

Patientsäkerhetsberättelse

för Division Funktion Region Norrbotten

År 2021



Inledning

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

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

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

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

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Informationssäkerhet.....	7
Strålskydd	7
En god säkerhetskultur.....	7
Adekvat kunskap och kompetens	8
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	9
Öka kunskap om inträffade vårdskador	11
Tillförlitliga och säkra system och processer	11
Säker vård här och nu.....	12
Riskhantering.....	20
Stärka analys, lärande och utveckling	18
Avvikelser	9
Klagomål och synpunkter	9
Öka riskmedvetenhet och beredskap	20
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	22
Bilaga 1. Exempel på upplägg utifrån arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete	10
Bilaga 2. Exempel på tabell för sammanställning	11

SAMMANFATTNING

Kort sammanfattning av året som gått till exempel viktiga åtgärder och resultat samt en blick framåt.

I Regionen har en organisationsförändring skett under HT 2021. Division Funktion består av verksamhetsområden An/Op/IVA (Sunderby sjukhus och Gällivare); Bild och funktionsmedicin; Laboratoriemedicin.

Divisionens övergripande mål är att ingen patient ska drabbas av undvikbar vårdskada, för att uppnå målen finns strategier att arbeta efter.

Året har präglats av Pandemin Covid-19.

I berättelsen finns beskrivet hur verksamheterna arbetat med patientsäkerhet. Informationen om detta kommer från verksamheternas egna patientsäkerhetsberättelser, till viss del är texten kondenserad.

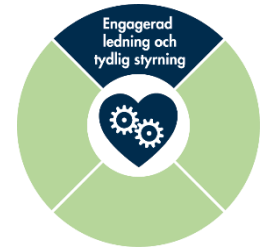
Verksamheternas egna berättelser finns publicerade i VIS och där finner man en mer detaljerad berättelse för varje område.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs **mål och strategier, organisation och struktur** för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

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

Divisionens övergripande mål är att eliminera undvikbara vårdskador; att uppfylla vårdgarantin; att uppnå 100 % följsamhet till basala hygien- och klädregler; att avvikelser omhändertas och avslutas enligt regionens direktiv; att risker i vårdarbetet och i organisationen ska identifieras och åtgärdas.

De övergripande strategier som ska användas för att uppnå målet är:

- Fortsatt implementering och förvaltning av divisionens plattform för patientsäkerhet- och förbättringsarbete. Vilket innebär dagliga pulsmöten, förbättringsmöten samt visualisering av resultat via styrtavlor. Syftet är att ledningen löpande och på ett strukturerat sätt ska bli informerad om verksamheternas nuläge och kunna anpassa och fördela resurser samt initiera förbättringsarbeten utifrån rådande läge.
- Att verksamheternas ledning och medarbetare dagligen använder verktyget/metoden ”Gröna korset”. Via Gröna korset så skapas ett forum där risker inventeras och åtgärdas i nutid. Det sker även en bedömning om riskerna ska rapporteras i avvikelssystemet Synergi eller om det är tillräckligt med att risken är omhändertagen. Gröna korset underlättar för alla medarbetare att vara uppdaterad på aktuella risker samt på vilket sätt de hanterats.
- Att avvikelser och klagomål rapporteras i avvikelssystemet Synergi och användas för lärande i vardagen.
- Att medarbetare får information om risker och avvikelser via APT samt i vissa verksamheter även via ”Gröna brevet”
- Att följsamhet till regionens kläd- och hygienrutiner mäts varje månad och att resultatet följs upp och åtgärdas inom respektive enhet.
- Att arbeta förebyggande genom att riskanalyser utförs inför förändringar i verksamheterna och vid särskilt riskfyllda moment.
- Att arbeta med produktions- och kapacitetsplanering.
- Att arbeta med flöden och processer.

Organisation och ansvar

Divisionen är indelad i tre verksamhetsområden (VO) Anestesi, operation och intensivvård; Bild- och funktionsmedicin; Laboratoriemedicin. Dessa leds ytterst av en divisionschef samt att vardera VO leds av en verksamhetschef. Varje VO är i sin tur indelad i mindre enheter, exempelvis så har

laboratoriemedicin enheter för klinisk mikrobiologi/kemi/transfusionsmedicin/blodgivning på de olika länsdelssjukhusen i regionen.

Divisionschefen är högst ansvarig. I divisionsstaben finns verksamhetsutvecklare samt en kvalitetsansvarig befattning vilka har en stödjande funktion till verksamheterna gällande bland annat patientsäkerhetsfrågor. Den kvalitetsansvariga är deltagare i patientsäkerhetsrådet och har ett nära samarbete med divisionschef och med regionens patientsäkerhetsstrateg.

Verksamhetscheferna har ansvaret för planering, ledning, styrning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet. De tar tillsammans med enhetscheferna fram rutiner och regler för patientsäkerhetsarbetet samt på vilket sätt uppföljning och utvärdering ska ske.

Enhetscheferna ansvarar för att driva, leda och följa upp patientsäkerheten i den dagliga verksamheten.

Avvikelseansvariga finns utsedda inom verksamheterna, de är tilldelade ansvar att ta emot och handlägga avvikelser som inkommer till verksamheterna.

Medarbetarnas roll är att rapportera tillbud, risker och negativa händelser.

Inom laboratoriemedicins finns ca 300 olika analyser/metoder, för samtliga finns medicinskt ansvariga specialistläkare och metodansvariga som ansvarar för att relevant dokumentation finns tillgänglig samt följer upp metodernas kvalitet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Inom regionen finns utarbetade rutiner för patientsäkerhetsarbetet, exempelvis:

- Att vid förändringar av verksamheten eller vid problem med olika system/utrustning så konsulteras olika stödfunktioner, exempelvis vårdhygien, IT/MT.
- Vid händelser som orsakat vårdskada eller då risken för vårdskada varit stor konsulteras chefläkare för samråd om vidare handläggning.
- Vid händelseanalyser där flera verksamheter är involverade så sker analysen med sammansatt team från de olika verksamheterna.
- Standardiserade vårdförlopp är framtagna för flera diagnoser och där är det tydligt beskrivet hur olika verksamheter ska kontaktas och hur de ska agera.
- Bild och funktionsmedicin har samverkan med strålfysiker för optimering av strålskydd inför och under undersökningar.
- An/Op/Iva har pulsmöten mellan divisionerna, vårdavdelning och akuten för att underlätta samverkan och operationsplanering. Operationsverksamheten har representanter i benchmark projekt gällande planeringssystem via SPOR. Iva deltar i nationella- och regionala samråd kring Covid Iva- vård.
- Sjukhusledningen i både Sunderbyn och Gällivare har månadsvis möten och genomför även ”daglig styrning” där alla vårdavdelningar är representerade.
- Laboratoriemedicins verksamhet är ackrediterad och granskas regelbundet av SWEDAC, IVO och läkemedelsverket.

