# Patientsäkerhetsberättelse för Division Länssjukvård 2 2021

Datum: 2021-12-31

Ansvarig för innehållet:
Ingela Johansson, Verksamhetsutvecklare
Jonas Sandberg, Verksamhetsutvecklare
Åsa Lekvall, Kvalitetsansvarig

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”

# 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 ..... 6
Informationssäkerhet ..... 7
Strålskydd ..... 8
En god säkerhetskultur ..... 8
Adekvat kunskap och kompetens ..... 8
Patienten som medskapare ..... 9

AGERA FÖR SÄKER VÅRD ..... 11
Öka kunskap om inträffade vårdskador ..... 15
Tillförlitliga och säkra system och processer ..... 16
Säker vård här och nu ..... 17
Riskhantering ..... 18
Stärka analys, lärande och utveckling ..... 18
Avvikelser ..... 18
Klagomål och synpunkter ..... 18
Öka riskmedvetenhet och beredskap ..... 19

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR ..... 19

Bilaga 1. Exempel på upplägg utifrån arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete ..... 10

Bilaga 2. Exempel på tabell för sammanställning ..... 11

# SAMMANFATTNING

Patientsäkerhetsberättelsen utgår från nya organisationen som trädde i kraft under sommaren 2021. Länssjukvård 2s verksamheter och därigenom också patientsäkerhetsarbetet har påverkats starkt av pandemin med Covid-19 under året. Många av divisionens verksamheter har haft neddragen verksamhet och personal utlånad till Covidvården. Alla resultat som visas i denna berättelse ska ses med detta i åtanke. Verksamheterna har fortsatt arbeta med Gröna korset, SEUPP-ronder och Gröna brevet. Implementering av digitala tjänster såsom digitala återbesök, mobil incheckning och 1177-tjänster har fortsatt i verksamheterna.

Årets mätningar visar att länssjukvård 2s patientsäkerhet har försämrats ffa att fler patienter har trycksår. Följsamheten till mätning av basal hygien och klädregler (BHK) har varit bristfällig under året. Resultatet av BHK visar att följsamheten är likvärdigt med föregående år. Gröna korset används i verksamheterna vilket inte syns i resultatet eftersom de flesta verksamheter inte registrerat in Gröna korset i gamla divisionsmallen.

Verksamheterna följer rutiner för klagomål, synpunkter och avvikelser. Divisionen har en god följsamhet till avvikelseprocessen. Risk- och vårdskador som inträffar i verksamheten tas på allvar och händelseanalyser genomförs. Antalet händelseanalyser ligger på ungefär samma nivå som tidigare år.

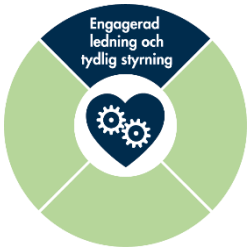
Divisionen genomför kontinuerliga egenkontroller årsvis, månadsvis och dagligen samt genomför förbättringar utifrån resultaten.

Länssjukvårdens verksamhetsutvecklare fungerar som ett stöd i patientsäkerhetsarbetet. De sammanställer resultat, utbildar, stödjer förbättringsarbeten samt är analysledare för risk- och händelseanalyser.

# GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

## Engagerad ledning och tydlig styrning




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

### Övergripande mål och strategier

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

Divisionens patientsäkerhetsarbete utgår ifrån Region Norrbottens Verksamhetsmodell och regionens ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete. ”Regionens ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete ska anpassas och användas i verksamheten för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitét samt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det strategiska arbetet ska inriktas på att implementera ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbete i linjeorganisationen.”
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 av den nationella patientenkäten för att utveckla vården, samt öka patientmedverkan i de områden man ser det är möjligt. Nyttjandet av digital teknik ska öka i vården. Daglig styrning ska fortsätta implementeras genom att verksamheter inför puls- och förbättringsmöten samt visualiseringstavlor.
Under året har regionen genomfört en ombildning av divisionerna både på stabs- och verksamhetsnivå.

Övergripande mål för divisionen:

- Avvikelser, risker och klagomål ska rapporteras i Synergi och användas för lärande i vardagen. Målet är att samtliga ärenden ska påbörjas inom 7 dagar och vara avslutade inom 30 dagar.
- Alla verksamheter arbetar förebyggande genom att göra riskanalyser vid förändringar eller vid särskilt riskfyllda moment.
- Vårdskador ska ligga under 6,5 %.
- Alla verksamheter ska införa Gröna Korset för att synliggöra risker för vårdskador.
- Andelen vårdrelaterade infektioner ska ligga under 5 %.
- 70 % av utskrivna patienter i målgruppen *75 år och äldre med mer än 5 läkemedel* ska få en läkemedelsberättelse.
- Basala hygien- och klädrutiner ska följas till 100 % av samtliga medarbetare.
- Trycksår ska förekomma på mindre än 10 % av patienterna.
- Vårdrelaterade fallskador och höftfrakturer hos äldre ska minska med 50 % jämfört med 2020.
- Riskbedömning av inneliggande patienter över 70 år för fall, nutrition, trycksår och munhälsa ska registreras i det vårdadministrativa systemet VAS.
- Alla verksamheter arbetar förebyggande genom att göra riskanalyser vid förändringar eller vid särskilt riskfyllda moment.

- Andel vårdtillfällen där patienter varit utskrivningsklara > 1 dygn (somatik) **under 7 %.**

## Organisation och ansvar

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

Under året har omorganisation genomförts. Patientsäkerhetsberättelsen grundar sig på den nya organisationen. Länssjukvård 2 har under året varit indelat i 8 verksamhetsområden som vardera leds av Verksamhetsområdeschef/Verksamhetschef.

- VO Allmänkirurgi/Urologi
- VO Hjärtsjukvård
- VO Infektion/Hud/Reuma/Lunga
- VO Obstetrik/Gynekologi
- VO LSS/SynHör
- VO Ortopedi
- VO Paramedicin
- VO Ögon/ÖNH/Käkkirurgi

Regionen har en patientsäkerhetsstrateg och Lex Maria-läkare som driver patientsäkerhetsfrågorna i regionen. Patientsäkerhetsstrategen är mötesledare för patientsäkerhetsrådet där kvalitetsansvariga i närstödet deltar. Divisionschefen är ytterst ansvarig för att ledningssystemet tillämpas i verksamheten. I divisionens närstöd finns verksamhetsutvecklare som stödjer cheferna i patientsäkerhetsarbetet.

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

### Samverkan för att förebygga vårdskador

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

## Samordnad planering

Alla vårdavdelningar och mottagningar har infört utskrivning- och öppenvårdsprocessen samt IT-systemet Lifecare för att förbättra samarbetet med kommun och primärvård. Användandet av Lifcare har även säkrat övergångarna för patienterna vid utskrivning samt underlättat att sammankalla aktörer för samordning av insatser/åtgärder utifrån patientens/brukarens behov.

**VO Ortopedi**

Samverkan sker med kommunerna i Norrbotten för att säkra övergångarna mellan slutenvården och det egna hemmet. Vårdavdelningarna har infört utskrivningsprocessen och IT systemet Lifecare.

