

Patientsäkerhetsberättelse För Division Funktion År 2023



Inledning

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

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

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

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

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



Källa:

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

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Informationssäkerhet.....	7
Strålskydd	8
En god säkerhetskultur.....	8
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	10
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador	12
Tillförlitliga och säkra system och processer	14
Säker vård här och nu.....	15
Riskhantering.....	15
Stärka analys, lärande och utveckling	16
Avvikelse	16
Klagomål och synpunkter	17
Öka riskmedvetenhet och beredskap	17
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	18

SAMMANFATTNING

Året 2023 har divisionens verksamheter haft fortsatta svårigheter med bemanningen och inhyrd personal har använts i hög utsträckning inom 2 av divisionens enheter.

Under året så påbörjades förarbetet med att införa ett nytt journalsystem, cosmic i regionen.

Detta arbete har krävt arbetsinsatser från vårdpersonalen under hösten och under våren 2024 kommer det att bli en stor påverkan på vården och många processer kommer få stå tillbaka och vården kommer behöva prioritera vad som måste göras och vad som kan vänta pga. införandet. Detta kommer mest troligt att påverkat insatserna för patientsäkerhetsarbetet.

Antal avvikelser som inkommit under året är nästan identiskt mot föregående år, endast en marginell ökning ses.

Divisionen har satt ett gemensamt mål för alla verksamheter att fortsätta arbeta med och utveckla Gröna korset. Inom vissa verksamheter finns redan bra grunder medan vissa behöver en viss omstart. Att hitta risker för vårdskador och arbeta proaktivt är ett av de viktigaste områdena för att undvika vårdskador som i sig ökar belastningen på vården.

Covid vården är numera en integrerad del av den ordinarie intensivvården och man har under året succesivt ökat antalet IVA platser med bibehållet krav på att den vård som bedrivs ska vara av hög kvalitet, patientsäker och för medarbetarna en god arbetsmiljö. Man har även haft fokus på personcentreradvård med tvärprofessionellt engagemang.

Under hösten 2023 har verksamheten Bild och funktionsmedicin anställt en kvalitetsledare som ska arbeta med att planera, genomföra och följa upp kvalitetsfrågor bland annat säkerhetsfrågor. Det har gjorts olika rekryteringsinsatser i form av medverkan på rekryteringsmässor och rekryteringsfilmer för att locka personal till verksamheterna.

Laboratoriemedicin har under året, enligt rutin, blivit inspekterade av Swedac, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Läkemedelsverket och läkemedelsbolaget Octapharma, för att säkerställa bland annat kvalitet i blodverksamheten. Verksamheten har även implementerat en ny rutin i GMP-verksamheten, så kallad change control (förändringskontroll), vilken syftar till att säkerställa att planerade förändringar inte innebär en risk för försämrad kvalitet.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

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

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

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

De övergripande patientsäkerhetsmålen tar sin utgångspunkt i Regionfullmäktiges strategiska plan som via regionstyrelsens mål mynnar ut i Patientsäkerhetsplanen och handlingsplaner som ligger till grund för respektive Divisions- och verksamhetsplaner. Regionen har ett specifikt utformat ledningssystem för patientsäkerhet, vilket ska anpassas och användas i verksamheterna för att utveckla och säkra kvalitetsmålen.

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

Övergripande mål för Regionen 2023

- Andelen vårdskador, slutna somatisk vård under 5 procent.
- Vårdrelaterade fallskador ska minska med 20% jmf 2022.
- Vårdrelaterade infektioner (VRI) under 4%.
- Trycksår ska ligga under 10 %.
- Följsamheten till basala hygien- och klädrutiner (BHK) 100 procent.

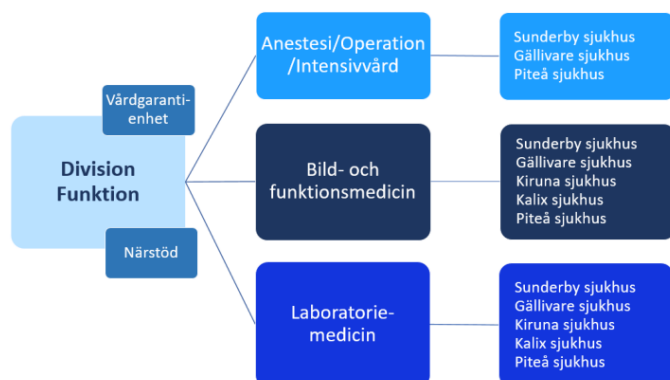
Divisionspecifika mål 2023

- Arbeta för en hög tillgänglighet och effektiva flöden genom standardisering, planering och optimering av resursutnyttjande för divisionens verksamheter.
- Fortsatt arbete och utveckling av Gröna Korset för att synliggöra risker för vårdskador.
- Utveckla arbetssätt och rutiner för intensivvården i länet.
- Utveckla Patient Nära Analyser (PNA) för att erbjuda diagnostik närmare patienten.
- God tillgänglighet till VO Bild och funktionsmedicins modaliteter
- Installera blodinkubatorer på Kiruna, Kalix och Piteå sjukhus för snabbare upptäckt och behandling av sepsis.
- Överta patologiverksamheten från extern part
- Delta i alla relevanta lokala och regionala programområden (LPO respektive RPO)

Organisation och ansvar

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

Division Funktion omfattas av verksamhetsområdena Anestesi, operation och intensivvård (An/Op/IVA), Bild och funktionsmedicin (BFM), Laboratoriemedicin (Lab) samt enheten för Vårdgaranti.



