Patientsäkerhetsberättelse för Division Länssjukvård 1 År 2023

Datum 231208
Ansvarig för innehållet Moa Bjerner
Diarienummer

Inledning

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

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §
Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

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

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

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

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

Innehåll

SAMMANFATTNING 4

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD 5
Engagerad ledning och tydlig styrning 5
Övergripande mål och strategier 5
Organisation och ansvar 5
Samverkan för att förebygga vårdskador 7
Informationssäkerhet 9
Strålskydd 10
En god säkerhetskultur 10
Adekvat kunskap och kompetens 12
Patienten som medskapare 15

AGERA FÖR SÄKER VÅRD 17
Säker vård här och nu 21
Riskhantering 23
Stärka analys, lärande och utveckling 24
I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information 24
Avvikelser 24
Klagomål och synpunkter 25
Öka riskmedvetenhet och beredskap 26

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR 27

SAMMANFATTNING

Bemanningssituationen har under året påverkat patientsäkerheten. Rekryteringssvårigheter ger i förlängningen färre vårdplatser och längre vårdtider. Bland annat akutmottagningarna i länet har belastats hårt av bristen på bemannade slutenvårdsplatser. Åtgärder har genomförts med visst resultat men det finns fortsatta utmaningar. När läget var mycket ansträngt i slutenvården startade man upp akutvårdsplatser där patienten kunde vårdas upp till 72 timmar i Sunderbyn, för att öka patientsäkerheten och minska riskerna med patienter som väntar på slutenvård på akutmottagningen.

Många avdelningar berörs av undanträngningseffekter då färre vårdplatser leder till att fler patienter utlokaliseras. Under året har rutiner framtagits och olika arbetssätt testats för att öka patientsäkerheten vid utlokaliserade patienter och arbetet kommer att fortsätta under 2024. Hög omsättning av personal, en stor del oerfaren personal samt mycket inhyrd personal ger utmaningar för enhetschefernas arbete med patientsäkerheten.

För att stärka patientsäkerheten har man i verksamheterna arbetat med förbättrad introduktion, internutbildningar samt samverkan. Genom utbildningsinsatser för medarbetare har man stärkt kunskapsläget. Arbetet med daglig styrning där riskhantering genom exempelvis Gröna korset samt SeUpp-ronder har gett redskap för förebyggande arbete, där risker upptäcks i ett tidigt skede, vilket gör att åtgärder sätts in innan vårdskada uppkommit.

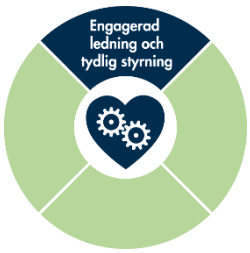
Hygienombud, avvikelseansvarig, medicinskt ledningsansvariga, utbildare och mentorer med flera är alla viktiga ambassadörer och gör ett fantastiskt arbete. Under året har det arbetats med att tillsätta dessa roller, tydliggöra uppdrag och utbilda i olika forum tillsammans med ansvariga chefer.

Regionen arbetar med att byta det nuvarande vårdadministrativa journalsystemet VAS till Cosmic vilket kommer att prägla det närmast året. Kvalitetssäkring av arbetssätt, administration och rutiner utifrån kunskapsstyrning kommer att genomföras vilket leder till en mer patientsäker verksamhet.

Under 2024 kommer arbetet med att eliminera undvikbara vårdskador att fortsätta. Verksamheten har fått i uppdrag att införa Gröna Korset för att synliggöra och avvärja risker för vårdskador, arbeta med basala hygien riktlinjer- och klädregler, arbeta med riskbedömning, sätta in relevanta åtgärder och utvärdera samt utföra hygienronder.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning



Övergripande mål och strategier

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

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

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

Övergripande mål för Regionen 2023

- Andelen vårdskador under 5 procent.
- Vårdrelaterade fallskador hos äldre ska minska med 20 procent jämfört med 2022.
- Vårdrelaterade infektioner (VRI) < 4 procent.
- Andel trycksår ska ligga under 10 procent.
- Följsamheten till basala hygien- och klädrutiner (BHK) 100 procent.

Divisionsspecifika mål 2022 - 2024

- Alla verksamheter ska införa Gröna Korset för att synliggöra risker för vårdskador.
- Alla verksamheter mäter, dokumenterar och följer basala hygien riktlinjer- och klädregler varje månad.
- Alla patienter 70 år och äldre ska riskbedömas och registreras i VAS och relevanta åtgärder sätts in.
- Införa hygienronder.

Organisation och ansvar

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

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

Regionen har en Patientsäkerhetsstrateg och Lex Maria-läkare som driver patientsäkerhetsfrågorna. Divisionernas kvalitetsansvariga deltar i Lokal samverkansgrupp patientsäkerhet. Divisionschefen är ytterst ansvarig för att patientsäkerhetsarbetet tillämpas i verksamheten. I divisionens Närstöd finns verksamhetsutvecklare som stödjer cheferna med 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, följa upp, åtgärda och utvärdera. 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. De ska även

delta i händelseanalyser och spridning av ny kunskap. Patienter och närstående ska involveras och ges möjlighet att medverka i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Division Länssjukvård 1 består av fem verksamhetsområden och omfattar större delen av regionens specialistvård.

- VO Akut omhändertagande med ansvar för akutmottagningar/IVAK, vägburen ambulanssjukvård samt luftburen ambulanssjukvård.
- VO Barnsjukvård med ett samlat ansvar för barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomshabilitering samt barn- och ungdomspsykiatri.
- VO Hjärtsjukvård som ansvarar för den specialiserade hjärtsjukvården.
- VO Internmedicin ansvarar för avdelningar och mottagningar inom internmedicin, rehabilitering och geriatrik vid alla sjukhus.
- VO Neurocentrum som ansvarar för specialiserad rehabilitering, neurologi och strokevård

Verksamhetschef ansvarar tillsammans med enheterna för att ta fram gemensamma rutiner för patientsäkerhetsarbetet inom det egna verksamhetsområdet. Divisionsledningen följer kontinuerligt patientsäkerhetsresultaten

VO Barnsjukvård

Övergripande mål och strategier för säker vård inom barn och ungdomspsykiatrin i Region Norrbotten finns inte definierade på övergripande nivå eller på divisionsnivå i patientsäkerhetsberättelsen. BUP menar att det bör finnas verktyg för ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete och fungerande kvalitativa vårdprocesser där goda kunskaper med fokus på medicinsk kvalitet, tillgänglig evidensbaserad vård och regelbunden uppföljning bör ske.

Representanter för chefer, medarbetare, och MLA har arbetat med att ta fram arbetssätt och rutiner för hur patientsäkerhetsarbetet skall bedrivas framledes. Arbetet kommer att mynna ut i ett årshjul för systematisk patientsäkerhet för BUP i länet.

Egna delmål inom BUP i Norrbotten definieras enligt;

- God tillgänglighet; nationella vårdgarantin ska uppfyllas
- God tillgänglighet till psykiatrisk och medicinsk rådgivning
- Fastställda vårdplatser ska hållas öppna
- Noll undvikbara vårdnära suicid
- Minskat behov av tvångsåtgärder i psykiatrisk tvångsvård
- Vårdplan ska finnas för alla patienter
- Säkra övergångar mellan heldygnsvård och öppenvård
- Följsamhet till lagar, förordningar, föreskrifter, riktlinjer och rutiner
- Följsamhet till basala hygien- och klädregler
- Säker läkemedelshantering
- Evidensbaserad vård och behandling för alla patienter
- Ett gott professionellt bemötande och god omvårdnad
- Införa fast vårdkontakt för de barn och unga som har ett omfattande samordningsbehov

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

Verksamheterna beskriver exempel på att man samverkar mellan enheter för att kunna ta hand om utlokaliserade patienter patientsäkert, man samverkar för att säkra rutiner, vårdövergångar och kontaktvägar. Samverkan sker också i Lokalt Program Område (LPO).

Det har saknats en mötesform för enhetschefer på Sunderby sjukhus vilket det nu finns en planering för. Det är skapat ett forum för samverkan kring vårdplatser och trycket på akuten och man har haft ett första möte. Genom kontinuerlig samverkan kommer man kunna åtgärda brister i patientflödet snabbare.

Exempel från verksamheterna gällande samverkan för att förebygga vårdskador:

VO Akut omhändertagande

För att motverka en delvis negativ trend i slutenvården samt för att arbeta mot närmare vård har vi framgångsrikt startat akutvårdsplatser i Sunderbyn. Enheten startades initialt som ett projekt med utifrån utvärdering permanenterades verksamheten relativt fort. Under en kortare period när läget inom slutenvården var som mest ansträngt startade vi avdelning 72 under 5 veckor för att öka patientsäkerheten och minska riskerna med patienter som väntar på slutenvård på akutmottagningen.

Vi har samverkat med andra enheter/vårdavdelningar på sjukhusen där vi delgivit varandra händelser att ta lärdom av och hur vi kan arbeta förebyggande. Gemensamma rutiner har införts vid akutmottagningarna i regionen. Händelser som kunnat leda till eller lett till vårdskada har tagits upp vid gemensamma ledningsmöten. Nära vård-projekt pågår med inplanerade möten fortsatt under nästa år.

Samverkan med polisen i större utsträckning kan vara av värde. Vi handlägger samma klientel till viss del. Utökat samarbete med primärvården är viktigt. På akutmottagningarna handläggs en stor del primärvårdspatienter. Där behöver vi samarbeta bättre med 1177 och primärvården för att kunna trygga patienterna på jourtid.

