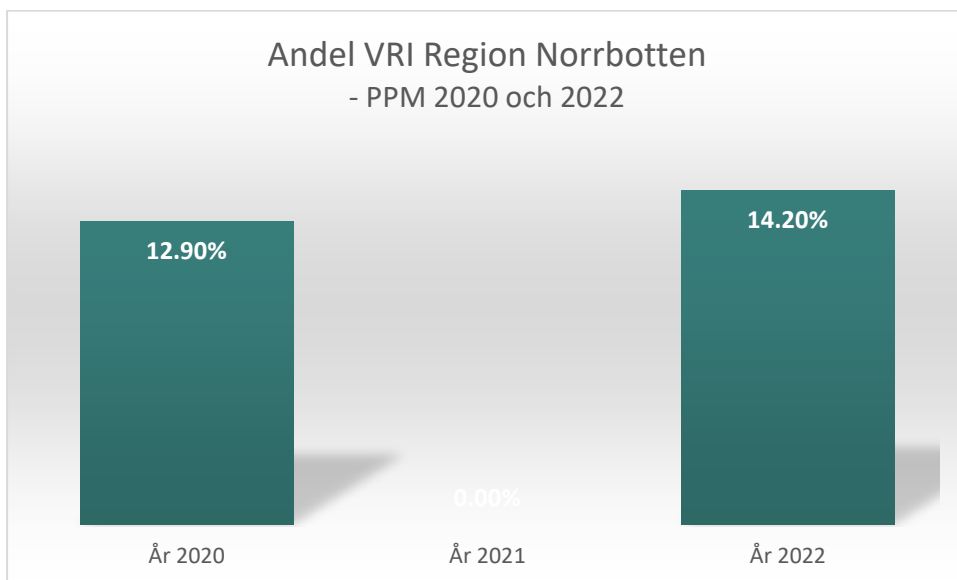
Åtgärd: Fokus bör ligga på att höja kunskapen om trycksår, bli bättre på att tidigt upptäcka patienter med risk för att utveckla trycksår och att tidigt starta upp med förebyggande åtgärder.

Uppföljning av åtgärd: Trycksårsfrekvens, åtgärder och det förebyggande arbetet följs upp på verksamhetsnivå och diskuteras på arbetsplatsen för att utvärdera om effekt och trycksårsförekomsten minskar.

Vårdrelaterade infektioner

Mål: Förekomsten av vårdrelaterade infektioner (VRI) ska minska med 5 procent från 2020 års resultat på 12,9 procent till 8 procent 2022.

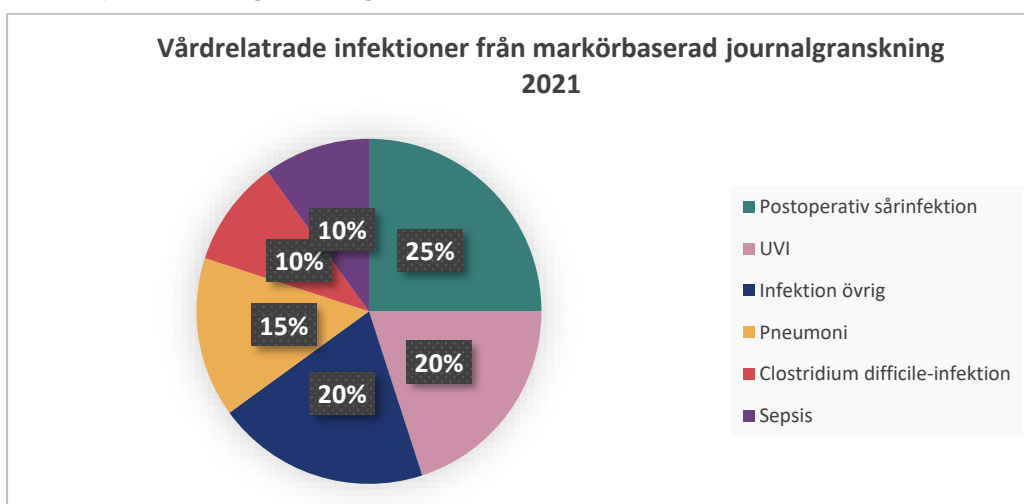
Resultat: Ingen nationell punktprevalensmätning genomfördes 2021. Vid mätningarna 2022 så registrerades en VRI hos en andel av patienterna på 14,2 procent. För 2020 så låg motsvarande siffra på 12,9 procent. Andelen VRI ligger på 11 procent för kvinnor och 16,9 procent för män. Således ses ökningen inom VRI för 2022 jämfört med 2020 enbart hos män. Högst andel VRI ses hos patienter inom åldersgruppen 50-64 år (22,2 procent).



Källa: Nationell PPM-databas för vårdrelaterade infektioner 2022

För 2022 finns 33 rapporterade patientrelaterade avvikelser orsakade av VRI. 16 vårdskador, nio tillbud och åtta riskrapporter. Det är en ökning jämfört med 2021 då det fanns 21 avvikelser rapporterade.

I markörbaserad journalgranskning är VRI det största vårdskadeområdet. För 2021 var det postoperativa sårinfektioner som var det största området. Det innebär att andelen vårdrelaterade urinvägsinfektioner har minskat jämfört med granskningsresultatet för 2020.



Källa: Databas Markörbaserad journalgranskning 2022

Analys av resultat: Vårdrelaterade infektioner (VRI) är det största vårdskadeområdet i regionen och området följs upp i nationella punktprevalensmätningar, i journalgranskning och via avvikelser. Det är vårdrelaterade urinvägsinfektioner och postoperativa sårinfektioner som är de vanligaste vårdskadeområden. Alla typer av VRI orsakar förlängd vårdtid. Upp till 50-60 procent av VRI bedöms

vara undvikbara genom strikta basala hygien- och klädrutiner (BHK) och förebyggande åtgärder. Jämfört med mätningen 2020, så ökade andelen patienter med riskfaktorer, för urinkateter samt aktuellt kirurgiskt ingrepp. Sett utifrån kön så har män med riskfaktorer en andel med urinkateter på nästan 45 procent.

Orsaker som anges kunna öka förekomsten av VRI inom divisionerna är att det kan ha varit svårare att upprätthålla patientsäkerheten på grund av rotation av personal under pandemin samt då det funnits personalbrist på vissa ställen. Även omorganisationen anges kunna vara en bidragande orsak. Antalet VRI som registreras i avvikelshanteringssystemet är till antalet få vilket avviker från det som identifieras vid journalgranskning och mätning. Underrapportering bedöms vara en av orsakerna.

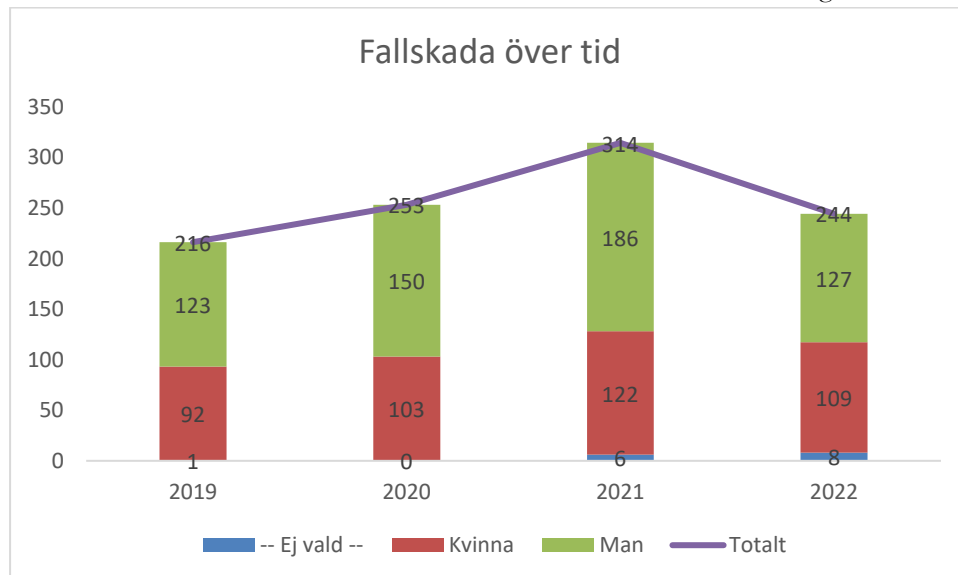
Åtgärd: Hög följsamhet till basala hygien- och klädregler. Riskbedöma och förebygga VRI med evidensbaserade åtgärder. Utbildning, kompetenshöjning för att kvalitetssäkra mätningarna och höja kunskapsnivån i verksamheten. Divisionerna beskriver att de ser ”Gröna korset” som ett viktigt verktyg för att förebygga vårdskador och identifiera patientsäkerhetsrisker.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning av mätningar och återrapportering av resultat. Inom regionen och divisionerna följs resultaten upp på olika nivåer. Uppföljning förekommer på verksamhetsområdesnivå samt vid tertialrapportering och i samband med patientsäkerhetsberättelsen.

Fallskador

Mål: Reducering av antalet vårdskador på grund av fall med 50 procent jämfört med 2021 (247). Målet blir då högst 123 fallskador 2022. Personer med risk för fall ska identifieras och förebyggande åtgärder sätts in.

Resultat: Totalt är det 244 fallskador registrerade i avvikelshanteringssystemet 2022. Av totalt antal fallskador var 109 kvinnor, 127 män och i 8 fallhändelser är kön inte angivet.



Källa: Synergi dec 2022

Analys av resultat: Både antalet fallskador och antalet lex Maria- anmälningar för fallskador har ökade mellan 2019 till 2021. För 2022 ses en något minskad frekvens av fallskador. Fallskada är en vanlig orsak till lex Maria- anmälan. Under 2022 anmäldes sju fallskador enligt lex Maria. Det är en minskning jämfört med 2021 med sex anmälningar. 15 lex Maria anmälningar gjordes 2021 och 11 2020. De senaste åren är det en övervikt på män som faller och slår sig på sjukhus. Den vanligaste bakomliggande orsaken i utredningarna anges vara brister i kommunikation, information och delaktighet/medverkan av patient/närstående samt bristande tillsyn av patienten i kombination med hög arbetsbelastning. En

fördjupad analys genomfördes 2021 på de fallhändelser som lex Maria- anmälts. Resultatet kommunicerades i ledningsgrupper och i 2021 års patientsäkerhetsberättelse.

Åtgärd: Informations- och utbildningsmaterial är framtaget. Införa SeUpp-Ronder och utbildning i att riskbedöma och förebygga fall samt tät uppföljning. I regionen ses flest fallskador inom verksamhetsområde internmedicin/rehabilitering/geriatrik. Under 2022 har kliniken arbetat fallförebyggande genom utbildning i riskbedömningar och dokumentation. De har även tillsatt en arbetsgrupp av undersköterskor för att utveckla SeUpp-ronden. De ska ta fram ett koncept som ska passa alla klinikens avdelningar och kunna ta hjälp av varandra för att komma framåt i arbetet. Under 2022 har detta resulterat i färre fall med allvarlig vårdskada som följd. Återstår att se över dokumentationsrutinerna vad det gäller riskbedömningar när patienten skrivs in på avdelningen.

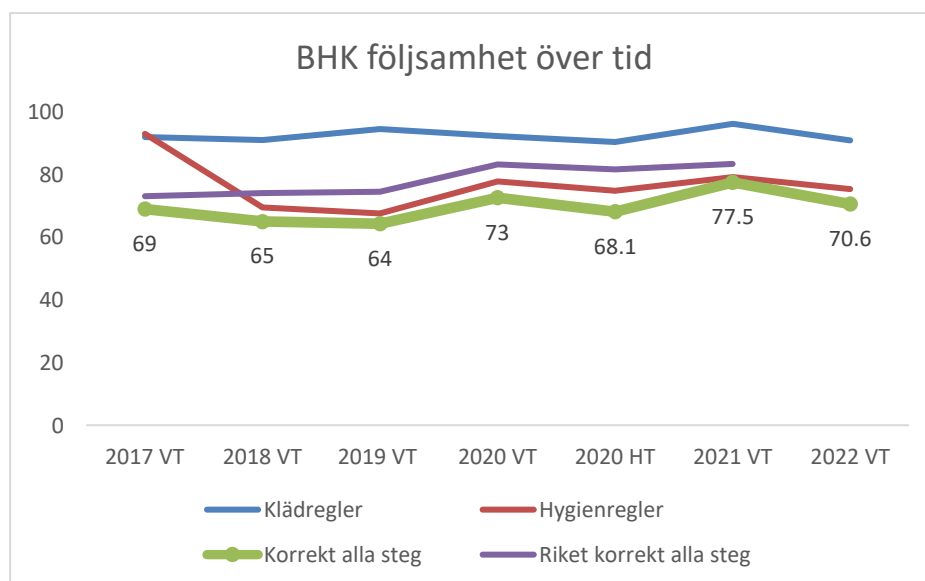
Uppföljning av åtgärd: Följa avvikelser, riskbedömningar och insatta förebyggande åtgärder

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

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

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) är en viktig del i att förebygga VRI, smitta och smittspridning inom hälso- och sjuk-vården. För regionen är det ett prioriterat område och 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.