Division Funktion har basuppdraget att serva övriga divisioner med diagnostik inom Bild- och funktionsmedicin, Laboratoriemedicin, operationsresurser och divisionen ansvarar även för att leverera avancerad intensivvård till patienterna.

Divisionen har även en vårdgaranti-enhet som har till uppdrag att hjälpa patienter att få vård i tid, särskilt om regionen inte själv kan erbjuda vård enligt vårdgarantin.

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

Regionen har en Patientsäkerhetsstrategi och Lex Maria-läkare som driver patientsäkerhetsfrågorna.

Divisionernas kvalitetsansvariga deltar i Lokal samverkansgrupp (LSG) patientsäkerhet.

Divisionschefen är ytterst ansvarig för att patientsäkerhetsarbetet tillämpas i verksamheten. I divisionens Närstöd finns verksamhetsutvecklare som stödjer cheferna i bland annat händelseanalyser.

Verksamhetsområdeschefer/verksamhetschefer har ansvaret för planering, ledning, styrning och egenkontroll. De ansvarar tillsammans med övriga chefer för att ta fram läns-/klinikgemensamma rutiner och regler, uppföljning och utvärdering. Enhetscheferna ansvarar för att driva, leda och följa upp patientsäkerheten i den dagliga verksamheten. Varje enhet har en avvikelseansvarig. Medarbetarnas roll är att identifiera, åtgärda samt rapportera risker och vårdskador.

Inom verksamhetsområdet An/OP/IVA finns utöver utsedda avvikelseansvariga en medicinsk ledningsansvarig läkare som är ansvarig för avvikelser av medicinsk karaktär. I rollen medarbetare ingår också att delta i händelseanalyser som berör verksamhetsområdet.

Inom verksamhetsområdet Lab finns ett särskilt framtaget ledningssystem som verksamhetscheferna ansvarar för. Kvalitetsledare ansvarar för laboratoriernas revisionsprogram och interna revisorer ansvarar för att utföra interna revisioner (egenkontroll) men även för gemensamma rutiner och regler för patientsäkerhetsarbete. Inom GMP-verksamheten, Good Manufacturing Practice finns också organiserat sakkunnig person godkänd av läkemedelsverket, som ansvarar för att framställning, förvaring och distribution av blod och blodkomponenter uppfyller krav för god tillverkningssed. Både inom laboratoriemedicin och Bild- och funktionsmedicin finns metod/analys ansvariga specialistläkare. Inom verksamhetsområdet Bild- och funktionsmedicin har man även anställt en

kvalitetsledare som ska arbeta med att planera, genomföra och följa upp kvalitetsfrågor som bland annat säkerhetsfrågor.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Divisionen arbetar internt och externt med kunskapsstyrning med stöd av Nationellt kliniskt kunskapsstöd, nationella vårdprogram samt personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. För de standardiserade vårdförlopp för flera diagnoser finns tydligt beskrivet hur verksamheterna ska kontaktas och hur de ska agera. Röntgenremitter markeras för just sådana vårdförlopp för att kunna prioriteras utifrån överenskommelserna.

Flera forum finns bildade för att stärka samverkan och utveckling men även handha praktiska frågor som berör flera verksamhetsområden.

Inom STOF, strategiskt taktiskt operationsforum deltar An/Op/IVA i löpande pulsmöten mellan ansvariga för vårdavdelningar och akuten för att underlätta samverkan och operationsplanering. Inom STOM, strategiskt omvårdnadsforum finns påbörjat ett samarbete kring förebyggande av vårdskador. Representanter från divisionens verksamhetsområden deltar vid dessa möten. Även ett specifikt röntgenforum har bildats tillsammans med till klinikremittenterna. Det ökar samverkan och förståelse för Bild- och funktions medicins tjänster. Dessutom får verksamheten löpande information om klinikernas utveckling och därmed eventuella förändrade behov av röntgentjänster.

Samverkan sker kontinuerligt mellan Bild- och funktionsmedicin och enheten för strålfysik för optimering inför införandet av nya undersökningar samt ständiga förbättringar gällande stålningshygien.

Inom Laboratiemedicin hålls det kontinuerliga kunddialoger med laboratoriets beställare. Kunddialogen sker övergripande på ledningsnivå och hålls gällande volym, servicenivå, svarstider, sortiment, transporter och kvalitet. Dialogerna har även i år inte utförts i samma omfattning som tidigare på grund av bemanningsproblem.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

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

Information om tystnadsplikt tas vid alla nyanställningar, studenter och liknande anställningar med påskrift av sekretessbevis. Det görs också för externa konsulter, leverantörer med flera som ska besöka verksamheterna. Behörigheter till journalsystem är tidsbegränsade och anpassade utifrån befattning. Utökad behörighet beslutas och beställs av verksamhetschef. Detta sker till exempel vid utredningar av speciella händelser. Loggkontroller görs på begäran av patienter och oregelbundna kontroller görs av verksamhetsföreträdare. Hänsyn tas till GDPR i berörda fall och register som skapas.

Inom verksamhetsområdet An/OP/IVA har tvärprofessionella introduktionsdagarna för alla nyanställda tagits fram där man för en dialog och information om vikten av tystnadsplikt, aktivitet vid sociala medier, inloggning/utloggning i regionens nätverk samt begäran om loggkontroller från patienter samt att loggar utförs årligen. Även filmer i ämnet visas. Kontroll av legitimation utförs av nyanställningar samt referenstagning via IVO.