Verksamheten samverkar med andra regioner via RPO som är ett samråd för strategiska frågor för olika sjukdomsgrupper. Där följer man upp och analyserar behandlingsresultat och verkar för förbättringar i vården. För att få säker kirurgi sker samverkan med kirurgen och man använder sig av checklistan Säker kirurgi.

**VO LSS/SynHör**

Verksamheten använder sig av Samordnad individuell plan. Det har gjort det enklare att vid behov sammankalla aktörer för samordning av insatser/åtgärder utifrån patientens/brukarens behov.

LSS har omorganisera sig under året, man har delat på vuxenhabiliteringen och LSS och utarbetat nya arbetssätt för vuxenhabiliteringen. Under året har vuxenhabiliteringen genomfört ett pilotprojekt tillsammans med hälsocentralerna där man tillsammans har gått igenom svåra ärenden för att hitta rätt åtgärder på rätt vårdnivå och förhindra att patienten ”bollas” mellan verksamheterna.

**VO Infektion/Hud/Reuma/Lunga**

På avd 35 sker samverkan sker med kommunerna i Norrbotten för att säkra övergångarna mellan slutenvården och det egna hemmet. Vårdavdelningarna har infört utskrivningsprocessen och IT systemet Lifecare. En checklista är upprättad från akuten till vårdavdelningen. Samverkan har ökat genom en utökning av kontaktsjuksköterskor på lungmottagningen. Deras roll är att säkerställa att patienter har tillgång till vårdplan och säkra övergångar mellan Sunderby sjukhus och länsklinikerna. Även har samarbetet med Länsservice i frågan om återkallelse av CPAP-utrustning stärkts. Reumatologmottagningen samverkar med lungmottagningen genom att fibrosronder genomförs 1ggr/månad och vid behov genomförs multidisciplinär rond. För samordnad vårdplanering med kommun och primärvården används systemet Life Care.

**VO Ögon/ÖNH/käk**

Under året har verksamheten lyft frågan till regiondirektören om att påbörja samarbetet mellan ögonsjukvården och primärvården i syfte att förflytta vården närmare patienterna och att öka kompetensen hos primärvården inom synfältsundersökning och ögonbottenfotografering. För att korta operationsköerna till kataraktkirurgi har ett samarbete inletts med ögonkliniken på Norrlands universitetssjukhus. Samverkan med vårdhygien ffa. Smittskyddet har varit en central roll i arbetet med att hantera frågor och utforma arbetssätt i samband med Covid-19 pandemin.

Samverkan med vårdhygien ffa. Smittskyddet har varit en central roll i arbetet med att hantera frågor och utforma arbetssätt i samband med Covid-19 pandemin. För att inte fördröja vården och minska köerna har ÖNH köpt in vissa ingrepp från privata vårdgivare samt anställt stafettläkare under 6 veckor. Arbetet med SVF fortsätter kontinuerligt med uppföljning av resultat, behandling och eftervård. Samverkan sker kontinuerligt länsövergripande och med Umeå universitetssjukhus i syfte att förbättra ledtider och arbetssätt. Man samverkar med kommunen genom att bland annat genomföra trakealkanyl-utbildning.

**VO Obstetrik/Gynekologi**

Verksamheten deltar i den nationella överenskommelsen ”Trygg hela vägen” där målet är att skapa en jämställd- och jämlik vård genom att förbättra vårdkedjan före- under och efter graviditet. Förbättring av samvården mellan Ob/Gyn och Neo har påbörjats men på grund av pandemin har detta arbete pausat.

**VO Allmänkirurgi/Urologi**

Samplanering med länets cytostatikaenheter har skett för att säkerställa cancerbehandlingar under sommaren. Samverkan har skett med Kalix sjukhus vid uppstart av operationer. Verksamheten fortsätter arbeta med de standardiserade vårdförlopp som är implementerade sedan tidigare. Inga nya har tillkommit under året.

### Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Verksamheterna arbetar med följande för att bibehålla en god informationssäkerhet.

- Patienter får skriftligt begära journal kopior eller via 1177.
- Vid nyanställning kontrolleras legitimationen, legitimation gentemot socialstyrelsen och personalen informeras om sekretess och tystnadsplikt samt får skriva under ett sekretessavtal.
- Årliga stickprov/loggkontroller i patientjournaler genomförs.
- Spårbarhet av special anpassade hjälpmedel inom ortopedin.

- Vid avslutad anställning tas behörigheter bort.
- Rutin är framtagen att alltid pausa datorn när man lämnar den utan uppsikt
- Allt arbetsmaterial med sekretessuppgifter, som skapas på papper, ska förvaras i låsbara arkivskåp

**Strålskydd**

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

## En god säkerhetskultur

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

Både mottagningsverksamheterna och vårdavdelningarna har kontinuerliga mötesforum där dialog om patientsäkerhet sker. Verksamheterna genomför kontinuerligt puls- och förbättringsmöten. På avdelningar sker pulsmöten dagligen och på mottagningar en gång i veckan. I samband med dessa diskuteras de risker och händelser som inträffat under dagen. Beslut tas om händelserna ska hanteras som förbättringsförslag eller om de ska betraktas som avvikelse. För lärande i organisationen tar verksamheterna upp aktuella händelser och avvikelser på arbetsplatsträffar och i ledningsgruppen. Patientsäkerhet är inom flera verksamheter en stående punkt på ledningsgruppen. Vårdavdelningarna har infört Gröna Korset dagligen. I dessa forum sker dialog om uppkomna händelser, risker och vårdskador som inträffat under arbetspasset. På ortopeden har man även infört Gröna brevet som är en summering av patientsäkerhetsrisker och vårdskador som skett under månaden. Infektionsavdelningen har infört SEUPP-ronder som innebär att personalen kontinuerligt besöker patienten i syfte att minimera risken att vårdskador uppstår. Under året har mottagningarna deltagit och påbörjat att anpassa Gröna korset så att det passar deras verksamhet.

## 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.

Samtliga anställda har via medarbetarsamtal en individuell kompetensplan där man tittar på utbildningsbehov och önskemål hos de anställda. Arbetsgruppen på mottagningen har en lång erfarenhet. Både inom ortopedin och inom infektionsavdelningen har man anställt utvecklingssjuksköterskor som har i uppdrag att planera, leda och bedriva förbättrings- och implementeringsarbeten tillsammans med enhetschef. Mentorskap till nyanställda medarbetare utses i flera verksamheter.

**VO Ortopedi**

Personal får utbildning i patientsäkerhet bl a. trycksåraprofylax, HLR, NEWS, personcentrerat arbetssätt. Personalen erbjuds utbildningar inom ortopedi och äldrevård som går via webb. En gång i månaden genomförs utbildnings forum inom olika områden för att öka kompetensen. Man schemalägger alltid erfaren personal på varje arbetspass. Etik grupp genomförs varje månad.

**VO LSS/SynHör**

Alla medarbetare har genomgått utbildning i specialpedagogik. Interna tillfällen finns för kompetensutveckling som är regelbundet schemalagd 1ggr/v. Där kan teamet dela med sig av sin kompetens eller så söker man kompetens på annat håll.
Inom hörselvården genomförs stora team möten en ggr/månad på barn och vuxen sidan. Ett döv-blindteam (syncentralen och Pedagogiska hörselvården) finns där samverkansmöten sker mellan. Månadsvis sker hörselrond med audiolog.