Resultat: I den nationella punktprevalensmätningen av följsamheten visade resultat på 70,6 procent följsamhet för alla steg som ingår.



Källa: Nationell punktprevalensdatabas 2022

Analys: Resultatet av vårens nationella mätning visade ett försämrat resultat på 70,6 procent jämfört med 77 procent föregående år. Det som brister är användande av plastförkläde och korrekt desinfektion av händer före patientnära arbete. För att resultaten ska spegla verksamheten och bli sanningsenliga krävs högt deltagande i mätningarna. Vid vårens nationella mätning deltog cirka 75 procent av regionens enheter men i regionens egna månadsmätningar ligger andelen mätande enheter på 57 procent.

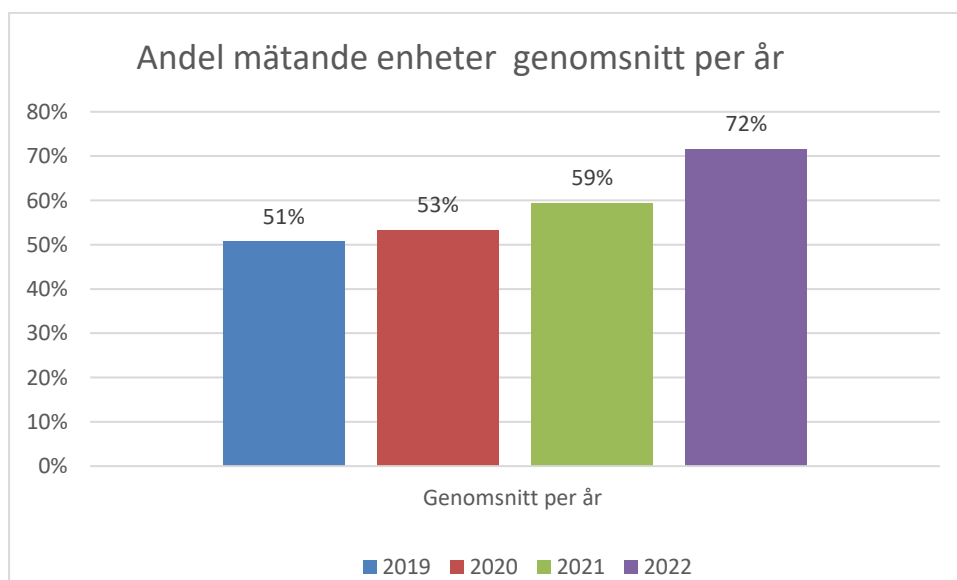
Åtgärder: Verksamheterna beskriver att resultaten återrapporterats till högsta ledningen. Tät uppföljning av chefer. Plan med åtgärder har tagits fram och följs upp månadsvis.

Uppföljning åtgärder: Fortsatt uppföljning av andel mätande enheter och följsamhet månadsvis och att medverka i de nationella mätningarna.

Månadsmätningar av följsamhet till basala hygien- och klädregler

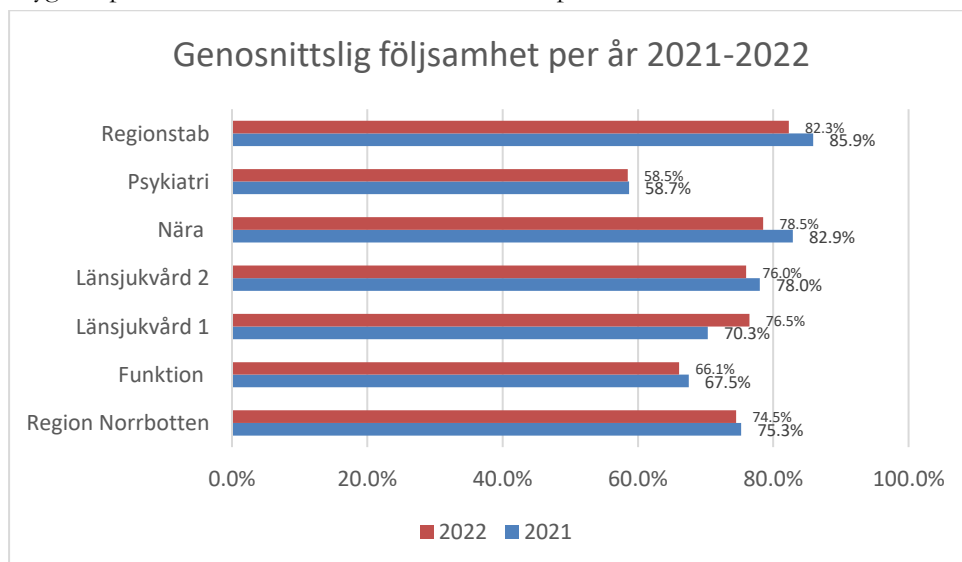
Mål: Andel mätande enheter ska öka och följsamhet ska öka med minst 10 procent mot målet 100 procent

Resultat: Andelen mätande enhet i genomsnitt har ökat över tid och 2022 var det i genomsnitt 72 procent av enheterna som deltagit i månadsmätningarna.



Källa: Databas för månadsmätningar Region Norrbotten, jan-2023

Följsamheten vid månadsmätningarna till BHK regionövergripande visar en genomsnittlig följsamhet på drygt 75 procent med en variation mellan 71-80 procent.



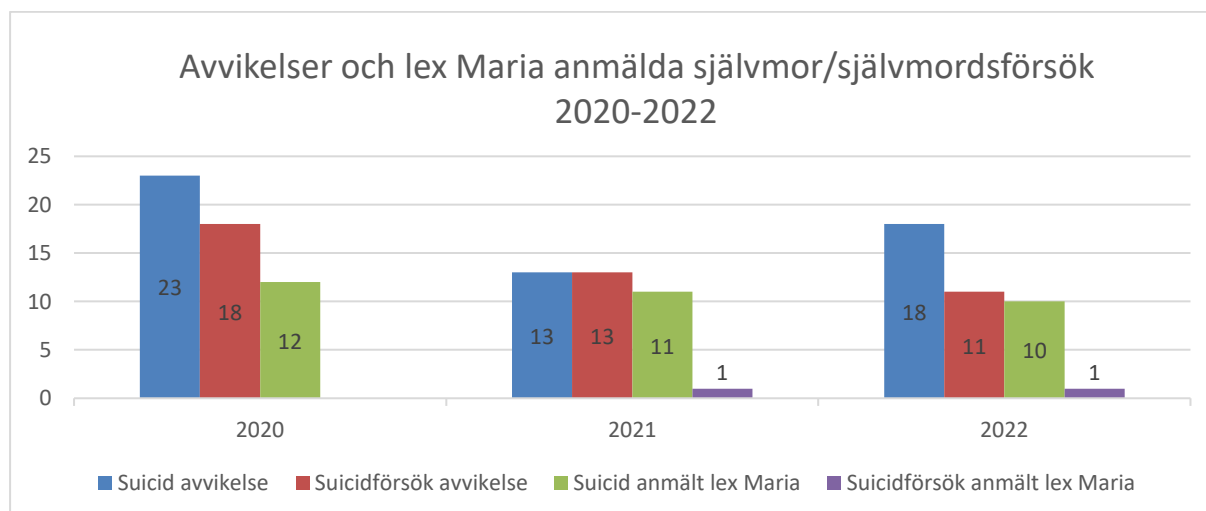
Källa: Databas för månadsmätningar Region Norrbotten, 2021

Åtgärder: Under året har arbetet med att kvalitetssäkra de interna månadsmätningarna fortgått. Resultat av månadsmätningarna presenteras på ett standardiserat sätt i ledningsgrupper. Alla verksamheter har nu minst ett hygienombud och dessa har fått intern utbildning samt genomgått vårdhandbokens test. Effekt av åtgärderna kan ses då följsamheten till BHK under sommarmånaderna inte har minskat som tidigare år.

Uppföljning åtgärder: Uppföljning månadsvis, per tertial och till patientsäkerhetsberättelsen.

Själv mord och självmordsförsök

Mål: Minska antalet självmord och fortsätta utreda vårdnära självmord.



Källa; Synergi 2022

Resultat; Antalet lex Maria- anmälningar för självmord (suicid) har de senaste åren legat på ungefär samma nivå. Under 2022 har 10 självmord (fyra kvinnor och sex män) och 1 självmordsförsök blivit föremål för utredning och anmälan enligt lex Maria. Det är en minskning med en anmälning jämfört med 2021. Däremot har antalet självmordsavvikelser (suicidförsök) ökat. 2022 var det 18 självmordsavvikelser (6 kvinnor, 9 män och 3 där kön inte var angivet). För självmordsförsök ligger avvikelseerna något lägre. Av totalt 11 avvikelser var det tre kvinnor och fyra män samt 3 avvikelser där kön inte var angivet. 2022

Analys av resultat: Både bland lex Maria anmälningarna och i avvikelseerna dominerar männen. Tyvärr så har antalet avvikelser för självmord ökat igen under 2022 och konstateras kan att vården inte når personer med förebyggande insatser då antalet självmord är högre än antalet lex Maria ärenden. Gapet är oroande och ligger till grund för bedömningen att kunskap om självmord måste öka och tabuleringen i ämnet måste minska. Det har framkommit att lex Maria läkare inte har fått kännedom om alla avvikelse som handlar om självmord/självmordsförsök och därmed inte kunnat bedöma handläggningen av ärendena. Om det beror på att verksamheten inte har ett strukturerat arbetssätt i sin handläggning där de tar kontakta sin lex Maria läkare för bedömning om utredning/anmälan, behöver arbetssätt, information och utbildning förbättras.

Handlingsplanens aktiviteter måste nå ut även till den somatiska hälso- och sjukvården då flera av de som tar sitt liv har somatiska sjukdomar (smärta, hjärt- och kärl sjukdomar och cancer) långt ifrån alla har en samtidig psykiatrisk sjukdom. När vi hela hälso- och sjukvården med ökad kunskap så bidrar det till att kunna erbjuda självmordsförebyggande insatser och på lång sikt minska självmorden. Alla aktiviteter måste vara uthålliga och långsiktiga och inget som hälso- och sjukvården ensamt kan erbjuda då självmord även samvarierar med ensamhet, dålig ekonomi och somatiska sjukdomar.

Lågkonjunkturen som nu finns i Sverige/världsläget befarats kunna påverka självmordstalen fortsatt negativt under 2023 även om påbörjade aktiviteterna som startade redan 2021 och 2022 fortsätter. Varje självmord är ett för mycket och för vart och ett av självmorden finns flera anhöriga/närstående som påverkas under lång tid efteråt.

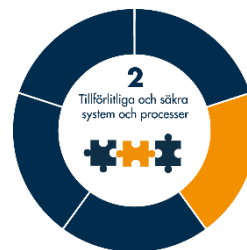
Åtgärd; Under 2022 har regionen påbörjat ett långsiktigt och uthålligt arbete med målet att minska antalet självmord i länet.

- Läns gemensam självmordsförebyggande handlingsplan har tagit fram och under 2023 ska lokala handlingsplaner tas fram.
- Utbildningssatsningar på olika nivåer i region, kommun och allmänheten har genomförts – även dessa långsiktiga och uthålliga och ska återkomma flera år framåt.
- Exempel på utbildningssatsningarna MHFA (första hjälpen psykisk hälsa) utbildare i länet har fortsatt ge kurs i denna evidensbaserade metod. Ytterligare 18 nya instruktörer i MHFA har utbildats under 2022 för att på bredden fortsätta erbjuda kurser till allmänhet, arbetsplatser och civilsamhället. Studieförbunden har flera instruktörer för att vi via dem hoppas nå allmänheten
- Akutomhändertagande, mobila akuta psykiatriska team fortsätter samarbetet och åker på samverkanslarm som rör självmord. Utbildat egna instruktörer i evidensbaserade metoden AOSP (akut omhändertagande av självmordsbenägen person) riktat till alla blåljus i länet. Kurser i AOSP planeras fortsätta hela året 2023.
- Psykiatrisk slutenvård har satsat hela året 2022 på att utbilda i omhändertagande efter självmordsförsök. Även utbildat primärvården i upprättande av säkerhetsplanering för personer med självmordsproblematik. Även utbildat kuratorer på somatiska klinikerna i omhändertagande och säkerhetsplanering.
- Ullakarín Nyberg har föreläst en hel dag till medarbetare i kommun och region om konkret självmordsförebyggande arbete – 400 medarbetare deltog!! För 2023 kommer mer riktade föreläsningar i ämnet att erbjudas och riktade mot särskilda grupper som barn/unga, äldre, beroendesjuka, somatiskt sjuka
- Våra fråga utbildningar med Suicid Zero genomfördes till allmänheten under digitala psykiatriveckan.