Även inom Lab behöver alla som anställs som Biomedicinska analytiker visa upp intyg från Socialstyrelsen.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

BFM följer den nationella utvecklingen och arbetar med att övergå mer från röntgenstrålning metoder till undersökningar med magnetkamera. Verksamheten utför kontinuerliga byten av apparatur vilket ofta bidrar till bättre bilddiagnostik och i vissa fall lägre stråldoser. Strålfysiks medarbetare är starkt knutna till verksamheten i en ständig dialog. Under 2022/2023 har Nukleärverksamheten flyttat till nya lokaler. Strålskydd har varit delaktiga i processerna med att utforma både lokaler och rutiner. Läkemedelsverket har genomfört inspektion av s.k. hotlabb under hösten 2022, handlingsplan med åtgärder utformades därefter. På BFM har man fortsatt att göra reklam för den webbaserade utbildningen ”Den perfekta röntgenremissen”. Utbildningen vägleder även till Röntgenhandboken i VIS. Båda till stöd för att säkerställa att patienten får rätt undersökning i rätt tid med rätt utlåtande. Strålskydd har en stående punkt i det årliga skyddsrondsarbetet inom både BFM och An/Op./IVA.

En god säkerhetskultur

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



Divisionernas verksamheter följer Regionens handlingsplan för patientsäkerhet och har deltagit i årets beslutade aktiviteter till exempel Nationella punktprevalensmätningar. Under året har verksamheterna deltagit i ppm mätning för BHK och trycksår.

Divisionen arbetar löpande med patientsäkerhetsfrågor genom att ha kvalitet och patientsäkerhet på agendan på divisionsledningsmöten likväl som att man på enhetsnivå har det som en stående punkt på arbetsplatsträffar. Alla verksamheters resultat för mätning och följsamhet inom BHK presenteras och följs månadsvis på divisionens ledningsmöten. Genom att efterfråga verksamheternas resultat på återkommande verksamhetsdialoger stärks fokus på patientsäkerhet. I dagsläget har verksamhetsområdet AN/OP/IVA samt BFM:s alla enheter hygienombud och kan på så vis bedriva månadsmätningar gällande BHK.

De årliga PPM mätningarna tas om hand av verksamhetsutvecklare som bearbetar resultatet och tar det vidare till divisionschef och till berörda verksamheter för vidare analys.

Verksamheternas enheter har dagliga pulsmöten, där medarbetare deltar med reflektion och bedömning av patientsäkerhetsincidenter via Gröna korset. Vid pulsmötet sorteras patientsäkerhetsfrågorna till Synergi, förbättringsarbete och tekniska problem. Varje månad delges en sammanställning till alla medarbetare i Gröna brevet. Brevet tar upp en sammanställning av Gröna korset, avvikelser med åtgärder, förbättringsarbeten, IVO ärenden, patientklagomål mm för att skapa en kunskapsspridning och ett lärande.

Det ges tid för medarbetare att delta i händelseanalyser som berör verksamhetsområdet och där fler kliniker är inblandade i vården. Det ger ett lärande som tas tillbaka till respektive verksamhet.

På Lab görs en årlig sammanställning av avvikelser och klagomål, vilka redovisas och utvärderas vid ledningens genomgång. Laboratoriemedicins verksamhet är ackrediterad och granskas regelbundet av SWEDAC, IVO och läkemedelsverket, vilket stärker verksamhetens säkerhetskultur.

Adekvat kunskap och kompetens

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



Patientsäkerheten har även under 2023 påverkats av bemannings problematik. Biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor är mycket svårrekryterade personalkategorier, vilket påverkar verksamheterna i stor omfattning. Behovet av inhyrd personal har fortsatt varit stort inom verksamheterna An/Op/IVA och BFM och inhyrd personal möjliggör inte samma bidrag till enhetens systematiska patientsäkerhetsarbete i samma omfattning som fast anställd personal.

När medarbetare anställs kontrolleras om legitimation finns mot den yrkeskompetens som behövs för utförandet. En bedömning görs också vilken utbildning och kompetens som medarbetar redan har för att kvalitetssäkra en bra introduktion.

Introduktion och handledning anpassas individuellt. Kompetenskrav ställs också gällande inhyrd personal, introduktioner och att man schemalägger ordinarie personal med inhyrd.

An/Op/IVA har fortsatt satsat på såväl nya som erfarna medarbetare genom kompetenshöjande insatser så som:

- specialiserad undersköterskeutbildning inom Anestesi Operation Intensivvård
- påbyggnadsutbildning inom intensivvård för intensivvårdssjuksköterskor
- Uppdragsutbildning inom postoperativ vård
- tvärprofessionell utbildning till Simuleringsinstruktörer, tvärprofessionella övningar.
- utbildning inom donation, DCD
- utbildning inom neonatal intensivvård för anestesiläkare
- Utbildning av fler HLR instruktörer för att kunna genomföra utbildningar mot andra kliniker.
- **Chefer och med ledare har genomgått ett gemensamt utvecklingsprogram i ledarskap**

Det genomförs regelbundna och gemensamma utbildningar inom ProAct med övriga IVA/IVAK enheter i länet. ProAct är en utbildning för sjukvårdspersonal vars målsättning är att utbilda och höja medvetandet och vården av den akut sjuka patienten, oavsett var i vårdkedjan denne befinner sig. Huvudinstruktören ingår i styrelsen för ProAct och medverkar till att ständigt utveckla Proact konceptet.