**VO Obstetrik/Gynekologi**

Inför varje Barnmorskepass, dygnet runt, veckans alla dagar året runt arbetar en koordinator som är en erfaren barnmorska med många års erfarenhet. I tjänst finns olika erfarenheter hos personalen och efter att alla patienter triagerats beslutas vilken erfarenhet som barnmorskan ska ha för att få förlösa patienten. Under året har följande utbildningar skett CTG utbildning, bäckenbotten utbildning, regelbundna teamträningar, praktiskt obstetrisk teamträning samt CEPS (HLR barn). Till nyanställda barnmorskor utses en mentor.

**VO Infektion/Hud/Reuma/Lunga**

På infektionsavdelningen planeras varannan vecka internutbildning med fokus på det medicin och omvårdnad. Två sjuksköterskor går fortbildning, via universitet, inom infektionssjukvård 7,5 Hp. Rekrytering pågår fortlöpande för att säkra kompetens och bemanning.
Genom schemaplanering tillgodoser man att det alltid finns rutinerad sjuksköterska/undersköterska vid varje skift. Flertalet sjuksköterskor har gått vidareutbildning i Reumatologi, 15 hp. En ny utbildning planeras att starta 2023 och då kommer fler sjuksköterskor att genomgå den. All personal genomgår utbildning i ProACT och HLR samt repetitionsutbildningar 1ggr/år.

**VO Ögon/ÖNH/Käk**

I Norrbotten saknas möjlighet till central utbildning och fortbildning inom området. Hygienobservatörer har fått utbildning. Vårdchef och enhetschef har stöttat och fortbildat medarbetar inom avvikelsehantering. Nyanställd personal har fått utbildning inom BHK i samband med introduktionen. För att underlätta patientsäkerhetsarbetet i vardagen har vi på vår interna hemsida skapat en ”patientsäkerhets-puff Patientsäkerhet VO Ögon” där man lätt kan nå information, bl.a. lokala rutiner och via länk centrala rutiner/riktlinjer.

**VO Allmänkirurgi/Urologi**

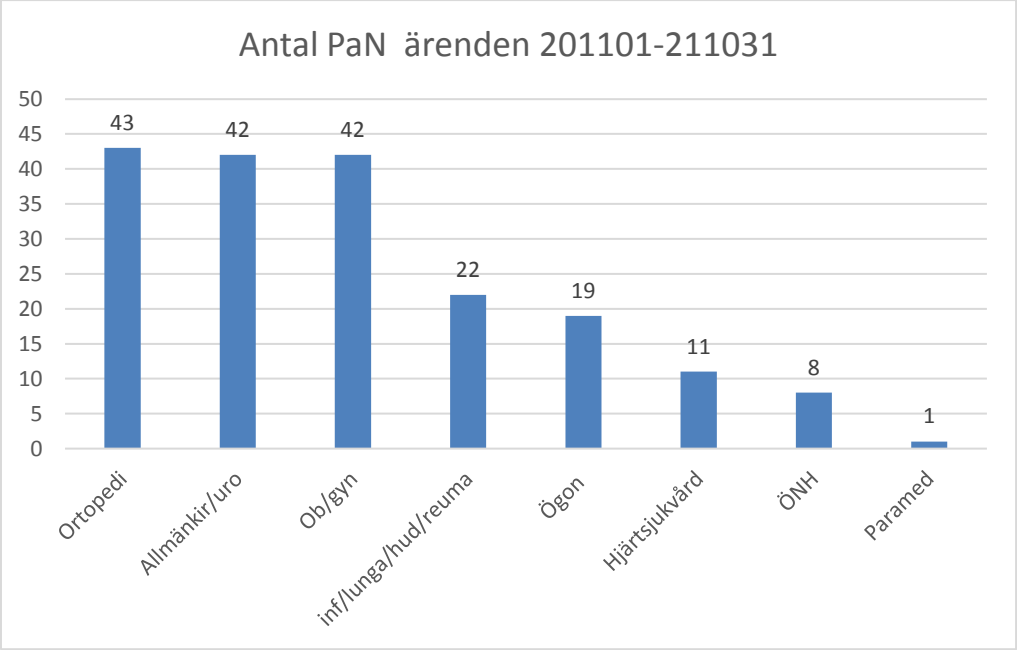
Internutbildning i stomi har skett av en undersköterska som ska stödja klinikens/sjukhusets inneliggande stomiopererade patienter. Övervakningsmetoden NEWS har implementeras. Läkare och sjuksköterskor har genomgått utbildning i utskrivningsprocessen Lifecare. Alla medarbetare har genomgått utbildning ProAct. Internutbildning sker kontinuerligt för klinikens medarbetare i syfte att öka kunskapsnivån.

## Patienten som medskapare

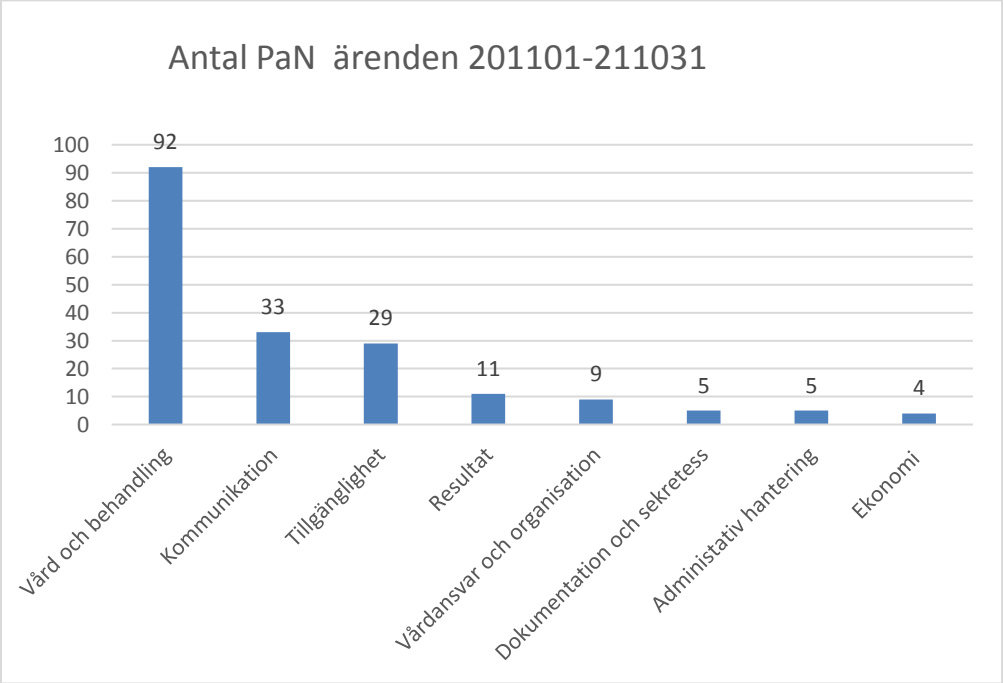
En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

*PSL 2010:659 3 kap. 4 §*

Verksamheterna har inte kunnat ta del av patienternas upplevelse av vården via den nationella patientenkäten (NPE) under 2020 eftersom enkäten somatisk öppen- och slutenvården blev inställd p.g.a. av coronapandemin. Ingen ny NPE har genomförts under året.
Alla klagomål från patient/anhörig hanteras av verksamheten. I samband med händelseanalyser erbjuds patient och/eller anhörig att delta via intervju av både verksamhet och av analysledare.
Om patienten har åsikter på vården kan de anmäla sina patientsynpunkter till patientnämnden. Under året har totalt 188 ärenden inkommit till patientnämnden.