Uppföljning av åtgärd: Fortsatt förebyggande arbete, uppföljning och identifiering av personer med risk för självmord. Verksamheten beskriver att utbildningen gällande självmordsbedömningar som var inom regionen i september 2022 var mycket givande.

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.

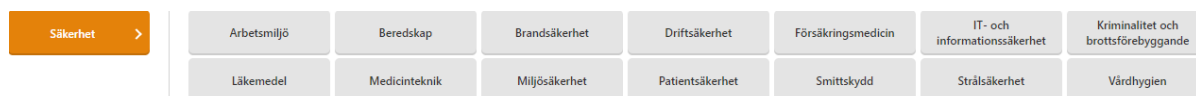


Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Nedan beskrivs identifierade områden som är relevanta inom organisation och hur regionen arbetar för att förbättra dem.

Ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbetet

Med anledning av en revision som granskade regionens kvalitetsledningssystem utifrån föreskriften om kvalitetsledningssystem (SOSFS 2011:9), startade 2017 ett arbete med att utveckla ett regionövergripande ledningssystem på uppdrag av regiondirektören. Ledningssystemet omfattar inte bara patientsäkerhet utan i ledningssystemet ingår även de övriga säkerhetsområdena.



Under 2022 har arbetet med övergripande ledningssystemet avstannat lite. Arbetet har fokuserat på att Det kan till viss del bero på att det för närvarande inte finns någon samordnare för det regionövergripande ledningssystemet. Däremot har Folk tandvården som den första kärnverksamhet, nu

lagt upp sin del i ledningssystemet. Där pågår arbete med att sprida information om ledningssystemet ande så att medarbetarna enkelt hittar vårddokument.

Regionens revisorer har granskat arbetet med det regionövergripande ledningssystemet och det påbörjade arbetet ska prioriteras och slutföras med fokus på kärn- och stödverksamhet. Patientsäkerhet återfinns i ledningssystemet under "Ledning" och är ett bra exempel på hur integrering mellan Insidan, Ledningssystemet och regionens "Vårdadministrativa Informationssystem" (VIS) ska ske.



Under 2022 har också en uppgradering av ledningssystemets design skett för att bland annat uppfylla tillgänglighetsdirektiven så långt som möjligt.

Avvikelsehanteringsprocessen

Region Norrbotten använder sig av avvikelsehanteringssystemet Synergi för att dokumentera avvikelser och det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Under 2022 (september) driftsattes en ny uppgraderad version av Synergi, version 16. Uppgraderingen var ett led i ett kontinuerligt vidmakthållande av systemstödet för regionens risk- och avvikelsehantering, som förvaltas av Förvaltningsgruppen FO Avvikelser. Den gamla versionen gjorde det allt svårare med uppdateringar samt med support från leverantören. Uppgraderingen innebar inga stora förändringar i funktion, men systemet fick ett nytt och modernare gränssnitt. Den nya versionen av Synergi har sedan driftsättningen 2022-09-27 inneburit många förbättringar, inte minst då det gäller dashboard och statistikuttag, men en ökad säkerhet gjorde också att vissa funktioner begränsades. Leverantören kunde senare åtgärda detta som då medförde en ytterligare mindre uppgradering 2022-12-05. Inför och efter uppgraderingen i september så har det erbjudits och genomförts ett antal utbildningstillfällen för avvikelseansvariga inom respektive division men också gemensamt för de som har haft behov, inkluderat de privata hälsocentralerna. Utöver detta så har presentationer, filmer, manualer, lathundar, instruktioner och stöd för statistikuttag i den nya versionen också tagits fram samt att det skapats färdiga dashboards för stöd till statistikuttag inför patientsäkerhetsberättelsen. Förvaltningsgruppen för Synergi har också kontinuerligt kommunicerat med och stöttat samt informerat användare som hört av sig med frågor och synpunkter både avseende förändringar efter uppgraderingarna och även i mera generella, löpande frågor.

I och med uppgraderingen gjordes en genomgång av drygt 600 avvikelser som verksamheten begärt ska tas bort alternativt varit felaktiga. För en patientsäker handläggning i den nya versionen av Synergi sker numera begäran om eventuellt borttag av avvikelser eller personuppgifter istället via Medusa-ärenden.

Parallellt med uppgraderingarna har ett arbete med att integrera Synergi och iHSAk (regionens interna HSA-katalog) påbörjats under 2022 för att fortsätta och avslutas under 2023. Det kommer att innebära förbättrad registervård samt vara resursbesparande då det medför att användare läggs upp/tas bort automatiskt vid exempelvis nyanställning/avslutad anställning.

Totalt har 9 629 avvikelser rapporterats 2022. 65 procent av dessa avvikelser är avslutade

Status	Ärenden, Antal
● Registrerat	2 806
● Bearbetning	575
● Avslutat	6 248
Summa 9 629	

Mål	Resultat 2022	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Avvikelse ska i normalfallet handläggas inom 30 dagar.	Uppfyllt 2021: ca 50 % 2022: 44 %	Något sämre resultat. Det finns en stor spridning vad gäller handläggningstider.	Uppföljning Utbildning Information	Uppföljning per tertial och till PS-berättelsen	Region Norrbotten	Synergi (IT-stödet för avvikelshantering)
Kvaliteten på avvikelser ska höjas och dokumentationen förbättras	Granskning visar följsamhet till 59 % 2021. Ingen granskning genomförd 2022		Bristerna analyseras och kommuniceras.	Uppföljning 1 gång/år till PS-berättelsen	Region Norrbotten	Synergi (IT-stödet för avvikelshantering)

Klagomålsprocessen

Mål	Resultat 2022	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Alla klagomål och synpunkter ska registreras som en avvikelse oavsett varifrån de kommer.	Klagomål från IVO för utredning: 2021; Uppfyllt till 82 % 2022; Uppfyllt till 73 %	Försämrat jämfört med 2021.	Uppföljning Utbildning Information	Uppföljning till PS-berättelsen. 1 gång/år.	Region Norrbotten	Synergi och egen uppföljning
Alla klagomål och synpunkter ska registreras som en avvikelse oavsett varifrån de kommer.	Klagomål som IVO överlämnar till vården för utredning: 2021; Uppfyllt till 51 % 2022; 44 %	Försämrat jämfört med 2021.	Uppföljning Utbildning Information	Uppföljning till PS-berättelsen. 1 gång/år.	Region Norrbotten	Synergi och egen uppföljning
Inkomna klagomål och synpunkter ska besvaras.	Besvarat till 79 % 2022 67 % 2021	Förbättrat resultat jämfört med 2020 och 2021.	Säkerställa att anmälaren får återkoppling.	Kvalitetsuppföljning av slumpvis utvalda inkomna klagomål från	Region Norrbotten	Synergi och egen uppföljning

Mål	Resultat 2022	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Om-fattning	Källa
				IVO, Patientnämnden och direkt till vårdgivaren. 1 gång/år.		
Alla Patientnämndsärenden ska registreras som en avvikelser.	Uppfyllt till 37 % 2022 2021; 28 %	Förbättrat resultat.	Uppföljning Utbildning Information	Uppföljning 1 gång/år till PS-berättelsen	Region Norrbotten	Synergi och egen uppföljning

Utredning av allvarliga händelser i samband med Lex Maria

Enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) och föreskriften om lex Maria (HSLF-FS 2017:40) ska utredning och Lex Maria- anmälan göras skyndsamt efter att en allvarlig vårdhändelse inträffat.

Mål	Resultat 2022	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Om-fattning	Källa
Alla Lex Maria-ärenden ska registreras som en avvikelser	Uppfyllt till 98 %	Handläggningen av lex Maria ärenden i avvikelssystemet har förbättras	Information och utbildning	Uppföljning per tertial och till PS-berättelsen.	Region Norrbotten	Synergi
Handläggningstider för utredningar enligt Lex Maria ska hållas (2 månader) och kvalitén för händelseanalyser förbättras.	Handläggningstid har förbättras från 15 % 2021 till 17 % 2022 Medelutredningstid; 9 månader. 2021 till 7 månader 2022. Antalet kompletteringar har ökat från 12 (2021) till 20 (2022)	Utredningstiderna har förbättras. Fortfarande behov av händelseanalyserledare	Fortsatt arbete med översyn av arbetssätt. Information och utbildning.	Uppföljning per tertial och till PS-berättelsen.	Region Norrbotten	Synergi och egen uppföljning

Antibiotikaförskrivningen

Mål; 250 recept per 1000 innevånare

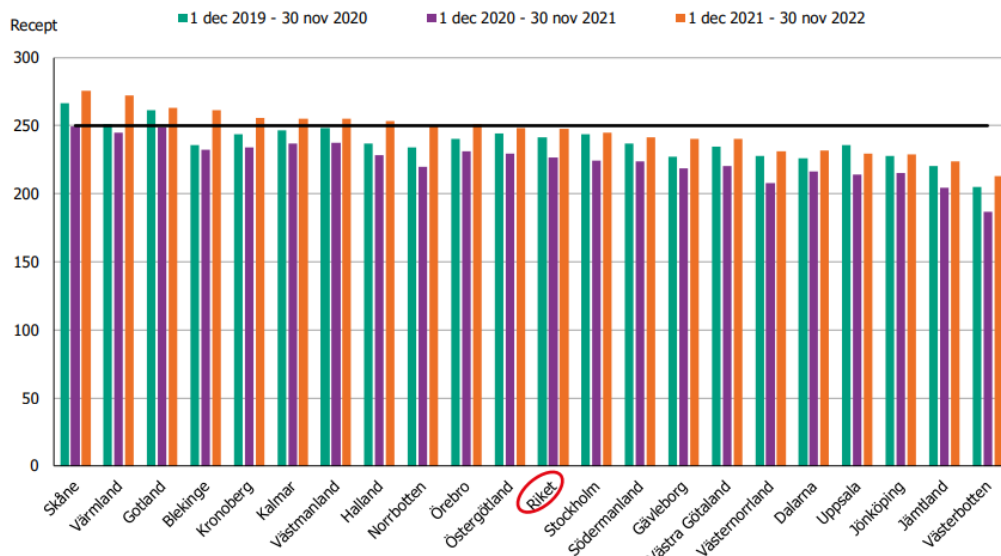
Resultat: För öppenvårdsförskrivning används sedan 10-talet år antalet antibiotikarecept per 1000 invånare och år som ett mått, där har det svåruppnåeliga målet varit 250. Under pandemin har hela landet nått detta mål och för kalenderåret 2021 var siffran för Norrbotten historiskt låga 223. När pandemin nu klingar av stiger siffran åter och var för 12-månadersperioden okt 21-sep 22 ca 250. För riket har

förskrivningen också ökat från 220 till 248 recept per 1000 innevånare.

Öppenvårdsförsäljning antibiotika (J01 exkl metenamin)

Recept/1000 invånare. Rullande medelvärde 12 månader

Källa: E-hälsomyndigheten, Alla utfärdare



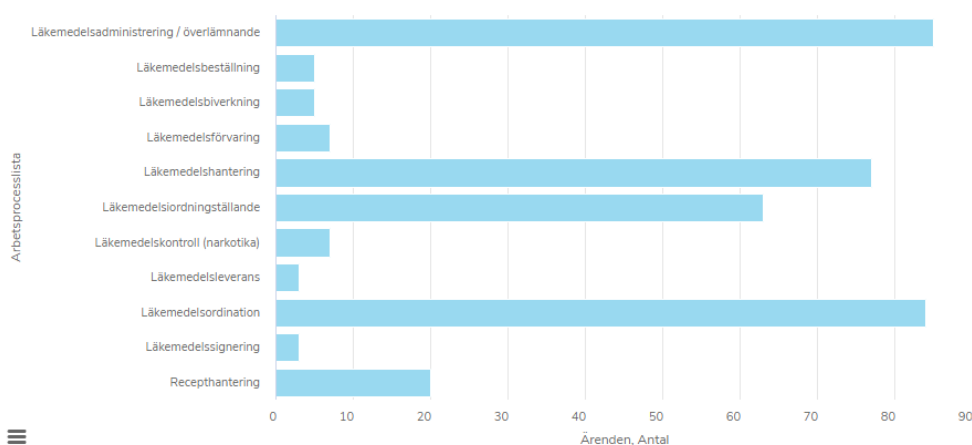
Källa: Folkhälsomyndigheten dec 2022

Analys: I slutenvården har Norrbotten en av de högre förbrukningarna av antibiotika i landet och där finns behov av insatser.