God handledning och mentorskap har utvecklats i samarbete med LTU och genom de rotationstjänster som är mellan LTU och kliniken.

BFM:

Röntgenhandboken i VIS, vårdens informationssystem ger information till medarbetare och remittenter för att säkerställa att patienten får rätt undersökning i rätt tid med rätt utlåtande.

BFM har en organisation med processledare och länsansvariga röntgensjuksköterskor samt superanvändare som ansvarar för utveckling och förbättring av olika områden/modaliteter. Med läns gemensam granskningslista samordnas läkarresurserna och patienten får svar utifrån angelägenhetsgrad och inte utifrån vilken ort patienten undersökts.

Man har fortsatt med kompetensväxling dels med utbildning av ytterligare en sonograf, men även fler undersköterskor i verksamheten. Virtuellt cockpit (fjärrstyrning) av MR kamera fortsätter vara en resurs i kompetensutveckling gällande MR undersökningar

Verksamheten har rekryterat en kvalitetsledare, som har sin uppgift att hålla ihop och följa upp verksamhetens kvalitet.

Lab:

Alla nya medarbetare genomgår utbildning för att få behörighet att utföra analyser och kan inte arbeta ensam utan handleds av en behörig kollega. När medarbetaren behärskar analysen/ instrumentet utfärdas ett behörighetsbevis. Alla medarbetares kompetens utvärderas regelbundet genom genomgång av behörighetsbevis vid utvecklingssamtal. Det utgör grunder för vårt arbete med kvalitet, trygghet och patientsäkerhet. Laboratorierna har en 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.

Under året har specialistundersköterskor utbildats och anställts i verksamheten.

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 §

Samverkan med patienter och närstående sker i form av, patient- och närståendemöten, patientenkäter, inkommande klagomål och deltagande i händelseanalyser. Vid vårdskada erbjuds intervju med patient/närstående. Efter händelseanalys är genomförd sker återkoppling. Vid klagomål kontaktas eller återkopplas patient/närstående via telefon och/eller brev.

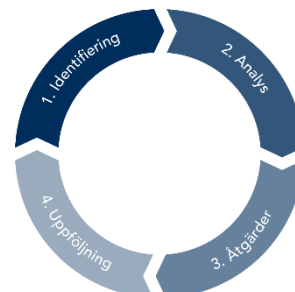
Efterfrågan på röntgenundersökningar har varit fortsatt hög, via kallelser har patienter informerats om vikten av att komma på utsatt tid samt förhållningsätt vid besöket pga. pandemi. Det finns en plattform för SMS påminnelse inför röntgenundersökningar som möjliggör påminnelse för fler undersökningstyper. Båda dessa förändringar har medfört bättre förberedda patienter och färre avbokningar på kort varsel. Självvincheckningsterminal är införd inom BFM:s verksamhet, vilket har gett kortare köer i receptionen då många patienter kommer samtidigt. Verksamheten för också en dialog med vissa patienter och omfördelar dessa mellan sjukhus för att öka tillgänglighet.

På An/OP/ IVA har en ny rutin/arbetsätt, PIG (post intensivvårdsgrupp) införts där Iva personal gör uppföljande besök av IVA patienter som skrivit ut till vårdavdelningen. Detta för att på ett strukturerat sätt identifiera riskfaktorer samt sätta in tidiga åtgärder och på så vis förbättra patientsäkerheten för patienter som skrivs ut från IVA till vårdavdelning

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.



Egenkontroll i divisionen fokuserar på regionens strategiska mål samt patientsäkerhetsmål. Divisionen följer och rapporterar på divisionsnivå. Verksamhetsspecifika mål följs upp och återkopplas i linjeorganisationen och vissa redovisas i respektive verksamhets patientsäkerhetsberättelse. Lab har ett eget internrevisionsprogram för egenkontroll och utför ca 40st interna revisioner per år. I dessa ingår utöver metoder, dokumentation även granskningar av lokaler, utrustning medicinsk teknik samt ledningssystem.

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 systematiska patientsäkerhetsarbetet	1 gång per år	Se särskilda checklistor	
Avvikelser	1 gång per år	IT-stödet Synergi för avvikelshantering	
Vårdskador	1 gång per år och per halvår görs en uppföljning	Markörbaserad journalgranskning på regionövergripande nivå	
	1 gång per år i patientsäkerhetsberättelsen	IT-stödet Synergi för avvikelshantering	
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	Nationella PPM-databasen	
Vårdpreventivt arbetssätt, riskbedömningar och förebyggande åtgärder	Kontinuerligt riktad mot daglig styrning inom slutenvården	Uppföljningsportalen, datalagret	
	- Fall - Trycksår	3 gånger per år övergripande nivå	Uppföljningsportalen, datalagret
		1–2 gång per år	Nationell PPM-databas
Patientenkäter	Enligt nationell överenskommelse 1–3 per år	Nationell databas NPE	
Avvikelshanteringsprocessen	1 gång per år i patientsäkerhetsberättelsen	IT-stödet Synergi för avvikelshantering	
- Handläggningstider - Ärendetyp			
Lex Maria	1 gång per år i patientsäkerhetsberättelsen	IT-stödet Synergi för avvikelshantering	
Klagomålsprocessen	1 gång per år i patientsäkerhetsberättelsen	Patientnämnden	