Bilden ovan visar hur de 188 ärendena fördelades på de olika verksamhetsområdena. VO Allmänkirurgi/urologi, Ortopedi och Ob/gyn är de verksamheter som har fått flest synpunkter. Bilden nedan visar fördelning av ärenden per område. Vård och behandling är det områden som fått in flest patientsynpunkter.



**VO Ortopedi**

Alla verksamheter arbetar med att förbättra verksamheterna och involverar patienten i delar av förbättringsarbeten. Exempelvis informationsbroschyrer, enkäter, intervjuer mm. Vid inskrivning får patienten en checklista för att kunna följa med i sin egen vård under vårdtiden. Vid utskrivning får patienten både muntlig- och skriftlig information och alla patienter får med sig läkemedelsberättelse, PINF (Patientinformation) och epikris. Alla patienter som går hem från uppvakningsavdelningen och dagkirurgiska verksamheten får en PINF vid utskrivning.

**VO Paramedicin**

Pandemin har gjort att vi inte kunnat involvera patienten direkt i arbetet med analys av avvikelser.

**VO LSS/SynHör**

LSS Råd o stöd har man tagit fram en enkät om brukarens upplevda delaktighet i råd och stödprocessen. Enkäten skickas ut till alla brukarna efter avslutad insats. Patienterna involveras vid framtagande av informationsmaterial/utbildningsmaterial, bla har en utbildning om Autism tagits fram som efter synpunkter från patienterna medfört mer bilder och en uppläsningsfunktion. Vid översyn av hjälpmedels riktlinjer involveras intresseorganisationer.

Pandemin har gjort att SynHör inte kunnat ha en patient eller närstående på planeringsdagen. Verksamheten deltar i nationella patientenkäten, hörselbron, nysam för att följa upp de områden patienterna tycker vi behöver utveckla. Verksamheten har infört 1177 och SMS bekräftelse vid hembesök. Patienten kan avboka sin läkartid, läsa sin journal och beställa journalkopior via 1177.

**VO Hud/Infektion/Lunga/Reuma**

Journal via 1177 finns tillgänglig via internet och patienterna rekommenderas att använda funktionen. Inom verksamhetsområdet finns en rutin där det finns beskrivet hur personalen tar emot klagomål och synpunkter från patienter och närstående. På infektionsavdelningen har man startat projektet patientnära rond där syftet är att få patienten mer delaktiga i sin egen rond (patientcentrerad vård). Det finns förslagslåda för patienter, där de kan lämna förbättringsförslag och synpunkter. På lungmottagningen görs patienten delaktig i planeringen av sin egen vård. På reumatologmottagningen träffar vissa patientgrupper teamet (sjuksköterska, kurator, fysioterapeut, arbetsterapeut). Efteråt får patienten hemskickat en enkät om upplevelsen av dagen som kan besvaras anonymt. De uppmanas även komma med förbättringsförslag.

**VO Ögon/ÖNH/Käk**

Patienter och deras närstående har varit delaktiga i vården genom samverkan med medarbetarna i den direkta vården och vid telefonkontakter. Patienten får skriftlig information som komplettering till den muntliga. Glaukomkafé, en träffpunkt för information, frågor och erfarenhetsutbyte med andra har hållits för patienterna. Samarbete sker med lokala patientråd och med patientföreningar.
Verksamheten har infört 1177 och vårdguiden som ger patienterna möjlighet till ökad delaktighet och kunskap sin vård. Inom ÖNH genomförs cancerenkäten PROM/PREM.

## AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

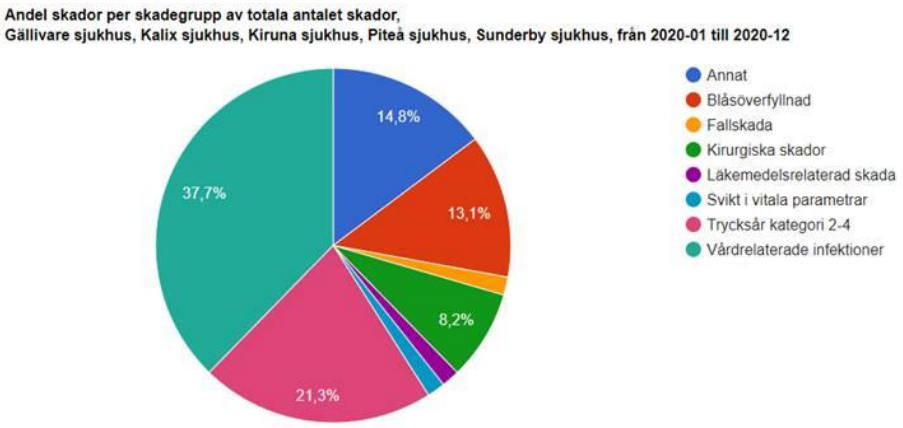
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella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

Alla vårdverksamheter deltar i de årliga nationella punktprevalensmätningarna (PPM) för trycksår, vårdrelaterade infektioner (VRI) och basalhygien och klädregler (BHK). Under året har PPM-mätningar för trycksår och BHK genomförts. BHK-mätning genomfördes under våren och trycksårsmätning under hösten. Månadsvis genomför regionen även egenkontroll av BHK i vårdverksamheterna.

Inom regionen sker månadsvis markörbaserad journalgranskning (MJG) av ett centralt journalgranskningsteam. MJG sker via slumpvist utvalda journaler under året där Länssjukvård 2 verksamhet igår.

## Vårdskador

*Mål*: Regionens mål är att andel personer som drabbas av vårdskador ska vara under 6,5 %.
*Resultat:* Regionen mäter vårdskador via markörbaserad journalgranskning. Eftersom det är en journalgranskning sker eftersläpning av resultatet så det resultat som redovisas är för 2020. Det året låg vårdskadorna i Regionen 7% och vanligaste vårdskadan är VRI och under året har trycksår ökat.



