Patientsäkerhetsberättelse Division Länssjukvård 2

2023

Datum: 2023-11-28
Ansvarig för innehållet:
Ingela Johansson, verksamhetsutvecklare
Jonas Sandberg, 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”

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

Innehåll

SAMMANFATTNING 4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD 5
Engagerad ledning och tydlig styrning 5
Övergripande mål och strategier 5
Organisation och ansvar 5
Samverkan för att förebygga vårdskador 6
Informationssäkerhet 7
Strålskydd 8
En god säkerhetskultur 8
Adekvat kunskap och kompetens 9
Patienten som medskapare 11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD 12
Öka kunskap om inträffade vårdskador 17
Tillförlitliga och säkra system och processer 17
Säker vård här och nu 18
Riskhantering 19
Stärka analys, lärande och utveckling 19
Avvikelser 20
Klagomål och synpunkter 22
Öka riskmedvetenhet och beredskap 24
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR 24
Gemensamma mål för verksamhetsområdena 24
Utmaning 24
Specifika mål per verksamhetsområde 24

SAMMANFATTNING

Det största hotet för patientsäkerheten är bristen på vårdpersonal. Bristande kompetensförsörjning och inhyrd personal är en stor patientsäkerhetsrisk då personalen inte känner till verksamhetens rutiner samt är det svår att implementera och bibehålla rutinerna i verksamheten.
Bristen på personal gör att vårdplatser har stängts, fler patienter får ligga kvar på akuten för att invänta en vårdplats, patientköerna har ökat och väntetiderna för patienterna blivit längre.

Utifrån den rådande personalsituationen i Regionen har verksamheterna arbetat med att minska säkerhetsriskerna genom att skapa rutiner för samarbete med relevanta samverkanspartner, infört SEUPP ronder och Gröna Korset för att identifiera och förebygga risker- och vårdskador i vardagen. Genomfört egenkontroller genom att delta i kvalitetsregister, nationella och regionala mätningar. Skapat rutiner för avvikelsehantering, genomfört risk – och händelseanalyser, erbjudit medarbetarna kompetenshöjning och verkat för att få patienterna delaktiga genom patientenkäter, hantera patientklagomål och erbjuda patienten möjligheten att läsa sin journal via nätet.

Måluppfyllelsen under året

Mål	**Resultat**
Andel vårdskador under 5%	5,5% Region
Vårdrelaterade fallskador hos äldre ska minska med 20% jämfört med 2022	Antalet fall ökat
Vårdrelaterade infektioner <4%	Ej genomfört någon mätning
Trycksår 10%	10%
100% följsamhet till basala hygien- och klädrutiner	Klädrutiner ~90% Hygienrutiner ~80%
Andel riskbedömningar av personer med riskfaktor för fall och trycksår	Trycksårsbedömning > 80% Fallriskbedömning ~60%
80% av utskrivna patienter i målgruppen 75 år och äldre med mer än 5 läkemedel ska ha en läkemedelsberättelse	~60%
Alla verksamheter ska införa Gröna Korset	100% av vårdavdelningarna ~50% av mottagningarna

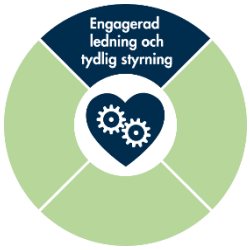
Det mål som divisionen uppnått under året är att minska andelen trycksår. Vad gäller basala hygien- och klädrutiner har vi ökat andelen rapporterade enheter, resultaten är samma som föregående år. Riskbedömning för fall och trycksår av patienter fortsätter och trenden är samma resultat mellan åren. Andelen läkemedelsberättelser är också detsamma mellan åren. Det som i år har ökat är att vi har mer fall än tidigare år.

Viktigaste utmaningarna inför nästa år är att fortsätta rekrytera och bibehålla personalen. Verksamheterna planerar att fortsätta genomföra egenkontroller och patientenkäter samt förbättra patientsäkerheten.

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 §
Beskriv övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

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%
- Vårdrelaterade fallskador hos äldre ska minska med 20% jämfört med 2022
- Vårdrelaterade infektioner (VRI) < 4%
- Trycksår 10%
- Följsamheten till basala hygien- och klädrutiner (BHK) 100%

Divisionsspecifika mål 2023

- Andel riskbedömningar av personer med riskfaktor fall och trycksår i somatisk slutenvård
- 80% av utskrivna patienter i målgruppen 75 år och äldre med mer än 5 läkemedel ska ha fått en läkemedelsberättelse
- Alla verksamheter ska införa Gröna Korset

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 Patientsäkerhetsstrateg och Lex Maria-läkare som driver patientsäkerhetsfrågorna. Divisionernas kvalitetsansvariga deltar i LSG 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, uppföljning och utvärdering. Enhetscheferna ansvarar för att driva, leda och följa upp patientsäkerheten i den dagliga verksamheten. Varje enhet har en avvikelseansvarig. Medarbetarnas roll är att identifiera, åtgärda samt rapportera risker och vårdskador.

Länssjukvården är indelade i 7 verksamhetsområden som vardera leds av verksamhetsområdeschef och biträdande verksamhetsområdeschef.

• VO Allmänkirurgi/Urologi
• VO Infektion/Hud/Reuma/Lunga
• VO Obstetrik/Gynekologi
• VO LSS/SynHör
• VO Ortopedi
• VO Paramedicin
• VO Ögon/ÖNH/Käkkirurg

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 arbetar alla somatiska och psykiatriska verksamheter med samordnad planering och IT systemet Lifecare.
Alla verksamhetsområden (VO) som har vårdplatser deltar dagligen på sjukhusets dagliga styrningar.

VO Ortopedi

- 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/Syn/Hör

- Kontinuerliga möten med hälsocentraler har genomförts där man tillsammans har gått igenom svåra ärenden för att hitta rätt åtgärder på rätt vårdnivå för patienterna. Detta förhindrar att patienterna ”bollas” mellan verksamheterna. Under året har man utökat detta arbetssätt till ytterligare hälsocentraler.
- Inom hörselvården genomförs kontinuerlig samverkan med olika professioner kring patienterna.

VO Infektion/Hud/Reuma/Lunga

- Utökningen av kontaktssjuksköterskorna på lungmottagningen har gjort att övergångarna mellan Sunderby sjukhus och länsklinikerna fungerar bra.
- Under året har ett lungmottagningen stärkt samarbetet med Länsservice i frågan om återkallelse och utbyte av CEPAP-utrustning.
- Ett samarbete med Fibrosrond (1 ggr/månad) sker mellan reumatologmottagningen och lungmottagningen**.**
- En ny rutin har skapats mellan reumatologmottagningen och barnmottagningen i syfte att trygga övergången mellan barn- och vuxensjukvården.
- Hälsocentralen får hjälp via video av en hudspecialist
- Kontaktsjuksköterskor på hud har påbörjat ett samarbete med kirurgkliniken och hematologkliniken.

VO Ögon/ÖNH/Käk

- Under året har ÖNH identifierat och registrerat avvikelse gällande försenad diagnos där flera olika kliniker brustit i följsamheten till rutin samt avsaknad av en gemensam rutin. Händelseanalys har genomförts som bidragit till att ta fram en ny gemensam rutin mellan enheter för att säkerställa patientflödet samt kommunikationen mellan remittent och remissmottagare.