- Laboratoriemedicin deltar i externa kontrollprogram med andra laboratorier för fortlöpande kontroll av analyser och visa på resultatens överensstämmelser.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

All personal som är behörig i patient-journalsystemet VAS har personliga SITHS-kort och det finns rutiner för hur korten ska hanteras när en dator lämnas utan uppsikt. Behörigheter till journalsystem är tidsbegränsade, anpassade utifrån befattning och utökad behörighet beslutas och beställs av verksamhetschef. I samband med upphandling av tjänster och produkter utvärderas informationssäkerhet i samverkan med jurister och dataskyddsombud. Verksamheterna följer den rutin för loggkontroll som tagits fram i divisionen. Alla medarbetare får information och skriver under ett sekretessbevis vid anställning. Vid händelseanalyser så aidentifieras texten så att det inte går att följa vem det handlar om, kopplingen till rätt patient sker via synergi nummer. När handlingar lämnas ut så sker men-prövning för att ingen enskild person ska bli utlämnad. Information om GDPR har delgivits medarbetarna och det finns ytterligare information om detta att läsa via Regionens hemsida.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Inom bild och funktionsmedicin har strålskyddsbevis utformats för medarbetare som arbetar med strålning för att säkerställa berättigandebedömning och optimering samt användande av röntgenutrustning och undersökningsrum och hur avvikelser hanteras.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur.

Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Divisionen arbetar ständigt för att patientsäkerhetskultuerna ska genomsyra alla delar av vården. Ett viktigt område är rapportering och handläggning i Synergi, samt uppföljning av avslutade avvikelser. Det ska vara självklart att medarbetar rapporterar händelser, vilka inträffar i vården. Resultatet från PPM mätningar gällande basal vårdhygien och klädregler (BHK) ska förbättras.



Patientsäkerhet ska finnas med som en stående punkt på APT dagordningen där man går igenom avvikelser, samt genomförda händelseanalyser och Lex Maria ärenden där det finns något att lära för alla.

Gröna korset är en metod som används vid de dagliga pulsmötena där medarbetarna deltar med reflektion och bedömning av patientsäkerhetskultuerna. Vid pulsmötet sorteras därefter patientsäkerhetsfrågorna till avvikelssystemet Synergi, förbättringsarbete och tekniska problem.

Patientsäkerhetsfrågor är en stående punkt på APT.

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.



- Medarbetare som anställs i verksamheterna kontrolleras att de har rätt utbildning och kompetens för den tjänsten/det uppdrag de får.
- Vid anställning av legitimerade medarbetare kontrolleras legitimationen hos socialstyrelsen.
- Alla medarbetare som anställs får introduktion och handledning innan de börjar arbeta självständigt. Denna är strukturerad utifrån ett introduktionsprogram samt anpassas individuellt utifrån medarbetarens behov.

Inom Bild-och funktion:

- Röntgenhandboken i VIS, vilken ger information till medarbetare och remitterter för att säkerställa att patienten får rätt undersökning i rätt tid med rätt utlåtande.
- Läns gemensam granskningslista samordnar läkarresurserna och patienten får svar utifrån angelägenhetsgrad och inte utifrån vilken ort patienten undersökts. Under hösten 2021 har granskningslistan förbättrats med schemaläggning och placering för det dagliga radiologiska granskningsarbetet i länet, vilket resulterat i rätt kompetens och förbättrat svarsflöde
- Processledare och länsansvariga röntgensjuksköterskor samt superanvändare som ansvarar för utveckling och förbättring av olika områden/modaliteter.
- ST läkares tjänstgöring inom radiologi har strukturerats i ett förbättringsarbete med detaljerad information till ST läkaren och kopplats ihop tydligare med schemaläggning.
- ST läkarnas undersökningsresultat eftergranskas av specialistutbildad radiolog.
- Virtuellt cockpit (fjärrstyrning) av MR kamera har möjliggjort att personal i Kalix med nystartad MR verksamhet kan konsultera kollega på distans eller få hjälp att utföra undersökningen.
- Tydlig struktur för hur nyanställda introduceras i kvalitetsledningssystemet, samt i metoderna på respektive enhet, vilket är kunskap som ligger till grund för utfärdande av behörigheter.
- Förbättrings- och implementeringsarbeten följs löpande upp i särskilda mötesforum. Minnesanteckningar skrivs från dessa, vilka är tillgängliga för alla. Vissa större förbättringsarbeten informeras även om på APT.

Laboratoriemedicin:

- Har en övergripande utbildningsplan som varje år uppdateras utifrån identifierat behov. Varje enhet tar utifrån den övergripande planen fram sin egen plan för att tydliggöra för personalen vilka utbildningar som prioriterats.
- En plan för kompetensutveckling för respektive medarbetare skapas varje år i samband med medarbetarsamtalet. De utbildningarna som medarbetarna deltagit utvärderas enligt framtagna rutiner, för att få kunskap om utbildningars kvalitet.

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.



Verksamheterna följer anvisningen ”Handläggning av synpunkter och klagomål från patient och närstående”. Via Regionens hemsida kan patient/närstående lämna synpunkter och klagomål. När klagomål och synpunkter inkommit till verksamheten upprättas en avvikelse i Synergi. Klagomålets karaktär avgör vilken chef som hanterar ärendet. Klagomålet/synpunkten analyseras och återkopplas till medarbetarna via APT och till patienten/närstående brevlades eller via telefon. När vårdskada inträffar sker intervju med patient/närstående och efter att händelseanalys är genomförd får de återkoppling.

Under hösten har efterfrågan på röntgenundersökningar varit hög, via kallelser har patienter informerats om vikten av att komma på utsatt tid, förhållningsätt vid besöket på grund av pandemi samt att SMS påminnelse inför röntgenundersökningar införts. Patienterna kan betala och registrera sig via mobil självcheckning, boka besök till mammografen, rutinultraljud, aortascreening, provtagning.

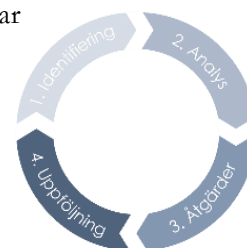
Inom Covid-vården har anhörigbesöken varit väldigt begränsade. För att möjliggöra närstående att vara delaktiga har dagliga telefonsamtal inplanerats mellan ansvarig anestesiläkare och den anhörige. Vid patienters tillfrisknande från Covid-IVA har uppföljande samtal skett där det varit möjligt.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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

Regionala mätningar har även genomförts varje månad inom BHK och divisionen har även deltagit i den nationella PPM-mätningen okt-21. Samverkan med vårdhygien gällande utbildning av personal har inte varit optimalt, det är oklart varför följsamheten inte når 100 % vilket är divisionens mål. Utbildningsinsatser och en inventering i vilka åtgärder som behöver påbörjas är ett prioriterat område som verksamhetsutvecklarna ska stötta verksamheterna med. Nationell webb-utbildning via nätet i patientsäkerhet planeras för chefer under 2022.