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Riskhantering - Antal genomförda analyser	1 gång per år i patientsäkerhetsberättelsen	IT-stödet Synergi för avvikelshantering.
Händelseanalys - Antal genomförda	1 gång per år i patientsäkerhetsberättelsen	IT-stödet Nitha för händelseanalys hantering

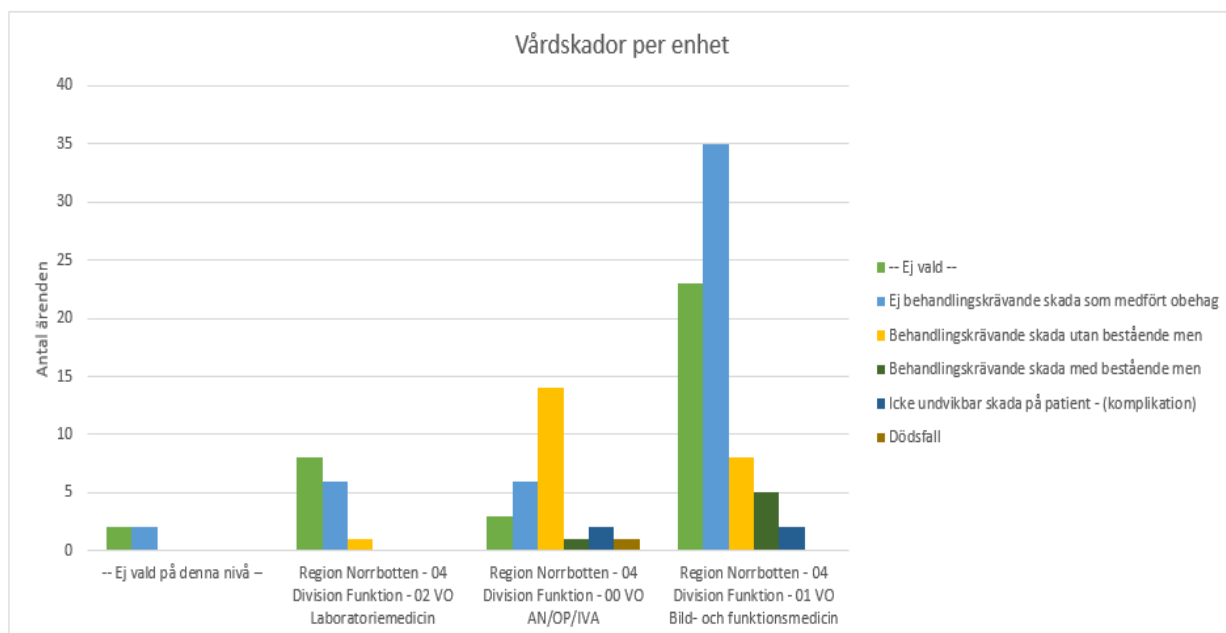
Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

Vårdskador som utreds identifieras huvudsakligen från avvikelshanteringssystemet. Inkomna klagomål registreras i systemet, handläggs och bedöms om det är en vårdskada. Vid vårdskador bedömer verksamhetschefen om internutredning eller händelseanalys ska göras och kan konsultera Lex Maria läkare. Divisionens resultat för 2023 gäller alla vårdskador oavsett öppen eller sluten vårdform. Av de inrapporterade avvikelserna finns 120st vårdskador registrerade och av dessa finns ett dödsfall. Ej behandlingskrävande skada som medfört obehag är den mest återkommande vårdskadan. Flertalet av avvikelserna återfinns inom verksamhetsområdet Bild- och funktionsmedicin, vilket också är det verksamhetsområde som har det största flödet av genomströmmande patienter.



Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd
VRI (ppm)	0	0	Ej gjorts några mätningar 2023	Ingen åtgärd	Ingen uppföljning då det inte finns någon data.
Trycksår (ppm)	0	1	För lite data för att göra en djupare analys	Tryckavlastande omvårdnadsåtgärder	Ingen uppföljning pga. för lite data.

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, BHK

Mål: 100 % följsamhet samt att öka antalet mätningar för respektive verksamhet.

Resultat och analys:

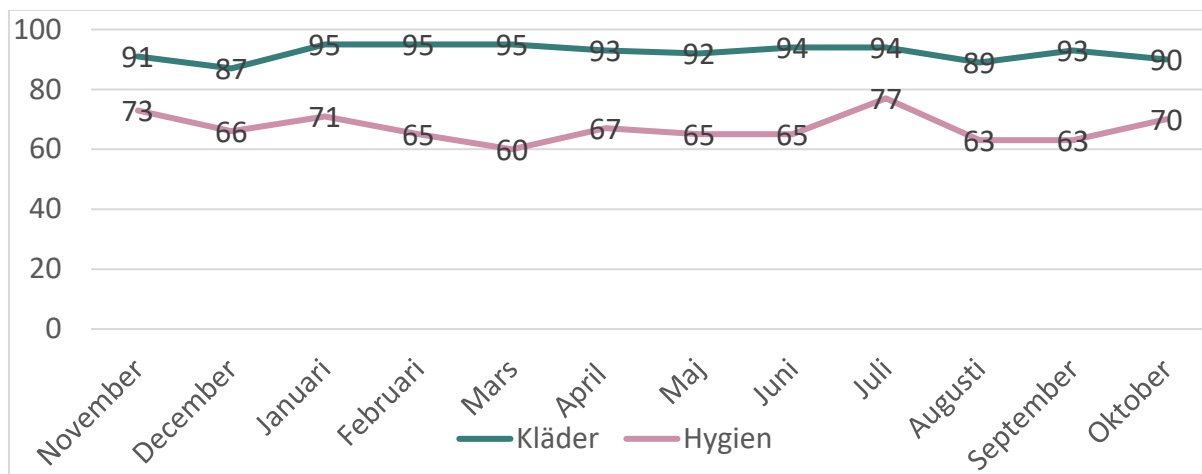
Division funktions, exklusive laboratoriemedicin, gemensamma månads resultat för följsamhet till basala hygien- och klädregler syns i nedanstående bild som är ett utdrag ur den lokala databasen. Här ingår även resultatet från den nationella PPM mätningen. Divisionens mål är 100 % följsamhet vilket inte uppnås. Följsamheten till samtliga klädregler inom division Funktion ligger på 96,5 procent, vilket är liknande resultat jämfört med föregående mätning 2022 då resultatet låg på 96,25 procent. Följsamheten till samtliga hygienrutiner i denna mätning ligger på 64,5 procent vilket är ett något bättre resultat jämfört med 62,8 procent mätningen 2022 Det gemensamma resultatet på PPM mätningen för 2023 är 63 % följsamhet på samtliga hygien- och klädregler, vilket är en liten ökning jämfört med 2022 då resultatet låg på 61%