VO Obstetrik/Gynekologi

- Under året har fördjupad utbildning ”Hållbar vård och reperativt krisstöd” pågått.
- Ett nytt arbetssätt för hantering av avvikelser är påbörjat.

VO Allmänkirurgi/Urologi

- Verksamheten deltar i lokal samverkansgrupp med Boden- och Luleås kommuner.
- Endoskopienheten på Sunderby sjukhus deltar i en lokal samverkansgrupp mellan kirurgi och gastromedicin.
- Cytostatika enheten som ger behandling till urologiska och kirurgiska cancerpatienter har en regional samverkansgrupp.
- Verksamheten arbetar med ERAS vilket är ett samarbete mellan kirurgi, anestesi, operation och intensivvård i syfte att förbättra för patienterna före, under och efter operation.

VO Paramedicin

Medarbetare deltar i arbetet med att förebygga vårdskador vid de avdelningar och mottagningar där de arbetar.

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)

Verksamheterna arbetar med följande för att bibehålla en god informationssäkerhet.

- Patienter får skriftligt begära journalkopior 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.
- Sithskorts inloggning på alla arbetsstationer.
- Spårbarhet av specialanpassade 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

VO Infektion/Hud/Reuma/Lunga
Loggkontroller har under året inte fungerat optimalt pga resursbrist av administrativt stöd (sekreterare).

- För att förbättra sekretessen på avdelningarna (35/62L) har man försökt med teamuppdelade datorer/arbetsstationer.
- På avdelningarna tas sekretessfrågan upp regelbundet exempelvis att inte lämna datorerna öppna på medicinvagnar, inte diskutera patienter i allmänna utrymmen.
- På avd 35 har man möblerat om sjuksköterskeexpeditionen för att förbättra sekretess och arbetsmiljö.
- För att säkerställa att patienten får rätt och samma information vid utlämning av andningshjälpmedel och läkemedel får patienten både skriftlig och muntlig information.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §
Inom kirurgi och käkkirurgi förekommer genomstrålning för patienter.

- Inom kirurgin sker kontroll av utrustning via bild- och funktionsmedicin. All personal kommer att genomgå utbildning vid årsskiftet 2023/2024.
- Vid röntgen inom käkkirurgin är patienten iklädd ett blyskydd och gravida patienter röntgas inte. Medicinteknik ansvarar för kontroll av utrusning.

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 Nationella punktprevalensmätningar (PPM). Under våren 2022 har verksamheterna deltagit i Nationella patientenkäter (NPE) för öppen- och slutenvården. Resultat på divisionsnivå ej sammanställt.
I samband med medarbetarundersökningen som genomfördes hösten 2022 genomfördes även en mätning för säkerhetsengagemang hos varje medarbetare. Resultatet visade att 30% av patienterna fick vara delaktiga i patientsäkerhetsarbetet, 62% av medarbetarbetarna upplevde att man anpassade arbetet så att säkerheten bevarades när förutsättningarna förändrades och 71% av medarbetarna hade känt sig trygg med om en närstående vårdades på sin enhet.

Mottagningsverksamheterna och vårdavdelningarna har kontinuerliga mötes forum där dialog om patientsäkerhet sker. Verksamheterna genomför kontinuerligt puls- och förbättringsmöten. På avdelningarna sker pulsmöten dagligen och på mottagningarna en gång i veckan. För lärande i organisationen tar verksamheterna upp aktuella händelser och avvikelser på arbetsplatsträffar och i ledningsgruppen. Patientsäkerhet är inom flera verksamhetsområden en stående punkt på ledningsgruppen.
Vårdavdelningarna genomför Gröna Korset dagligen. I dessa forum sker dialog om uppkomna händelser, risker och vårdskador som inträffat under arbetspasset. Beslut tas om händelserna ska hanteras som förbättringsförslag eller om de ska betraktas som avvikelser. Hälften av divisionens mottagningar har kommit i gång med Gröna Korset.
Alla verksamhetsområden har hygienobservatörer och resultat från BHK lyfts på arbetsplatsträffarna. Vissa avdelningar har infört SE UPP ronder som innebär att personalen kontinuerligt besöker patienterna i syfte att minimera risken att vårdskador uppstår.

VO Ortopedi
Summering av patientsäkerhetsrisker och vårdskador från Gröna korset sker varje månad via Gröna brevet som skickas ut till medarbetarna.

VO Ögon/ÖNH/Käk

- Inom verksamhetsområdet har man utsett patientsäkerhetssamordnare som i samverkan med verksamhetschef och enhetschef ansvarar för att stötta och utveckla patientsäkerhetsarbetet.
- Käk och ÖNH kommer att börja med Gröna korset och förbättringstavla under november 2023.

VO Infektion/Hud/Reuma/Lunga

- På vårdavdelningarna arbetar man i team och under dagen genomför teamet ministopp för att planera och revidera arbetet.
- På morgonmötet följs BHK upp och man påminner varandra om vikten av följsamheten till BHK samt ser till att alla har en korrekt arbetsdräkt.
- Egenkontroll vårdhygienisk standard har genomförts och åtgärder vidtagits för att underlätta följsamheten till BHK.

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 en individuell kompetensplan där man tittar på utbildningsbehov och önskemål hos de anställda. Arbetsgruppen på mottagningarna har lång erfarenhet medan på vårdavdelningarna arbetar personal med kortare erfarenhet. Problemen med kompetensförsörjningen och inhyrning av personal (läkare, sjuksköterska) är en patientsäkerhetsrisk då de inte känner till rutiner i verksamheten samt teamet som verkar kring dem. För att säkerställa att det finns kompetens på avdelningarna schemalägger man erfarna sjuksköterskor och undersköterskor

med oerfarna samt har man rutiner för inskolning av ny personal. Mentorskap till nyanställda medarbetare utses i flera verksamheter.
För att säkra kompetensen i verksamheterna genomförs internutbildningar, specifikt för verksamhetsområdet, ProACT och HLR utbildning för nyfödda, barn och vuxna

VO Obstetrik/Gynekologi

- Inom OB/Gyn sker en stor generationsväxling inom samtliga yrkeskategorier. För att säkra framtidens behov har man rekryterat ST läkare samt har 4 personer fått betald utbildning till barnmorska. Vakanser inom läkargruppen finns på specialistnivå vilket gjort att man under året har timanställt överläkare
- För att bibehålla en hög patientsäkerhet har man i länet enat rutiner och PM samt har man samma material och utrusning i hela länet

VO LSS/Syn/Hör

Fortsätter att ta fram standarder för insatser och åtgärder med målet att kvalitetssäkra verksamheten.