Egenkontroll Vad ska göras?	Hur ofta/när görs det?	Var hämtas information?	Hur analyseras och förmedlas resultatet hos er?
Bedömning av aktuell hudstatus beträffande trycksår	Vid inläggning av alla patienter.	VAS (OVA och OVE)	APT, Infomöten Gäller intensivvård

Egenkontroll Vad ska göras?	Hur ofta/när görs det?	Var hämtas information?	Hur analyseras och förmedlas resultatet hos er?
Uppkomna vård- skador	Hel- och halvår MJG Tertial och helår Synergi	Markörbaserad journalgranskning (MJG) Synergi	MJG rapport årligen
Patientsäkerhetskultur mätning	Vart 3:e år	Regionen har upprättat egen enkät	På APT/samverkan
PPM angående följsamhet till basala hygienrutiner (BHK)	En gång/år	Nationell PPM	En gång per år
Månadsmätning följsamhet till basala hygienrutiner (BHK)	Varje månad	Webb verktyget http://bhk.nll.se	Månadsvis på APT
PPM Vårdrelaterade infektioner (VRI)	Deltar i SKR planering för nationell mätning. Vanligtvis 1x/år	Nationell PPM	En gång per år
PPM Trycksår	En gång/år	Nationell PPM	Intensivvården
Hygienronder	En gång/år	Egenkontrollprogram för ”vårdhygienisk standard” för vård avdelningar slutenvård.	APT Man tar hjälp av vårdhygienheten

Laboratoriemedicin skriver i sin berättelse att de har ett övergripande internrevisionsprogram som sträcker sig över 4 år. Det innebär att de årligen utför drygt 50 olika interna revisioner, både horisontella och vertikala. På klinisk kemi har 14 interna revisioner utförts av ca 40 olika metoder och 11 instrument/placeringar. Samtliga revisioner utfördes enligt plan och resulterade i 54 avvikelser. Många av dessa är samma som uppkommit tidigare år, men för andra mätmetoder. Generellt sett åtgärdar vi avvikelserna där de uppstått, men är sämre på att åtgärda ”över hela linjen”. På klinisk mikrobiologi har samtliga sju interna revisioner utförts enligt plan. Som tidigare år hittades en del utdaterade dokument, trasiga webblänkar och icke-dokumentstyrda instruktioner, samt släpande uppdatering av behörighetsbevis. En avvikelse som noterades och som kräver en större åtgärd är att HIL-tester ska införas på alla serumprover på HIV/Hepatit. Bristande rutiner har uppdagats för hanteringen av produktionsprotokoll från substrat. Loggblad för underhåll påvisar bristande rutiner gällande centrifuger, säkerhetsbänkar och termostater/inkubatorer. Inom Laboratoriemedicin har två horisontella revisioner genomförts. Vi har i dessa granskat lokaler, utrustning och medicinsk teknik samt vårt ledningssystem. Vid dessa revisioner noterades bland annat brister i medicinsk tekniks underhåll samt brister i vår interna avvikelse- och klagomålshantering.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

*SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.*



Har vården varit säker?

*Beskriv **hur** händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada utreds och följs upp.*

Via Gröna korset och via avvikelssystemet Synergi rapporterar hälso- och sjukvårdspersonalen händelser som inträffat.

Alla verksamhetsområden har lokalt anpassade rutiner för avvikelshanteringsprocessen, som återkopplas till medarbetarna. På enhetsnivå ansvarar enhetschefen eller annan utsedd avvikelseansvarig för bearbetning och analys av verksamhetens avvikelserapporter. I avvikelsegrupperna sker uppföljning och genomgång regelbundet av inkomna avvikelser för att upptäcka trender och föreslå åtgärder inom bostadsområdet. Återkoppling av avvikelserna sker regelbundet på arbetsplatsträffarna samt att flera verksamheter har infört Gröna Brevet för återkoppling till medarbetarna.

Vid allvarigare händelser beslutar verksamhetschefen att händelseanalys ska genomföras.

Händelseanalyser som utförs är inspirerade av RCA metoden, ett verktyg som förespråkas av SKR och används nationellt. Metoden innebär att inför varje analys så utser verksamhetschefen en analysledare och ett analysteam. Uppdrag skrivs, faktainsamling sker därefter ritas en händelsekedja där felhändelser identifieras och analyseras gällande bakomliggande orsak och åtgärdsförslag tas fram. Det är sedan uppdragsgivaren/verksamhetschefen som bedömer om åtgärdsförslagen är relevanta och kan implementeras i verksamheten.

Syftet med händelseanalys är att utreda orsaker till vårdskada, finna förebyggande åtgärder för att minska risken att utredd vårdskada inträffar igen, lärande för medarbetare och att patient samt närstående ska få en förklaring till inträffad händelse.

I samråd med chefläkare beslutas om Lex Maria anmälan.

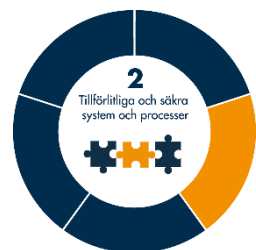
Tillförlitliga och säkra system och processer

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?

Bild och funktionsmedicin

BFM har utarbetat flödesschema, rutin och lokalt beredningsråd för forskningsstudier där bilder/undersökningar efterfrågas. Syftet är att säkerställa att ansökan gått via regionalt beredningsråd, att val av undersökning är rätt samt att det finns kapacitet att utföra dem. Bedömning av remisser är ett



omfattande arbete och för att förbättra flödet så att remissen inte fastnar till MR bokning har röntgensjuksköterskor utbildats att utföra arbetsuppgiften utifrån en standardiserade mall. I samband med interventioner har vi en checklista i syfte att eliminera vårdskador.

Laboratoriemedicin

Samtliga arbetsprocesser, system och metoder som används på laboratoriemedicin valideras, alternativt verifieras, innan ibruktagande. Metodvalidering/verifiering ska utföras i samband med metodändringar eller vid införande av nya metoder. Syftet med valideringen/verifieringen är att bekräfta att metoden motsvarar de medicinska krav som ställs på metoden (t.ex. jämförbar med annan metod, linearitet, precision, riktighet, specificitet och sensitivitet). Validering- och verifieringsresultat redovisas vanligtvis på metod- och kvalitetsmöten innan metoden tas i rutin. Rutiner för validering/verifiering (utförande, redovisning samt sammanfattning) gäller för samtliga metoder på länets samtliga laboratorier, dvs. både för icke ackrediterade metoder och ackrediterade metoder. Ansvarig för validering/verifiering av metoder är metodansvarig. Valideringar/verifieringar skall godkännas av medicinskt ansvarig läkare.

Laboratoriemedicin samverkar med IT/MT-stöd vid validering av systemdelar, mjuk- och hårdvara. All ny funktionalitet vid versionsuppgradering, servicepack och ”fixar” av LIS-system valideras i testversion/ testdatabas före beslut om implementering mot driftdatabas. Vid förändringar i format på elektroniska remisser och svar, ny version av LIS-system eller vid drifttagning av ny funktionalitet ska validering också utföras.

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. Det ska framgå hur många händelser som har utretts och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.