Åtgärder: Från den Nationella arbetsgruppen för Strama kom nu på hösten nya riktlinjer för Stramaarbete på sjukhus som Regionen behöver införa. Det årliga mötet med länets antibiotikaansvariga läkare kunde återupptas och gick av stapeln i oktober. Förskrivningsdata från Folkhälsomyndigheten (FoHM) vidarebefordras till regionens antibiotikaansvariga läkare. Övergripande statistik går normalt sett ut en gång per år via Smittskyddets Smittsant och via årliga möten med antibiotikaansvariga.

Läkemedelshantering

Resultat: Antalet rapporterade läkemedelsrelaterade avvikelser i läkemedelshantering var 358 år 2022. Det är 33 färre än förra året och en fortsatt minskning sedan år 2019.



Källa: Synergi dec 2022

Analys resultat: Under pandemins första två år har färre patienter sökt vård men sannolikt innebar det ansträngda läget för sjukvården också en betydande underrapportering av läkemedelsavvikelser. Även detta år har läget varit ansträngt till följd av organisationsförändringar och personalbrist. Vårdskada inträffade i samband med sju av dessa avvikelser, motsvarande två procent av totala antalet avvikelser. Det är en betydligt mindre andel än tidigare år då motsvarande andel var 25 procent år 2020 och 8 procent år 2020. Tre av de sju vårdskadorna bedömdes som behandlingskrävande. Vanligaste orsak var brister i efterföljelse av fastställd rutin.

Åtgärd: Genomgående utgör brister inom läkemedelsordination, iordningställande och administrering, de vanligaste avvikelserna i sjukvårdens läkemedelshantering. Vårdgivaren ska som ett led i egenkontrollen, enligt 4 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37), säkerställa att hanteringen av läkemedel regelbundet genomgår en extern kvalitetsgranskning. I Region Norrbotten är det beslutat att kvalitetsgranskningen ska utföras en gång per år. Syftet är att följa upp att fullgod patientsäkerhet samt arbetssätt enligt föreskrifter och rutiner, upprätthålls i sjukvårdens läkemedelshantering.

Kvalitetsgranskning läkemedel

Regionen har inte kunnat upprätthålla föreskriften om kvalitetsgranskning sedan år 2019 eftersom personal saknats inom vårdssäkerhetsenheten. Under 2021 genomfördes dock en enklare form av digital kvalitetsgranskning enbart av primärvårdens läkemedelshantering i regionen. Granskningen genomfördes i enkätform då regionledningen i samband med en stor omorganisation beslutat att inte tillsätta personalresurser för genomförande av extern kvalitetsgranskning ute på vårdenheter. Under senhösten 2022 utfördes en uppföljande granskning av primärvårdens läkemedelshantering samt en granskning av läkemedelshantering på sjukhusens vårdavdelningar och mottagningar. Även dessa kvalitetsgranskningar har genomförts i digital form. Resultatanalys pågår och rapport förväntas klar januari 2023. Rapporten kommer att utgöra underlag för regionledningens beslut om de fortsatta formerna för kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.

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?

Regionen ska sträva mot en god säkerhetskultur, en hög medvetenhet, förmåga och flexibilitet på alla nivåer i att uppmärksamma och agera på störningar och minska risken för att patienter drabbas av vårdskador (Patientsäkerhetsplan, 2020).

Vårdprevention

Riskbedömningar av patienter med risk för fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen och undernäring ska ske vid inskrivning och vid utskrivning. För de personer som bedöms vara i riskzonen ska minst två förbyggande åtgärder ska sättas in. Riskbedömning och förebyggande åtgärder ska dokumenteras. Dokumentation mäts vid in- och utskrivningen från regionens vårdadministrativa journalsystem (VAS). Resultatet kan följas upp på olika nivåer i regionens ”Uppföljningsportal”.

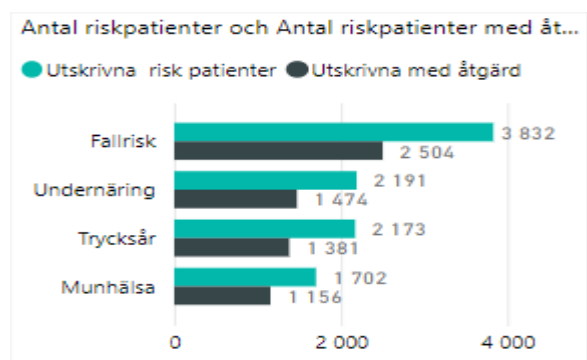
Mål: Andelen riskbedömningar av personer med riskfaktorer ska öka med 20 procent jämfört med 2021 och minst två förebyggande åtgärder till riskpatienter ska vara insatta och dokumenterade.

Resultat: I genomsnitt är det cirka 47 procent av riskpatienterna som får en riskbedömning vid inskrivningen och 42 procent en riskbedömning vid utskrivningen.

Riskområde	Andel Riskbedömningar							
	Inskrivning				Utskrivning			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Fall	62 %	60 %	60 %	54 %	49 %	49 %	50 %	48 %
Munhälsa	40 %	38 %	37 %	32 %	33 %	31 %	32 %	29 %
Trycksår	63 %	63 %	67 %	55 %	50 %	51 %	53 %	48 %
Undernäring	55 %	52 %	51 %	46 %	43 %	43 %	45 %	42 %

Källa: Uppföljningsportalen/Verksamhetsstatistik/Riskbedömningar 2023

Det är nästan hälften (48 procent) av alla inskrivna patienter i slutenvården som har någon riskfaktor. Fallrisk den vanligaste identifierade risken hos patienter som vårdas inom slutenvården. Därefter kommer risk för undernäring och trycksår.



Källa: Uppföljningsportalen/Verksamhetsstatistik/Riskbedömningar 2023

Analys resultat: Resultatet visar att riskbedömningar inom 24 timmar vid inskrivningen och riskbedömning vid utskrivning behöver förbättras. Flest förebyggande åtgärder sätts in vid risk för trycksår och undernäring, men vid fallrisk är det cirka 45 procent som saknar förebyggande åtgärder.

Självordsbedömning

Strukturerad självordsbedömning ingår i ett systematiskt sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete som ska vara en naturlig del av patientmötet.

Mål: I Division Nära är målet att antal/andel patienter med misstänkt depression eller ångestsyndrom som genomgått en strukturerad självordsbedömning ska öka.

Resultat: Inom primärvården under perioden oktober 2021 till november 2022 hade fem procent av patienter med diagnos misstänkt depression i primärvården, fått en åtgärds kod för strukturerad självordsbedömning. Föregående år var motsvarande siffra fyra procent. Strukturerad självordsbedömning mäts genom uttag från journalen via regionens datalager.

I Division Psykiatri har totalt 79 procent fått en strukturerad självordsbedömning jämfört med 85 procent 2021. Trenden är nedåtgående under de senaste åren. Trenden håller även i sig att det är färre kvinnor än män som fått bedömningen.

År ut	Kön	Antal med diagnos	Antal med åtgärds kod	Andel med strukturerad suicidbedömning
2022	K	2 015	1 559	77%
	M	1 307	1 067	82%
2022	Summa:	3 322	2 626	79,0%

Källa datalagret

Analys av resultat: Förutsättningen för uppföljning av andel strukturerade självordsbedömningar 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.

Divisionens verksamheter har svårt att öka antalet självordsbedömningar och har svårt att framför allt fånga upp män som är i riskzonen. Om en person misstänks ha självordsrisk så genomför vissa avdelningar själva en strukturerad självordsbedömning och andra remitterar personen till psykiatri som genomför bedömningen.

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

Primärvården; Under 2023 planeras det för rutiner och riktlinjer för självordsriskbedömning vid distanskontakt, dessa vilar på de nationella riktlinjerna för självordsriskbedömning. Undervisa personalgrupperna gällande självordsriskbedömningar 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. Ingår som ett divisionsspecifikt mål.

Psykiatri; För 2023 kommer vi undersöka möjligheten att samverka med brukarråd/intresseorganisationer att samverka kring självordsnära patienter.

Piteå har dialog med hälsocentralerna för att gränsdra patienttillhörighet för att säkra rätt vårdnivå. De har inlett dialog med kommunen om eventuellt utökat och intensifierat samarbete inför samsjuklighetsutredningens vara eller icke vara. Mobil akut enhet (MAE), ambulansen, räddningstjänsten och polisen har en nära och god dialog med viktiga samarbetspartners såväl internt som externt. MAE har även dialog med andra vårdgivare för tidiga insatser, proaktiv främjande vård samt förebygga självmord, inläggning och alternativt återinläggning.

Läkemedelsförsörjning

Brist på läkemedel

På senare år har det varit perioder med leveransbrister på viktiga läkemedel både inom slutenvård och öppenvård. Under 2020 uppstod en omfattande global brist till följd av pandemin vilket regionerna hanterade med att tillfälligt inrätta ett nationellt läkemedelsförråd. Innevarande år har kriget i Europa, följt av omfattande bränsle- och energibrister slagit hårt mot världshandeln. Ökad läkemedelskonsumtion som en följd av återhämtad sjukvård postpandemiskt samt en läkemedelsproduktion som inte svarat upp mot efterfrågan, har medfört fortsatt brist inom vissa behandlingsområden. Regionens sjukvård har under året bland annat tvingats ransonera läkemedel som löser upp blodproppar vid exempelvis hjärtinfarkt och stroke. Tack vare samordnad ransonering har ingen patient blivit utan nödvändig behandling.

Risken för omfattande brist på läkemedel kommer kvarstå under kommande år och regionerna har därför under sommaren, genom sin gemensamma organisation Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), slutit en tilläggsöverenskommelse som innebär att regionerna ska säkra tillgången till läkemedel. Regionerna ska, enligt överenskommelsen, inrätta beredskapslager med läkemedel och tillhörande hjälpmedel. Regionen har tagit fram en plan för detta och processen med uppbyggnad av extra läkemedelslager pågår.

Nya lokaler för läkemedelstillverkning

Under 2021 tilltog problemen med lokaler och utrustning för steril läkemedelstillverkning på sjukhusapoteket Sunderby sjukhus. Lokalerna, fläktsystemen och tillverkningsbänkarna riskerar vara uttjänta inom de närmaste åren. Regionen riskerar därmed snart att inte längre kunna garantera för säkerhet och kvalitet i läkemedelstillverkningen. Regionstyrelsen beslutade därför i mars att påbörja planering, projektering och anbudsinfordran till byggnation av nya lokaler för läkemedelstillverkning. Planering för nya lokaler pågår och inriktningen är att nybyggnationen startar under kommande år.

Vaccindistribution covid-19

Efter uppstarten, december 2020, på en omfattande covid-vaccinationskampanj med särskilda logistikflöden för covid-vaccinerna, har bokning, distribution och vaccinationer under år 2022 alltmer blivit en del av regionens ordinarie rutiner, precis som den årliga vaccinationen mot säsongsinfluensa. Processen för vaccinering och distribution mot covid-19 fortsätter fungera väl tack vare god samordning med läkemedelsförsörjare och vaccinationskoordinatorer inom region och kommun. Vaccinationerna fortsätter under 2023 och sannolikt under påföljande år med regelbundna påfyllnadsdoser och modifierat vaccin för nya virusvarianter. Vi ser dock att intresset för att vaccinera sig minskar för varje ytterligare dos och det är önskvärt att riskgrupper vaccinerar sig i större utsträckning än idag.