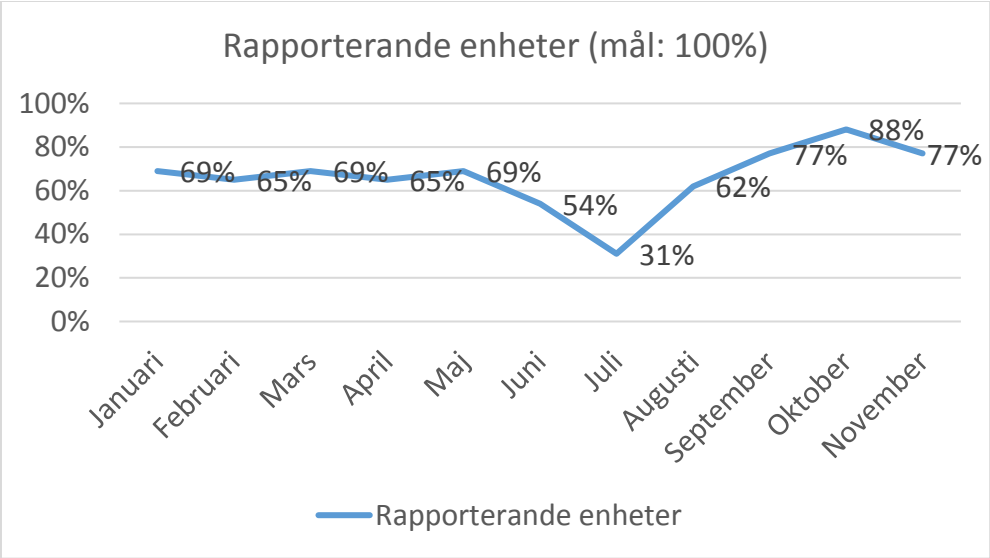

*Analys av resultat:* Efter omorganisationen i Regionen kan inte länssjukvårdens resultat redovisas eftersom granskningen grundar sig på specialiteter. De verksamheter som ingår i specialitet Internmedicin ägs både av Länssjukvård 1 och Länssjukvård 2 och enheterna kan inte separeras i resultatet.

## Vårdrelaterade infektioner (VRI)

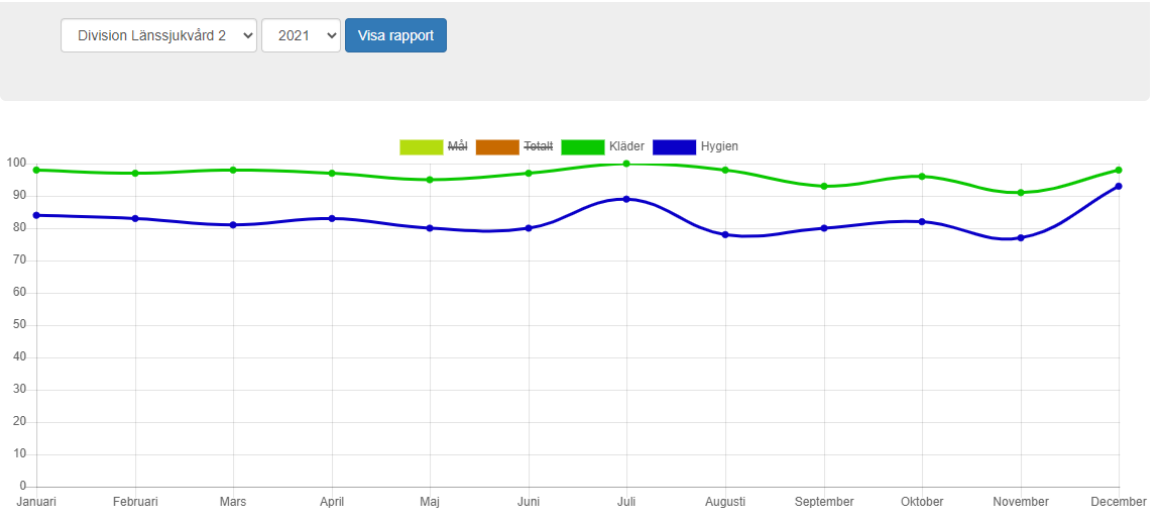
*Mål:* Regionens mål är att andel personer som drabbas av vårdrelaterade infektioner ska vara under 5%.
Ingen nationell PPM VRI-mätning har genomförts under året. Regionen har inte heller genomfört någon egen mätning.

## Basala hygien- och klädrutiner (BHK)

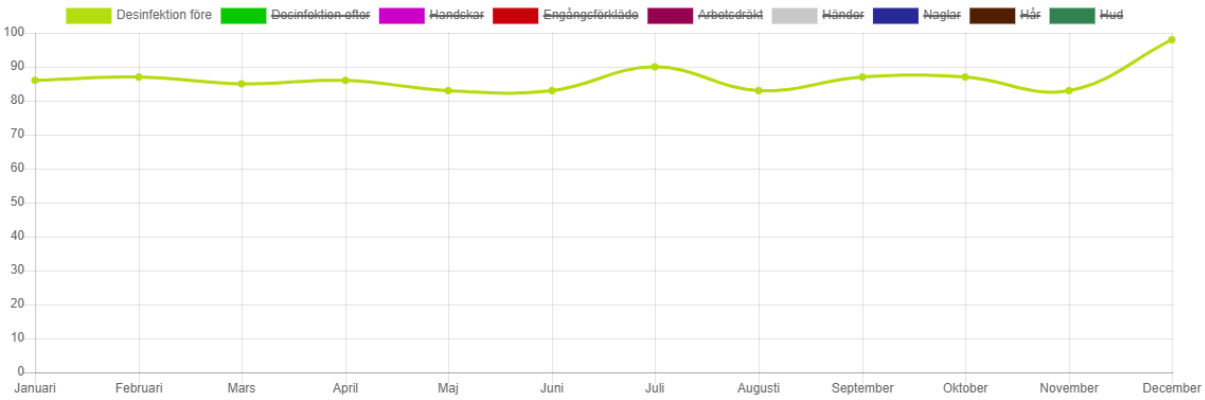
*Mål:* Regionens mål är att basala hygien- och klädrutiner ska följas till 100% av samtliga medarbetare.
*Resultat:* BHK mäts via PPM-mätning samt via månadsmätningar i regionen via bhk.nll.se.
Resultatet som visas nedan är från den egna månadsmätningen.




Under året har andelen för rapporterade enheter ökat. Under hösten har minst tre fjärdedelar av divisionens enheter mätt och rapporterat in.



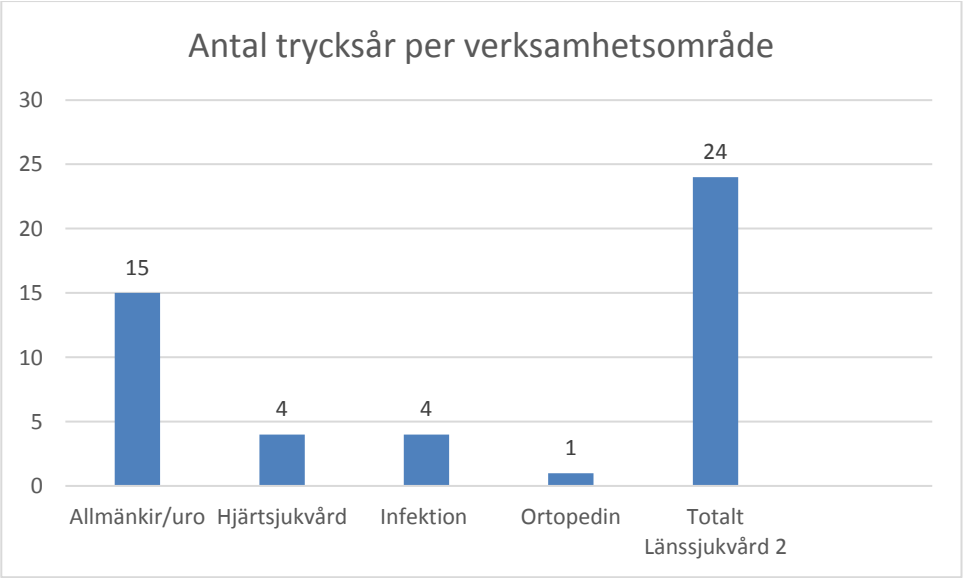

Det har inte varit några stora förändringar i divisionens resultat för följsamheten till BHK. Resultatet för följsamhet visar att ungefär var tjugonde av divisionens medarbetare inte följer de klädregler som finns och att ungefär var femte inte följer hygienreglerna. Resultatet återspeglas också i den PPM BHK-mätning som genomfördes under våren.