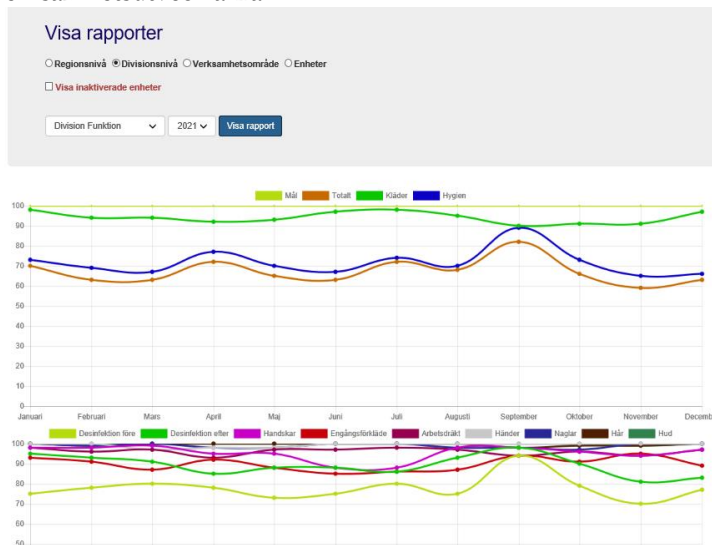
Är vården säker?

Grundläggande i divisionen är att alla medarbetarna har behörighet, kunskap och kan rapportera i avvikelshanteringssystemet Synergi, när händelser eller tillbud inträffar i vården. Gröna korset används för att dagligen uppmärksamma risker och händelser som bör åtgärdas. Även patienterna själva kan rapportera in ärenden direkt via webben eller via 1177. Ärenden utreds och handläggs av en avvikelseansvarig. Är händelsen en negativ händelse, bedöms graden av vårdskada, samt risken att liknande händelse händer igen. Orsaksanalys görs, samt att planering av åtgärder, samt hur uppföljning ska ske. Är ärendet allvarligt skickas ärendet till verksamhetschef som tillsammans med chefläkare gör bedömning om utredning med händelseanalys ska genomföras inför eventuell anmälan enligt Lex Maria till IVO.

Basala hygien- och klädrutiner

Division funktions (OBS, laboratoriemedicin deltar inte i mätningarna) gemensamma resultat för följsamhet till basala hygien-och klädregler syns i nedanstående bild som är ett utdrag ur den lokala databasen. Här ingår även resultatet från den nationella PPM i oktober 2021. Divisionens mål är 100 % följsamhet vilket inte uppnås, det gemensamma resultatet är ca 65 % och det är hygienrutinerna som sviktar. Det gemensamma resultatet påverkas av att några enheter har relativt låg följsamhet samt att några enheter inte rapporterar resultatet rutinmässigt.

De åtgärder som har startat är uppdatering av databasens observatörer, rutinmässig information om följsamheten resultat till enheternas ledning, förbättringsområde på enhetsnivå i samverkan med verksamhetsutvecklarna.



Lex Maria 2021

Under 2021 så har 4 ärenden blivit utredda och skickade till IVO för Lex Maria anmälan och det finns 4 pågående ärenden som ännu inte har färdiga analyser inför trolig anmälan.

Dessa går att se i nedanstående tabell.

Förklaring till färgmarkering är:

Rött: Utredning är inte klar

Gult: Inskickad till IVO. Väntar på svar.

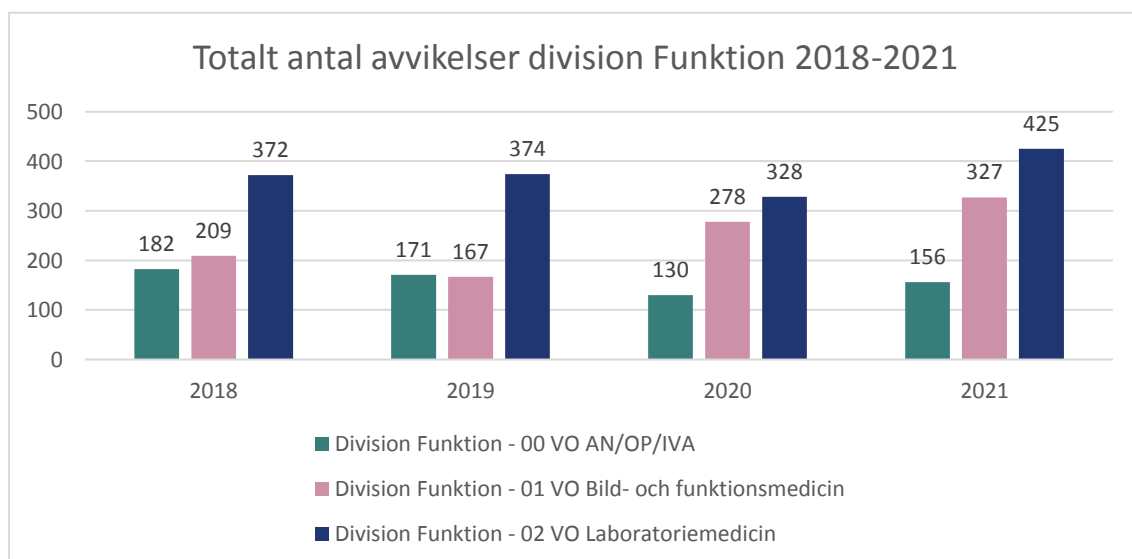
Grön: Utredd och klar. Avslutad hos IVO.

Område	År	Division	Verksamhet	Sjukhus/Hälsocentral	Nyckelord1	Cancer	Dödsfall	Nyckelord	Händelsedatum
LuBo	2021	Funktion	AnOptlIVA	Sunderby sjukhus	resultat	Nej	Ja	komplikation insättning av CDK	2020-08-04
LuBo	2021	Funktion	AnOptlIVA	Sunderby sjukhus	behandling	Nej	Nej	amputation efter artärnål	2021-01-17
LuBo	2021	Funktion	AnOptlIVA	Sunderby sjukhus	resultat	Nej	Ja	skada i samband med intubation	2021-05-25
LuBo	2021	Funktion	Bild och funktionsmedicin	Sunderby sjukhus	fördrojd diagnos	Ja	Nej	fördrojd diagnos rektalcancer	2020-11-30
PE	2021	Funktion	Bild och funktionsmedicin, rehabilitering	Piteå sjukhus	felaktig undersökning	Nej	Ja	perforerad lunga i samband med lappring	2020-09-09
LuBo	2021	Funktionläns sjukvård 2	Bild-och funktionsmedicin, kirurgkliniken	Sunderby sjukhus	Fördrojd diagnos	Malign tumör	Nej	NET	2020-04-29
LuBo	2021	Funktion	laboratoriemedicin	Sunderby sjukhus	felaktig diagnos	Nej	Nej	felaktigt covidsvaret felaktigt positivt	2021-04-16
LuBo	2021	Länssjukvård2 samt funktion	Ortopedi/BFM	Sunderby sjukhus	fördrojd diagnos	Nej	Nej	fördrojd diagnos höftfraktur	2021-06-07

Sammanfattningsvis så kan man av ovanstående tabell se att det under senaste året varit svårigheter inom divisionen att hitta analysledare vilket har inneburit försenade utredningar. Detta relateras till pågående pandemi samt en organisationsförändring i Regionen. De åtgärder som vidtas är att i den nya organisationen utbilda fler analysledare vilket redan pågår samt att arbeta med händelseanalyser över divisionsgränserna.