Dosdispenserade läkemedel

Regionen har upphandlat en tjänst som innefattar läkemedelsdistribution till patienter i öppenvård i form av dosdispensering. Detta innebär att hemmaboende personer och/eller personer anslutna till kommunal hemsjukvård får sina läkemedel distribuerade i påsar anpassade till daglig dosering. Under december har regionen slutit ett nytt avtal med företaget Apotekstjänst som kommer att ta över distributionen under maj

2023. Övertagandet kommer att planeras av vårdsäkerhetsenheten tillsammans med primärvård, psykiatri och länets kommuner. Ungefär 7 000 patienter kommer att byta distributör och övergången är nu under planering för att kunna genomföras på ett patientsäkert sätt.

Nya läkemedelsbehandlingar

Regionen har en process för ställningstagande till nya kostnadskrävande läkemedel. Syftet är att upprätthålla en jämlik och patientsäker läkemedelsanvändning med kostnadseffektiva läkemedel. Regionens kunskapsstyrningsråd har under året beslutat om införande av 14 nya läkemedelsbehandlingar varav ett startbidrag tilldelats för ett av läkemedlen för att underlätta ett snabbt införande. För två läkemedelsbehandlingar har regionen beslutat om införande av lokal subvention för att möjliggöra användning efter särskilt övervägande.

Regionen har under året avtalat om prisnedsättning för ett stort antal läkemedel utifrån sjukvårdsregionala och nationella avtalsprocesser med läkemedelsföretagen. För regionen uppskattad kostnadsminskning är i storleksklassen 170 miljoner kronor. Denna kostnadsreduktion är en av förutsättningarna för att regionen fortsatt ska kunna investera i och genomföra en patientsäker sjukvård för medborgarna. Under 2023 kommer regionen att behöva ta ställning till användning av fler nya kostnadsdrivande läkemedelsbehandlingar. För att få pengarna att räcka till krävs ett fortsatt fokus på kostnadseffektiv och patientsäker läkemedelsanvändning.

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.

I regionens Patientsäkerhetsplan (2020) står att risker ska identifieras och analysera för att stärka beredskap och hitta åtgärder för att förebygga vårdskador.

Riskhanteringen i regionen består av följande delar;

- Rapportera risker i det dagliga arbetet.
- Riskbedömningar för att identifiera patienter med risk för vårdskador (vårdpreventivt arbete) för att förebygga och sätta in förebyggande åtgärder.
- Identifiera och handlägga legitimerade yrkesutövare som utgör en risk för patientsäkerheten.
- Genomföra riskanalys.

Risker ska rapporteras i avvikelshanteringssystemet och allvarlighetsgraden bedömas. Utifrån allvarlighetsgraden hanteras risken enligt regionens anvisning för riskhantering/rutin för riskanalys. I regionens ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete finns anvisning och rutin för hur risker, riskindivider ska hanteras och hur riskanalys ska genomföras. Den metod som används vid riskanalys är Healthcare Failure Mode Effect Analysis (HFMEA).

Verktyg för riskhantering

Risker identifieras via;

- Förbättringstavlor på enhetsnivå/divisionsnivå och andra visuella verktyg (Gröna korset).
- Risker registrerade i avvikelshanteringssystemet.
- Lex Maria ärenden, patientnämndsärenden, klagomål och synpunkter inkomna från patient/närstående och från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- Lärdomar av genomförda tillsynsärenden av IVO och revisionsrapporter.

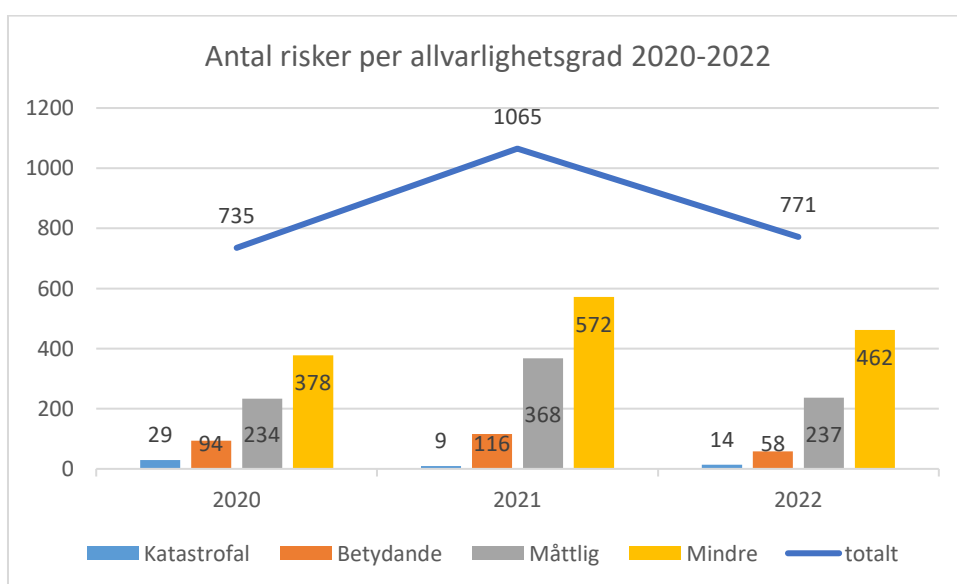
- Patientenkäter
- Alla patienter som är 70 år eller äldre samt övriga patienter med särskild risk ska riskbedömas i omvårdnadsanamnesen i regionens vårdadministrativa journalsystem (VAS). Riskbedömningen omfattar patienter med risk för fall, trycksår, UVI, blåsöverfyllnad, ohälsa i munnen och undernäring.

Bedömnings-/riskbedömningsskalor som stöd i den kliniska bedömningen;

- National Early Warning Score (NEWS och NEWS2).
- Löfs checklista för säker kirurgi.
- Riskbedömningsstödet R2 för Folk tandvården är en bedömning av individens riskprofil för att utveckla sjukdomar i munnen värderas vid varje undersökning.

Inrapporterade risker i avvikelshanteringssystemet

Resultat; 2022 rapporterades totalt 858 risker jämfört med 2021 då 1065 risker rapporterades.



Källa: Synergi januari 2023

Som bakomliggande orsak anges;

- Avsteg från rutiner/instruktioner/bruksanvisning
- Bristande/avsaknad av kommunikation/samarbete
- Bristande tillgång till vårdplats
- Ouppmärksamhet
- Bristande bemanning

Analys resultat: Antalet risker minskar. Övervägande delen av riskerna är måttligt eller mindre allvarliga. Det finns ett antal rapporterade risker som inte är omhändertagna för 2022. Men en hög riskrapportering ökar möjlighet att arbeta proaktivt genom att vidta förebyggande åtgärder.

Åtgärder: De rapporterade riskerna behöver omhändertas så allvarliga risker identifieras

Uppföljning resultat: Återkommande uppföljning av inrapporterade risker

Risikanalys

Antalet genomförda risikanalysen bygger på uppgifter från divisionernas patientsäkerhetsberättelser. Ingen risikanalys var dokumenterad i avvikelshanteringssystemet.

Primärvården;

- 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

Psykiatri

- Under året har riskanalys gjorts på bemanningsstrukturen på vår Intagningsavdelning där vi vägt in både arbetsmiljö och patientsäkerhet och försökt hitta det mest optimala upplägget för båda delar. Arbetet kommer att pågå in i 2023.

Övrigt

- Bild och funktionsmedicin gör återkommande riskanalyser inför sommarverksamhet utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Grunden kan vara att förändrade personalscheman behöver införas.
- På An/Op/IVA utfördes riskanalys när post-op övergick till att tillhöra dagkirurgisk/uppvakningsenhet samt innan Donation after Circulatory Death, DCD infördes på Sunderby sjukhus
- På Laboratoriemedicin görs riskinventeringar gällande partiskhet. Här följer man upp förtroendeskadliga bisysslor, partisk klagomålshantering och partisk internrevision.

Identifiera legitimerade yrkesutövare som utgör en risk för patientsäkerheten

Regionen kontrollerar legitimerade yrkesutövare i samband med anställning/inhyrning/sakkunnigprövning, men även löpande. Meddelanden om förändringar stäms av var 14:e dag enligt gällande rutin. Rutiner finns i ledningssystemet för handläggning av anmälan av legitimerad personal till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Samlad analys riskhantering

Fler verksamhetsnära enklare riskanalyser har genomförts senaste året, men väldigt få rapporteras in i avvikelshanteringssystemet. Ett problem är att det finns få utbildade personer i verktyget Riskanalys. De analyser som genomförs på enheterna, görs enligt enklare modell. Verktyg för Riskanalys finns, men det används mycket sparsamt. Bättre uppföljning krävs så man får en överblick vilka riskanalyser som genomförts och kan sprida lärandet.

Införandet av verktyget ”Gröna korset” inom ett flertal verksamheter gör att risker i det dagliga arbetet identifieras och åtgärdas.

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

I regionens Patientsäkerhetsplanen (2020) är målet att regionen ska använda information från olika källor för att analysera och sprida lärande av erfarenheter för att utveckla patientsäkerheten.

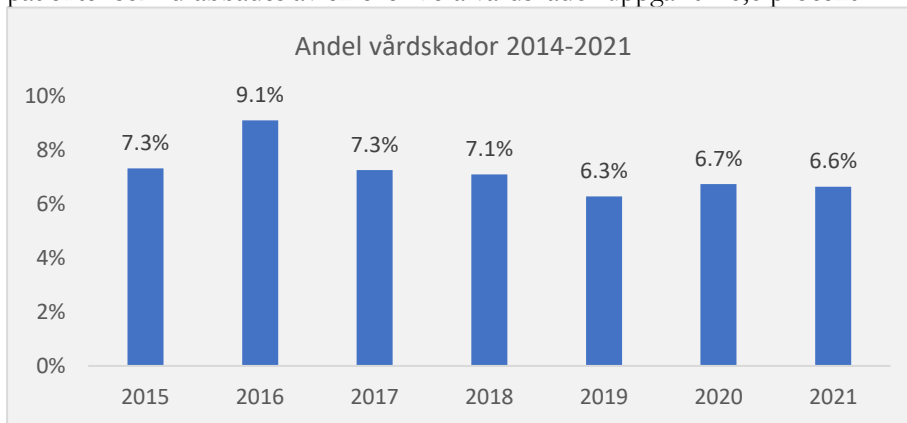


Markörbaserad journalgranskning slutet somatisk vård

Arbetet med journalgranskning sker med viss tidsfördröjning på grund av att ett relativt stort antal journaler behöver granskas för att resultatet ska bli tillförlitligt och eventuella återinskrivningar inom 30 dagar måste beaktas. Därför presenteras 2021 års resultat i 2022 års patientsäkerhetsberättelse.

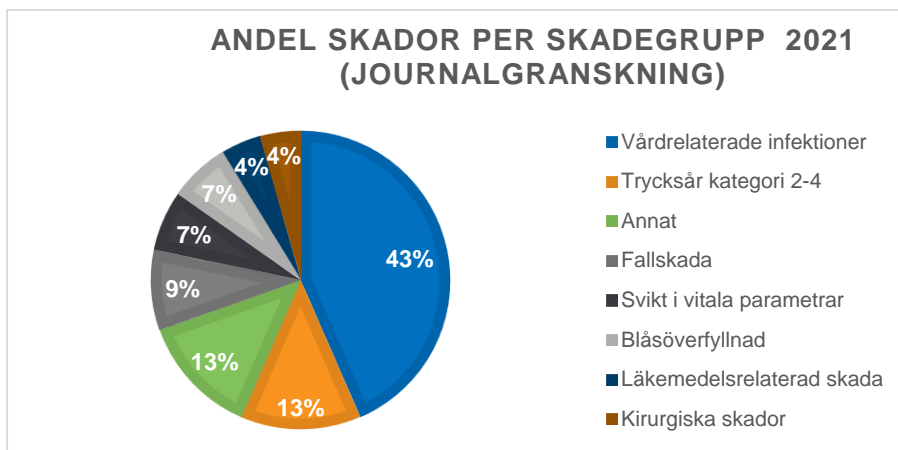
Mål: Andelen vårdskador ska minska och vara < 6,5 procent.

Resultat: Totalt granskades 632 vårdtillfällen 2021, vilket var 214 vårdtillfällen färre än 2020. Andelen patienter som drabbades av en eller flera vårdskador uppgår till 6,6 procent



Källa: Nationell databas för Markörbaserad journalgranskning 2022

Det största vårdskadeområde är vårdrelaterade infektioner.



Källa: Databas för Markörbaserad journalgranskning 2022

Analys resultat: Regionens mål om en andel vårdskador under 6,5 procent har inte uppnåtts. Andelen vårdtillfällen med vårdskada är 6,6 procent, vilket är på ungefär samma nivå som föregående år. Det är en större andel män (9 procent) som drabbas av skada jämfört med kvinnor (6 procent). Kvinnor drabbas i något större utsträckning av vårdrelaterade infektioner (VRI) medan män överväger vad gäller trycksår, fall och kirurgiska skador.