Det gemensamma BHK resultatet från månadsmätningarna för perioden November 2022 - oktober 2023 ligger på 64% och påverkas av att An/Op/IVA har låg följsamhet medan BFM har relativt god följsamhet.

Inom anestesi-operation och intensivvården (An/Op/IVA) ligger följsamheten för alla BHK regler på 52 % medan bild- och funktionsmedicin (BFM) har en följsamhet på 81 %. Det är främst hygienreglerna som sviktar inom båda verksamhetsområdena.

Antalet inrapporterande enheter har under året legat på 80 - 90 %.

Det har arbetats mycket med BHK under året. Resultatet redovisas månadsvis till alla medarbetare på arbetsplatsträffar inom respektive verksamhetsområde.



Diagrammet är baserat på resultat från november 2022-oktober 2023.

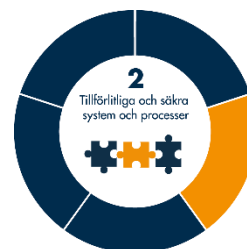
Åtgärd: Månadsresultaten redovisas på alla divisionsledningsmöten. På Bild- och funktionsmedicin diskuteras resultatet på ledningsgruppsmöten, på arbetsplatsträffar samt i Gröna brevet. Åtgärder har bestått av information på APT, aktiviteter som utbildningsfilm och utbildning/ genomgång av BHK regler samt broschyr till medarbetare.

Verksamhetsområdet An/OP/IVA har intensifierat sitt arbete inom BHK områden under hösten 2023.

Åtgärd: Intensivt och kontinuerligt arbete för att nå målet.

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.



Avvikelsehanteringsprocessen

Vissa verksamheter har tagit fram ett för verksamheten anpassat ledningssystem för patientsäkerhet vilket visualiseras genom intranätet. Det underlättar för medarbetare att göra rätt. Rutiner för Gröna korset, handläggning vid vårdskada, avvikelsehantering och klagomålshantering finns lätt åtkomliga för alla inom verksamheten. Patientsäkerhet är en ståendepunkt vid ledningsmöten, där BHK, risker, avvikelser, klagomålshantering går igenom. På puls- och förbättringsmöten fördelas upptäckta risker, åtgärder tas fram och återförs till arbetsplatsträffar.

På BFM sammanställs Gröna korset varje månad i s.k. Gröna brevet där avvikelser med åtgärder och förbättringsförslag från alla enheter redovisas. Gröna brevet fångar även upp trender/risker som kommuniceras till alla medarbetare i länskliniken

Metodvalidering är på Laboratoriemedicin en av de arbetsprocesser som utförs i samband med metodförändringar. Här finns utsedda metodansvariga och de godkänns av medicinsk ansvarig läkare. Samverkan med IT/MT- stöd görs vid validering av systemdelar, mjuk- och hårdvara.

I och med den nya versionen av IT-systemet för avvikelsehantering har det blivit enklare att ta ut statistik och på så vis lättare att visualisera för verksamheterna.

Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd
Avvikelsehanteringsprocessen Avvikelser ska i normalfallet handläggas inom 30 dagar	Uppfyllt till ca 42 %	En stor spridning av hanteringen ses i statistiken	Uppföljning. Utbildning i avvikelssystem. Information	Ska följas i regionensrapporter och i patientsäkerhetsberättelsen

Säker vård här och nu

Hälsa- 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

Inom BFM är efterfrågan på radiologiska undersökningar fortsatt stor, framför allt datortomografi och magnetkameraundersökningar fortsätter att öka. Orsaken till det ökade efterfrågan är bland annat bristen på vårdplatser, fler äldre och sjuka patienter, samt ett ökat behov av kontroller. Det blir allt svårare att bemanna personal utifrån behovet av undersökningar. På grund av läkarbrist hyrs det in läkare och det finns ett avtal med en extern part för granskning av bilder men även där är det begränsade resurser. Detta bidrar med att det blir längre svarstider. Kapacitetsbristen ställer krav på samverkan och dialoger mellan vårdenheter för att säkerställa rätt undersökning utförs vid rätt tillfälle med rätt utlåtande.