Synergi/Avvikelsehanteringsprocessen 2021

Totalt antal avvikelser under en 4 års period. Övervägande syns att fler avvikelser rapporteras vilket kan förklaras av en ökad rapporteringsvilja samt att en ökad belastning med fler undersökningar både inom bild och funktion samt laboratoriemedicin.



Fördelning av avvikelser inom varje VO

An/Op/IVA

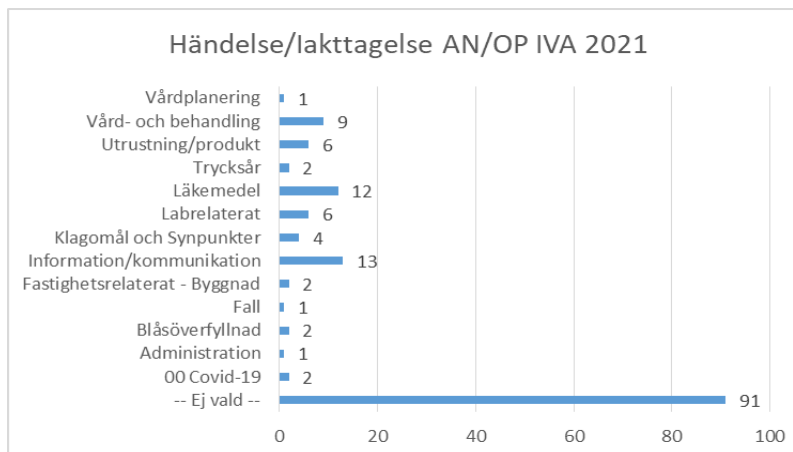
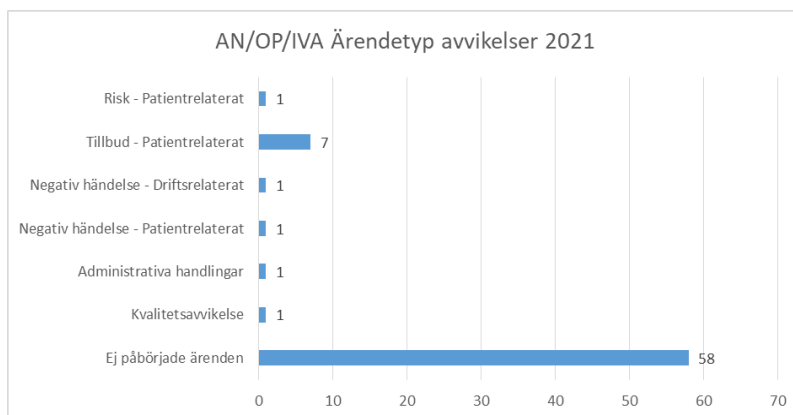
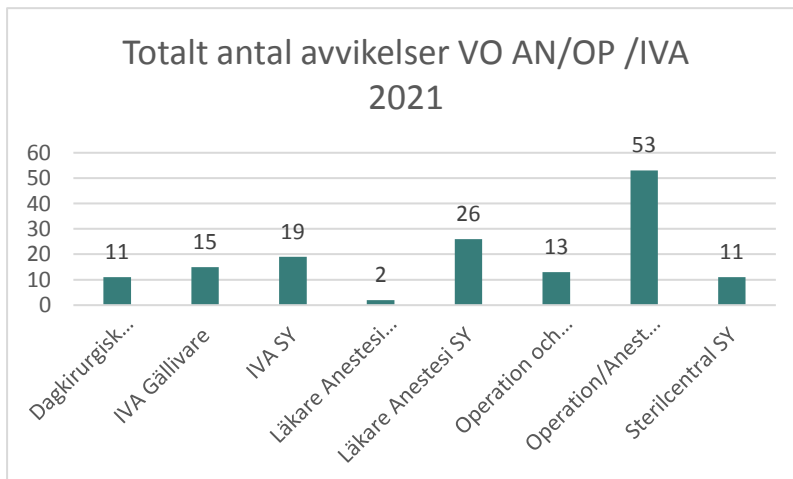
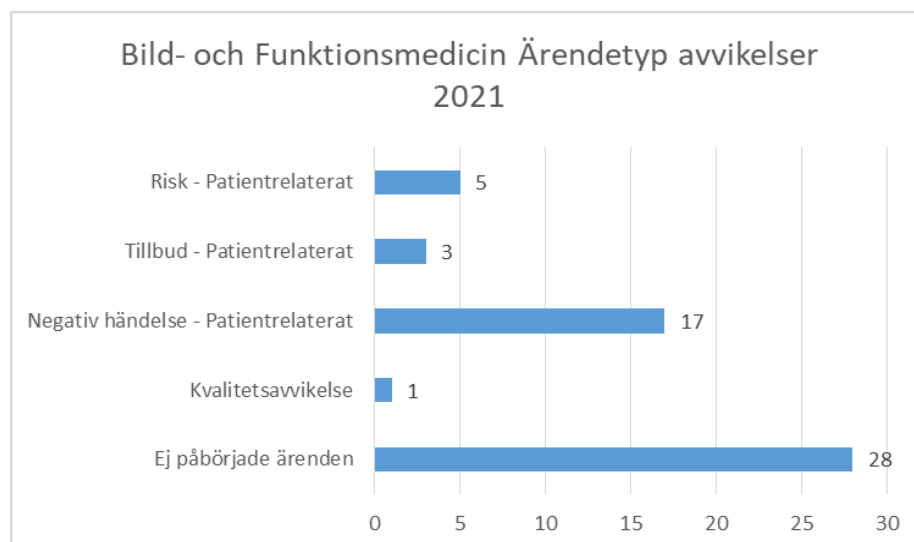
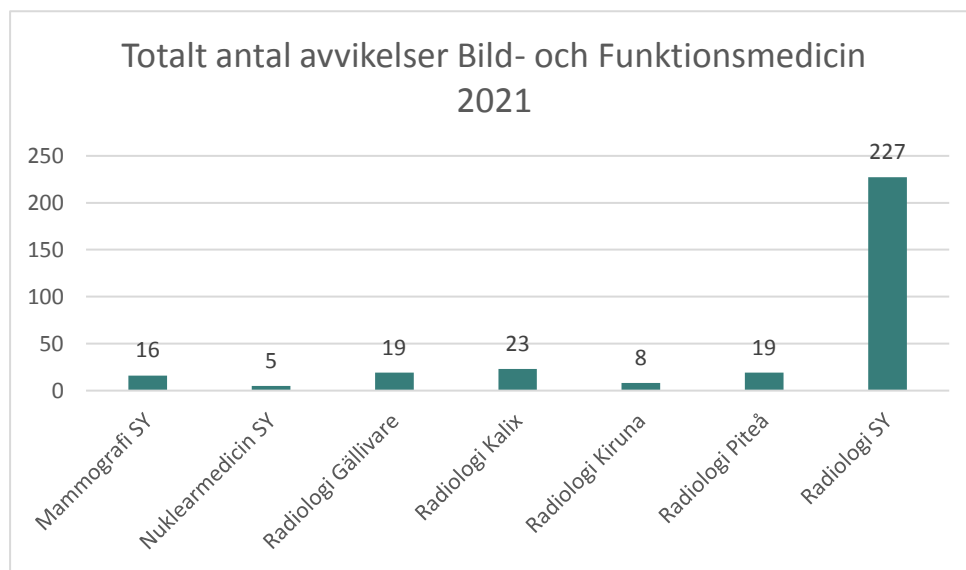
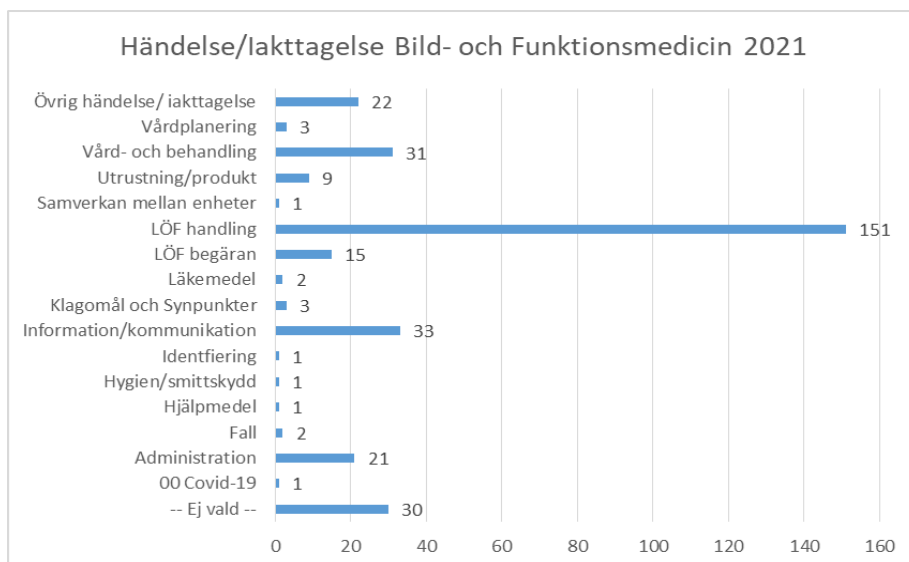