Det största vårdskadeområdet vid journalgranskning är vårdrelaterade infektioner (VRI) och den vanligaste VRI är postoperativ sårinfektion. VRI är den skada som i cirka 50 procent av fallen orsakar förlängd vårdtid. Upp till 50-60 procent av VRI bedöms vara undvikbara genom strikta hygien- och klädrutiner (BHK) och förebyggande åtgärder. Andelen trycksår har också ökat vilket stämmer överens med resultatet i den nationella punktprevalensmätningen (PPM) av trycksår.

Åtgärder: Resultat sammanställt och publicerat i ledningssystemet.

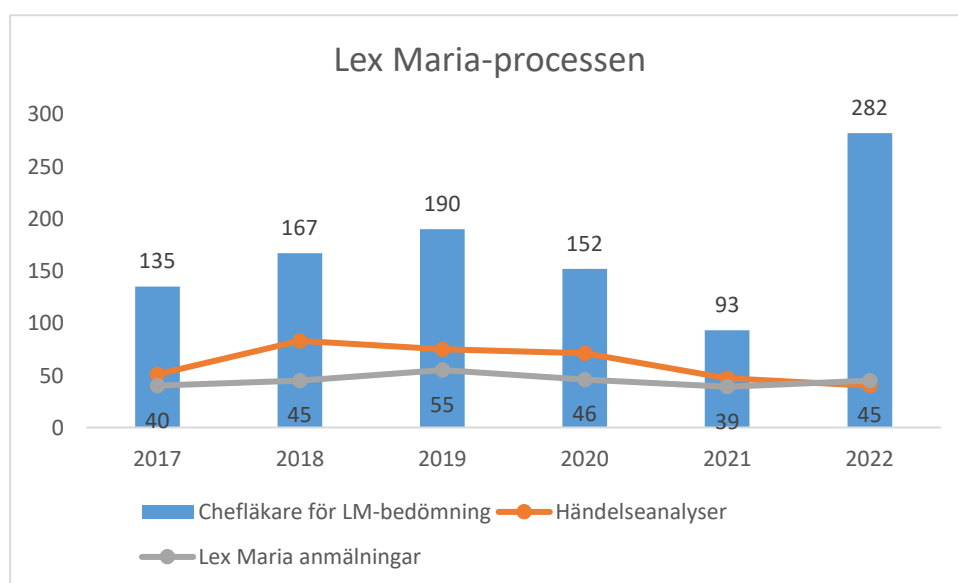
Uppföljning av åtgärder: Uppföljning och återkoppling i ledningsgrupper av resultat.

Markörbaserad journalgranskning öppen och sluten psykiatrisk vård

Inom psykiatrins öppen- och slutenvård inklusive rättspsykiatri granskades under 2021 426 journaler. Andel patienter med vårdskada har minskat och låg på 2 procent jämfört med 3 procent 2020. Andelen kvinnor som drabbas av vårdskada var 2 procent och för männen var det 1 procent. De vanligaste bristerna som upptäcktes var relaterade till avsaknad av vårdplan, ökad tillsyngrad, avsaknad av fast vårdkontakt och läkemedelsrelaterade händelser.

Lex Maria

Resultat: Under 2022 har Region Norrbotten anmält 45 händelser enligt Lex Maria. 23 ärenden berörde kvinnliga patienter och 22 ärenden manliga patienter.



Källa: Nitha, Synergi och egen uppföljning 2022

Vanligaste orsakerna till lex Maria anmälan är;

- Självmord/självmordsförsök utgör ca 22 procent av totalt anmälda händelser
- Fördröjd diagnos utgör 17 procent av totalt anmälda händelser
- Fallskada utgör 14 procent av totalt anmälda händelser

Analys resultat: Antalet lex Maria-ärenden har ökat med sex anmälningar 2022 jämfört med 2021.

Antalet bedömningar som skickats till chefläkaren med lex Maria ansvar har också ökat, vilket är positivt. Antalet händelseanalyser har inte ökat från föregående år däremot är nio internutredning inskickade, en ökning från tre föregående år. Totalt har då 49 utredningar initierats för bedömning om en lex Maria anmälan ska göras.

Åtgärd: Åtterrapporering sker i regiondirektörens rapport till styrelsen. Men behov finns av återkoppling även på divisions- och verksamhetsnivå.

Uppföljning åtgärd: Lex Maria handlingsplanen följs upp ca sex månader efter att lex Maria beslutet kommit. För övrigt sker uppföljning via avvikelshanteringssystemet och egen uppföljning.

Tillsynsärenden

Mål: Tillsynsärenden från Inspektion för vård och omsorg (IVO) ska ingå i det systematiska patientsäkerhetsarbetet, bidra till lärandet och registreras och dokumenteras i regionens avvikelshanteringssystem.

Resultat: Under 2021 inkom 14 tillsynsärenden. Det är tre ärenden mindre jämfört med 2020.

- Tillsyn gällande Region Norrbottens behovsanalys och redovisning av disponibla vårdplatser inom somatisk och psykiatrisk vård nu och över en femårsperiod framåt samt Regionens behov och tillgång till vårdpersonal inom respektive yrkeskategori inklusive specialistbehov inom somatiskt och psykiatrisk vård, nu och över en femårsperiod och framåt.
- Nationell tillsyn av regionernas katastrofmedicinska beredskap.
- Tillsyn av förlopp/omhändertagande och förebyggande kontroller vid graviditet.
- Tillsyn tvångsåtgärder.
- Verksamhetstillsyn rörande bristande patientsäkerhet och bristande resurser avseende kompetens och personal

Analys resultat: Inga beslut har kommit för 2022 års tillsyner. Sedan tidigare pågår nationell tillsyn av vård av äldre på särskilda boenden och tillsyn av patientsäkerhetsrisker för patienter på akutmottagningen.

Åtgärder resultat: Sedan 2020 har alla tillsynsärenden registrerats som identifierade risker i avvikelshanteringssystemet för att kunna följas upp och ingå i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Uppföljning resultat: Uppföljning av identifierade risker och utvärdering av åtgärder via avvikelshanteringssystemet.

Nationella kvalitetsregister

Region Norrbottens olika hälso- och sjukvårdsverksamheter deltar i ett flertal olika nationella kvalitetsregister, vilket skapar goda förutsättningar för omvärldsanalys, uppföljning och identifiering av förbättringsområden för att hela tiden utveckla vården, och leverera medicinskt högkvalitativa och patientsäkra metoder för utredning, behandling och uppföljning.

Löf-ärenden

Regionen tar del av den statistik Löf tar ut på anmälda ärenden. Alla ärenden från Löf ska registreras i regionens avvikelshanteringssystem och ingå i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Resultat:

Anmälningsår	Totalt antal anm.	Ersatta	Ej ersatta	Under handläggning
2018	478	212	265	1
2019	485	211	266	8
2020	464	212	240	12
2021	488	125	159	204
2022 (preliminära resultat)	475	73	139	263

Källa: Löf 2022

Analys resultat: Resultatet för 2022 är fortfarande preliminärt och kan komma att ändras. Av tidigare års resultat ses att nästan 50 procent av inkomna anmälningar har lett till utbetalning av ekonomisk ersättning. Det betyder att i hälften av fallen har Löf bedömt att skadan varit undvikbar. År 2021 registrerades 249 ärenden i regionens avvikelshanteringssystem och år 2022 återfinns 532 ärenden. Registreringen av ärenden har ökat, vilket är positivt.

Avvikelser

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

Regionen har som mål att avvikelser ska användas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och utgöra underlag för förbättringar. Avvikelser är positivt och det ses som ett tecken på hög säkerhetskultur när

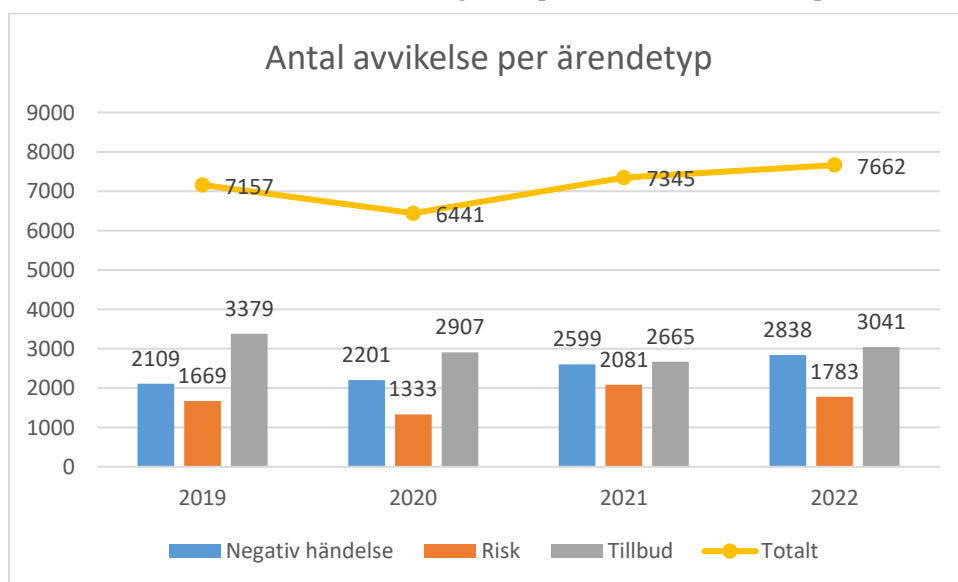
hälso-, sjuk- och tandvårdspersonalen rapporterar avvikande händelser. Avvikelse rapporteras och handläggs i regionens IT-stöd Synergi. Alla medarbetare ska ha kunskap om rapporteringsskyldigheten och ett utbildningsstöd finns på regionens webb. I ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbete finns regionens anvisning för systematiskt patientsäkerhetsarbete som beskriver medarbetarnas rapporteringsskyldighet handläggning, ansvar och roller.

Varje enhet har själv möjlighet att ta ut sina egna resultat från avvikelshanteringssystemet.

Återkoppling till rapporterande medarbetare sker automatiskt via IT-stödet för avvikelshantering när avvikelsen är handlagd. Enhetens avvikelser tas även upp på arbetsplatsträffar. Sedan 2017 pågår implementeringen av ”Gröna korset”. Fler och fler verksamheter har börjat använda verktyget i sin dagliga styrning för att fånga upp risk/tillbud för vårdskada och/eller inträffade vårdskador. Utifrån inträffad händelse bedöms ifall en avvikelse ska skrivas eller om händelsen blir underlag för förbättringsarbete.

Mål: Avvikelse ska användas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Resultat: Antalet registrerade patientrelaterade avvikelser har ökat sedan 2020, främst inom området vårdskada (negativ händelse). Av totalt antal avvikelser är kön inte dokumenterat i 70 procent av fallen. Där kön är dokumenterat blir fördelningen 16 procent kvinnor och 14 procent män.



Källa; Synergi 2022

Flest avvikelser återfinns inom vård och behandling, information/kommunikation och labb-relaterade avvikelser.

Händelse/iakttagelse 2022	Antal	andel
Vård- och behandling	2108	37 %
Information/kommunikation	657	11 %
Labrelaterat	470	8 %
Läkemedel	432	8 %
Fall	421	7 %
Administration	409	7 %
Övrig händelse/ iakttagelse	392	7 %
Vårdplanering	233	4 %
Samverkan mellan enheter	139	2 %
Utrustning/produkt	104	2 %
Bemötande	94	2 %

Klagomål och synpunkter

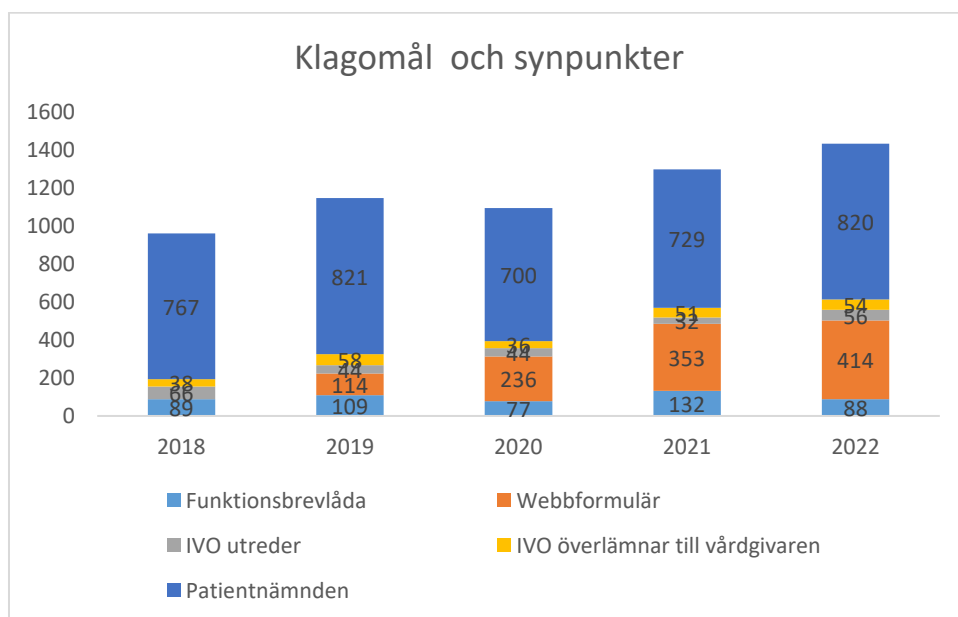
SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Alla klagomål och synpunkter ska registreras och handläggs i regionens IT-stöd Synergi för avvikelshantering oavsett varifrån de kommer.