VO Barnsjukvård

Barnsjukvården har inte tillgång till Lifecares vårdsystem och saknar IT system för en smidig övergång, något som ses som en patientsäkerhetsbrist. Medarbetare från Barnsjukvården initierar samt deltar i samverkansträffar mellan socialtjänst, elevhälsa, sjukvård med flera för att samverka på bästa sätt med patienten och familjen i fokus.

I Gällivare och i Sunderbyn har man arbetat i samverkan med övriga kliniker för att förbättra omhändertagandet av satellitpatienter ur ett patientsäkerhetsperspektiv och för att öka förståelsen

för varandras verksamheter. Det finns samarbetsdokument för vilka patienter som tas emot på barnkliniken och de ses kontinuerligt över. Under 2024 planerar man att handlägga ett elektivt flöde av höft-och knäplastiker på barnavdelningen i Gällivare. Det syftar bland annat till att minska det osorterade flödet av satellitpatienter och begränsa antalet typdiagnoser som personalen behöver ha kunskap om med syfte att öka patientsäkerheten.

Utifrån omorganisation i regionen samt inom vårt verksamhetsområde har nya samarbeten inletts för att se över och säkra rutiner, vårdövergångar och kontaktvägar. Vi har även fokuserat på intern samverkan inom vårt verksamhetsområde (VO)för att underlätta patientens väg genom vården. Samverkan har skett där verksamhetscheferna eller VO chef har deltagit i RPO för barn och ungdomars hälsa samt för psykisk hälsa. VO-chef och Verksamhetschef deltar även i LPO psykisk hälsa. Under 2024 planeras uppstart av LPO barn och ungdomars hälsa.

Barnsjukvården har varit delaktiga i den översyn som gjorts av Norrbus. Inom regionen har stora delar av Norrbus samverkan hanterats på specialistnivå. Under året 2023 har man arbetat på olika sätt tillsammans med kommunerna kring samverkan i Norrbus. Samverkan ska enligt överenskommelser inledas i första linjen där vårdåtagande inte finns på specialistnivå samt att man arbetat med att samverkan skall initieras tidigt i vårdförloppet.

BUP har arbetat med samverkan inom regionen för att få till en praktisk användning av de överenskommelser som finns mellan BUP och primärvård. Resultat av arbetet syftar bland annat till att stärka möjligheten att få en god helhetsbedömning av barnet eller ungdomens problematik samt att insatser och behandling bör ske tidigt och på rätt nivå. Samarbete mellan barn-och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin behöver stärkas, omtag i rutiner för vårdövergångar behöver tydliggöras, då just vårdövergångar innebär stora risker.

BUP har påbörjat samverkansarbete för gemensamma suicidpreventiva insatser utifrån den länsgemensamma handlingsplan som upprättats mellan kommuner och regioner.

VO Hjärtsjukvård

Uppföljningen av gröna korset på hjärtavdelningen visat på fördröjd vård av kranskärlsröntgen/pacemaker flödet då patienterna som kommer från länet inte är förberedda enligt rutin och där behöver vi stärka samarbetet och se över rutiner och arbetssätt allt för att ge patienten en god och säker vård. Vi ser att det finns utvecklingsbehov när det gäller planeringen av kranskärls och pacemakerpatienter som kräver inläggning på avdelning 46 inför ingreppet. När vi inte planerar bra tillsammans så blir ofta vårdtiderna förlängda, vilket inte är bra då det ofta är äldre sköra patienter.

Samverkan sker tillsammans med andra kliniker när det gäller väntetider på akuten och hur vi kan jobba för att patienterna ska vara så kort tid som möjligt på akuten, vi arbetar tillsammans med länet inom ramen för kunskapsstyrningens LPO och RPO hjärta kärl.

Vi ser att en betydande del av dom inkomna synergierna är samverkansfrågor sjukhusövergripande och ofta kopplade till vårdplatsbristen

VO Internmedicin
Verksamhetsområdet har regelbundna samverkansmöten med berörda kommuner, privata hälsocentraler och primärvård. På avdelningsnivå används informationssystemet Lifecare för att kunna ge patienterna en trygg hemgång. På specialistmottagningarna kallar sjuksköterskorna vid behov till samordnad individuell planering, SIP och deltar på möten där annan aktör är sammankallande. Aktörsmöten anordnas i de fall extra samverkansbehov finns.

VO Neurocentrum
Avdelning 41 jobbar i nära samverkan med SHR-teamet för att trygga övergången för strokepatienter till hemmet. Det finns samverkan mellan akuten, röntgen och avdelning 41 för flödet av ”rädda hjärnan” larm. Öppenvården har kontakt med primärvårdens rehab koordinatorer i syfte att säkra övergångar före och efter smärtrehabilitering och stressrehabilitering. Neurologmottagningen samverkar med endoscopienheten för att säkra vårdprocessen för patienter som ska få PEG. Samtliga enheter arbetar aktivt med personcentrerade sammanhållna vårdförlopp tillsammans med primärvården och patientföreningar.

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)

Alla verksamhetsområden genomför genomgång av vad sekretess och tystnadsplikt innebär, och nya medarbetare och studenter får underteckna sekretessbevis. Vid anställning av legitimerad personal görs kontroll av legitimation. Personal som är behöriga i journalsystemet VAS har personliga SITHS-kort. Inloggning med SITHS kort finns att tillgå på arbetsstationer.

Vid analys- och utvecklingsarbeten då journaler granskas, loggas det i patientjournalen kopplat till aktuellt uppdrag. Begär patienten ut sin journal hänvisas patienten till 1177 i första hand.

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

VO Hjärtsjukvård
Enhetscheferna går igenom vad som gäller vid nyanställning, lagstiftningsmässigt och rutiner på avdelningen. Vi kontrollerar att medarbetaren kan intyga att dom har sin legitimation vid legitimationskrav. Vi har också verksamheter som gör en förfrågan om legitimation till Socialstyrelsen. Vi använder inte uppgifter ur belastningsregistret
Vi gör inga rutinmässiga stickprovskontroller utan begär ut loggar när det finns misstanke eller om någon patient eller närstående efterfrågar.

VO Internmedicin
När legitimerad personal anställs så begärs kopia på legitimationen samt att chef skickar en förfrågan till Socialstyrelsens Register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP) för bekräftelse att legitimation finns. Loggkontroller genomförs men behöver systematiseras bättre. De kontroller som genomförts har inte visat några brister eller överträdelser som krävt åtgärder.

VO Neurocentrum

Kontroll vid anställning sker på all legitimerad personal via Socialstyrelsen. Patienterna hänvisas att i första hand ta del av journalen via 1177.se. Sedan 2020/2021 har vi digitala rehabiliteringsprogram och kommunikationen till/från patienterna har skett via 1177.se för att minimera kontakter via e-post. På kallelser uppmanar vi till användandet av 1177.se samt skickar med informationsbrev för att stötta patienterna i användandet av 1177.se och digital teknik. Samtliga arbetsstationer har möjlighet till inloggning med SITHS-kort. Gällande hantering av personuppgifter utgår verksamheten från dataskyddsförordningens principer.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

VO Akut omhändertagande

För Akut omhändertagande har frågan aktualiserats utifrån omvärldsläget. Det finns två länsgemensamt ansvariga för akutmottagningarnas beredskap inom CBRNE (kemiska, biologiska, radiologiska, nukleära och explosiva ämnen) och två länsgemensamma för ambulansverksamheten. Ett gemensamt arbete har startat med beredskapsenheten. Ambulanssjukvården har sett över rutiner och instrument för att mäta strålning. Även här är ett gemensamt arbete med beredskapssidan.

VO Hjärtsjukvård

Strålskyddet har förbättrats genom bytet av coronarangiolab. Den nya röntgenapparaten ger betydligt mindre strålning. Alla blykläder är genomgångna och intakta. Utvärdering av blyskyddet Rampart har påbörjats.

VO Internmedicin

Internmedicin har haft samverkan med VO kirurgi som utsett en onkolog som är ansvarig för radiojod-verksamheten.

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 har följt Regionens handlingsplan för patientsäkerhet och har deltagit i beslutade aktiviteter t ex Nationella punktprevalensmätningar. Verksamheterna har även deltagit i den Nationella patientenkäten. Resultaten tas med i fortsatta patientsäkerhetsarbetet.

Daglig styrning med pulsmöten som startar på verksamhetsnivå och avslutas på divisionsnivå ger en snabb eskalering och en snabb återkoppling av uppkomna risker. Arbetet med att införa och använda sig av Gröna korset och SeUpp-ronder har fortsatt i många verksamheter för att tidigt kunna identifiera risker och snabbt kunna sätta in åtgärder. Alla verksamhetsområden har hygienombud och resultat från BHK lyfts på arbetsplatsträffar.

Exempel hur verksamheterna arbetat med patientsäkerhetskultur:

VO Akut omhändertagande

På Akutmottagningarna/IVAK har arbetet med daglig styrning där riskhantering genom exempelvis Gröna korset samt SeUpp-ronder gett redskap för förebyggande arbete vilket gör att åtgärder sätts in innan vårdskada uppkommit. Uppgradering av avvikelsehanteringssystemet har lett till uppdatering av lokala rutiner vilket kvalitetssäkrar handläggningsförfarandet och ökad dialog kring patientsäkerhet.

