Patientsäkerhetsberättelse för Division Länssjukvård 1 2021

Datum: 2021-12-31

Ansvarig för innehållet:

Jonas Thörnqvist, Divisionschef

Ann-Sofi Schäufele, Biträdande Divisionschef

Skribent:

Kerstin Lindström, verksamhetsutvecklare

Inledning

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

Inledning ... 2

SAMMANFATTNING ... 5

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD ... 7
- Engagerad ledning och tydlig styrning ... 7
  - Övergripande mål och strategier ... 7
  - Organisation och ansvar ... 8
  - Samverkan för att förebygga vårdskador ... 9
  - Informationssäkerhet ... 11
  - Strålskydd ... 12

En god säkerhetskultur ... 13

Adekvat kunskap och kompetens ... 14

Patienten som medskapare ... 15

AGERA FÖR SÄKER VÅRD ... 17
- Öka kunskap om inträffade vårdskador ... 17
  - Har vården varit säker ... 17
  - Vårdskador ... 17
  - Fallskador ... 20
  - Trycksår ... 21
  - Vårdrelaterade infektioner ... 21
  - Oplanerade återinskrivningar bland äldre, multisjuka äldre samt bland de mest sjuka 65 år och äldre ... 22
- Tillförlitliga och säkra system och processer ... 22
  - Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system ... 22
  - Följsamhet till Basala hygien- och klädrutiner ... 23
  - Antal/Andel patienter med misstänkt depression eller ångestsyndrom som genomgått en strukturerad suicidbedömning ... 24
  - Andel utskrivna patienter >75 år med minst 5 uthämtade läkemedel som fått läkemedelsberättelser ... 25
- Säker vård här och nu ... 25
  - Är vården säker idag ... 25
  - Överbeläggningar och utlokaliserade patienter i somatisk slutenvård, Sunderby sjukhus ... 26
  - Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke ... 28

Reperfusionsbehandling vid akut ischemisk stroke 29
Trombolys inom 30 min vid stroke 29
Tid till läkarbedömning vid akutbesök 30
Riskhantering 30
Stärka analys, lärande och utveckling 32
I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information 32
Avvikelser 33
Klagomål och synpunkter 33
Öka riskmedvetenhet och beredskap 35
Bilaga 1 Sammanställning av lokalt planerade åtgärder, patientsäkerhet 2022 38

SAMMANFATTNING

Det systematiska patientsäkerhetsarbetet har under året påverkats av Covid-19-pandemin och det interna omställningsarbetet. Mycket av det som var planerat har prioriteras bort eller skjutits fram. Många av divisionens verksamheter har haft neddragen verksamhet och sin personal utlånade till Covidvården. Bristen på sjuksköterskor ha lett till neddragna vårdplatser vilket har orsakat överbeläggningar och långa tider på akuten vilket har påverkat patientsäkerheten negativt. På grund utav omställningen har det även varit svårt att få ut jämförande resultat från föregående år. Alla resultat som visas i denna berättelse ska ses med detta i åtanke.

Divisionen innehåller sedan maj 2021, 5 verksamhetsområden:

- VO Akut omhändertagande
- VO Barn
- VO Internmedicin
- VO Neurocentrum
- VO Omvårdnad

Verksamhet bedrivs av ca 1800 medarbetare, alla dygnets timmar på länets fem sjukhus, andra vårdinrättningar, utomhus och i hemmet. Norrbotten är en fjärdedel av Sveriges yta, en yta lika stor som Portugal. I Norrbotten bor det ca 250 000 innevånare och här finns den högsta andel äldre i riket, vilket gör det utmanande att eliminera vårdskador.

De flesta problem åtgärdas snabbt genom dagliga pulsmöten som börjar på enhetsnivå och fortsätter upp till divisionschefsnivå. Det som inte kan lösas lokalt aggregeras upp till nästa beslutsnivå och information ut till verksamheten sprids snabbt.

De dagliga pulsmötena innehåller förutom produktionsplanering, daglig styrning av kompetens utifrån behov samt arbete med de vårdskador och risker som framkommer i Gröna korset. Tillsammans med Se-upp ronder, reflektion, förbättringsmöten, arbetsplatsträffar och säkerhetsronder är det en del av det dagliga patientsäkerhetsarbetet.

Det finns olika forum för samverkan där patientsäkerhet belyses. God samverkan med kommunen är fram för allt viktigt för god och nära vård. Divisionen genomför kontinuerliga egenkontroller årsvis, månadsvis och dagligen samt genomför förbättringar. Resultat återkopplas i olika forum och lämpliga åtgärder sätts in detta ger en lärande organisation.

Medvetenheten om vikten av en hög patientsäkerhet har ökat och trots pågående pandemi har flertalet förbättringsarbeten genomförts.

Stokeenheten på Kalix sjukhus kan för andra året i rad titulera sig årets strokeenhet, bäst i Sverige.

Akutmottagningen och ambulansen på Kalix och Piteå sjukhus har startat Silverspåret som är en strukturerad bedömning för att förbättra för våra äldre och sköra på akutmottagningen.

Barnsjukvården har regelbundna träffar i Barnahusanda med syftet är att samla kompetensen kring barn som far illa, samt påskynda processen från misstanke till åtal.

I Kiruna har akuten samverkat med medicin/rehab kliniken i Kiruna och medicinkliniken i Gällivare för att förbättra inskrivningsprocessen från akutmottagningen till vårdavdelningen och från vårdavdelning till vårdavdelning mellan sjukhusen. Under 2022 kommer en

direktinskrivningsrutin testas för att säkra informationsöverföringen och skapa effektiva flöden som är mer värdeskapande för patienten.