- Via mail till regionens Funktionsbrevlåda för klagomål och synpunkter.
- Via webbformulär kopplat till IT-stödet för avvikelshantering.
- Via Patientnämnden.
- Via Inspektionen för vård och omsorg (IVO) både begäran om handlingar och överlämnande av klagomål till vårdgivaren.
- Via brev eller mail.
- Direkt till vårdpersonalen eller via brev/telefonkontakt.

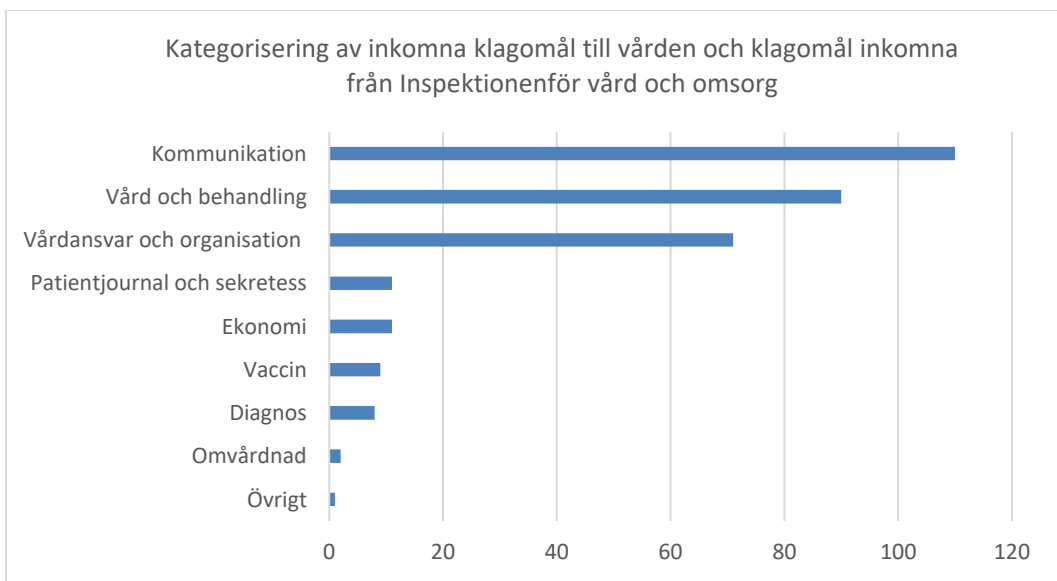
I ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbete finns anvisning, rutiner och stöd för arbetet. Klagomålen kategoriseras sedan 2019 på samma sätt som patientnämnden, vilket möjliggör jämförelser av resultat och analyser. Sedan 2019 finns ett webb-formulär där patienter/närstående kan lämna klagomål och synpunkter direkt till berörd enhet/verksamhet. Webbformuläret är kopplat till IT-stödet Synergi för avvikelshandlingen.

Resultat: Antalet klagomål har stadigt ökat de senaste tre åren. Totalt 2022 inkom 1 432 klagomål. Högsta andelen inkom från patientnämnden 57 procent, till vården direkt via webb/mail 35 procent och från Inspektionen för vård och omsorg åtta procent.



Källa Synergi 2022 och egen uppföljning

Av de klagomål som kommit från patienter och närstående via IVO och direkt till vården är det vanligaste synpunkter/klagomål på år brister i kommunikationen, vård och behandling samt vårdansvar och organisation.



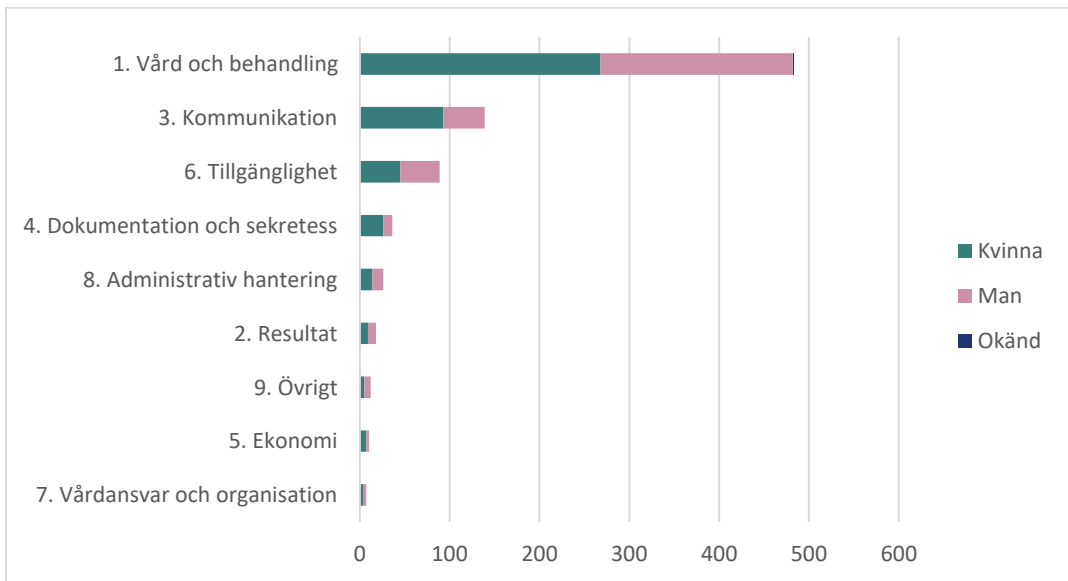
Källa Synergi 2022 och egen uppföljning

Könsfördelningen i gruppen klagomål som inkommit från IVO ligger på en något högre andel män 54 procent jämfört med kvinnor 45 procent. För klagomål som inkommit via Funktionsbrevlåda rör 52 procent kvinnliga patienter och 47 procent manliga (en procent var anonym anmälan). För klagomål inkomna via webbformulär dominerar kvinnor 57 procent jämfört med män 43 procent.

Klagomål inkomna till Patientnämnden

Under 2022 inom 820 ärenden till patientnämnden som gällde regionfinansierad vård. Det är 11 procent fler ärenden från föregående år. Ärendeströmning, fördelning mellan verksamheter och innehåll i ärenden har i år påverkats av pandemins effekter på vården. Som tidigare år gäller en majoritet av ärenden kvinnor (58 procent). Men från föregående år (66 procent) kan man se en tendens till utjämning mellan könen gällande anmälningar.

Synpunkter och klagomål gällande vård och behandling utgör 59 procent av ärendena, följt av ärenden som gäller olika brister inom kommunikation (17 procent) och tillgänglighet (11 procent).



Tabell 1. Kategorisering av inkomna ärenden avseende antal och könsfördelning.

Under 2022 har patientnämnden fortsatt att märka upp ärenden som handlar om covid relaterad vård inklusive vaccinationer. Våren 2022 har även vårdgaranti lagts till som fokusområde. Totalt antal ärenden som märkts upp för året är 161 stycken. Dessa avser 21 ärenden Covid -19, 5 ärenden vaccination, 11 ärenden cancer, 5 ärenden vårdskuld och 1 ärende händelseanalys, 8 ärenden avser begärda kompletteringar på erhållna yttranden och 114 ärenden avser skickade påminnelser till vårdverksamheter för ej besvarade ärenden.

Analys av resultat klagomål och synpunkter

Generellt har klagomålen öka. Positivt är att allt fler patienter och närstående vänder sig till direkt vården med sina synpunkter. Det tolkas som en utveckling i riktning med kraven i lagförändringarna för klagomålshantering 2018, att klagomål och synpunkter på vården i första hand ska tas om hand och besvaras av berörd verksamhet.

Sammantaget är det något fler klagomål från kvinnor än från männen. Det ses hos patientnämnden men även i de klagomål som kommer direkt till vården. Klagomål som IVO hanterat visar inte på några skillnader vad gäller kvinnor och män.

I många av ärendena har åtgärder och förbättringar kunnat vidtas snabbt. Klagomålen har varit betydelsefulla när nya arbetssätt och strukturer tagits fram. Bland annat har synpunkter på den information som lagts ut på webbsidor, med hjälp av inkomna klagomål, omedelbart ändrats eller förtydligats.

Åtgärder: Säkerställa att anmälaren får återkoppling i sitt ärende och att ärendet handläggs inom den tidsperiod (inom 4 veckor) som gäller för klagomål från patienter och närstående. Tydligare dokumentation skulle kanske också kunna visa på om åtgärder och återkoppling skett i större utsträckning än vad som ses i avvikelserna.

Inom primärvården i Luleå/Boden observerades under 2022 att 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 en öppen mottagning startades 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*.

Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Regionen ska identifiera och analysera risker för att stärka beredskap och hitta åtgärder att förebygga vårdskador.



Läkemedelsgenomgång för äldre och läkemedelsstöd

Läkemedelsgenomgångar och läkemedelsstöd i sjukvården grundar sig på författningen HSLF-FS 2017:37 11 Kap och syftar till att länets patienter ska få rätt läkemedelsbehandling när de behöver den. En läkemedelsgenomgång innebär kartläggning av patientens samtliga ordinerade och använda läkemedel i syfte att säkerställa en korrekt och aktuell läkemedelslista. Det finns två olika läkemedelsgenomgångsmodeller, enkel läkemedelsgenomgång och fördjupad läkemedelsgenomgång.

Mål; Region Norrbotten har som mål att 50 procent av patienterna i primärvården, som är 75 år eller äldre och har minst fem läkemedel, ska ha minst en läkemedelsgenomgång per år. Detta mäts genom att man räknar fram andelen patienter där det finns ett sökord för läkemedelsgenomgång i journalen.

Resultat; Antal patienter 75 år eller äldre med minst fem läkemedel, som har en journalförd läkemedelsgenomgång via sökordet, var 7 921 stycken, vilket motsvarar 37 procent av hela målgruppen, jämnt fördelat mellan könen. Det är en ökning med en procentenhet jämfört med föregående år.

Analys; Resultatet i olika närsjukvårdsområden i regionen varierar stort. Eftersom måttet endast är ett sökord så går det inte att bedöma om eller hur läkemedelsgenomgång utförts eller kvaliteten på denna. Det är även så att läkemedelsgenomgångar genomförs utan att detta registreras med sökordet. Detta innebär att det är svårt att med säkerhet bedöma i vilken grad målet uppnåtts.

Fördjupade läkemedelsgenomgångar

För att förbättra patientsäkerheten i läkemedelsanvändningen, hos de patientgrupper där behovet är störst, genomför vårdsäkerhetsenhetens apotekare, i samarbete med läkare och annan berörd personal, fördjupade läkemedelsgenomgångar på sjukhusens vårdavdelningar samt i primärvården. En fördjupad läkemedelsgenomgång innebär att problemen med läkemedelsbehandlingen uppmärksammas strukturerat och att åtgärdsförslag tas fram med syfte att förbättra patienternas livskvalitet samt förebygga sjukhusinläggning och andra vårdåtgärder.

Resultat; Under året har apotekare genomfört fördjupade läkemedelsgenomgångar på fyra vårdavdelningar och sammanlagt 356 patienter. Detta kan jämföras med år 2019, då 1 819 fördjupade läkemedelsgenomgångar genomfördes inom flera verksamheter både på sjukhus och i primärvård/kommunal närsjukvård.