VO Allmänkirurgi/Urologi

- Alla medarbetare får utbildning inom fall, trycksår, Head to toe, stomikörkort, utbildning i personcentrerad vård
- Traumamanual och traumaövningar utarbetas
- Varje vecka sker internutbildning för läkare

VO Infektion/Hud/Reuma/Lunga

- På avd 35 pågår fortlöpande rekrytering av personal för att säkra kompetens och bemanning
- Rekrytering av utvecklingsledare pågår på avd 35
- Fördjupningsutbildning pågår för 6 sjuksköterskor inom infektionssjukdomar och för 2 sjuksköterskor inom reumatologi
- Målet inom hud är att alla sjuksköterskor ska ha genomgått utbildning i Dermatologi/Venereologi. Idag har ett flertal sjuksköterskor genomgått utbildning

VO Ögon/ÖNH/Käk

- Under året har återanställningar gjorts för personal som gått i pension samt personer som valt att avsluta sin anställning. Introduktion av ny personal har skett enligt rutin.
- Utbildning av ST läkare sker inom alla verksamheter. ÖNH har påbörjat operationer i Kalix vilket möjliggör utbildning av operatörer. Inom kataraktkirurgi har två läkare utbildats.
- Chefer och medicinskt ledningsansvarig har genomgått Socialstyrelsens webbutbildning ”Säker vård”.
- Inom ögon har 3 sjuksköterskor erbjudits utbildning till ögonsjuksköterskor.

VO Ortopedi

- Avdelningarna har utvecklingssjuksköterskor som har i uppdrag att planera, leda och bedriva förbättrings- och implementeringsarbeten tillsammans med enhetscheferna.
- Etikgrupp varje månad
- Utbildning i personcentrerat arbetssätt
- Personalen erbjuds webbutbildningar inom ortopedi och äldrevård.
- Utbildningsforum 1 ggr/månad inom olika områden för att öka kompetensen.

VO Paramedicin

- Verksamhetsområdet har 2 patientsäkerhetssamordnare
- Alla nya medarbetare erbjuds patientssäkerhetsutbildning

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §
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.

Samverkan med patienter och närstående sker i form av patient- och närståendemöten, patientenkäter interna och natinella, inkommande klagomål och deltagande i händelseanalyser. För cancerpatienter genomförs kontinuerligt PROM/PREM enkät.
Verksamheten hanterar alla klagomål från patient/anhörig som avvikelser. I samband med händelseanalyser erbjuds patient och/eller anhörig att delta via intervjuer och/eller skriftlig redogörelse.

VO Ögon/ÖNH/Käk

- Patienterna får skriftlig information som komplement till den muntliga informationen.
- Vid behov sker samarbete med lokala patientråd och funktionsrättsorganisationer inom olika diagnosgrupper.
- Patienterna kan var delaktiga via 1177 och vårdguiden.

VO Infektion/Hud/Reuma/Lunga

- Journalen finns tillgänglig för patienten via 1177.
- På reumatologmottagningen träffar vissa patientgrupper ett team besående av sjuksköterska, kurator, arbetsterapeut, fysioterapeut. Efter besöket fångas deras upplevelse upp via en enkät.
- Arbetssättet patientnära rapportering ska utvärderas och förbättras för att passa verksamheten bättre.

VO LSS/Syn/Hör

- Patienternas/brukarnas nöjdhet och delaktighet fångas upp via en enkät efter genom insats/åtgärd.
- Vid framtagande av patientinformation/utbildningsmaterial involveras patienterna.
- En spetspatient har varit delaktig i att utveckla en diagnosutbildning för personer med autism.
- Vid översyn och framtagande av riktlinjer för hjälpmedel involveras intresseorganisationer.

VO Ortopedi

- Vid inskrivning på vårdavdelning får patienten en checklista för att kunna följa sin vård under vårdtiden.
- Vid utskrivning från vårdavdelning samt vid hemgång från uppvakningsavdelningen får patienten en läkemedelsberättelse, PINF.

VO Allmänkirurgi/Urologi
Vid utskrivning från vårdavdelning ska alla patienten få en läkemedelsberättelse, PINF.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Egenkontroll i divisionens verksamheter fokuserar på regionens strategiska mål samt patientsäkerhetsmål. Inom alla verksamhetsområden sker registrering och uppföljning i diagnosspecifika kvalitetsregister. Verksamhetsspecifika mål följs upp och återkopplas i linjeorganisationen samt redovisas i respektive verksamhets patientsäkerhetsberättelse.
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. Månadsvis genomför verksamheterna egenkontroll av BHK.
Inom regionen sker månadsvis markörbaserad journalgranskning (MJG) av ett centralt journalgranskningsteam. MJG sker via slumpvist utvalda journaler under året där Länssjukvård 2 verksamheter igår.
Gröna korset genomförs på mottagningar och avdelningar. Omvårdnadsronder (SEUPP ronder) sker på vårdavdelningar. Vid inskrivning av patienter över 70 år genomförs riskbedömning för fall, trycksår, nutrition, munstatus och blåsöverfyllnad. Rutiner finns för bladderscanning efter operation och kateterdragning.

VO LSS/Syn/Hör
Inom LSS/Syn/Hör finns checklistor och patientinformation som används vid hjälpmedelsförskrivning inom Regionen och Kommunerna för att få likvärdiga bedömningar oavsett vem som bedömer behovet.

VO Obstetrik/Gynekologi
- Inom Ob/Gyn tas resultat ut från bristningsregister och graviditetsenkäten och förbättringsarbete planeras utifrån detta.
- För att kunna bibehålla kompetens samt överföra kunskap inom läkargruppen har man tagit fram en årlig plan.
- Under året har andra specialister och överläkare roterat till operation i syfte att fler läkare ska bli kirurgiskt bakjourkomptenta.

VO Ortopedi
Inom ortopedin sker månatliga trycksårsmätningar. Operation och sterilcentralen mäter CFU (bakteriebärande partiklar på operationssalen).

VO Paramedicin

För att minimera fallrisken vid träning av gång och förflyttning gör paramedicin en bedömning om behov finns av hjälpmedel och dubbelbemanning under träning.

Vårdskador

Mål: Regionens mål är att andel personer som drabbas av vårdskador ska vara < 4%.

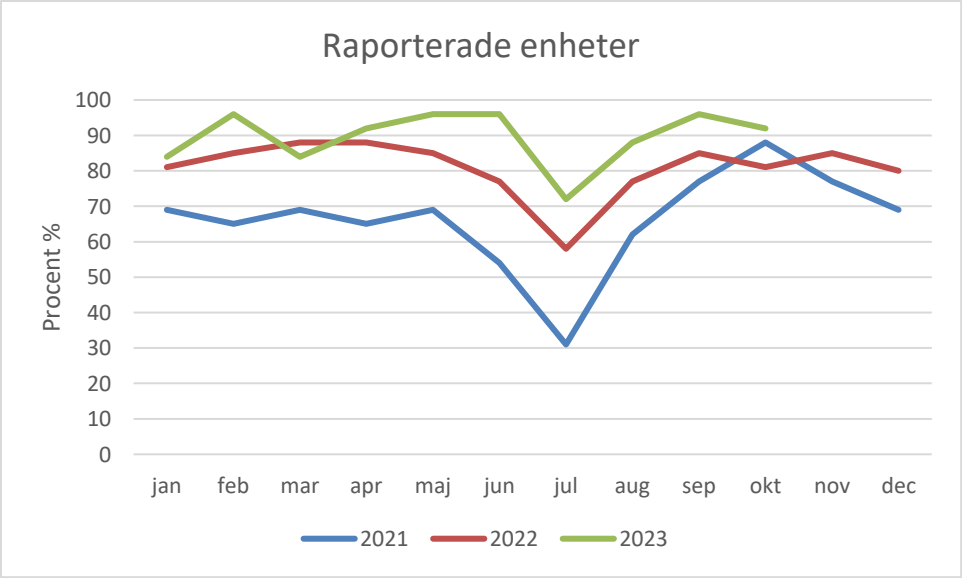
Resultat:
Regionens resultatet 2022 visade 5,5%. Vårdskador mäts via markörbaserad journalgranskning, eftersom det är en journalgranskning sker eftersläpning av resultatet så det resultat som redovisas är för 2022.