Varje dag genomförs pulsmöten där information om antalet patienter, belastning, speciella händelser samt pågående arbeten tas upp. Steg ett är möte personal med enhetschef. Sedan enhetschefer per område med verksamhetschef. Efter det alla verksamhetschefer med VO-chef och till sist i divisionen. Dagligen genomförs även möte med IVA-enheterna i regionen för att få ett begrepp om antal inneliggande, personalbemanning och om någon patient behöver flyttas till ett annat sjukhus osv.

På akuten finns Synergiansvariga utsedda på varje enhet som besvarar och informerar övrig personal om vad som hänt. Nya rutiner upprättas vid behov. På ambulansen finns en arbetsgrupp som aktivt arbetar med omhändertagande och patientsäkerhetsfrågor. Under hösten beslutades att förbättra avvikelsehanteringen genom att utse lokala avvikelsehanterare och ansvariga. Målsättningen är också att lärandet efter en avvikelse ska förbättras genom informationsöverföring mellan ambulansstationerna.

VO Barnsjukvård

Utbildning har hållits för samtliga enhetschefer där fokus bland annat varit på patientsäkerhet. Enhetscheferna har fått genomgång om hur de kan arbeta med puls, förbättringsmöten, se upp ronder, gröna korset med mera. Man har även fått lära sig mer om hur man har ett coachande förhållningssätt till medarbetarna, något som bör stärka patientsäkerheten. I patientsäkerhetsarbetet är det viktigt att alla kan göra sin röst hörd, arbete med att stärka medarbetarskapet och tilliten i verksamheten har skett i olika omfattning och intensitet beroende på vad som behövts på de olika enheterna. Arbetet är kontinuerligt återkommande och kan behöva intensifieras i perioder.

Vid nyanställning har personalen en inskolningstid där de även har möjlighet att hospitera i andra verksamheter. På en del enheter finns det en bättre struktur för introduktion och på andra enheter håller strukturen på att ses över. Nyanställda medarbetare får information om rapporteringsskyldighet vid upptäckta risker, tillbud och negativa händelser. I de verksamheter som är patientnära får man även information om vikten av följsamhet till basala hygien-och klädregler.

I senaste medarbetarundersökningen fanns en del som handlade om patientsäkerhetkulturen. Personalen lyfte där upp att det inte alltid ges tillräckliga förutsättningar såsom tid för att arbeta med patientsäkerhetsarbetet. Förutsättningarna hör nära ihop med bemanning men även med att det skett stora ökningar av vissa diagnosgrupper. Barnsjukvården har under 2023 ökat den egna bemanningen och bland annat tillskapat två nya team. Neuropsykiatriska BUP teamet för att bättre kunna omhänderta barn med neuropsykiatrisk problematik samt trygghetsteamet som arbetar med akuta patienter inom BUP. Tidsstudier har påbörjats såväl inom habilitering som inom BUP för att se över hur personalen använder sin arbetstid. Av vikt för ett fungerande patientsäkerhetsarbete är

ett bemanningsläge där medarbetarna har förutsättningar att verka på ett bra sätt samt en god utbildningsnivå. Vi ser att bemanningsläget har börjat stabiliseras under året.

VO Hjärtsjukvård

Vi arbetar kontinuerligt med att stärka vår verksamhet och i det arbetet är patientsäkerhet en viktig del. Vår hjärtavdelning arbetar sedan många år med Se upp ronder som verktyg för att hitta eventuella risker så som exempelvis trycksår. Utmaningen är ofta i att ny personal eller timvikarier som kommer enstaka gånger ska ha kunskap om rutiner och arbetssätt som vi arbetar efter, Samtliga verksamheter utom mottagningen och medicinska sekreterare har infört och arbetar efter metoden Gröna korset, uppföljningen är verksamhetsanpassad. Kvarvarande verksamheter kommer införa Gröna korset under första delen av 2024.
När det framkommer avvikelser så tar man upp det på APT och i gruppen och bestämmer vilka åtgärder som behöver vidtas, vi följer resultatet på ledningsmöten.
Vi har hygienombud och patientsäkerhetssamordnare.

VO Internmedicin

Pulsmöten används för att planera det dagliga arbetet och potentiella risker tas upp. Enheter arbetar med Gröna Korset och gröna brevet. På alla enheter finns förutom enhetschef, avvikelseansvariga medarbetare som handlägger avvikelser som sedan processas i arbetsgruppen. Allvarliga eller upprepade händelser diskuteras och åtgärder redovisas på enhetens arbetsplatsträffar eller förbättringsmöten. Fortsatt arbete från ifjol pågår med att implementera Se Upp – ronder där en arbetsgrupp skapats för att utarbeta arbetssätt och agera ambassadörer på avdelningarna. Resultat från PPM-mätningar presenteras ute på avdelningarna och trycksår har varit ett fokusområde. Vid hög vårdtyngd eller om patienten har ökad fallrisk börjar man alltid med tät tillsyn och räcker det inte med ordinarie personal får extra personal kallas in så att arbetsmiljön blir hållbar och patientsäkerheten inte påverkas.

VO Neurocentrum

Gröna korset, PULS-möten, förbättringstavlor och SEUPP-ronder infördes 2017/2018 på avdelning 41 och har använts aktivt sedan dess. Även i öppenvården sker dagliga PULS-möten och förbättringsmöten. Två utvecklingsledare samt en specialistsjuksköterska är lokala patientsamordnare på avdelning 41 och går regelbundet igenom avvikelser i Synergi och tar sedan upp ärenden i personalgruppen som involveras i analyser och resonemang om lämpliga åtgärder. Vi har ett årshjul för SAM + CARF säkerhet. Det ger stöd för att kunna planera in aktiviteter i förväg och säkerställa att aktiviteterna har blivit utförda årligen. Vi har höga krav på säkerhet utifrån vår CARF-ackreditering vilket gör att det är ett område som vi noggrant följer, både vad gäller säkerhet för patienter och personal.

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 påverkats under året av svårigheter att rekrytera personal och upprätthålla vårdplatser. Genom rutiner för introduktion, säkerställande att nya medarbetare har tillgång till erfarna kollegor samt utbildningsinsatser i patientsäkerhet stärker man patientsäkerheten.

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

Exempel på hur trygg bemanning säkerställts under 2023:

VO Akut omhändertagande

En trygg bemanning säkerställs genom att alltid ha erfaren personal på plats och genom att ge nyanställda en bra och säker introduktion efter särskilt utformat introduktionsmaterial. Mentorsprogram för nyanställda är infört på de flesta orter. Schemaansvariga fördelar nya och erfarna medarbetare så inte enbart ny personal finns under ett arbetspass. En introduktionsdag är tillförd för alla nya medarbetare där utvecklingsledare håller i flera av frågorna för att stärka de nya medarbetarna. En medarbetare utbildar sig som specialist inom geriatrik för att kunna stärka omhändertagande i omvårdnaden av äldre patienter.

Det genomförs kontinuerlig utbildning som syftar att stärka omhändertagandet av den akuta patienten. I utbildningshjulet ingår flertalet länsgemensamma obligatoriska utbildningar samt lokalt utformade utbildningar som är anpassade efter respektive enhet. Exempel på utbildningar är traumaomhändertagande, omhändertagande av svårt sjuka barn, förlossning, prehospital sjukvårdsledning och HLR för vuxna och barn.

VO Barnsjukvård

Inom Barnsjukvården är medarbetarens behov av kompetensutveckling och stöd i centrum. Det finns flera utvecklingsledare inom verksamheteten varav de flesta är sjuksköterskor som även arbetar kliniskt. Flera av cheferna har mentorer. Finns det medarbetare eller chefer som önskar en mentor så ordnas det. Inom Barnsjukvården finns ett förhållandevis stort antal erfarna medarbetare vilket gör det till en gynnsam miljö att komma till som mer oerfaren. Inom verksamheten får oerfaren personal hjälp och stöd att växa in i rollen genom att arbeta med mer erfaren personal. Handledning, såväl intern som extern är vanligt förekommande inom verksamheten och kvalitetssäkrar arbetet. Man har gemensamma behandlings och teamkonferenser och är aldrig helt ensam i sina beslut. Teamledare har införts på de slutenvårdavdelningar som inte tidigare haft det. Utvecklingsledare, teamledare och chefer spelar en avgörande roll i implementeringen och uppföljningen av patientsäkerhetsarbetet.

Gemensamma länsdagar har hållits för alla medarbetare i länet för att ytterligare öka samarbetet och lära om varandras verksamheter. Medarbetarna uppmanas att hospitera i varandras verksamheter. Inom Barnsjukvården går utvecklingen snabbt och medarbetarna utbildar sig i hög utsträckning. Egen chefsutbildning har genomförts vilket har berörts i tidigare avsnitt.

Barnsjukvården upplever såsom annan sjukvård i länet svårigheter med rekrytering och till följd därav viss kompetensbrist inom flertalet yrkesgrupper såsom; barnläkare och barnpsykiatriker, psykologer, kuratorer, arbetsterapeuter samt specialistsjuksköterskor.

Inom BUP har man under flera år haft en hög personalomsättning vilket har påverkat verksamhetens resurser och kompetens. Den höga personalomsättningen har inneburit ökade utmaningar att upprätthålla ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Brist på kompetens och högt söktryck till BUP är en fortsatt svår utmaning som behöver mötas för att bibehålla god och patientsäker tillgänglighet. Kunskap behöver tillföras till verksamheten inom flertalet områden

(anorexi, självskada, sexuellt utåtagerande och farlighetsbedömningar) för att klara specialistsjukvårdens uppdrag.