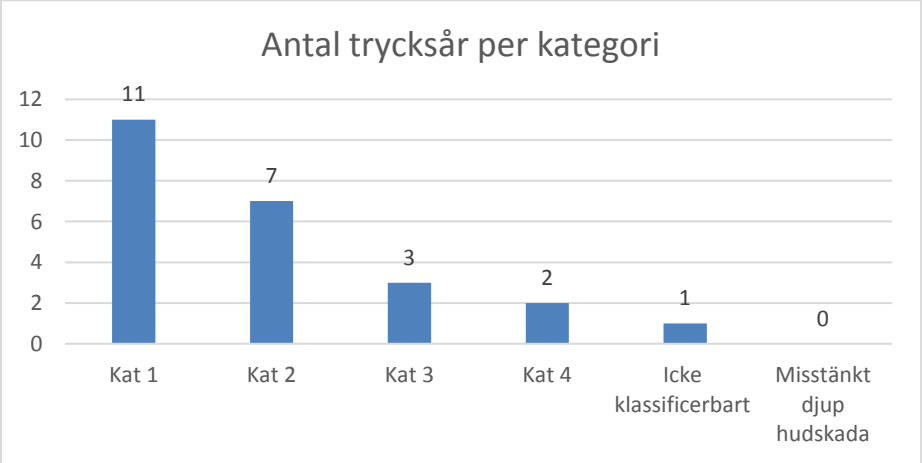



Resultatet visar att följsamheten till ”Desinfektion före” har största förbättringspotentialen.

## Trycksår

*Mål:* Regionens mål är att trycksår ska förekomma på mindre än 10 % av patienterna.
*Resultat:* Trycksår mäts via PPM-mätning, inom Länssjukvård 2 hade 19 % av patienterna trycksår.




*Analys av resultat:*
Resultatet grundar sig på att 8 av 11 avdelningar deltog i mätningen. Totalt deltog 96 patienter i mätningen. Länssjukvård 2 hade totalt 24 trycksår. Vanligaste tryckåret var kategori 1 (rodnad) och kategori 2 (delhudskada). Inom VO Allmänkirurgi och Urologi fanns mer än hälften av trycksåren.

## Gröna korset

På grund av pandemin har uppföljningen av Gröna korset från centralt håll legat nere. Flera verksamheter har pausat arbetet med Gröna korset eftersom de behövt flytta personal och fokusera på pandemirelaterad verksamhet. Några verksamheter som har ett inarbetat arbetssätt med verktyget har trots pandemin fortsatt med det och inrapporterat sitt resultat i den mall som skapades för Länssjukvården innan omorganisationen.

**Gröna korset - Månadssammanställning - 2021** Enhet: Division

| Typ av risk/vårdskada: | Jan | Feb | Mar | Apr | Maj | Jun | Jul | Aug | Sep | Okt | Nov | Dec | Summa: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B = Blåsöverfyllnad | 2 | | 1 | 2 | 1 3 | | | 3 | 2 | 2 3 | 1 1 | | 21 |
| D = Dokumentation | | | 1 | 1 | 2 | | | 1 | 1 | 6 | 1 | 1 | 14 |
| F = Fall | 4 | 1 9 | 5 | 2 4 | 2 7 | | | 4 4 | 5 15 | 5 7 | 2 5 | | 81 |
| K = Kommunikation | | | 1 | 3 | 2 | 1 | | 2 | 6 | 6 | 3 | 1 | 25 |
| L = Läkemedel | 1 1 | 1 2 | 1 | 5 | 2 | | 1 | 1 | 4 | 6 | 1 | 1 | 27 |
| M = Munhälsa | | 1 | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 4 |
| T = Trycksår | 1 | 2 | | 3 | 3 7 | | | 1 2 | 2 2 | 3 6 | 2 | 1 | 35 |
| U = Undernäring | | | | | | | | | | | | | 0 |
| UV = Utebliven/fördröjd vård | | 1 | 3 | 7 | 1 8 | 3 | | 5 | 3 | 8 | 7 | 4 | 50 |
| VRI = Vårdrelaterad infektion | 2 1 | 1 1 | 2 | 2 2 | 1 2 | | | 2 | 3 | 2 | | | 21 |
| Ö = Övrigt | 1 | 4 | 2 | 5 | 7 | 4 | 2 | 4 | 2 | 5 | 2 | 3 | 41 |
| | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | | | | | | | | | | | | | 0 |
| Summa: | 13 | 23 | 16 | 37 | 48 | 8 | 4 | 29 | 45 | 60 | 25 | 0 | 319 |

- Rött = Vårdskada har inträffat
- Gult = Risk för att vårdskada
- Grönt = Ingen vårdskada

REGION NORRBOTTEN

Division Länssjukvård, Verksamhetsutveckling

Årets resultat visar att 319 risker och vårdskador har identifierats på de av divisionens vårdavdelningar som rapporterat in sina siffror. Ungefär 25 % av de inrapporterade riskerna och vårdskadorna gäller fall. 43 vårdskador har identifierats genom Gröna korset under året.
VO Ortopedi är det verksamhetsområde som varit bäst på att rapportera in sitt resultat. De står för 70 % av alla inrapporterade siffror.

## 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.

Verksamheter inom slutenvården har infört Gröna Korset vilket är en metod för identifiering av risk för vårdskada och/eller inträffad vårdskada. Vid dagliga pulsmöten arbetar hälso- och sjukvårdspersonalen med Gröna korset och lyfter händelser som inträffat. Utifrån inträffad händelse tas beslut om avvikelse ska skrivas eller om ärendet tas till kommande förbättringsmöte. Under året har en utveckling av Gröna korset genomförs för mottagningarna. Alla slutenvårdsavdelningar har infört omvårdnadsronden SEUPP i syfte att minska risken för vårdskador genom att på ett systematiskt sätt öka tillsynen av patienterna.

**VO Ortopedi**

Avvikelser skrivs av medarbetare inom 24 timmar med beskrivning av händelsen. Journalgranskning genomförs av vårdchef vid behov vilket återkopplas sedan till direkt berörd person.

**VO Paramedicin**

Ingen allvarlig skada har inträffat men 11 händelser som inte varit behandlingskrävande men medfört obehag för patienten. Verksamheten minimerar fallrisken genom bedömning av hjälpmedelsbehov eller utökad bemanning.

**VO Allmänkirurgi/Urologi**
Specialistsjuksköterskorna på avdelningen har fått i uppdrag att gå igenom alla rutiner och ska införa förbättringsförslag som gäller hela kliniken.