Bild och funktionsmedicin

Bild och funktion

Efterfrågan på radiologiska undersökningar är mycket stor. Det är framförallt MR och DT som kräver mycket personalresurser. En bidragande orsak kan vara svårigheter att bemanna som leder till färre vårdplatser vilket leder till behov av att utreda patienter akut. Men även den uppskjutna vården på grund av pandemin tros inverka. Akuta, SVF samt pågående cancerbehandlingar prioriteras, övriga får längre väntetider. Ökad efterfrågan på radiologiska undersökningar är nationellt problem. På grund av läkarbrist har vi avtal med extern part för granskning som även de belastas och ger konsekvenser med längre svarstider. Det ställer krav på samverkan och dialoger mellan vårdenheter för att säkerställa rätt undersökning vid rätt tillfälle med rätt utlåtande.

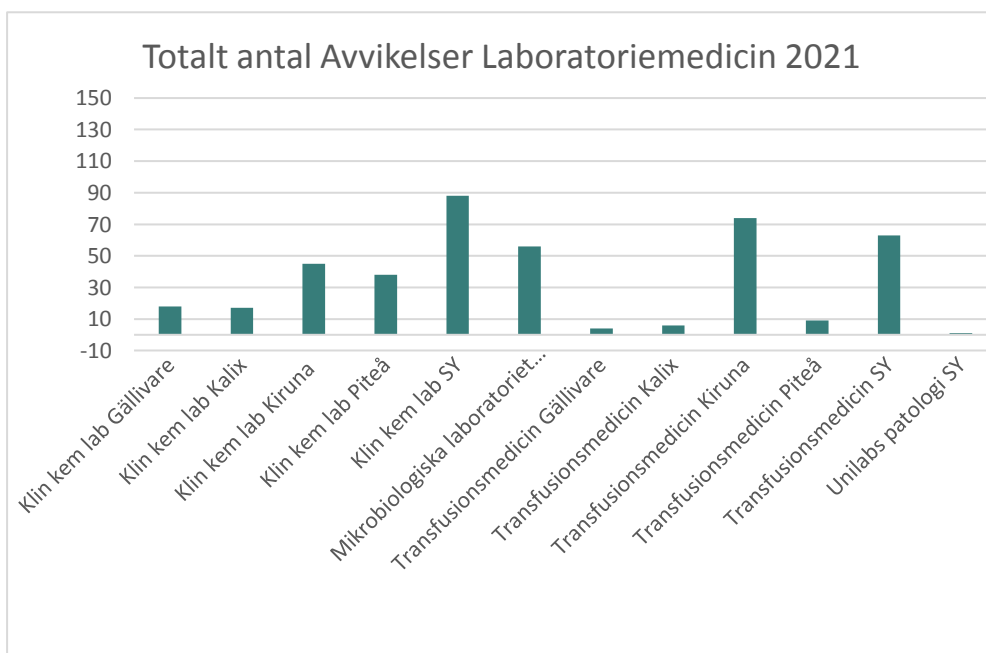


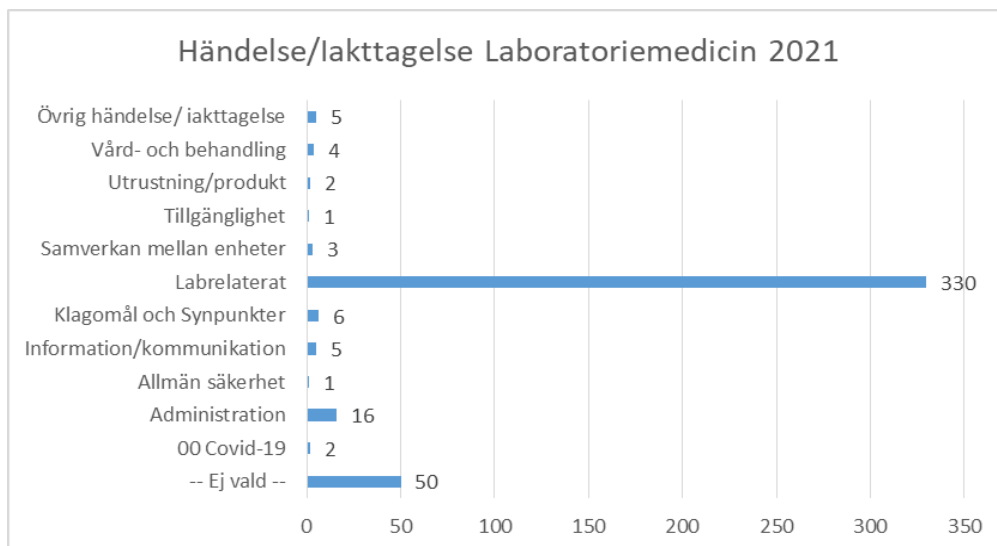
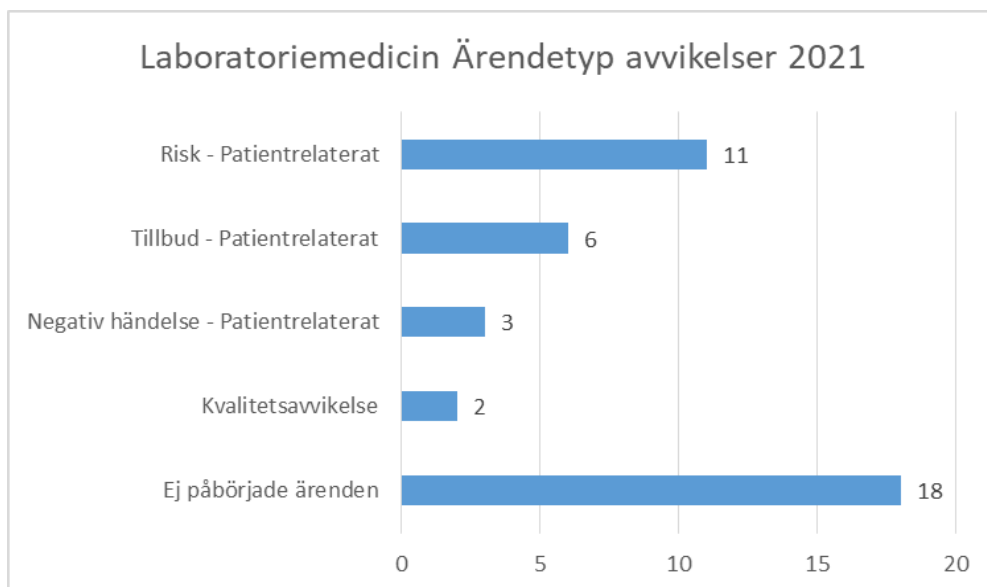