Inom An/OP/IVA har man dagliga pulsmöten med resursledning, flödesledning enhetsvis, inom VO:t samt inom länet. Man försöker arbeta efter att bemanningsläge och kompetensbehov ska utgå utifrån patienternas behov. Avvikelser i operationsplaneringssystemet Proviso följs upp och redovisas separat. Registreringar görs i SIR, svenska intensivvårdsregistret och i SPOR, Svenskt peri operativt register. IVA har genomfört en så kallad Audit med kvalitetssäkrad intensivvård, under året, vilket innebär ett strukturerat stöd för självgranskning av intensivvården med syfte att höja och utvärdera kvaliteten i inrapporterade SIR-data.

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.

Riskhantering sker på personnivå genom riskbedömning och på enhetsnivå genom Gröna korset, avvikelshanteringssystemet Synergi och genom riskanalyser. Vid förändringar i verksamheten görs riskanalys. Risker som upptäcks via Gröna korset bedöms om de kan tas om hand direkt och sättas in åtgärder på eller om det behövs ytterligare analys. Vissa kan tas om hand på förbättringsmöten och vissa med risk för vårdskada skriv in i avvikelshanteringssystemet för bedömning om riskanalys enligt

metoden Healthcare Failure Mode Effect Analysis (HFMEA). Oftast görs riskanalysen direkt i avvikelshanteringssystemet och åtgärderna dokumenteras och följs upp i systemet. Verksamheterna använder sig av tvärprofessionella arbetsgrupper som tar fram underlag för handlingsplan. Med åtgärder för att förhindra att riskerna uppstår. Handlingsplaner följs upp och revideras.

På BFM görs återkommande riskanalyser inför sommarverksamhet utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Grunden kan vara att förändrade personalscheman behöver införas. Riskanalyser har även gjorts gällande:

- Mamografienheten inför sommaren
- Att man enbart skulle göra Rädda hjärnan undersökningar på beredskap under sommaren i Kalix och Kiruna.
- inför bytet av utrustning på perifer angio som behöver nyttjar enhetens genomlysningslokaler under ombyggnationen/installationer.
- Scheman ändringar relaterat till 11 timmars vilan.

På An/OP/IVA utförs varje år en riskanalys inför sommaren angående bemanning. Det har även gjorts en risk och sårbarhetsanalys inför oönskade händelser som gäller både Gällivare och Sunderbyn.

På Lab arbetar man ständigt med att hantera risker som kan påverka verksamhetens kvalitet och prestanda. Bland annat för att minimera risken att laboratoriet lämnar ut felaktiga provsvar och blodprodukter, vilket skulle kunna leda till felaktiga behandlingsbeslut och vårdskada.

Övriga riskanalyser som gjordes på Lab under året är:

- Egenprovtagning av Klamydia/GC
- Faeces PCR (Enteriska bakterier i faeces)
- NPH- och Svalg-odling Klinisk mikrobiologi
- Ombyggnation Klinisk mikrobiologi
- Uppgradering av LVMS
- Övergångsprocessen patologiverksamheten

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



Alla verksamhetsområden har lokalt anpassade rutiner för hur återkoppling ska ske till medarbetarna. Efter genomförda händelseanalyser tas ev. nya rutiner och åtgärder upp på arbetsplatsträffar. Nationella register analyseras och hanteras utifrån resultat. Resultaten används för att hitta förbättringsområden.

Avvikelser

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

Antalet avvikelser som är registrerade under tolv månadersperioden mellan 1 nov 2022 och 31 okt 2023 inom divisionen uppgår till 614st. vilket är ungefär lika många som föregående år. Den vanligaste bakomliggande orsaken till synergierna är att det missats i procedurer, rutiner och riktlinjer.

Inom verksamhetsområdet BFM hålls varje morgon ett pulsmöte där det kontinuerligt efterfrågas risker och personalen har en inarbetad vana för att rapportera risker. Varje månad delges en sammanställning till alla medarbetare i Gröna brevet. Brevet tar upp en sammanställning av Gröna korset, avvikelser med åtgärder, förbättringsarbeten, IVO ärenden, patientklagomål mm. Bland annat har man haft en avvikelse som resulterade i en Lex Maria anmälan. Avvikelsen rörde ett 80tal röntgenutlåtanden som inte gick över pga. driftstörningar. Detta resulterade i att en allvarlig diagnos fördröjdes. För att förhindra att detta upprepas igen har IT/MT vidtagit åtgärder samt att all personal uppmanas att felanmälan vid överföringsproblem.

Laboratoriemedicin har anmält fyra avvikelser till IVO under 2023 och dessa gällde:

- Plasma hade gått till patient, trots att givaren mottagit en tidigare blodtransfusion
- En erytrocytenhet var felaktigt utlämnad
- Karantänblod upptäckt i fritt lager
- Utdaterad erytrocytenhet reserverad och utlämnad

Klagomål och synpunkter

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

Patienter och närstående kan ge förslag till förbättringar eller lämna klagomål via; direkt kontakt till verksamheten, 1177.se, e-tjänst på Regionens hemsida samt via Patientnämnden och IVO. Klagomål och synpunkter hanteras som en avvikelse. Verksamheternas erfarenheter att det är positivt att involvera patienten och närstående tidigt i processen och att det är fördelaktigt att belysa händelser som en analys.

Till divisionen har det inkommit 5st klagomål via Patientnämnden mellan tidsperioden 1 nov 2022 – 31 okt 2023. Ärendena gällde kommunikation, vård och behandling samt tillgänglighet.