Analys; Sedan pandemiutbrottet 2020 har antalet fördjupade läkemedelsgenomgångar med apotekare sjunkit drastiskt. Det är oroande att vi även 2022 ser vi en fortsatt minskning till följd av omdirigering av arbetsuppgifter för vårdsäkerhetsenhetens apotekare. Förberedelser för införande av nya journalsystemet, vaccindistributionen samt kvalitetsgranskning läkemedelshandling är några av de arbetsuppgifter som har behövt prioriteras.

Åtgärder; Under januari 2023 kommer dock nyanställning av apotekare ske och det planeras att under våren återuppta arbetet med fördjupade läkemedelsgenomgångar i primärvården.

Läkemedelsberättelse

Riktlinjerna för läkemedelsberättelse grundar sig på författningen (HSLF-FS 2017:37 11 Kap § 15 och § 16) och omfattar i första hand patienter 75 år eller äldre som är ordinerade minst fem läkemedel. Syftet med riktlinjerna är att patienten vid utskrivning från slutenvård ska delges en fullständig och korrekt läkemedelslista med en läkemedelsberättelse som beskriver syfte och mål med läkemedelsbehandlingen, eventuella ordinationsändringar och vad patienten kan förvänta sig för resultat. Vid dokumentation i journalsystemet ska läkemedelsberättelsen kopplas till ett sökord för att bli sökbar

Mål: 70 procent av andel utskrivna patienter i målgruppen 75 år och äldre med mer än 5 läkemedel, som fått en läkemedelsberättelse

Resultat: År 2022 uppgick antal patienter med sökbar läkemedelsberättelse i journalen till 4 749 stycken vilket motsvarar 76 procent av målgruppen, jämnt fördelat mellan könen. Det är en lika stor andel som föregående år.

Analys av resultat: Förekomsten av läkemedelsberättelse i journalen varierar stort beroende på inom vilken verksamhet vården skett. Under 2022 höjdes målet från tidigare 70 till 80 procent, då andelen utskrivna med läkemedelsberättelser steg till 75 procent år 2021. Då målet nu är 80 procent innebär detta att regionen inte uppfyllt målet för detta år.

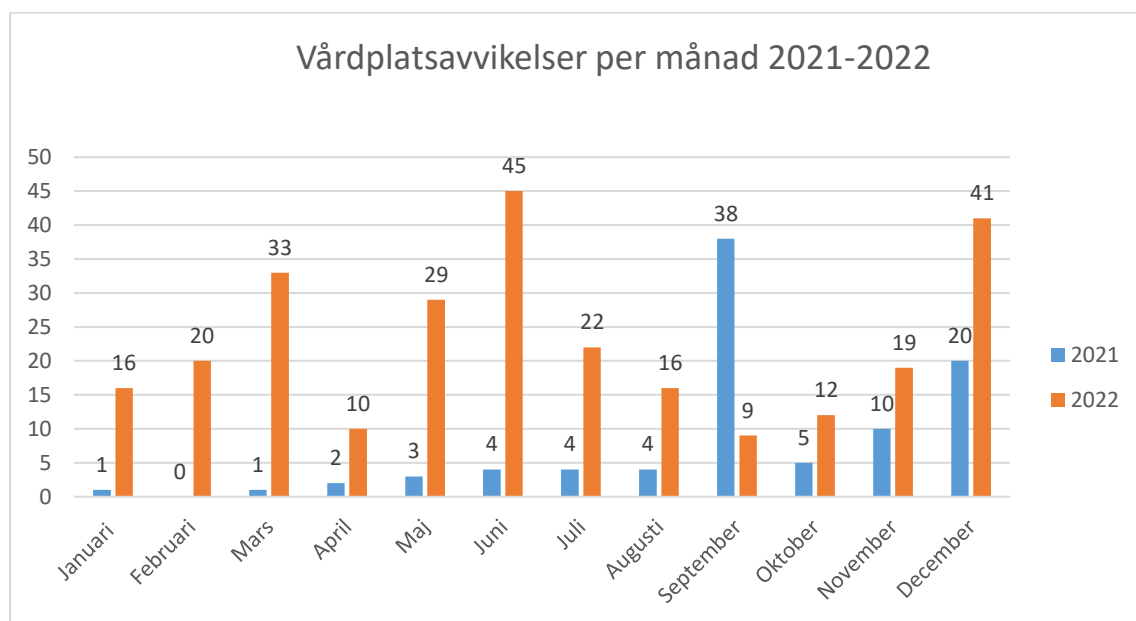
Åtgärd: Försatt uppföljning.

Läkemedelsstöd för rätt läkemedelsförskrivning

Regionens hälsocentraler och vårdcentraler fick, under året, fortsatt del av läkemedelskommitténs läkemedelsstöd. Det innebär att hälsocentraler och vårdcentraler får stöd, från vårdssäkerhetsenhetens apotekare, med läkemedelsvärdering och statistik på läkemedelsförskrivning och måluppföljning. Under året har verksamheten utvidgats till att omfatta även några kliniker på sjukhusen exempelvis psykiatri och medicinmottagningar. Läkemedelsstödet ökar möjligheten till säker och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning.

Patientsäkerhetsrisker för patienter som vårdas på akutmottagningen i väntan på vårdplats

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i ett pågående tillsynsärende identifierat patientsäkerhetsrisker för de patienter som vårdas kvar på akutmottagningen i väntan på en vårdplats inom slutenvården. IVO har i ett föreläggande beslut om 10 mkr i vite om inte bristerna åtgärdas.



Källa; Synergi 2023

Åtgärder: Den 10 juni 2022 lämnade regionen in begärda handlingar och svar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I september genomförde IVO en inspektion samt uppföljningsmöte med personal och chefer samt möte med chefer i de lokala ledningsgrupperna. Under 2022 har upprättade avvikelser återkopplats till högsta ledningen varje månad.

Åtgärder i verksamheterna har genomförts med visst resultat men det finns fortsatta utmaningar. Många avdelningar berörs av undanträngningseffekter då färre vårdplatser och svårigheter att rekrytera leder till att fler patienter utlokaliseras. Under året har rutiner framtagits och olika arbetssätt testats och arbetet kommer att fortsätta under 2023. I mitten på november har ett arbete med att starta upp akutvårdplatser i anslutning till akutmottagningen vid Sunderbyn sjukhus initierats. Här skall patienter kunna ligga uppemot ett dygn i en riktig vårdsgång samt serveras mat, med stort fokus på omvårdnad.

Uppföljning åtgärder: Tät uppföljning och visualisering av hur det går och om det behövs stöd för genomförande någonstans. Ansvariga chefer ansvarar för att fortsätta driva utvecklingsarbetet.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utmaningar

Utvecklingen mot en säker vård sker stegvis. För att ta nästa steg måste utvecklingen bygga på det goda arbete som bedrivs samtidigt som hänsyn måste tas till de utmaningar och förändringar som vården står inför.

- Nytt journalsystem ska införas 2023. Arbetet kan medföra patientsäkerhetsrisker och ta mycket fokus från det systematiska patientsäkerhetsarbetet.
- Den snabba medicinska och tekniska utvecklingen med nya behandlingsmetoder och ny medicinsk teknik, ökad digitalisering och e-hälsa innebär att nya risker måste identifieras och hanteras.
- Att framåt på ett naturligt sätt integrera det systematiska patientsäkerhetsarbetet i Nära-Vård-arbetet.
- Ekonomiska förutsättningar och avvägningar mellan olika mål och olika typer av vårdinsatser och patientgrupper.
- Tillgång till personal och adekvat kompetens.
- Involvera patienter och närstående i patientsäkerhetsarbetet.
- Utvecklingen av nya metoder och verktyg inom patientsäkerhetsområdet, ställer ökade krav på kompetens, kunskap och utbildning inom patientsäkerhetsområdet på alla nivåer. Främst finns behov av förbättrade uppföljningssystem för att på ett överskådligt sätt kunna visualisera resultat och trender inom både området patientsäkerhet och vårdkvalitet.
- På olika organisatoriska nivåer ha kompetens och resurser för analysarbete som kan stödja verksamheten i att ta ut resultat för att kunna arbeta med förbättringsarbeten.
- Den organisationsförändring som skett i kombination med genomgången pandemi är en utmaning för det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Tidigare befintliga nätverk och funktioner har upplösts och ersatts av nya. Många medarbetare är nya på sina uppdrag, och det kommer krävas tid och engagemang att åter bygga upp rätt nivå av kunskap och kompetens inom patientsäkerhetsområdet.
- Att i befintlig organisation kunna hitta arbetssätt och en hållbar struktur för att uppfylla de krav som finns på utredningar av allvarliga händelser/tillbud samt förkorta handläggningstiderna. Detta för att framåt öka både effektivitet och kvalitet vid utredningar av allvarliga händelser.
- Det riskförebyggande arbetet måste stärkas och gå mot en hög riskmedvetenhet där risker följs upp, analyseras och struktur finns för att snabbt agera på risker. Bättre uppföljning krävs för att få överblick över aktuella risker och för att sprida lärandet.
- Det finns stor förbättringspotential gällande verksamheternas arbete med årlig egenkontroll av vårdhygienisk standard och egenkontroll av det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Mål och strategier 2023

Styrmått	Ingångsvärde 2022	Mål 2023
Andel vårdskador ska minska	6,6 %	Under 5 %

Vårdrelaterade fallskador och höftfrakturer hos äldre	274 (Kv 119, M 166, i 21 fallhändelser är kön inte angivet)	Minska med 50 % jmf med föregående år
Andel utskrivna patienter i målgruppen 75 år och äldre med mer än 5 läkemedel, som fått en läkemedelsberättelse	75 %	100 %

Mål handlingsplan för patientsäkerhet

Område	Mål
Vårdrelaterade infektioner	Minska mot målet < 4 %. Delmål 2023 minska med minst 5 procent
Följsamheten till basala hygien- och klädföreskrifter (BHK)	100 procent. Delmål 2023 öka följsamhet med i genomsnitt 10 procent
Andel trycksår hos inläggande patienter	Andelen trycksår ska under 2023 minska med minst 5 %
Andelen sjukhusförvärvade trycksår	Minska med 5 %
Vårdpreventivt arbete (fall, trycksår, blåsöverfyllnad, munhälsa och undernäring)	Andelen riskbedömningar av personer med risk ska öka med 20 procent. Minst två förebyggande åtgärder till patienter med risk för trycksår ska vara insatta.

Planerade aktiviteter 2023

- Höja kunskap och kompetens inom patientsäkerhetsområdet genom att i implementera Socialstyrelsens nationella utbildning webb-utbildning ”[Säker vård](#)” på chefs- och ledarnivå samt fortsätta införandet i kliniskt basår.
- Följa upp och stötta arbetet med att öka följsamheten till basala hygien- och klädföreskrifter och höja andelen mätande enheter.
- Börja implementera [analysverktyget för patientsäkerhet](#). Ett analysverktyg för att implementera den nationella handlingsplanen och för att identifiera och kunna prioritera insatser
- Upprätta handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet och återuppta implementeringen av regionens Patientsäkerhetsplan (2020) som bygger på ”Socialstyrelsens handlingsplan för patientsäkerhet (2020).
- Ta hand om resultatet av säkerhetskulturmätning som är gjord i samverkan med HR:s medarbetarundersökning.
- Öka patient- och närstående- medverkan i patientsäkerhetsarbetet med fokus på händelseanalyser.
- Verka för att utveckla metoder och verktyg i patientsäkerhetsarbetet med fokus på förbättrade uppföljningssystem för att på ett överskådligt sätt kunna visualisera resultat och trender inom både området patientsäkerhet och vårdkvalitet.
- Förbättra egenkontroll av hygienisk standard och egenkontroll av det systematiska patientsäkerhetsarbetet.
- Fortsatt arbete med att utveckla ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbete samt följa upp och förbättra patientsäkerhetsprocesserna med fokus på att minska handläggningstider för lex Maria ärenden och höja kvaliteten på utredningar, avvikelser och klagomålsärenden.

Bilagor

[Bilaga 1. Regionens Strålskyddsbokslut 2022](#)

Divisionernas patientsäkerhetsberättelser

[Division Funktion](#)

[Division Länssjukvård 1](#)

[Division Länssjukvård 2](#)

[Division Nära Folktandvård](#)

[Division Nära Primärvård](#)

[Division Psykiatri](#)

Referenser

[Region Norrbottens Patientsäkerhetsplan, \(2020\).](#)

[Region Norrbottens Handlingsplan för patientsäkerhet 2022-2023.](#)

[Socialstyrelsens handlingsplan ”Agera för säker vård”, \(2020\).](#)