Analys av resultat:
Resultatet på Regionnivå visar att vårdskadorna minskat något från året innan.
Resultat för länssjukvård 2 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.

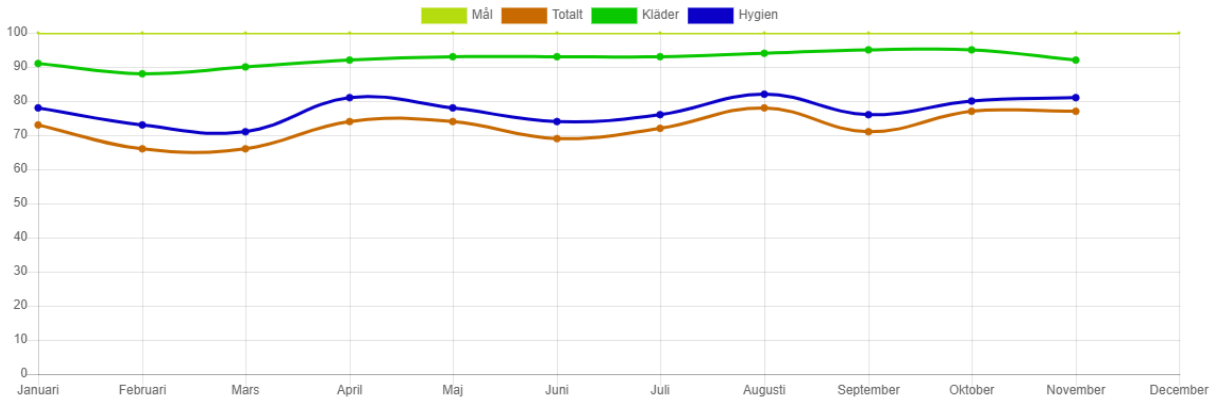
BHK månadsmätning

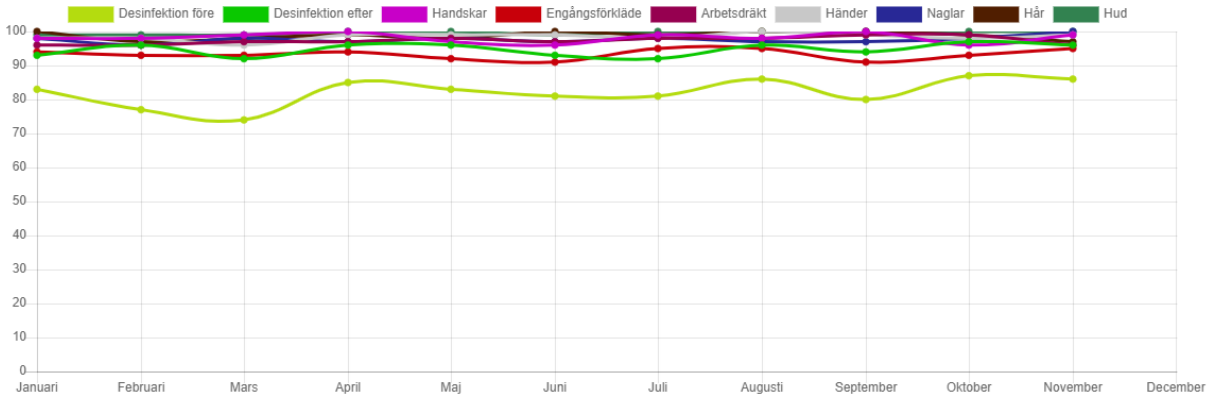
Mål: Regionens mål är att basala hygien- och klädrutiner ska följas till 100% av samtliga medarbetare.

Resultat:



Följsamhet till BHK:





Analys av resultat: Resultatet grundar sig på andelen rapporterade enheter. Under 2023 har andelen rapporterade enheter ökat i divisionen. Divisionen har sämre följsamhet till hygien framför allt desinfektion av händer innan man tar på sig handskar. Samma resultat sågs under 2021 och 2022.

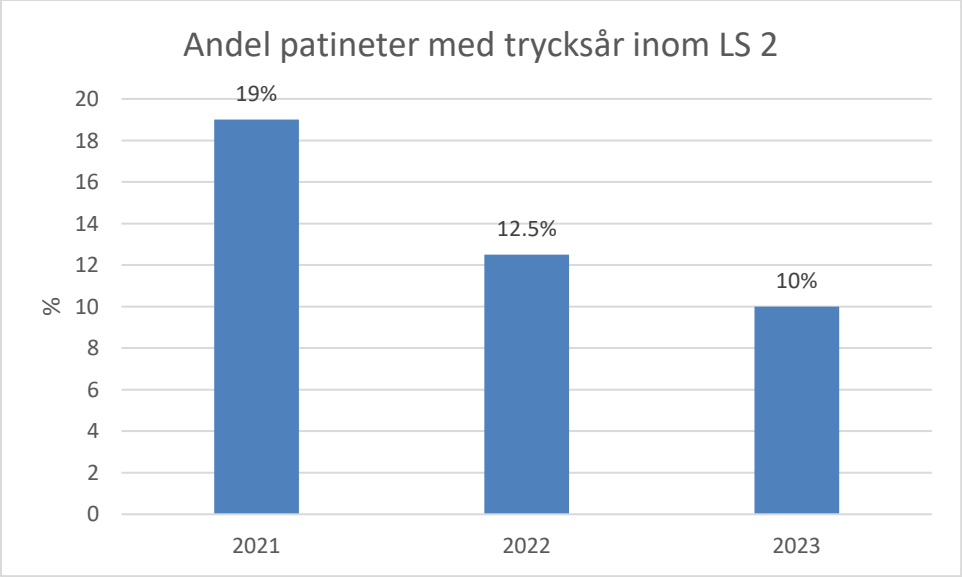
Åtgärd: Resultatet på andel rapporterade enheter samt resultatet av mätningen informeras till VO cheferna varje månad.