## 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.

För att säkra upp system och processer har man på vårdavdelningarna infört Gröna Korset och SEUPP ronder, anställt utvecklingssjuksköterskor, genomför årliga utbildningar inom kompetensområdet och HLR-utbildning till all personal. Regionens mål är att månadsvis mäta BHK i verksamheterna vilket inte sker idag i alla verksamheter. Alla nyanställda får en mentor och vid schemaläggning försöker man ta hänsyn till personalens erfarenhet. Alla patienter med behov av insatser från kommunerna ska ha en samordnad planering vid utskrivning. Samtliga verksamheter har infört IT systemet Lifecare för att säkra övergångarna mellan Region Norrbotten och kommunerna. Utskrivningsprocessen är delvis implementerad i verksamheterna har under året brustit pga. pandemin och omsättningen av personal.

**VO Ortopedi**
Bladderscanner (mätning av resurin) genomförs på alla patienter vid inskrivning, efter operation, kateteterdrag samt om patienten har resurin. För att minska antalet vårdrelaterade infektioner pågår ett arbete med att synliggöra och stärka hygienobservatörernas roll. BHK-mätning sker månadsvis. Säker kirurgi, LÖF:s checklista används. På dagkirurgiska enheten har man infört strikta regler för arbetet på operationssalarna, standardiserade vårdförlopp och LÖF:s checklista för ECT-behandlingar och blockader. Ortopedtekniska har påbörjat ett arbete med att se vilket system som är bäst anpassade för registrering och spårbarhet av specialanpassade hjälpmedel. Mottagningen har tagit fram lathundar till de vanligaste momenten och man har standardiserat rutiner för mottagningsverksamhet.

**VO Paramedicin**
Medarbetare medverkar i bedömning inför utskrivning av patienter som har behov av fortsatta insatser inom region och kommun. Bedömning dokumenteras i Lifecare och är tillgänglig för nästa vårdgivare.

**VO Obstetrik/Gynekologi**
Mätning av BHK sker varje månad efter att man tillsatt hygienobservatörer. Verksamheten använder sig av bristningsregistret och tar ut resultat kontinuerligt.

**VO Hud/Infektion/Lunga/Reuma**
Alla verksamheter mäter BHK månadsvis. Riskbedömning av patienter över 70 år samt patienter med ökad sjukdomsrisk sker vid inskrivning. Detta har under året inte kunnat följas eftersom ”Uppföljningsportalen” inte fungerat delar av året. För att säkra rutiner genomförs utbildningar kontinuerligt.

**VO Allmänkirurgi/Urologi**
Implementering av läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelser har delvis skett under året. Kliniken arbetar aktivt med att likställa rutiner och arbetssätt med stöd av specialistsjuksköterskorna för att jobba så lika som möjligt över kliniken. Startat upp vårdprocessen ERAS kring tarmkirurgi som är ett arbetssätt för

att minska komplikationer och korta vårdtider. Samarbete kring vissa patientgrupper har startat mellan uroterapeuter och stomisjuksköterskor på sjukhuset. Samordning av operationsplanering för urologpatienter sker from januari på urologmottagningen.

## Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

Alla vårdavdelningar har infört Gröna korset och SEUPP-ronder dagligen. Riskbedömningar genomförs på alla patienter över 70 år samt patienter med ökad sjukdomsrisk vid inskrivning. Mottagningarna har deltagit i utveckling av Gröna korset för deras verksamhet. Samtliga verksamheter har infört IT-systemet Lifecare för att säkra övergångarna mellan regionen och kommunerna. Vissa verksamheter genomför läkemedelsberättelser vid utskrivning. Medarbetarna skriver avvikelse i avvikelsesystemet om det finns risk eller om vårdskada inträffat. Om vårdskada inträffat sker dialog med Lex Maria-läkare. Om händelseanalys rekommenderas är divisionens verksamhetsutvecklare analysledare för denna. För att belysa risker sker vid omorganisation risk- eller SWOT-analys.

**VO Ortopedi**
Inom ortopedin deltar man på patientsäkerhetsronder, patientsäkerhetskulturmätningar och Nationella patientenkäter. Verksamheterna gör månatliga egenkontroller för trycksår och BHK. Samtliga enheter mäter varje månad BHK. Månatligen mäter vårdavdelningarna trycksår. Operation och Sterilcentralen mäter CFU (bakteriebärande partiklar på operationssal).

**VO LSS/SynHör**
En riskanalys vid förskrivning av hjälpmedel är framtagen och en rutin vid överrapportering av hjälpmedel samt en patientinformation. Utbildning i förskrivarprocessen av elrullstolar har genomförts.
Pandemin har medfört längre köer för patienterna till SynHör vilket gör att man inte kan erbjuda vård inom rätt tid.

**VO Hud/Infektion/Lunga/Reuma**
Vid inskrivning på avdelning riskbedöms alla patienter över 70 år samt de patienter som har sjukdomstillstånd som innebär ökad risk. Inom slutenvården genomförs dagligen omvårdnadsrundor enligt modellen SEUPP. Regelbunden mätning av BHK.

**VO Obstetrik/Gynekologi**
Inför varje förlossning görs en riskbedömning på varje patient. Riskbedömningen sker kontinuerligt under förlossningen och vid tecken på avvikelse eller komplikation så omvärderas risken och färgmarkering ändras. Vid krystningsarbetet finns närvaro av 2 erfarna barnmorskor. Vid inskrivning på gynavdelning sker riskbedömning av alla patient över 70 år.

**VO Ögon/ÖNH/Käk**

Verksamheten har identifierat långa väntetider till planerade återbesök till ögonsjuksköterskor för kontroll av ögonbottenfotografering och synfält samt lång väntetid till första besök hos läkare för remisspatienter. Köer har uppstått pga pandemin då man lånat ut personal till avdelningar samt svårigheter att rekrytera färdiga specialister. För att åtgärda problemen har man intensifierat arbetet med länsgemensamma väntelistor till mottagningsbesök och operationer. Samarbetar med Norrlands universitetssjukhus inom kataraktkirurgi, anställt stafettläkare, utökat bemanningen av sjuksköterskor samt infört

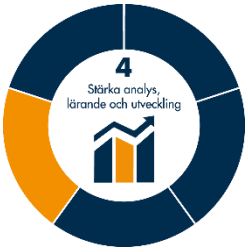
snabbmottagningar där två sjuksköterskor förbereder patienten till läkaren. Inom käkkirurgin har man identifierat att remisspatienter har långa väntetider för första besök till käkkirurg samt periodvis långa väntetider till OFM. Orsaken till detta är pandemin samt svårigheter att rekrytera käkkirurg/specialisttandläkare.