Inom BUP kommer ett omfattande arbete med första linjen att genomföras under 2024 för att tydliggöra patientflöden mellan första linjen och den specialiserade vården. Arbetet omfattar till viss del även habiliteringen i länet som har en stor ökning av patienter med autism.

VO Hjärtsjukvård

Inom VO hjärtsjukvård så finns det adekvat kunskap och erfarenhet, även om vi har haft personalomsättning så är det en då många medarbetare som har lång erfarenhet av hjärtsjukvård och som under tiden byggt på den formella kunskapen inom kardiolog. En utmaning när det gäller kunskap och kompetens är utlokaliserade patienter, att ta hand om ex kirurgpatienter är inte lätt om man inte gör det kontinuerligt och där ser vi att det kan bli fördröjda vårdtider och det finns risk att saker missas i vården. Personalen upplever också ofta att ansvarig kliniks läkare inte finns tillgängliga i nog omfattning.

Utvecklingsledare bidrar till att leda arbete med internutbildningar ”hands on” för ett gott omhändertagande när patienter med hjärt- och kärlsjukdomar, på flera av våra enheter deltar dom också i att ta fram bra introduktion av nya medarbetare. Fördelningen mellan ny och erfarna medarbetare är bra och det är något vi arbeta ständigt med. Vi har under året anslutit våra medicinska sekreterare till kliniken från att dom flesta tjänsterna varit vakanta har vi nu alla fem tillsatta vilket har höjt kvalitén och patientsäkerheten avsevärt.

Tyvärr är vi beroende av inhyrda överläkare både inom den mer allmänna kardiologin och inom Coronarangiografi/PCI och pacemakerverksamheten. Rent formellt på papper så har man adekvat kompetens men utmaningen blir att man inte kan rutinen och arbetssättet här inom VO hjärtsjukvård vilket ökar risken för misstag, fördröjning och förlängda vårdtider. Vi ser också att det blir missar i uppföljning av patienten. Vårt mål är långsiktigt att helt kunna fasa ut inhyrda överläkare men speciellt inom PCI / coronarangiografiverksamheten är det långt borta. Som åtgärd har vi lagt en plan med introduktion och utbildning av egna kardiologer till pacemaker och PCI operatörer. Vi kommer fortsatt försöka rekrytera fler överläkare / specialistläkare till kliniken.

VO Internmedicin

De flesta utvecklingssköterskor är också avvikelseansvariga på enheten. Det arbetas kontinuerligt med patientsäkerhetskulturen för att öka fokus på detta område. Ett arbete med att se över alla klinikers rutindokument har också påbörjats.
Fördelningen mellan mindre erfaren och erfaren personal ser olika ut på enheterna. Utifrån de förutsättningar som finns på varje enhet försöker chef sprida erfaren och mindre erfaren personal så det finns kunskap och erfarenhet på varje arbetspass.
Alla enheter försöker i den mån det är möjligt att prioritera att personal och chefer får gå utbildningar relaterat till patientsäkerhet som regionen erbjuder. På enheter med stor andel hyrpersonal är detta en utmaning för de lokala cheferna rörande säkerställande av kunskap och kompetens.

VO Neurocentrum

Vid samtliga nyanställningar används ett rutindokument med checklista och samtliga nyanställda får en mentor de kan vända sig till. I introduktionsprogrammet ingår utbildningsinsatser för

moment som är lite mer avancerade men vanligt förekommande på avdelningen. Vid schemaläggning tas hänsyn till personalens erfarenhet och på varje skift ska det finnas erfaren personal. Alla nya sjuksköterskor erbjuds ett kliniskt basår. Utvecklingsledare är patientsäkerhetssamordnare samt har uppdrag som kollega stöd.

Inom neurologiska öppenvården sker en förflyttning från infusionsbehandlingar intravenöst till subkutana injektioner. Syftet är att erbjuda patienten en god och nära vård samt öka patientsäkerheten.

Exempel på genomförda utbildningsinsatser i verksamhetsområdena under 2023:

VO Akutomhändertagande
Personalen har i större utsträckning kunnat delta i både interna och externa utbildningar. Gemensamma utbildningar har införts så att alla enheter ska ha möjlighet till samma kunskaper. Vi har utbildat egna 6 instruktörer inom ATSS (strukturerat traumaomhändertagande) samt startat en egen fakultet inom detta för att skapa ett långsiktigt självförsörjande lösning inom traumaomhändertagandet.

VO Barnsjukvård
Verksamheterna har arbetat med att utbilda personalen inom Barn-HLR i länet samt utbildat fyra sjuksköterskor till HLR-instruktörer i Sunderbyn som i sin tur kommer att utbilda personalen. Barn-HLR utbildning har varit eftersatt efter pandemin och här är det viktigt att vi kommer i kapp än mer under 2024.

VO Neurocentrum
Tre sjuksköterskor har genomgått utbildning till HLR-instruktörer. Sedan tidigare finns utbildade HLR instruktörer inom slutenvården
Samtliga sjuksköterskor och undersköterskor inom slutenvården har genomgått utbildning i trombolysflödet för att säkerställa en patientsäker vård/behandling.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och närståendes delaktighet. Samverkan med patienter och närstående sker i form av patient- och närståendemöten, patientenkäter, inkommande klagomål och deltagande i händelseanalyser. Divisionen har deltagit i Nationella patientenkäten 2023. I samband med händelseanalyser erbjuds patient och/eller anhörig att delta via intervjuer.

Exempel på samverkan med patienter/närstående från verksamhetsområdena:

VO Akut omhändertagande
Vi fortsätter att fokusera på att öka deltagandet från patienterna. Som tidigare erbjuds de alltid att delta i analyser och utredningar men det vi särskilt har arbetat med detta år är att öka informationen till patienterna från medarbetarna som arbetar patientnära. När vi ser att vi behöver göra en synergi skall vi numera alltid informera patienten om det är möjligt. Patientenkät genomförd på samtliga mottagningar.

VO Barnsjukvård

Inom Barnsjukvården faller det sig naturligt att arbeta med hela familjesystemet. Arbetet sker med såväl patient som familj i centrum men även med systemet i stort såsom skola och andra stödfunktioner som finns runt familjer med barn och ungdomar. Inom Barnsjukvården arbetar man med patienter och närståendes delaktighet i upprättandet av vårdplaner, vid samordnad individuell planering samt vis delaktighet i patientkontakten.

Föräldramedverkan ses i alla våra verksamheter som en självklar del i vården av barnet. Redan i vården av det nyfödda barnet är nollseparation viktigt och något man arbetar med på neonatalavdelningarna. För det kroniskt sjuka barnet sker ett medvetet arbete mot målsättningen att öka barnets självständighet och kunskap om sin sjukdom inför övergången till vuxenvärlden. I Sunderbyn har man under året startat upp ungdomsråd. Representanterna är en grupp ungdomar som har regelbundna träffar med personal från barnmedicin för att ge sin bild och sina synpunkter om vården.

Regionen har under våren haft kampanjen ”Vad är viktigt för dig?” som lämnats ut till patienter och närstående. Där har vi fått in en del synpunkter att arbeta vidare med. Brukarmedverkan finns i RPO och LPO psykisk hälsa. När Barnpsykiatrin har riskbedömt flytt till psykiatrihuset har arbetet skett tillsammans med brukarorganisationen.

VO Hjärtsjukvård

Vi har inga återkommande regelbundna möten med patientföreningar eller brukarråd.
Nationella patientenkäten för våra vårdavdelningar har vi presenterat på APT och diskuterat dom i ledningsform, all input är värdefullt i arbetet med att arbeta patientsäkert.
Vi har utvecklingspotential och det är ett förbättringsområde att involvera patienter och/eller närstående i vårt ledningsarbete. Vi kan dock glädja oss åt att vi fick bra resultat i den senaste nationella patientenkäten när det gäller HIA och avdelning 46.

VO Internmedicin

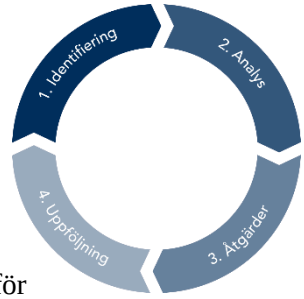
Kliniken har haft besök av funktionsrättsorganisationer. Några medarbetare har haft kontakt med och medverkat på medlemsdagar. Vid tillfällen när det framkommit att vårdprocessen inte fungerat optimalt inbjuds patienter och anhöriga att medverka. Vid PAN ärenden och klagomål kontaktas patient eller anhörig för förtydligande, återkoppling eller om de själva har något förbättringsförslag via telefon eller brev. Vi kontaktar alla patienter eller anhöriga inför beställning av händelseanalysuppdrag.

VO Neurocentrum

Alla patienter som är inneliggande på avdelning 41 Neurorehab/Strokeenheten, eller deltar i något av våra rehabiliteringsprogram inom öppenvården, erbjuds att fylla i en patientnöjdhetsenkät. Det är ett arbetssätt som vi haft under många år och vi kan jämföra resultaten över tid.
Sammanfattningsvis anser patienterna att vi har ett mycket gott bemötande, att de får vara delaktiga i sin rehabiliteringsprocess och sätta sina mål i rehabiliteringsplaner. Klagomål från patienter/närstående tas antingen direkt på plats, överförs till förbättringsmöten eller skrivs in i Synergi (det som inte snabbt kan lösas i det dagliga arbetet). Patientnöjdhet mäts på alla enheter och analyseras på möten med teamet. Möten med funktionsrättsorganisationer och patienter genomförs regelbundet och synpunkter tillvaratas för att utveckla verksamheten.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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



Egenkontroll i divisionens verksamheter fokuserar på regionens strategiska mål samt patientsäkerhetsmål. Verksamhetsspecifika mål följs upp och återkopplas i linjeorganisationen samt redovisas i respektive verksamhets patientsäkerhetsberättelse.