Laboratoriemedicin

Har i VO patientsäkerhetsberättelse detaljerat beskrivet hur de arbetar med säker vård. För fördjupad information hänvisas dit.

- Har ett övergripande internrevisionsprogram som stäcker sig över fyra år. De utför årligen drygt 50 olika interna revisioner. De har granskat lokaler, utrustning samt ledningssystem. Då noterades brister i underhåll av medicinsk teknisk utrustning samt brister i avvikelshantering.
- Genomför regelbundet interna revisioner på samtliga enheter för att säkerställa att kvalitetsledningssystemet tillämpas i praktiken. Avvikelse som hittas vid revisioner ger underlag till förbättring av verksamheten. Genom att kontinuerligt inventera/hantera risker och möjligheter som kan påverka verksamhetens kvalitet och prestanda så minimeras risken för att lämna ut felaktiga provsvar och blodprodukter, vilket skulle kunna leda till felaktiga behandlingsbeslut och vårdskada.





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

Bild och funktion

Under 2021 har arbetet inletts med att ansluta till kvalitetsregister för mammografiscreening. Syfte att utveckla och förbättra.

En händelseanalys där patienten fick en bestående vårdskada har radiologi och specialistvård tillsammans med primärvård och patient arbetat fram nya arbetssätt och rutiner. Bla har en stor expertgrupper jobbat tillsammans och genomfört utbildningsinsatser, handläggningsöverenskommelser har tillskapats samt rutin för egenvård till patient.



An/Op/Iva

- De övergripande målen för 2021 har varit att uppnå vårdgaranti för väntetider till operation samt andra åtgärder. Målet har påverkats av pandemin som bröt ut i mars 2020; av begränsande tillgång till operationssalar samt bemanningsproblem på grund av brist på personal samt omfördelning av personal relaterat till pandemin vilket verksamheten har arbetat med dagligen för att lösa på bästa möjliga sätt.
- Produktions-och kapacitetsplanering har startat inom operation. Här tydliggörs vilka typoperationer som utförs vid vilka operationsenheter. – ”för att uppnå en god kvalitet i vård och behandling är det av största vikt att patienterna får opereras med kunskap, kompetens och erfarenhet där tillgänglighet till operationskapacitet finns”.
- Patientflödet genom hela det operativa flödet har säkrats med egen lokal för de post- operativa patienterna.
- Verksamheten är förberedd på snabb omställning av intensivvården vid en eventuell ”fjärde våg” av pandemin, en eskaleringsplan är framtagen.
- Nya lokaler för IVA är upprättade och här har planeringen med bemanning och arbetssätt pågått under året.

Laboratoriemedicin

- Samtliga anställda har fått utbildning i synergi och avvikelshantering och tillämpar Region Norrbottens anvisning för Systematiskt patientsäkerhetsarbete och Avvikelsehantering.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål inkommer via webben, funktionsbrevlåda, eller att personalen rapporterat in klagomålet. Klagomål kan även inkomma via patientnämnden PaN eller från Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Alla klagomål ska sammanställas och analyseras enligt regional anvisning. Återkoppling ska ske samma dag till den som skickat in klagomålet. Klagomålet ska tas om hand inom en vecka och verksamheten har 30 dagar på sig att besvara klagomålet. Klagomålet ska besvaras via brev eller telefonkontakt. Tidigare har behandlingstiden varit satt i Regionen till 60 dagar

PaN ärenden för Division funktion är 5 stycken för 2021

Verksamhet	Huvudproblem	Delproblem	
BFM	5. Ekonomi	5.1 Patientavgifter	patient vill makulera faktura
An/Op/IVA	4. Dokumentation och sekretess	4.1 Patientjournalen	Patient ser att det finns felaktig dokumentation i hens journal
BFM	3. Kommunikation	3.1 Information	Patient anser att det finns brister i kommunikation gällande avbokning av tid från rtg -enheten
An/Op/IVA	3. Kommunikation	3.4 Bemötande	patient upplever sig illa bemött
BFM	1. Vård och behandling	1.1 Undersökning/bedömning	patienten inkommer med synpunkter gällande bedömning och råd vid ultraljudsundersökning av häl.

I fyra av fem PaN ärenden så har patienterna fått svar från verksamheterna.

Laboratoriemedicin förmedlar följande angående klagomål.

Klagomål behandlas vid metod- och kvalitetsgruppmöten, alternativt arbetsplatsträffar, och vidtagna åtgärder rapporteras och följs upp vid lämpliga forum, vanligtvis arbetsplatsträffar. Verkan av vidtagna korrigerande åtgärder ska granskas vid större rutinförändringar, för att kunna avgöra om vidtagen åtgärd haft avsedd effekt. Enhetschef och medarbetaren som ansvarat för rutinförändringen ansvarar för uppföljningen.

Transfusionsmedicin, Sunderby sjukhus, har registrerat tre klagomål under år 2020:

1. För lång leveranstid av traumapack till akuten, enligt kunden.

Missförstånd på grund av bristande kunskap. Efter händelsen tog enhetschef och teamledare kontakt med akuten och aktuell rutin förtydligades. Detta har ökat förståelsen för varandra samt för-bättrat samarbetet mellan enheterna.

2. För lång leveranstid av blod från Sunderbyn till Kalix.

Normalt ska det inte ta längre än 45 minuter att analysera aktuella prover inför blodbeställning men i detta fall krävdes ytterligare utredning för att säkerställa blodgruppen. Det var samtidigt mycket att göra inne på kem-lab, vilket kan vara en bidragande orsak till fördröjningen. Vikten av att prioritera blodbeställning under jour-tid har diskuterats i arbetsgruppen.