### 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.

## 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.

### Avvikelser

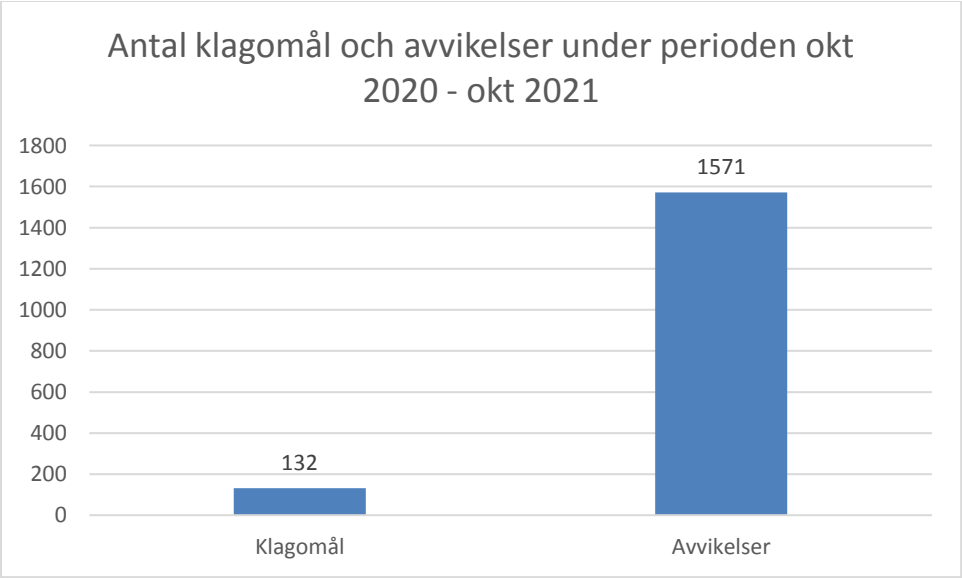
*PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5*

Alla verksamhetsområden har lokalt anpassade rutiner för avvikelsehanteringsprocessen och hur återkoppling ska ske till medarbetarna. På enhetsnivå ansvarar enhetschefen eller annan utsedd avvikelseansvarig för bearbetning och analys av klinikens avvikelserapporter. I avvikelsegrupperna som finns inom vissa enheterna sker uppföljning och genomgång regelbundet av inkomna avvikelser för att upptäcka trender och föreslå åtgärder. Återkoppling av avvikelserna sker på arbetsplatsträffarna. Vid allvarligare händelser beslutar verksamhetschefen att händelseanalys ska genomföras. I samråd med chefläkare beslutas om Lex Maria-anmälan ska göras. När klagomål och synpunkter inkommit till verksamheten upprättas en avvikelse i avvikelsesystemet och hanteras av ansvarig chef.

### Klagomål och synpunkter

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

När klagomål och synpunkter inkommer till verksamheten upprättas en avvikelse i avvikelsesystemet och hanteras av utsedd chef. Återkoppling sker till medarbetarna via arbetsplatsträffarna.




Målet är att handläggningstiden på dessa ärenden ska vara inom 30 dagar, 32% av divisionens verksamheter nådde målet 2021.

## 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.

Under året har alla verksamheter genomförts riskanalyser för att kunna göra omfördelning av resurser till coronavården. Verksamheterna deltar i PPM-mätningar, reviderar rutinerna i VIS kontinuerligt och genomför utbildningar inom kompetensområdena. Nyutbildad personal får mentorer och vid schemaläggning tas hänsyn till personalens erfarenhet. Alla verksamheter ingår i olika kvalitetsregister som man kontinuerligt följer upp och sen genomför åtgärder utifrån. Standardiserade vårdförlopp som kommit under året är införda i verksamheterna och följs upp kontinuerligt. Införandet av Gröna Korset, SEUPP-ronder och riskbedömningar av patienterna ökar personalens riskmedvetenhet och förhindrar vårdskador.

# MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

- Genomföra nationell punktprevalensmätningen inom trycksår, VRI och BHK.
- Genomföra månadsvis mätning av BHK inom regionen.
- Genomföra nationell patientenkät för öppen- och slutenvård.
- Varje verksamhet ska upprätta en rutin för att säkerställa att patienter över 75 år, med minst 5 läkemedel, ska få en läkemedelsgenomgång.
- Eliminera undvikbara vårdskador genom att alla patienter 70 år och äldre ska riskbedömas. registreras i VAS och åtgärd ska sättas in.
- Gröna Korset ska införas och användas dagligen i samtliga verksamheter.

**VO Ortopedi**

Öka Patientmedverkan i verksamheten. Införa PINF för dagkirurgiska patienter i Sunderbyn. Fortsätta utvecklingen av personcentrerat arbetssätt. Fortsätta genomföra PPM-mätningar.

**VO Paramedicin**

Patientsäkerhetssamordnare ska fortsätta vara ett stöd till chefer och medarbetare samt fortsätta arbeta med avvikelseprocessen. Årligen genomföra utbildning inom patientsäkerhet och avvikelseprocessen. Utbildning av BHK några gånger per år.

**VO LSS/SynHör**

Identifiera risker och avvikelser samt visualisera och följa dem via Gröna korset och i Synergi. Verksamheten ska utveckla vilka risker som ska följas via Gröna Korset samt utveckla ett system för egenkontroll av BHK.
Inom SynHör förbättra tillgängligheten till besök, behandling och rehabilitering, genom tydliga kontaktvägar, förbättrade flöden och arbetssätt. Utöka distansmottaningar över länet. Införa webbtidbok ifall en teknisk lösning hittas. Utveckla system för egenkontroll av BHK-rutiner.

**VO Obstetrik/Gynekologi**

Rekrytera personal inom samtliga yrkesgrupper. Fortsätta ge barnmorskor utbildning i ultraljudskompetens. Fortsätta arbetet med resultatet från bristningsregistret samt fortsätta följa Gröna Korset på våra mottagningar och avdelningar samt följa ROBSON-statistik.

**VO Hud/Infektion/Lunga/Reuma**

Fortsatt rekrytering av både undersköterskor och sjuksköterskor, internutbildningar, förbättra systematik i egenkontroller, erbjuda introduktion av nya medarbetare, 100% följsamhet till BHK, riskbedömningar av patienter äldre än 70 år. Fortsätta använda Gröna Korset och SEUPP-ronder. Förbättra samarbetet mellan yrkesgrupperna och fördela ansvarsområde utifrån intresse och kompetens. Påbörja förbättringsarbete med övergång för patienter från barnmottagningen till reumatologmottagningen.

**VO Ögon/ÖNH/Käk**

Fortsatt att identifiera, dokumentera, utreda och åtgärda risker och avvikelser i det dagliga arbetet. BHK kommer att registreras och följas. Patientsäkerhet kommer även fortsättningsvis att tas upp i olika forum, som t.ex. pulsmöten för att ständigt hålla frågan aktuell. Utbildning och fortbildning kommer att genomföras. Under 2022 kommer ett nytt Verksamhetsområde; VO Ögon/ÖNH/Käkkirurgi att bildas där kommer vi arbeta med att utveckla arbetssätt utifrån ”modern sjukvårdsledning” där daglig styrning, pulsmöten och förbättringsmöten är viktiga komponenter. Vi kommer att prioritera arbetet med att se över rutiner och arbetssätt, samt ta fram och implementera nya rutiner. En ”puff” på vår interna hemsida där lokala rutiner, information och länkar om patientsäkerhet finns samlat kommer efter årsskiftet att läggas upp på den nya hemsidan.

**VO Allmänkirurgi/Urologi**

Införa avancerad specialistsjuksköterska på sikt minst 1 per avdelning. Sträva efter att minst 50% av sjuksköterskorna ska vara specialistutbildade inom kirurgi. Införa teamträningar på avdelningarna. Säkerställa att 60% har korrekta läkemedelslistor vid hemgång. Följsamhet till ERAS-protokoll ska vara 80%. 60% av patienterna ska inte ha trycksår eller falla. Starta upp patientmedverkan i vissa flöden.