Alla vårdverksamheter deltar i de nationella punktprevalensmätningarna (PPM) för trycksår, vårdrelaterade infektioner (VRI) och basalhygien och klädregler (BHK). Under året har PPM-mätningar för BHK och trycksår genomförts. Månadsvis genomför verksamheterna egenkontroll av BHK.

Egenkontroll Division Länssjukvård 1

Basala hygien och klädregler (BHK) månadsmätning

Mål: 100 % följsamhet till basala hygien och klädregler.

Resultat: Divisionen når inte upp till målet. Lägst resultat görs inom kategorierna desinfektion före patientnära arbete samt användning av engångsförkläde. Liknande resultat ses i årets punkprevalensmätning för BHK.

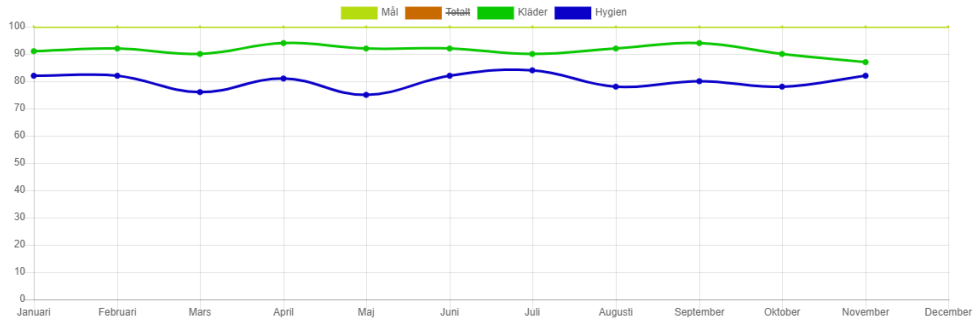


Diagram 1: Division Länssjukvård 1 resultat i kläder (grön linje) och hygien (blå linje).

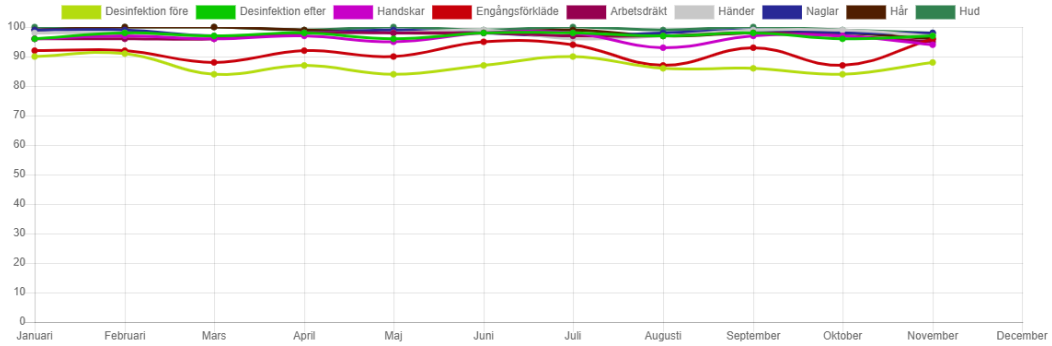


Diagram 2: Division Länssjukvård 1 resultat i de olika kategorierna. Lägst resultat i desinfektion före (ljusgrön linje) och engångsförkläde (röd linje). (Källa databas BHK)

Analys av resultat: Arbetet med att kvalitetssäkra de interna månadsmätningarna fortgår. Resultat av månadsmätningarna presenteras på ett standardiserat sätt i ledningsgrupper och presenteras även kontinuerligt för medarbetare på arbetsplatsträffar.

Åtgärd: Det är ett ständigt pågående arbete i divisionen att öka antalet verksamheter som utför månadsmätningar och verksamheterna arbetar för att förbättra sina BHK resultat.

Gröna korset

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

Resultat: Målet att alla verksamheter ska använda sig av Gröna Korset under 2023 nås inte. En inventering av hur många verksamheter som använder Gröna Korset är gjord och visar att 62 procent av respondenterna använder Gröna korset varje dag eller varje vecka.

Åtgärd: Det pågår ett gemensamt arbete i Regionen över alla divisioner att ta fram en åtgärdsplan för utbildning och stöttning i verksamheten så Gröna Korset kan implementeras. Målet är att alla verksamheter ska arbeta med Gröna korset under 2024.

VO Internmedicin
Gröna brevet har införts på några enheter och ska införas på resterande enheter för redovisning av resultat till alla medarbetare. Gröna brevet är en summering av de risker och vårdskador som kommit upp på Gröna korset. Ett sätt för att synliggöra och återkoppla så att vi lär oss av de risker vi sett. Finns det något vi kan lära av dessa risker som kommit fram? Om vi ser det som ett tillfälle att reflektera och ett lärande i organisationen kan vi hjälpas åt att förbättra vår verksamhet, patientsäkerheten vilket är hela syftet varför vi gör Gröna korset. Målet är att införa gröna brevet på alla enheter.

Vårdskador

Mål: Regionens mål är att andelen personer som drabbas av vårdskador ska vara under 5 procent i sluten somatisk vård.

Resultat: Inom regionen sker månadsvis markörbaserad journalgranskning (MJG) av ett centralt journalgranskningsteam. MJG sker via slumpvist utvalda journaler under året där Länssjukvård 1 verksamhet ingår. Eftersom det är en journalgranskning sker eftersläpning av resultatet, så det resultat som redovisas är för år 2022. Resultatet för vårdskadorna 2022 låg på 5,5 procent.

Analys av resultat: På Regionnivå ser man att vårdskadorna minskat från föregående år då resultatet var 6,6 procent vilket är positivt. Resultat för Länssjukvård 1 kan inte redovisas eftersom granskningen grundar sig på specialiteter. De verksamheter som ingår i specialitet Internmedicin ägs både av Länssjukvård 1 och Länssjukvård 2 och enheterna kan inte separeras i resultatet. För att vårdskador ska minska behöver risker identifieras i tidigt skede.

Åtgärder: Fortsatt arbete med riskbedömning, daglig styrning och Gröna korset ger snabbare återkoppling och möjlighet att sätta in förebyggande åtgärder i ett tidigt skede.

Vårdrelaterade infektioner

Mål: Vårdrelaterade infektionerna (VRI) < 4 procent.
Resultat: Inget resultat kan presenteras för 2023 när ingen PPM- mätning är utförd detta år.

Trycksår

Mål: Andel trycksår ska ligga under 10 procent.
Resultat: Divisionen har deltagit i PPM-mätningen som genomfördes i september 2023 och13 slutenvårdsavdelningar deltog i mätningen. Totalt deltog 166 patienter, av dessa hade 30 patienter trycksår (18%). Totalt sett uppmättes 47st trycksår. 121 patienter som deltog var över 70 år och ska

riskbedömas inom 24 timmar från inläggning. Riskbedömning var gjord på 76 patienter (63%) och hudbedömning gjord på 51 patienter (43%). Resultatet visar att antalet personer med trycksår har minskat från föregående mätning samt även antalet trycksår. Målet för Regionen nås inte.

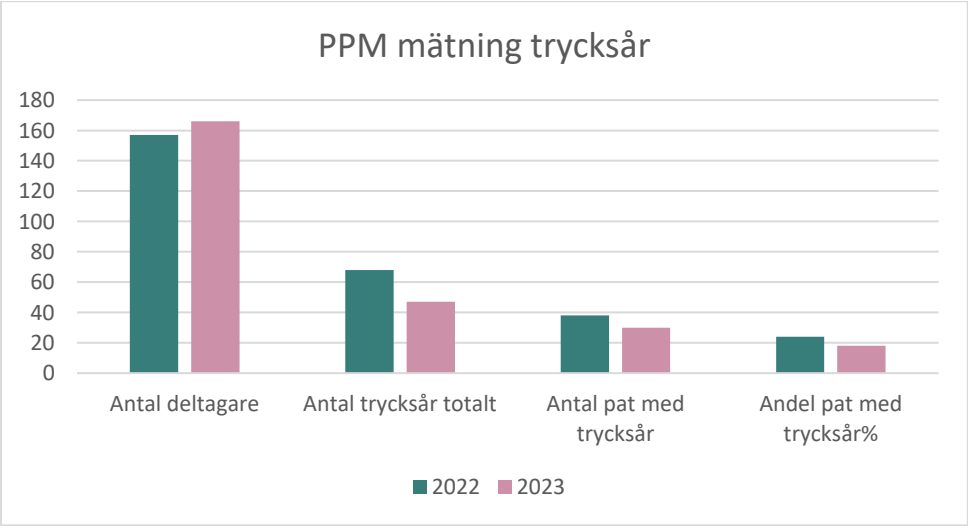


Diagram 3: Statistik från PPM mätningen trycksår från september 2023 för Div. Länssjukvård 1.