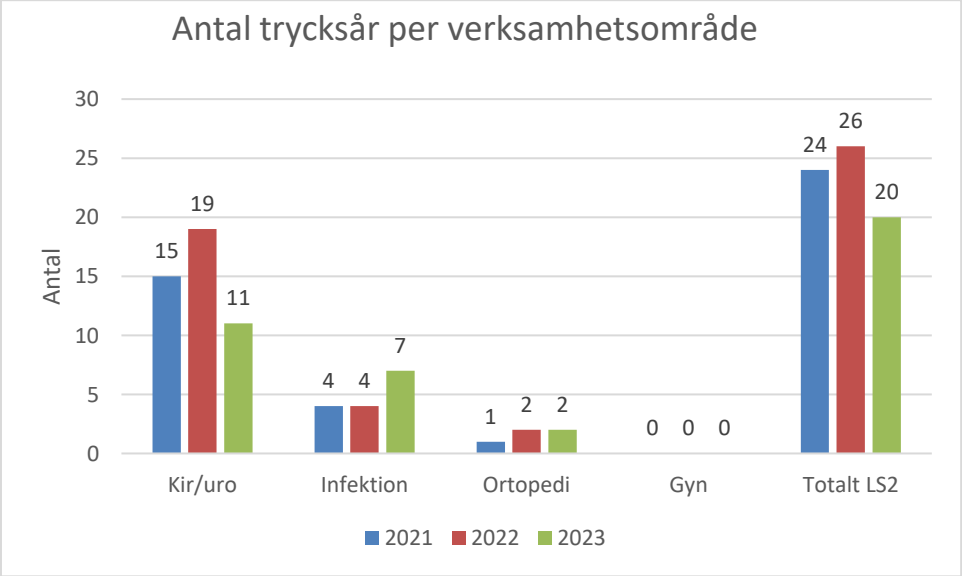
Uppföljning av åtgärd: Varje månad på divisionsledningen.

Trycksår

Mål: Regionens mål 10%.

Resultat: Länssjukvård 2 hade 10% trycksår.



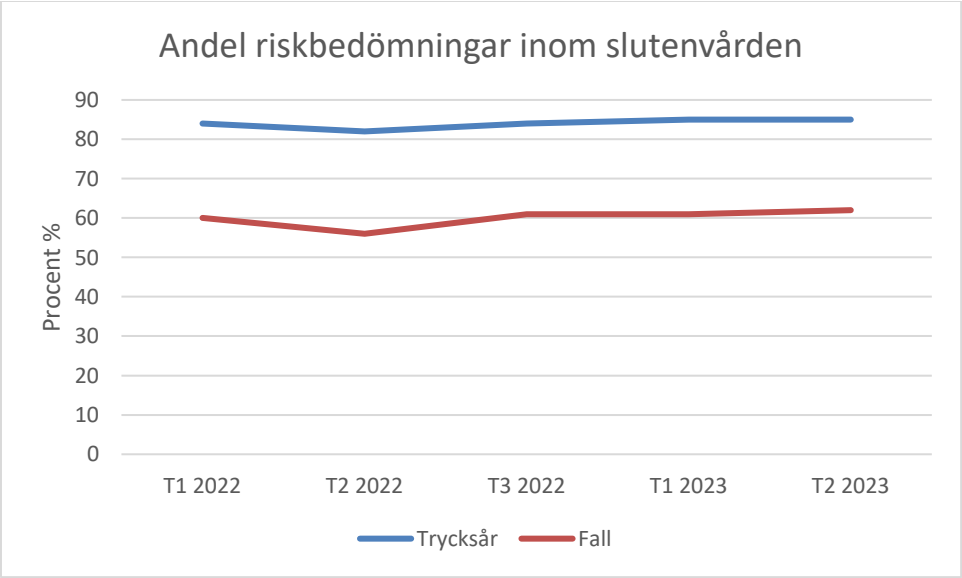


Analys av resultat: Länssjukvård 2 har nått Regionens mål, 10% trycksår. Andelen trycksår i divisionen har minskat för varje år.

Åtgärd: Innan resultatet kommit presenterades det preliminära resultatet för VO- cheferna på ett divisionsledningsmöte. Respektive enhet fick tillbaka bedömningsmallen på patienter som hade trycksår med syfte att reflektera över resultatet utifrån frågeställningarna:
Orsaken till trycksåret?
Hade vi kunnat undvika att patienten fick trycksår?
Har vi goda rutiner i verksamheten för att förebygga trycksår?

Andel riskbedömningar för fall och trycksår inom slutenvården

Resultat:



Analys av resultat: Resultatet har varit oförändrad mellan åren.

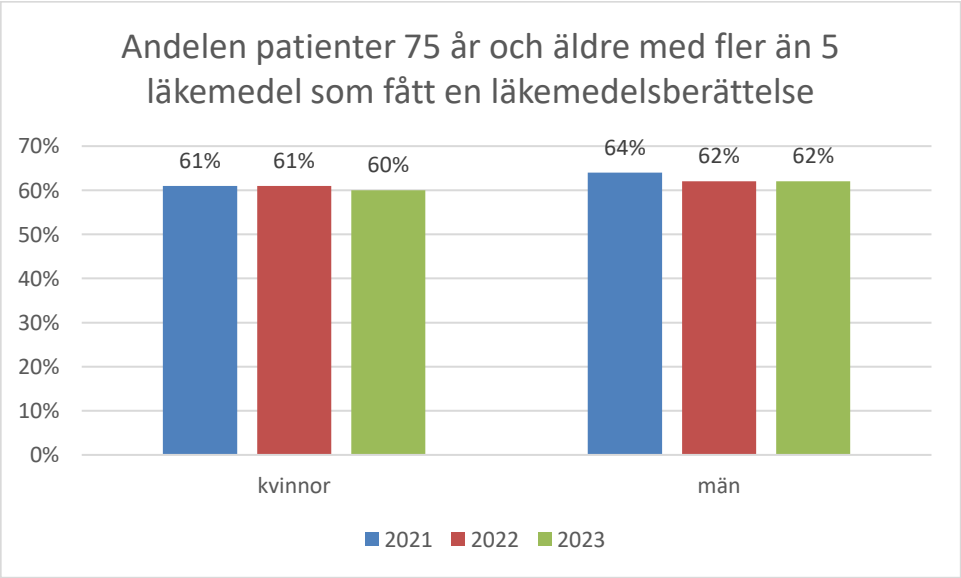
Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Vårdhygien ansvarar för mätning av VRI. Ingen mätning genomförd under året.

Läkemedelsberättelser

Mål: 80% av utskrivna patienter i målgruppen 75 år och äldre med mer än 5 läkemedel ska få en läkemedelsberättelse

Resultat:



Analys av resultat: Trenden är som tidigare år, ca 60% av patienterna får en läkemedelsberättelse. Ingen skillnad mellan kvinnor och män. Kirurgi/urologi har bäst följsamhet, där får >70% av patienterna en läkemedelsberättelse. Inom ortopedin får ca 47% av patienterna en läkemedelsberättelse.

Gröna korset

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

Resultat:
Alla vårdavdelningar och hälften av mottagningarna använder Gröna Korset dagligen. Aggregering av datan på divisionsnivå går inte att presentera då ingen rapporeringsfil är skapad.

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.

För att verksamheterna ska öka kunskaperna om inträffade vårdskador har Gröna korset och SE UPP ronder införts på vårdavdelningar samt har även hälften av mottagningarna infört Gröna korset. Dagligen genomförs pulsmöten där händelser lyfts.
Verksamheterna har rutiner för hur avvikelser hanteras. Avvikelser tas upp, analyseras och diskuteras på ledningsgruppen. För att öka lärandet sker återkoppling av avvikelserna och händelseanalys till medarbetarna på arbetsplatsträffarna.

VO Ortopedi

För att öka kunskapen hos medarbetarna sammanställs ett Grönt brev över enhetens vårdskador under månaden.

VO Allmänkirurgi/Urologi
De flesta avvikelserna som inkommit under året har handlat om lång väntan på akutmottagningen.