3. Leverans av trasig plasmapåse.

Personalen på blodcentralen har inte inspekterat påsen tillräckligt innan utlämning. Teamledaren har pratat med berörd personal som arbetade aktuell natt och diskuterat avvikelser i arbetsgruppen.

Riskhantering

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 patientsäkerhets-sammanhang beskrivs detta som resiliens.

Risikanalys

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

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

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



Gemensamt:

Enheterna genomför dagliga planerings- och avstämningsmöten och använder Gröna korset. I samband med dessa diskuteras de risker och händelser som inträffat under dagen. Beslut tas om händelserna ska hanteras som förbättringsförslag eller om de ska betraktas som avvikelser. Personalen rapporterar avvikelser som medfört, eller hade kunnat medföra, vårdskada i avvikelshanteringssystemet.

En riskanalys utförs när nya arbetssätt/-metoder införs, vid organisationsförändringar och när verksamheten upptäcker risker som kan medföra fara.

Bild och funktion

Har genomfört riskanalys:

- Inför sommaren
- Nytt arbetssätt med sköterskor som bedömer MR remisser
- Tillfälliga personalscheman
- Nya/förändrade lokaler

Laboratoriemedicin

Har utfört en rixinventering gällande partiskhet.

Under senaste genomgången följdes tre av fem identifierade risker upp:

- Förtroendeskadliga bisysslor
- Partisk klagomålshantering
- Partisk internrevision

Riskinventeringarna följs upp årligen

Arbetar ständigt med att hantera risker och möjligheter som kan påverka verksamhetens kvalitet och prestanda. Syftet är att minimera risken för att laboratoriet lämnar ut felaktiga provsvar och blodprodukter, vilket skulle kunna leda till felaktiga behandlingsbeslut och vårdskada.

Under föregående år undersöktes riskerna relaterade till ett stort antal förändringar. Samtliga analyser resulterade i handlingsplaner.

An/Op/IVA:

Har under året inventerat och åtgärdat risker kopplade till Pandemin, organisationsförändring, nya lokaler och bemanning.

Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden?

Divisionen utför kontinuerligt HLR utbildningar, Proact-utbildning, MR säkerhetsutbildning samt Strålskyddsutbildning till berörda medarbetare.

För att öka riskmedvetande hos personal har Gröna korset införts.

Daglig avstämning av identifierade risker sker på enheterna och beslut tas gemensamt i personalgruppen. Information och implementering om ledningssystemet pågår

För att minska trycksår har utbildningsinsatser, arbetssätt tagits fram och dokumentationen förtydligats. Utbildningsinsatser kring ny medicinskt teknisk utrustning är gjord. För att minska antalet vårdrelaterade infektioner pågår ett arbete med att synliggöra och stärka hygienobservatörernas roll.

Ett nytt ledningssystem för patientsäkerhet är framtaget i regionen. Syftet är att det ska implementeras och hjälpa enheterna att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra deras verksamhet.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Bild och funktion

Efterfrågan på Bild och- funktionmedicins undersökningar och behandlingar har ökat kraftigt. Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Efterfrågan på Bild och funktionmedicins undersökningar och behandlingar har ökat kraftigt.

Vi behöver skapa dialoger och forum med remitterter, fortsätta utveckla Röntgenhandbok för att skapa möjligheten att ”rätt” patienter undersöks och minska väntetider till undersökning.

Vi behöver arbeta med att bemanna/rekrytera, kompetensutbilda men även se över/förbättra arbetssätten.

Förbättra resultaten gällande följsamhet till BHK

Skapa ett säkerhetshjul inom Bild och funktionsmedicin

Ta fram och genomföra en medarbetarutbildning som bidrar till trygga och självständiga medarbetare.

Etablera fasta mammografiscreeningenheter. Införa individ anpassad screening. Minska mammografiscreening intervaller som i dag är långa pga pandemi och bemanningssvårigheter.

Fortsätta arbetet med gröna korset och utveckla Gröna brevet.

Forum för MR säkerhet.

Laboratoriemedicin

Utifrån analys av året som gått – reflektera över kommande utmaningar. Ange mål, strategier, planerade åtgärder och aktiviteter samt vilken egenkontroll som behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Vi ser ett behov av att ta fram ett uppdrag som Blodkoordinator för Laboratoriemedicin. Som blodkoordinator ska man ha ett helikopterperspektiv över tillgång och efterfrågan på blodprodukter.

Tillgången kan förändras snabbt och då måste rätt åtgärder sättas in. Målet är att vi ska vara självförsörjande på blod och då behöver vi vara flexibla inom vår tappningsverksamhet i hela länet.

Vi behöver färdigställa den digitala lösningen för hantering av interna revisioner i Centuri. I dagsläget används pappersblanketter vid revision, vilket upplevs som svårhanterligt och ineffektivt. Det är också svårt att följa upp revisioner med dagens arbetssätt.

Vi behöver utföra grundligare orsaksanalyser vid handläggning av avvikelser och klagomål (synergier). Uppföljningen av synergier ska också utföras mer systematiskt, för att kunna studera effekten av vidtagen åtgärd.

Vi ska även se över återkommande avvikelser från interna revisioner och utreda dessa, samt synliggöra rutinen för "Avvikande laboriearbete". Då laboratoriet i framtiden vill öka andelen ackrediterade metoder behöver vi även få en ökad förståelse för processen "Utökad ackreditering".

Egenkontrollen fortlöper enligt fastställt revisionsprogram. Programmet uppdateras löpande vid exempelvis utökning av ackreditering eller någon händelse föranleder särskild granskning.

(Mål för 2022 tar vi fram vid ledningens genomgång i februari)

Men de kommande årens mål och strategier är ju sammanfattade i VPn. Kanske vi kan klippa in bilden över kommande projekt?

An/Op/Iva

Implementering av ledningssystemet för patientsäkerhet.

Fortsatt planeringen för nya IVA med bemanning och arbetssätt på IVA

Implementering av ny medicinskteknisk utrustning pågår och kommer att pågå under 2022 när nya lokaler och utrustning tas i bruk vid Sterilcentralen och IVA i Sunderbyn.

Stabilisering av bemanning, utbildning och kompetenser fortgår.

Fortsatt planering att återgå till normal verksamhet inom An/Op/IVA. Där stora delar är kopplat och beroende av pandemins påverkan på intensivvården och den omfördelning av kompetenser och bemanning som behövs för Att säkra patient IVA vården i Länet.

Beredskap för att öppna Covid IVA i SY på plan 2 med 4 vpl inom 48 tim (fullutrustade platser) plats 6-8 går att iordningsställa därefter.

Eskaleringsplan för fjärde vågen covid är framtagen.

Samarbetet med opererande kliniker för att öka tillgängligheten till operation.

Pågående arbete med att säkra upp bra patientflödet genom hela det operativa flödet med egen postop lokal för de post operativa patienterna, delas inte längre med IVA patienter/traumapatienter från årsskiftet.