Åtgärder: Verksamheterna behöver kontinuerligt arbeta med att göra riskbedömningar på patienter inom 24 timmar vid inläggning inom slutenvården för att kunna sätta in förebyggande åtgärder i ett tidigt skede för att minska risken för trycksår och vårdskada.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

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

Alla medarbetare i divisionen ska ha behörighet och kunskap om att rapportera i avvikelsehanteringssystemet Synergi när händelse eller tillbud inträffat i vården. Gröna korset används för att uppmärksamma risker och händelser som bör åtgärdas i det dagliga arbetet. Patienter och närstående kan också rapportera in händelser/klagomål direkt till vården, eller via Patientnämnden eller Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Avvikelser utreds och handläggs av avvikelseansvarig. Är händelsen en negativ händelse, bedöms graden av vårdskada samt risken för att en liknande händelse ska inträffa igen. En orsaksanalys görs tillsammans med planering av åtgärder och uppföljning. Är händelsen allvarlig skickas ärendet till verksamhetschef som tillsammans med chefläkare gör bedömning om utredning med händelseanalys ska genomföras inför eventuell anmälan enligt Lex Maria till IVO. Syftet med händelseanalys är att utreda orsaker till vårdskada, identifiera förebyggande åtgärder för att minska risken att skadan upprepas. Händelseanalysen ska bidra till ett lärande i organisationen.

Har vården varit säker?

Totalt i divisionen har 3492 avvikelser registrerats i systemet Synergi under tidsperioden 221101 – 231031 varav 648 (18,5%) bedömts som ha lett till vårdskada. Av de negativa händelserna har 10

personer avlidit, 35 personer fått en behandlingskrävande skada med bestående men. 171 har bedömts fått en behandlingskrävande skada utan bestående men. 349 avvikelser är bedömda att ha gett en behandlingskrävande skada som orsakat obehag

Gällande sluten somatisk vård i divisionen bedömdes 293 ärenden under tidsperioden 20221101–20231031 som vårdskada (8%). Den enskilt vanligaste vårdskadan som registreras i synergi är fall, som exempelvis fall ur vårdsäng eller fall på vårdsal. De främsta bakomliggande orsakerna till avvikelser är Procedurer, rutiner & riktlinjer samt Kommunikation & information.

Division Länssjukvård 1 har under året Lex Maria anmält till IVO 17 händelser. Man har gjort 12 händelseanalyser och 7 internutredningar (Källa Nitha).

Tillförlitliga och säkra system och processer

Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Ledningssystemet innehåller instruktioner för respektive område och kvalitetsansvariga samt verksamhetsutvecklare stödjer arbetet.

VO Akut omhändertagande

Resultatet av händelseanalyser redovisas för personalen i olika forum, exempelvis på arbetsplatsträffar (APT). Vi tar även upp händelser i samband med schemalagda möten med vårdgrannar för att så många som möjligt ska bli informerade och ta lärdom. Nya rutiner utverkas ibland i syfte att förhindra att händelsen upprepas och för att förebygga vårdskador. BHK diskuteras på APT och resultatet redovisas för personalen där och i veckobrev. Påminnelser om vikten av basala hygienregler sker från våra hygienombud på enheten.

VO Barnsjukvård

Verksamhetscheferna följer sina verksamheter månatligen vad gäller parametrar som anses viktiga av verksamheten. Det varierar till viss del mellan verksamheterna. Beläggningsgrad, satellitpatienter, följsamhet till BHK är några exempel. Under 2023 har verksamheten arbetet med rutiner och riktlinjer för säkrare vård inom BUP kopplat till vårdplaner, strukturerad suicidbedömning, hot och våld, sekretess, trygg vårdövergång samt samverkan.

VO Hjärtsjukvård

VO Hjärtsjukvård har ett taktiskt operativt ledningsmöte i patientsäkerhet där man lyfter avvikelser och andra händelser som påverkar patientsäkerheten. MLA – medicinskt ledningsansvarig har en viktig roll i det arbetet. Genom patientsäkerhetsansvariga och vår MLA får vi kontinuerlig uppdatering på risker och kan i ledningen planera och ta beslut på eventuella åtgärder. Avvikelser som kommer i flöden där vi inte är organisatoriskt ansvariga som exempelvis akuten så arbetar vi tillsammans med berörda verksamheter, det här är ett arbete som kan utvecklas mycket. Som exempel kan akutmottagningen nämnas, där alla medarbetare och kliniker verkar men vi äger inte organisationen.

VO Internmedicin

Allvarliga vårdskador anmäls till chefsläkare för eventuell anmälan enligt Lex Maria. Verksamhetschefen ansvar för att internutredning görs innan kontakt tas med chefläkaren. Resultat

av PPM-mätningar och BHK redovisas på arbetsplatsträffar. Återkoppling av BHK, internutredningar och händelseanalyser redovisas på ledningsmöten och på de olika enheterna som berörs.

VO Neurocentrum

Utvecklingsledarna och en specialistsjuksköterska är lokal patientsäkerhetsansvarig på avdelningen. Tidigare har verksamhetsutvecklare haft den rollen. Utvecklingsledarna behandlar synergierna regelbundet. Avvikelserna lyfts sedan i lämpligt forum.
Vi presentera resultat från Gröna Korset månadsvis på APT. Återkommande risker flyttas över till förbättringstavlan för att tillsätta arbetsgrupp som fördjupar sig i risken och kommer på förslag på åtgärd. BHK resultaten följs varje månad och tas upp det på första APT varje månad för diskussion om vad vi kan göra annorlunda samt går igenom rutinerna kopplat till våra brister.

Säker vård här och nu

Är vården säker idag

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.

Brist på personal, långa vårdtider och utlokaliserade patienter är riskområden som arbetats med under 2023. På Sunderby sjukhus finns en sjukhusövergripande rutin framtagen för att utlokaliserade patienter ska få ett gott omhändertagande och en patientsäker vård och den rutinen behöver verksamheterna kontinuerligt arbeta med. Verksamheterna arbetar med olika typer av kvalitetsregister.

Det har under året varit brist på olika typer av läkemedel vilket har identifierats av flera verksamheter som en risk för patientsäkerheten.

Exempel på områden som verksamheterna arbetat med under 2023 för att göra vården säker:

VO Akut omhändertagande

För att förbättra kompetensen vid bedömning av såväl larmsamtal som sjukvårdens egna ambulansbeställningar införde regionen en funktion på SOS Alarm som benämns Inre Ambulansledning (IA). Den består av åtta specialistsjuksköterskor inom ambulanssjukvården som till 20 procent tjänstgör som Inre Ambulansledning i samverkan med SOS Alarm. Funktionen bemannas under dagtid sju dagar i veckan.

Vi har utarbetat nya rutiner för att säkra att EKG blir bedömda och åtgärdade. Rutinen är regiongemensam. Vid överbeläggningar eller när patienter kvarstannar på akutmottagningen så tas extra personal in för att säkra vården. Tyvärr har det under året vid ett flertal tillfällen uppstått problem med att tillhandahålla vanligt förekommande läkemedel som vi är beroende av. Vi har nu lager som tillgodoser behovet av de mest använda läkemedlen men ser hela tiden till att det blir omsättning på produkterna. Det borde dock tas på allvar och upprättas ett lager som hela regionen kan ta del av både vad gäller läkemedel och sjukvårdsmaterial. Detta med tanke på världsläget och på hur sårbara vi är.

Suicidbedömningar utförs enligt fastlagda rutiner som fungerar väl. Vi har ett nära samarbete med psykiatrin och primärvården vad gäller denna fråga.

Inhyrd personal kontrolleras vad gäller HOSP, ev IVO-anmälningar, läkemedelsförskrivningar mm. De informeras alltid om nya rutiner och om de varit involverade i någon händelse som lett till en synergi eller händelseanalys. Vi arbetar ständigt med frågan om att minska på inhyrd personal eftersom vi är medvetna om att egen personal minskar risken för vårdskador.

VO Barnsjukvård

De identifierade riskområdena i verksamheten är bland annat satellitpatienter, vårdövergångar och behov av vikarier och inhyrda pga. vakanser. Andra riskområden kopplade till BUP har även beskrivits i den här rapporten. Ytterligare ett riskområde som ser ut att tillta är leveransproblem av vissa läkemedel. Arbetet med en fungerande samverkan kring satelitpatienter har tidigare beskrivits. Vårdövergångar är en känd patientrisk och här arbetar vi för att få till en säker vårdövergång vid 18 års ålder. Bemanningssituationen har förbättrats jämfört med tidigare år. Dock kvarstår behov av stafettpersonal och vikarier där några enheter är mer belastade än andra. Den rådande bristen på läkemedel är oroande.

I Gällivare har man under 2023 förbättrat patientsäkerheten i samband med MR-undersökningar då man införskaffat en MR-kompatibel saturationsmätare som används för att övervaka vitalparametrar hos sederade barn under MR-undersökning. Samma övervakning är beställd till Piteå för driftsättning under 2024. Detta förbättrar inte bara patientsäkerheten avsevärt, det öppnar för ett ökat antal undersökningar på hemsjukhuset vilket förbättrar tillgängligheten både i Malmfälten och i Sunderbyn.