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 verksamheterna infört stödstrukturer. Man har bland annat infört Gröna Korset, SEUPP ronder, anställt utvecklingssjuksköterskor, mentorskap för ny personal, deltar i kvalitetsregister, utarbetat och implementerat rutiner/PM, genomför årliga utbildningar inom kompetensområdet samt genomfört HLR-utbildning till all personal. Verksamheterna har hygienombud som gör månadsvisa BHK

mätningar. Resultatet tas upp på ledningsgruppen och återkopplas till medarbetarna på arbetsplatsträffar.

VO Ortopedi

- Bladderscanner (mätning av resurin) genomförs på alla patienter vid inskrivning, efter operation, kateteterdrag samt om patienten har resurin.
- Sökordet trycksår är obligatoriskt journalen.
- 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 infört ett system för registrering och spårbarhet av specialanpassade hjälpmedel. Mottagningen har tagit fram lathundar till de vanligaste momenten och man har standardiserat rutiner för mottagningsverksamhet.

VO Obstetrik/Gynekologi

På förlossningen följs stora blödningar och bristningar grad 2,3 och 4. Bäckenbottenmottagningen följer upp alla grad 2 bristningar.

VO Paramedicin

Medarbetare medverkar i bedömning inför utskrivning av patienter som har behov av fortsatta insatser inom region och kommun.

VO Hud/Infektion/Lunga/Reuma

Personalomsättningen inom avd 35 gör det svårt att implementera goda rutiner och hålla dem över tid. Dokumentationsutbildning har genomförts.

VO LSS/Syn/Hör

Verksamheten har skapat en standard för vägledning som beskriver hur man ska agera om man möter patient/brukare som uttrycker risk eller man misstänker att det finns risk för suicidförsök.

Säker vård här och nu

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

Det som påverkar patientsäkerheten negativt är bristen på personal. Det gör att vårdplatser måste stängas och patienterna blir kvar på akuten i väntan på vårdplats. Vårdplatsbristen gör även att fler patienter blir satellitpatienter/utlokaliserade inom annat kompetensområde. Detta kan leda till fördröjd vård och att vårdskada uppstår. Kommunerna har under året haft svårigheter att erbjuda patienter korttidsplatser vilket gjort att de blivit kvar och uppehållit en vårdplats efter att de är utskrivningsklara. Bristen på personal har gjort att vårdköerna växer och patienterna får vänta längre på åtgärd. På vårdavdelningarna arbetar personal med kortare erfarenhet vilket gör att kompetensen hos medarbetarna varierar. Utifrån detta rådande läge har VO områdena tagit fram rutiner och

strukturer för att i möjligaste mån försökt säkra upp vården för patienterna. Alla verksamheter deltar i för dem relevanta kvalitetsregister. Kontinuerligt analyseras resultatet och åtgärder genomförs. För att säkra upp medarbetarnas kompetens genomförs kontinuerligt utbildningar i verksamheterna. Genom att man genomför pulsmöten, gröna korset och SE UPP ronder dagligen kan man identifiera risker och vårdskador i vardagen som åtgärdas eller rapporteras vidare. Negativ händelse och tillbud identifieras genom att medarbetarna skriver avvikelser som sedan hanteras enligt verksamhetens avvikelserutin.

VO Allmänkirurgi/urologi

- Ett riskområde är bristen på vårdplatser som leder till att kirurg/urologi patienter blir kvar på akuten eller vårdas som satellitpatient på annan avdelning.
- Under året har BHK mätningen varit bristfällig pga. svårigheter att hitta ersättare till hygienobservatörer som slutat.
- Kirurgi/urologi har minskar på inhyrningen av personal eftersom det är svårt att upprätthålla rutiner samt driva förbättringsarbeten.

VO Ögon/ÖNH/Käk

- Öka patientsäkerheten genom att kontinuerligt rekrytera medarbetare för fast anställning, vikariat, ST-anställning samt inhyrning av personal.
- Samarbetet med vårdgarantienheten och andra vårdgivare för att möjliggöra att patienterna för vård.
- Startat kö kortning inom kataraktkirurgi.
- ÖNH och Käk har startat operationer i Kalix.

VO LSS/Syn/Hör

Man har upprättat nya rutiner för att säkerställa patientsäkerheten för patienter som sökt vårdutomläns via vårdgarantin.

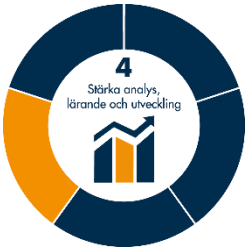
Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4
Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Riskhantering sker på personnivå genom riskbedömning och på enhetsnivå genom Gröna korset, avvikelsehanteringssystemet Synergi och via internanalys/händelseanalys. Vid förändringar i verksamheten genomförs riskanalyser. Riskbedömningar sker kontinuerligt inför, under och efter förlossningen. Vid kryssningsfasen deltar alltid 2 barnmorskor varav en ska alltid ska vara en erfaren barnmorska.

Stärka analys, lärande och utveckling

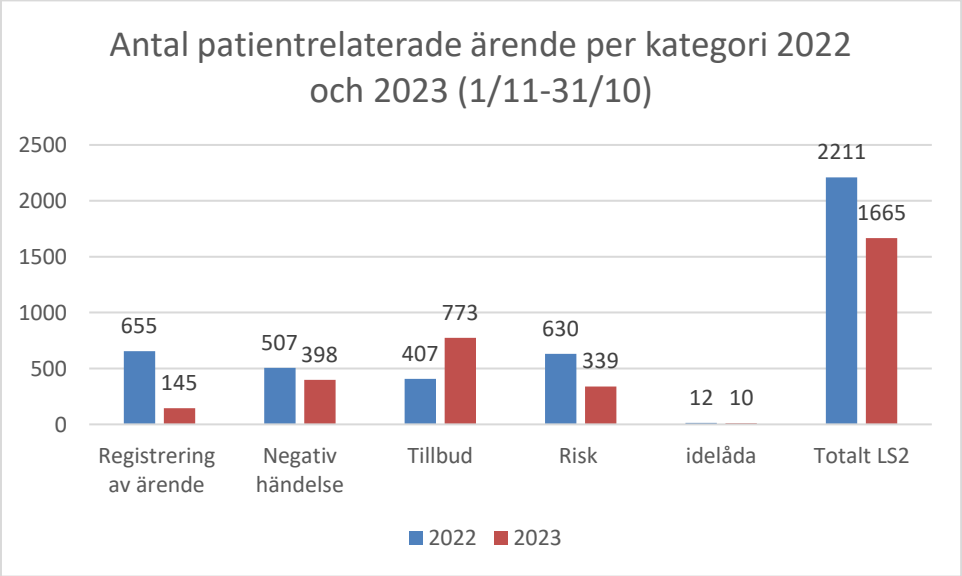
Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för 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. Vid allvarligare händelser beslutar verksamhetschefen i samråd med chefsläkaren om händelseanalys ska genomföras. Chefsläkare beslutar sedan om Lex Maria anmälan ska göras.