Till labb har det även kommit in 10st klagomål som i majoriteten berör sena provsvar, kopplade till införandet av en ny automation i Sunderbyn.

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.

Alla verksamheter utför kontinuerligt HLR utbildningar. Verksamheterna deltar i PPM-mätningar och resultat tas tillvara för de utsedda områdena. Alla verksamheter är tekniktäta, vilket gör att man löpande ser över reservrutiner i händelse av bortfall av funktioner. Under uppgraderingar av system höjs beredskapen för att hantera eventuella driftstörningar.

An/OP/IVA kommer fortsätta att planera in utbildningar med simuleringsövningar och träningar i ett års hjul. Inom verksamheten har de utbildat simuleringsövningsledare tvärprofessionellt som kommer att leda dessa övningar. Övningarna kommer att ske i team och över enhetsgränserna. De fortsätter även att arbeta utefter med verksamhetsrådets kompetenskartläggning och behov. De kompetenser som uppges av medarbetarna i deras utvecklingsamtal, inplaneras individuellt enligt individuellt behov.



BFM ska under nästa år tillskapa en tvärprofessionell analysgrupp för avvikelser samt ett arbete för uppföljning av åtgärder. Arbete med Gröna korset, Gröna brevet, pulsmöten och förbättringsmöten fortgår. De utför kontinuerligt MR säkerhetsutbildning samt Strålskyddsutbildning för att utbilda nyanställd personal.

På Lab upprätthålls träning och genomgång av reservrutiner och personalen erbjuds löpande kompetensutveckling.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Alla verksamhetsområden inom divisionen beskriver att den största utmaningen för kommande år är rekrytera personal med rätt kompetens och utbildning samt att bibehålla personalen man redan har. Man ser även att man behöver se över och förbättra arbetssätten samt att det finns ett behov av att uppgiftsväxla och stödja medarbetare som vill vidareutveckla sig genom att bekosta utbildningen. Den dagliga styrningen ses som ett framgångskoncept med starkt fokus på förbättringar och lärande. Genom pulsmöten och förbättringsmöten ges alla medarbetare möjlighet att engagera sig i förbättringsarbetet och vi får en ökad patientsäkerhetskultur. De verksamheter som ännu inte systematiserat arbetssätten arbetar vidare med det. Många enheter behöver arbeta med att förbättra sina resultat gällande BHK.

Ett nytt journalsystem (Cosmic) kommer införas i regionen under 2024 vilket kommer leda till att många medarbetare i divisionen måste hjälpa till vid införandet/övergången till det nya systemet. Detta medför att annan verksamhet måste stå tillbaka och divisionerna får prioriteras vilken verksamhet som skall bedrivs under denna period.

An/OP/IVA

Verksamhetsområdet anesthesi/operation/intensivvård har prioriterade mål i verksamhetsområdets plan för de kommande åren, dessa bryts ner på enhetsnivå och vidare till medarbetarnivå så att alla för ökad kunskap om målen och förståelse hur varje medarbetares och chefs insats leder till att mål kan uppnås. I VO:ts mål inkluderas bland annat ökat behov av fler medarbetare, stabil bemanning, kompetensplaner och kompetensbehov och patientsäkerhet. Nytt för kommande år är att en beredskapsplan för oönskade händelser/krig framtas för verksamhetsområdet.

BFM

Efterfrågan på Bild och funktionsmedicins undersökningar och behandlingar fortsätter att öka. Arbetet med att säkerställa rätt patient till rätt undersökning med rätt utlåtande fortsätter. Ett förbättringsarbete för att höja kvalitén på remisser inleds hösten 2023. Förutom att fortsätta utveckla och marknadsföra Röntgenhandboken samt e-utbildningen ” Den perfekta röntgenremissen” fortgår arbetet med Gröna korset, Gröna brevet, pulsmöten och förbättringsmöten och diverse utbildningar. Införandet av kvalitetsledare innebär bland annat anslutning till regionens Ledningssystem samt etablera Säkerhetshjulet för BFM och fortsatt arbete med egenkontroller. Kunskapsstyrning - LPO Medicinsk diagnostik tillsammans med laboratoriemedicin bjuder in till dialog regelbundet. Bild och funktionsmedicin medverkar även i LPO Cancer och är inbjuden till projektet att utreda förutsättningar för PET-CT. Mammografiscreeningens intervaller är långa efter bemanningssvårigheter och omställningen till fasta enheter. Det innebär att aktiviteter planeras under året för att minska intervaller. I början av 2024 kommer Perifer angiografi verksamheten byta utrustning. DT maskiner upphandlas och i Gällivare byggs lokalerna om för att installera två nya datortomografer, detta för att minimera risken för driftstopp som påverkar patientsäkerheten.

Lab

Laboratoriemedicin har ett väl fungerande och effektivt kvalitetsledningssystem som stödjer dom i det dagliga arbetet och i förbättringsarbetet. De vill dock fortsätta arbetet med att förbättra grundorsaksanalyser vid handläggning av avvikelser, både vid interna revisioner och i Synergi, samt att arbeta med att identifiera risker för att en avvikelse kan uppkomma på fler enheter. Arbetet med att ackreditera länslaboratorierna kommer fortsätta under 2024 och en övergång till en annan kvalitetsstandard, ISO 15189, är nödvändig. Under kommande år kommer ledningssystemet att uppdateras för att till fullo inkludera även klinisk patologi/cytologi. Ett fyraårigt internrevisionsprogram kommer att tas fram även för denna enhet.