VO Hjärtsjukvård

Prioriterat för oss har varit att öppna samtliga vårdplatser på avdelning 46 vilket vi nu sedan i början av oktober har lyckats med under större delen av veckan. Vi måste fortsatt reducera vårdplatser inför helgen då vi inte har tillräckligt med personal. Vi har fokus på vårdprevention och där har våra verksamheter bra rutiner för att det ska undvikas i möjligaste mån, men såklart kan mycket förbättras. Risk med inhyrd personal, hos oss läkare, är att mycket efterarbete blir kvar att hantera för våra ordinarie läkare och det innebär att det finns risker att uppföljning och remisser inte blir omhändertagna eller att provsvar blir liggande utan adekvata åtgärder. Största faktorn för förbättring är att vi lyckas rekrytera så att behovet av inhyrda blir mindre.

Läkemedelsbristen är ett problem och skapar mycket arbete och förhöjd risk.
Vi ser en utmaning då vi har utlokaliserade patienter hos oss från andra kliniker, det är en klar ökad risk för vårdskador, medarbetarna är inte introducerade och kunnig i ex kirurgisk vård och känner att stödet och närvaron från klinikens läkare inte finns. Det finns en sjukhusövergripande rutin framtagen för att utlokaliserade patienter ska få ett gott omhändertagande och en patientsäker vård, vi har inte ännu lyckats få följsamhet till rutinen så det måste prioriterat jobbas vidare med. Kvalitetsregister är viktigt men i mängden uppgifter som ska utföras något som inte alltid hinns med, nu då dessutom införandet av ny journal kräver rätt så mycket resurser så blir det en än större utmaning.

För ledningen i VO Hjärtsjukvård är det prioriterat och viktigt att vården är jämlik och tillgänglig för samtliga norrbottningar i behov av hjärtsjukvård. Ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete och en bra patientsäkerhetskultur är en av de viktigaste förutsättningarna för robust verksamhet av hög kvalité.

VO Internmedicin

På Sunderby sjukhus har en gemensam rutin utarbetats vad gäller utlokaliserade patienter och överbeläggningar men det tar tid att implementera den i en stor organisation. Lokalt arbete i Gällivare angående utlokaliserade patienter pågår. På övriga sjukhus är detta inte aktuellt eftersom VO Internmedicin driver alla akuta somatiska vårdplatser.

VO Neurocentrum

Inga utlokaliserade patient vårdas numera på Neurorehab men Strokeenheten har fortsatt ständiga överbeläggningar. Det blir allt vanligare att läkemedel, vårdmaterial, desinfektionsmedel och förbrukningsvaror blir restnoterade vilket gör att vi lägger tid på att hantera bristen. I slutet av 2023 är avd 41 oberoende av inhyrda sjuksköterskor. Neurologmottagningen är fortsatt beroende av inhyrda neurologspecialister.
Verksamheten är med i Svensk rehabregister, RiksStroke, Nationellt smärtregister, Svenska Neuroregister och Patientkollen.

Riskhantering

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

Riskhantering sker på personnivå genom riskbedömning och på enhetsnivå genom Gröna korset, avvikelsehanteringssystemet Synergi och internanalys/händelseanalys. Vid förändringar i verksamheten görs riskanalys. Bedömning om risk att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalité och i patientsäkerheten ska fortlöpande bedömas. Vårdgivare ska uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Genom inrapportering av risker kan allvarliga risker identifieras och förebyggande åtgärder vidtas.

VO Akut omhändertagande

Patientsäkerheten har stärkts genom tydligare rutiner om handläggningstider gällande patientnämndsärenden och synergier. Utbildningar i avvikelsehanteringen är genomförd till berörda. Medicinsk ledningsansvarig finns för alla akutmottagningar och inom ambulanssjukvården med ett tydligt uppdrag att jobba med patientsäkerhet.

Det är gjort många riskanalyser för att analysera om det innebär patientrisker, exempelvis vid start av AVP i Sunderbyn och vid förändring av scheman i ambulanssjukvården.

VO Barnsjukvård

Det vårdpreventiva arbetet som bör starta med initiativ från medarbetarna behöver utvecklas mer. Utbildning i patientsäkerhet som planeras kan ge en nystart i den frågan.

VO Internmedicin

Vi arbetar aktivt med att alla patienter ska vara riskbedömda inom 24 timmar. Vid daglig styrning efterfrågar enhetschefen om riskbedömningar är gjorda och eventuella åtgärder är insatta. Utvärdering under vårdtiden kan förbättras.

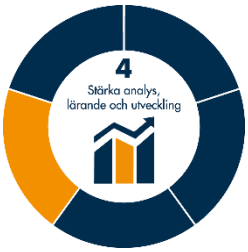
VO Neurocentrum

Riskbedömning för fall, trycksår, munhälsa, undernäring och risk för blåsöverfyllnad görs vid inskrivning inom 24-timmar på samtliga patienter på avdelningen. Vid den årliga

journalgranskningen framkom en brist i riskbedömning av blåsöverfyllnad. Analys pågår och arbetas med kontinuerligt. Riskanalys har utförts på Avdelning 41 inför återtagandet av trombolys vid hjärtinfarkt, inför nya regler för dygnsvila, inför sommaren 2023 och inför lokalförändringar (flytt av avdelning 41). Riskanalys har även utförts inom öppenvården i samband med nytt uppdrag att bedriva stressrehabilitering.

Stärka analys, lärande och utveckling

I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information



Avvikelser

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

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

Totalt i divisionen har 3492 avvikelser registrerats i systemet Synergi under tidsperioden 221101 – 231031 varav 18 procent är i registrerarläge. Det är svårt att dra några slutsatser när avvikelsen kan vara hanterad i verksamheten men inte bearbetad i synergisystemet.

Antalet avvikelser som handlades inom 30 dagar var 39% och inom 60 dagar handlades 62%. Målet för handläggningstiden nås inte.

Under 2022 gjordes en uppdatering i avvikelsesystemet och under året har man fortsatt att göra utbildningsinsatser i systemet för att avvikelser skall registreras rätt och förutsättningar för korrekt handläggning ska finnas.

VO Akut omhändertagande

Nya rutiner har kunnat införas efter att avvikelser bearbetats. Risker har kunnat förutses och förebyggande arbeten har gjorts för att det inte ska kunna hända igen. Några förbättringar som utförts är att nu kan inte patienter skrivas ut innan läkaren har bedömt patientens EKG i de fall som det har ordinerats. Ytterligare en förbättring är att man infört ett dokument som hjälp för AT/ST-läkare som innehåller en checklista där de kan bocka av att de har sett över provsvar, röntgensvar, EKG mm innan de skrivs ut från akutmottagningen.

VO Barnsjukvård

Inom Barnsjukvården arbetar vi för att likställa avvikelsehanteringsprocessen på alla enheter. Medarbetarna uppmanas att rapportera inte bara redan inträffades händelser utan även upptäckta risker och tillbud. Om flera likartade avvikelser inkommit utförs en samlad analys och åtgärder utarbetas utifrån resultatet och sprids i lämpligt forum.

VO Hjärtsjukvård

Avvikelsearbetet är ett ständigt lärande, det visar också på att sjukhuset och vårdgrannar utanför sjukhuset är kommunicerande kärl. Varje enhetschef har ansvar för avvikelser som kommer inom sitt område och gör en analys tillsammans med utvecklingsledare/ patientsäkerhetssamordnade vad som är en adekvat åtgärd. Utmaningen kommer när vi är flera kliniker som är involverade eller

själva inte äger verksamheten där händelsen inträffat som ex akuten då är det svårt att riktigt kunna bidra med adekvata åtgärder. Daglig reflektion genom gröna korset har effekt missar blir omhändertagna direkt. Avvikelser tas också upp på APT.

VO Internmedicin
Under året har kliniken arbetat med att göra riskbedömningar av patienter så snart som möjligt efter inskrivning på avdelning vilket ses över dagligen på pulsmöte vilket har resulterat i färre fallskador.

VO Neurocentrum
Använder en lokal rutin för handläggning av avvikelser och klagomål. Varje år anordnas resultatdagar på samtliga enheter. Till dessa dagar sammanställs statistik från föregående år. Avvikelser till andra enheter behöver formuleras tydligt så det är enklare för mottagande enhet att förstå händelsen. Utbildningsinsatser gällande avvikelser, ständiga förbättringar och patientsäkerhetskultur behövs i regionen. Syftet är att förstå och lära av händelser. Målet behöver vara att göra det enklare att göra rätt.

Klagomål och synpunkter

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

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

Det har inkommit 173 klagomål till verksamheten via patientnämnden. Något fler än förra året då 137 klagomål lämnades in. Flest klagomål är inom området Vård och behandling (52%), Kommunikation (24%) samt Tillgänglighet (10%).

VO Akut omhändertagande
Många klagomål kan besvaras utan att något behöver ändras i rutiner eller annat men varje fråga som patienten har måste ses över innan det besvaras. Att informera berörd personal som handlagt patienten är viktigt för att personalen ska förstå och vara medvetna om hur viktigt arbete de har och att det ska bli rätt. Ibland kan samma person få flera klagomål från patienter och då måste samtal föras med den det berör. Kanske utbildning behövs eller stöd på annat sätt för att utföra arbetet.

VO Internmedicin
Ärenden har behandlats till stor del inom stipulerad tid. De flesta handlar om bemötande och långa väntetider. Återkoppling till personal har skett i samband med arbetsplatsträff och ibland via närmste chef till berörd person.

VO Hjärtsjukvård
Hanteringen av PAN blir en mindre internutredning, där verksamhetschef granskar journal och kontaktar berörda medarbetare som får återkoppla hur de ser på händelsen, därefter får patienten ett svar. De flesta ärenden handlar om kommunikation där man ”pratat förbi varandra”, patienten känner sig felinformerad och inte delaktig i sin vård.