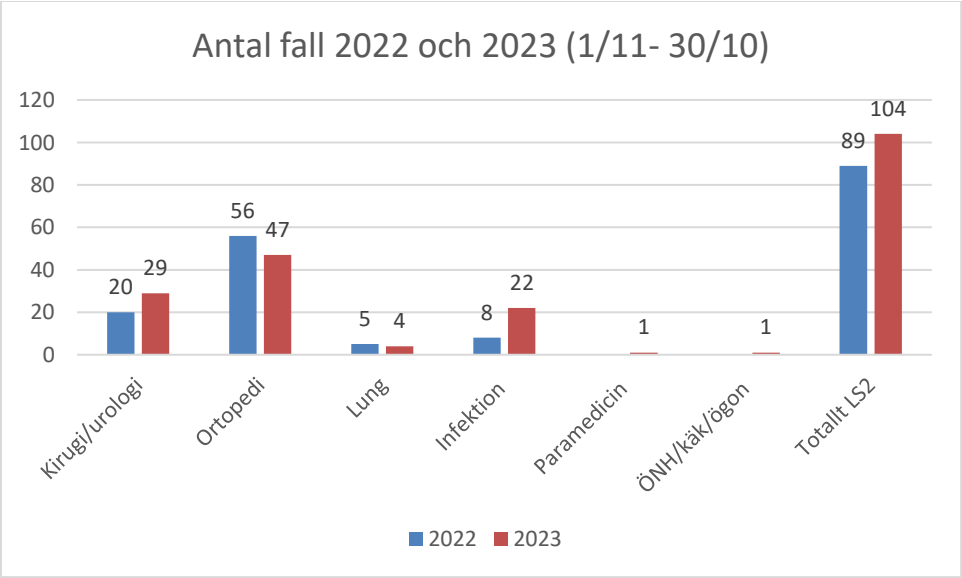
Analys av resultat:

25% färre avvikelser har registrerats 2023 mot för 2022. Andelen negativa händelser (händelser som inträffat och medfört vårdskador) har minskat medan andelen tillbud (händelser som kunnat medföra vårdskada) ökat. Riskerna har också minskat.

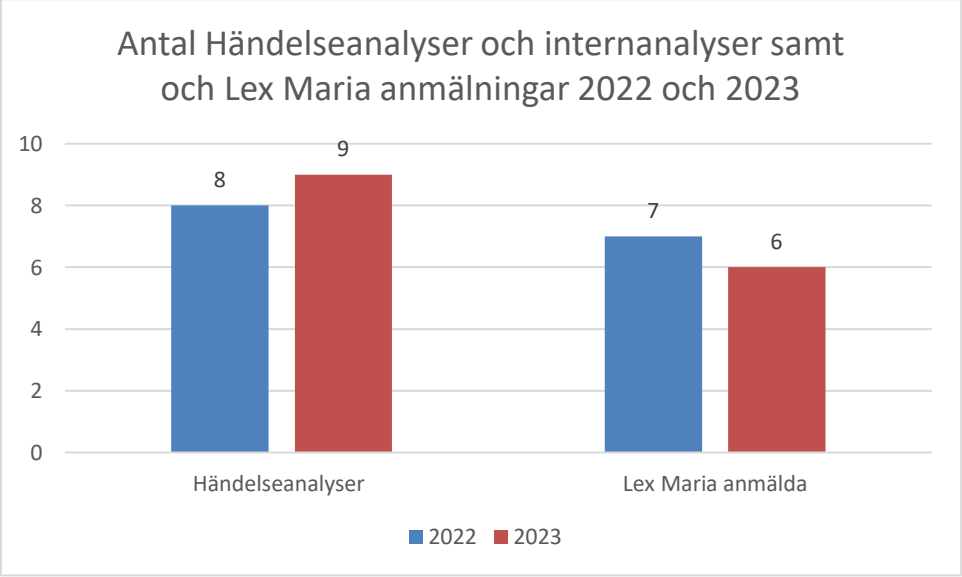
De verksamhetsområden som sticker ut och har flest negativa händelser är ÖNH/Käk/Ögon (72 st) och läkarna på Ob/gyn (54 st). Flest tillbud har läkarna på kirurgi/urologi (106 st), läkarna på ob/gyn (36 st) och på infektions avd 35 (56 st). Flest risker har läkarna på kir/uro (126 st).

I dagsläget kan man inte säga vilka negativa händelser, tillbud och risker som finns inom respektive verksamhetsområde. För att ta reda på det måste en djupare analys genomföras. En djupare analys skulle vara av värde för att se ifall man ser någon trend i avvikelserna samt som ett stöd för verksamheterna att arbeta vidare med förbättringar.

Antal registrerade ärenden har minskat rejält detta kan bero på att verksamheterna har blivit bättre på att kategorisera avvikelserna i systemet.



Analys av resultat:
Under året har 104 avvikelser för fall registrerats vilket är några fler registreringar än 2022. På infektion (avd 35) har antalet fall ökat mellan åren.



Analys av resultat:
Samma antal händelseanalyser och Lex Maria anmälningar har genomförts under året jämfört med tidigare år.

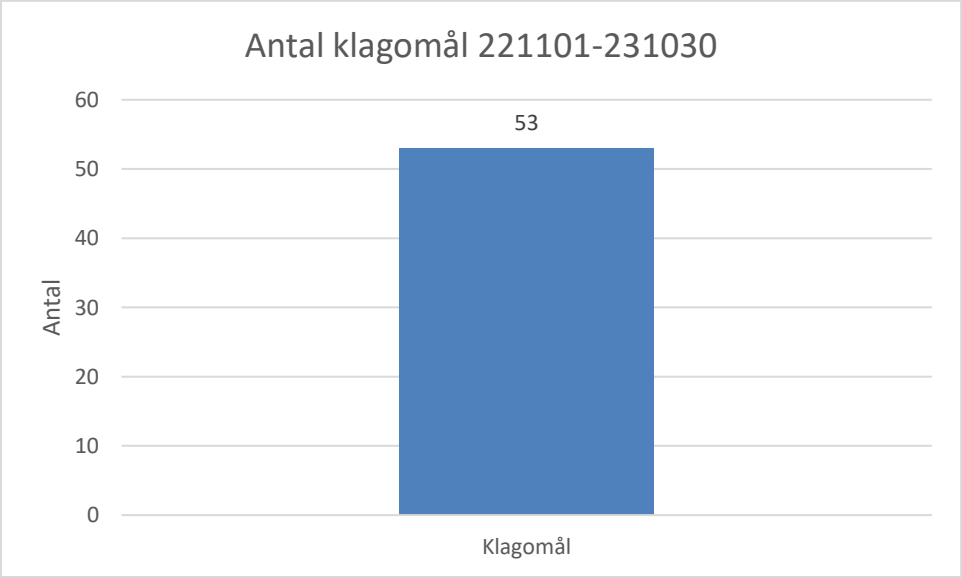
VO Ögon/ÖNH/Käk
Avvikelser har analyserats och gett lärdomar om förbättringsområden såsom att kösituationen inom vården är en patientsäkerhetsrisk, bristande följsamhet till rutiner, kommunikationsbrister och att korta mottagningsbesök gör att patienten känner sig mindre delaktig i sin vård. Avvikelserapporteringen har bidragit till utredning och försök till att förbättra vårdplatsläget samt att man har uppdaterat eller skapat rutiner/riktlinjer.

VO Obstetrik/Gynekologi
Utifrån avvikelser som inkommit har följande åtgärder genomförts; att man minskat antalet hyrläkare, hittat nya arbetssätt för att inte missa att skicka in PKU prover, påbörjat förbättringen av kommunikationsöverföring.