VO Neurocentrum
Det som har varit vanligast förekommande under senaste året är bristande tillgänglighet inom neurologimottagningen. Personer klagar på att de inte får komma till läkarbesök inom rimlig tid eller att de inte erbjuds behandling som de önskar. Även klagomål på telefontillgängligheten är vanligt förekommande. Många mindre klagomål hanteras direkt på berörd enhet och blir lösta i samförstånd med patient/närstående. Avvikelser analyseras tillsammans med medarbetare och förslag på åtgärder framtas.

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**.**

VO Akut omhändertagande

Under nästkommande år kommer vi att arbeta med scenarioträning på våra enheter. Det är något som ger resultat när personalen är säker på hur en situation ska hanteras. Utbildning står högt på agendan eftersom det har varit eftersatt under pandemin men som nu har börjat kunna genomföras igen. Organisationsförändringen i Länssjukvård 1 har medfört att vi har ett nära samarbete i länet och kan genomföra gemensamma utbildningar med tex gipsutbildning, LANS-utbildning och gemensamma föreläsningar i länet från våra narkos-och akutläkare. Vi kommer att ha fortsatt fokus på kompetensutveckling, ett tillitsbaserat ledarskap och arbeta med patientsäkerhetsfrågor hela vägen från medarbetarna till ledningen.

VO Barnsjukvård
Under 2024 behöver vi fortsätta arbetet med att öka kunskap om patientsäkerhet samt systematisera patientsäkerhetsarbetet så att det blir mer likriktat inom våra verksamheter i hela länet. Arbetet behöver fokusera på förebyggande åtgärder samt att kunskap och återkoppling når ut till samtliga medarbetare. Det blir viktigt att sprida lärdomar inte bara inom den egna enheten utan till andra enheter inom hela verksamhetsområdet, något som kan göras i de forum som finns. Barnsjukvården arbetar regelbundet med träning, simulering, kompetensutveckling och handledning vilket kommer att fortgå under 2024.

VO Hjärtsjukvård

Patientsäkerhet är en viktig och prioriterad fråga för VO hjärtsjukvård och något som alltid prioriteras högt, vi har mål satta i vår VO plan där vi kan följa processen och för nästa år ska även enhetsmål tas fram där det ska finns beskrivna mål för patientsäkerhet. Det handlar också mycket om att skapa en kultur där det är ett självklart arbetssätt att arbeta patientsäkert. Att det finns tydliga rutiner och utvecklade arbetssätt så att det är lätt att göra rätt är också något vi har tryckt på i vårt förhållningsätt. När vi arbetar med att utveckla våra rutiner och arbetssätt samt vid

förändringar av mer organisatorisk art i verksamheten och sjukhusgemensamt görs alltid riskbedömningar.

VO Internmedicin
Målet med 2024 är att skapa klinikgemensamma forum där patientsäkerhetsfrågor tas upp regelbundet samt delta på kurser och utbildningar som finns att tillgå. Kliniken har byggt upp ett nätverk för enhetschefer med träffar två gånger/år för utbildning och erfarenhetsbyte.

VO Neurocentrum
Två HLR-instruktörer ska utbildas i november 2023 i öppenvården och ytterligare en i slutenvården. Under 2024 säkerställa att all personal genomgår HLR-utbildning. Uppföljningar sker varje månad på ledningsnivå för att säkra att utbildningar och aktiviteter genomförs.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Under 2024 kommer det nuvarande vårdadministrativa journalsystemet VAS att bytas till Cosmic vilket kommer att ta mycket kraft av verksamheten så prioriteringar kommer att göras. Mycket utav arbetet kommer att handla om kvalitetssäkring av administration samt genomgång och uppdatering av arbetssätt och rutiner utifrån kunskapsstyrning vilket leder till en mer patientsäker verksamhet.

Under 2024 kommer arbetet med att eliminera undvikbara vårdskador att fortsätta och följas upp på divisionsnivå.

Divisionsspecifika mål 2022-2024

- Alla verksamheter ska införa Gröna Korset för att synliggöra och avvärja risker för vårdskador.
- Alla verksamheter ska varje månad mäta, dokumentera, utvärdera, sätta in lämpliga åtgärder och följa upp basala hygien riktlinjer- och klädregler.
- Alla patienter 70 år och äldre ska riskbedömas och registreras i VAS, relevanta åtgärder ska sättas in och utvärderas.
- Hygienronder ska genomföras.
- Loggkontroller ska genomföras.

VO Akut omhändertagande

Det viktigaste att arbeta vidare med nästa år är att rekrytera och behålla egen personal till våra enheter. Det främjar patientsäkerheten och får personalen att känna ett ansvar för sin arbetsplats. Vi ska fortsätta utveckla ledarskapet och arbeta tillitsbaserat. På så sätt kan vi tillvarata personalens förslag och genomföra förändringar som kommer från dem.

Personcentrerad vård införs till att börja med på IVA-enheterna. Kan inte patienten medverka så kan deras närstående berätta om hur deras situation och vardag ser ut.

Det riskförebyggande arbetet fortsätter. Vikten av att hygienombud finns som mäter hur vi efterföljer hygienreglerna och även informerar och utbildar personalen i detta viktiga arbete. Det som kommer att prägla 2024 är just utbildningar för att hämta in nya kunskaper men också repetera och genomföra interna scenarioövningar. Det är av stor vikt att känna sig säker på hur akuta omhändertaganden ska tas om hand.

VO Barnsjukvård
Under det kommande året kommer vi att fortsätta prioritera, stärka och stimulera till en verksamhet med full integrerad patientsäkerhet med det tydliga målet att eliminera vårdskador. En särskild utmaning är att balansera klokt mellan patientsäkerhetsarbete och primärt patientarbete för de verksamheter som utmanas av kompetensbrist och högt inflöde av patienter.

VO Hjärtsjukvård

Ett viktigt mål har delvis nått, att kunna öppna samtliga tillgängliga vårdplatser på avdelning 46 med egen personal vilket vi nästan kommit i mål med, det arbetet fortsätter under verksamhetsåret 2024 där vi nu också inkluderar HIA avdelning 47 som vi också siktar på att kunna ”drifta” samtliga vårdplatser veckans alla dagar.

Att vi har tillgängliga vårdplatser i tillräcklig mängd är ett av dom viktigaste patientsäkerhetsarbetena och det behöver vi arbeta med sjukhusövergripande, VO hjärtsjukvård har kommit en bra bit på väg.

VO Internmedicin

Utmaningen är kompetensförsörjningen och bemanning av slutenvårdsplatser. Hög omsättning och stor del oerfaren personal samt målet att minska antalet bemanningssjuksköterskor och ändå behålla antalet vårdplatser kommer bli en utmaning för enhetschefernas arbete kring patientsäkerheten.

VO Neurocentrum

Arbeta med personalresurser och kompetens, patientmedverkan, nya nätverk samt höja patientsäkerhetskulturen.

Bilaga 1 Sammanställning av lokalt planerade åtgärder, patientsäkerhet 2024

Verksamhet	Lokalt planerad åtgärd patientsäkerhet 2024
VO Akut omhändertagande	• Scenarioträning • Kontinuerlig utbildning • Personcentrerad vård på IVA -enheterna • Gemensam plan för utbildningar i länet inom ambulans/helikopterverksamheten
VO Barnsjukvård	• Arbeta med psykologisk trygghet i verksamheten. • Utbildning i patientsäkerhetsarbete samt flödesarbete • Utveckla arbetet med synergier • Samarbeta med Ortopedkliniken i Gällivare i PRISS projektet (Protesrelaterade Infektioner ska Stoppas) • BUP kommer medverka i att skapa en mottagarfunktion för psykisk ohälsa i Region Norrbotten

	• Mäta BHK mer regelbundet • För att arbeta patientmedverkan har man startat ett ungdomsråd i Sunderbyn. Det arbetet fortsätter 2024. • Delta i projektarbetet lokal suicidprevention som pågår i Norrbotten.
VO Hjärtsjukvård	• Fortsätta införa Gröna Korset • Fortsätta arbeta med BHK och följa upp resultaten. • Hålla alla vårdplatser öppna på avdelning 46 med egen personal, inkludera HIA avdelning 47 som vi också siktar på att kunna ”drifta” samtliga vårdplatser veckans alla dagar.
VO Internmedicin	• Införa Gröna brevet på alla enheter • Fortsätta arbeta med BHK • Göra riskbedömningar • Målet under 2024 är att skapa klinikgemensamma forum där patientsäkerhetsfrågor tas upp regelbundet • Delta i kurser och utbildningar som finns att tillgå i patientsäkerhet. • Kvalitetssäkring av arbetssätt, administration och rutiner utifrån kunskapsstyrning
VO Neurocentrum	• All personal skall genomföra HLR utbildning • Ökad följsamhet till BHK inom slutenvård. • Öka användningen och tillvarata resultaten från kvalitetsregister inom neurologin. • Patientsäkerhetskultur: utbilda all personal vid introduktion och repetera utbildningen årligen aktuella arbetssätt (Synergi, sekretess, etik, Gröna Korset, SEUPP) • Avvikelsehantering: Samtliga ärenden ska handläggas inom 60 dagar • Nytt journalföringssystem – all personal ska gå utbildning • Säkerställa att enheterna och användare inom VO Neurocentrum överensstämmer med organisationen.