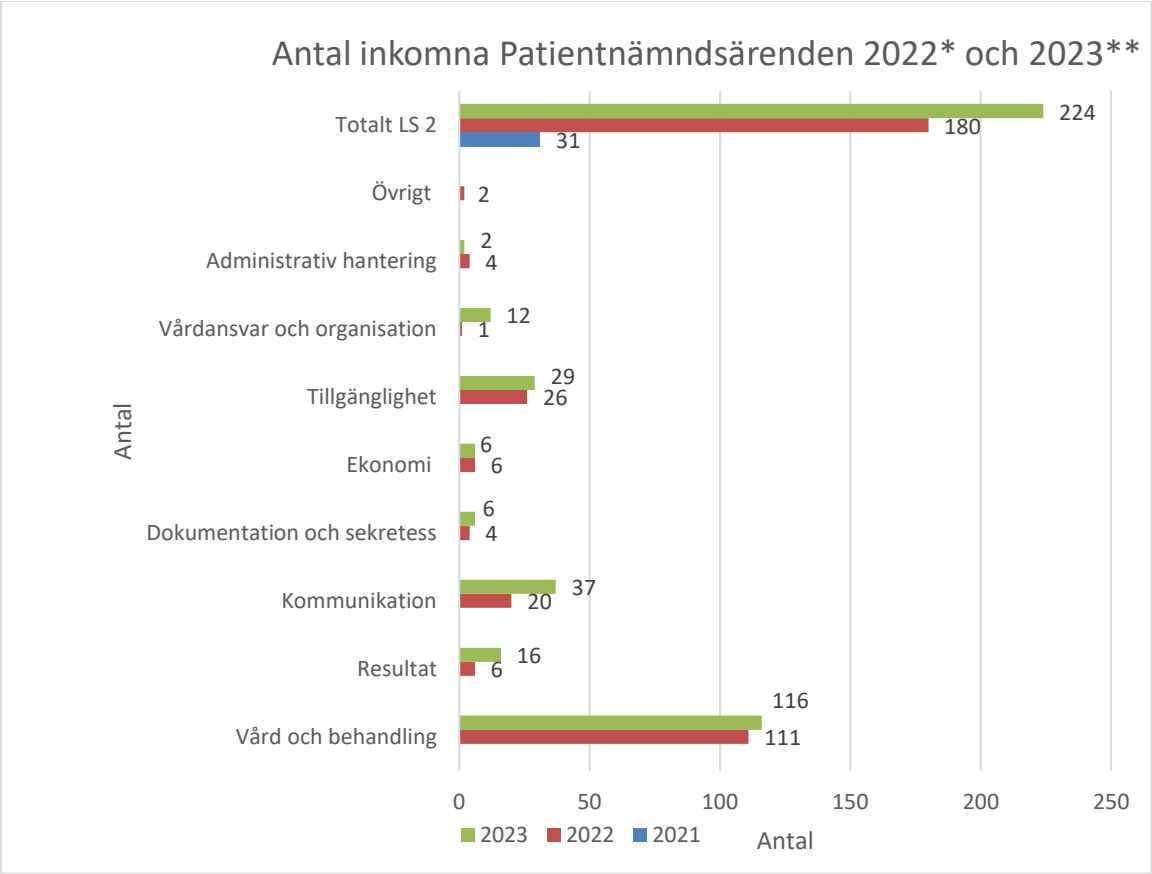
Klagomål och synpunkter

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

Patienter och närstående kan ge förslag till förbättringar eller lämna klagomål via; direkt kontakt till verksamheten, 1177.se, e-tjänst på Regionens hemsida samt via Patientnämnden och IVO. Klagomål och synpunkter hanteras som en avvikelse. Verksamhetsområdena lyfter upp klagomålen på ledningsgruppen och informera vidare på arbetsplatsträffar.



Analys av resultat:
Klagomål som inkommit till verksamheterna och registrerats i synergi är 53 st. ÖNH/Käk/Ögon har registrerat 30 av dessa klagomål.



**2022 perioden 211101-221031*

***2023 perioden 221101-231117*

Analys av resultat:

Under året har divisionen haft 44 fler inkomna patientnämnds ärenden jämfört med tidigare år. De flesta ärenden är inom vård och behandling och då främst inom kategorin behandling och undersökning/bedömning. Typen kommunikation har något fler ärenden i år och då rör det sig mest om informationsbrist. Fler ärenden i år har även inkommit inom vårdansvar och organisation de flesta har inkommit inom kategorin vårdflöde/processer.

VO Ögon/ÖNH/Käk

Inom ögonsjukvården har avvikelserna mest handlat om lång väntan och bristande tillgänglighet. Man fortsätter att eliminera köerna genom rekrytering av ögonspecialister, utbildning av ST-läkare till specialister, inhyrning av personal samt köp av vård hos andra vårdgivare.

VO Allmänkirurgi/urologi

En lärdom av avvikelser som inkommit är att verksamheten har för få medarbetare och därmed för få vårdplatser vilket gör att det är svårt att arbeta med patientsäkerheten fullt ut.

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.

Verksamhetsområdena kommer att fortsätta genomföra kontinuerliga utbildningar inom deras kompetensområde. Inom patientsäkerhet kommer man fortsätta prioritera kompetensutveckling för både chefer och medarbetare. 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 genomför åtgärder. Införandet av Gröna Korset, SEUPP-ronder och riskbedömningar av patienterna ökar personalens riskmedvetenhet och förhindrar vårdskador.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Gemensamma mål för verksamhetsområdena

- Verksamheter kommer fortsätta med att rekrytera personal samt köpa in vård för att möjliggöra vård för patienterna
- Genomföra nationell punktprevalensmätningen inom trycksår, VRI och BHK
- Genomföra månadsvis mätning av BHK
- Genomföra nationell patientenkät för öppen- och slutenvård
- Eliminera undvikbara vårdskador genom att alla patienter 70 år och äldre ska riskbedömas
- Fortsätta använda Gröna Korset dagligen i samtliga verksamheter
- Aktiv avvikelsehantering

Utmaning

Utmaningen inom alla verksamhetsområden är rekrytera och bibehålla medarbetare.

Specifika mål per verksamhetsområde

VO LSS/Syn/Hör

- Utmaningen i verksamheten är bemanningen inom alla yrkeskategorier i kombination med byte av journalsystem.
- Utveckla system för egenkontroll vad gäller BHK rutiner
- Ta fram standardiseringar och analysera vilka risker som finns i verksamheten och hur dessa ska dokumenteras och följas upp.

VO Obstetrik/Gynekologi

- Rekrytering av ST läkare till Gällivare är en prioriterad aktivitet.
- Under 2024 kommer Umeå universitet ha en decentraliserad barnmorskeutbildning i Luleå och Gällivare.
- Fortsätta arbetet med att utveckla ett strukturerat patientsäkerhetsarbete.

VO Ortopedi

- Införa PINF vid hemgång av dagkirurgiska patienter.
- Fortsätta utvecklingen av personcentrerat arbetssätt

VO Allmänkirurgi/urologi

- Fortsatt implementering av personcentrerad vård
- Korta köerna till mottagningsbesök och operation