Neurocentrum har under 2020/2021 startat digitala rehabiliteringsprogram och kommunikationen till/från patienterna har skett via 1177 för att minimera kontakter via e-post.

Den vanligaste avvikelsen, fall, har minskat senaste året, vissa enheter med mer än 50 %, trots att totala antal avvikelser har ökat. VO Internmedicin i Kalix har lyckats minska fallolyckorna från 34 stycken, 2020 till 16 stycken, 2021. De har i varje patientfall, förutom att hanterat det i avvikelsesystemet, gått igenom förebyggande rutiner för att kunna åtgärda eventuella brister direkt.

Under 2022 kommer Socialstyrelsen nationella e-utbildning, Säker vård användas för kompetensutveckling av chefer och medarbetare. Utifrån den nya handboken för utredning av allvarliga vårdskador kommer riktlinjer och arbetssätt ses över och anpassas. Förbättrad arbetsmiljö pågår fortlöpande då en stabil och varaktig bemanning med rätt kompetens är viktigt för patientsäkerheten. Den nya organisationen tillsammans med enhetlig chefs- och ledningsstruktur ökar möjligheter till effektiv samverkan över divisions- och klinikgränser och ökad kunskapsstyrning. Under året kommer även införandet av ett nytt journalsystem, VISUS påbörjas vilket är viktigt i det fortsatta patientsäkerhetsarbetet.

Divisionsledning fortsätter kontinuerligt att följa patientsäkerhetsresultat. Verksamheterna fortsätter tillsammans med patienter och närstående att arbeta vidare med att förbättra patienternas väg genom vården vilket kommer att öka patientdelaktigheten och förbättra patientsäkerheten.

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 målen för patientsäkerhet har sin utgångspunkt i den nationella patientsäkerhetsplanen och regionfullmäktiges strategiska plan som via regionstyrelsens plan mynnar ut i regionens patientsäkerhetsplan. De ligger till sedan till grund för divisions- och verksamhetsplaner.
Det övergripande strategiska målet för regionen är att vårdskador ska elimineras.

Regionövergripande mål 2021 och 2022:

✓ Vårdskador	< 6,5 %
✓ Vårdrelaterade infektioner	< 3 %
✓ Följsamhet till basala hygien- och klädrutiner	100 %
✓ Vårdskada på grund av fall	Minska med 50 %
✓ Suicid bland de som sökt vård	< 7 stycken
✓ Läkemedelsgenomgång	≥ 60 %

Divisionens övriga mål:

- ✓ Avvikelser, risker och klagomål ska rapporteras i Synergi och användas för lärande i vardagen. Målet är att samtliga ärenden ska påbörjas inom 14 dagar och vara avslutade inom 30 dagar.
- ✓ Alla verksamheter arbetar förebyggande genom att göra riskanalyser vid förändringar eller vid särskilt riskfyllda moment.
- ✓ Att Gröna korset är infört i samtliga verksamheter samt att verksamheterna arbetar med de vårdskador och risker som framkommer.
- ✓ Följa det nationella åtgärdspaketen för förebyggande av vårdskador.
- ✓ Säkerställa att alla verksamheter mäter, dokumenterar och följer upp basala hygien riktlinjer och klädregler varje månad, målet är 100 % följsamhet.
- ✓ Alla patienter, 75 år eller äldre med fem eller fler läkemedel och utskrivna från slutenvård ska ha läkemedelsberättelser
- ✓ Riskbedömning av inneliggande patienter över 70 år för fall, nutrition, trycksår och munhälsa ska registreras i det vårdadministrativa systemet VAS.

Divisionens patientsäkerhetsarbete utgår ifrån Vår verksamhetsmodell vilken beskriver utgångspunkterna för ledning och utveckling. I regionens ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete framgår det hur divisionen ska arbeta för att uppfylla kvalitet i vården och tidigt upptäcka samt förebygga risker och misstag för att förhindra onödigt lidande för person och närstående. Genom ett systematiskt patientsäkerhetsarbete kan vårdskador undvikas och vårddygn frigöras. Resurser och kompetens som frigörs kan användas till att vårda/behandla fler och utveckla vårdens arbetssätt. Verksamheten har i uppdrag att använda och anpassa riktlinjerna för att utveckla och säkra verksamhetens kvalité samt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Organisation och ansvar

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

Alla medarbetare bidrar till att göra hälso-, sjuk- och tandvården patientsäker och i regionens ledningssystem finns anvisning gällande organisation, roller och ansvar. Divisionen 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 Internmedicin/rehabilitering/geriatrik vid alla sjukhus.
- VO Neurocentrum som ansvarar för specialiserad rehabilitering, neurologi och strokevård.
- VO Omvårdnad är ett koncept för omvårdnad inom hela Region Norrbotten som är under framtagande. Det ska ge möjligheter till gemensamma arbetssätt på vårdavdelningar gällande omvårdnad.

Divisionschefen är ytterst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet. En stab bestående av ekonomiansvariga, HR-ansvariga, kvalitetsansvarig och verksamhetsutvecklare stödjer arbetet.

Verksamhetsområdeschefer har ansvaret för planering, ledning, styrning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet. VO-chef med hjälp av Lex Maria-ansvarig chefsläkare ansvarar tillsammans med vårdcheferna för handläggning av inkomna klagomål, IVO-ärenden och andra avvikelser, ser till att dessa analyseras på ett lämpligt sätt och att rätta förbättringsåtgärder vidtas samt uppföljning och utvärdering i det enskilda VO-området.

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

Medarbetarnas roll är att identifiera, åtgärda och rapportera risker och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. 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.

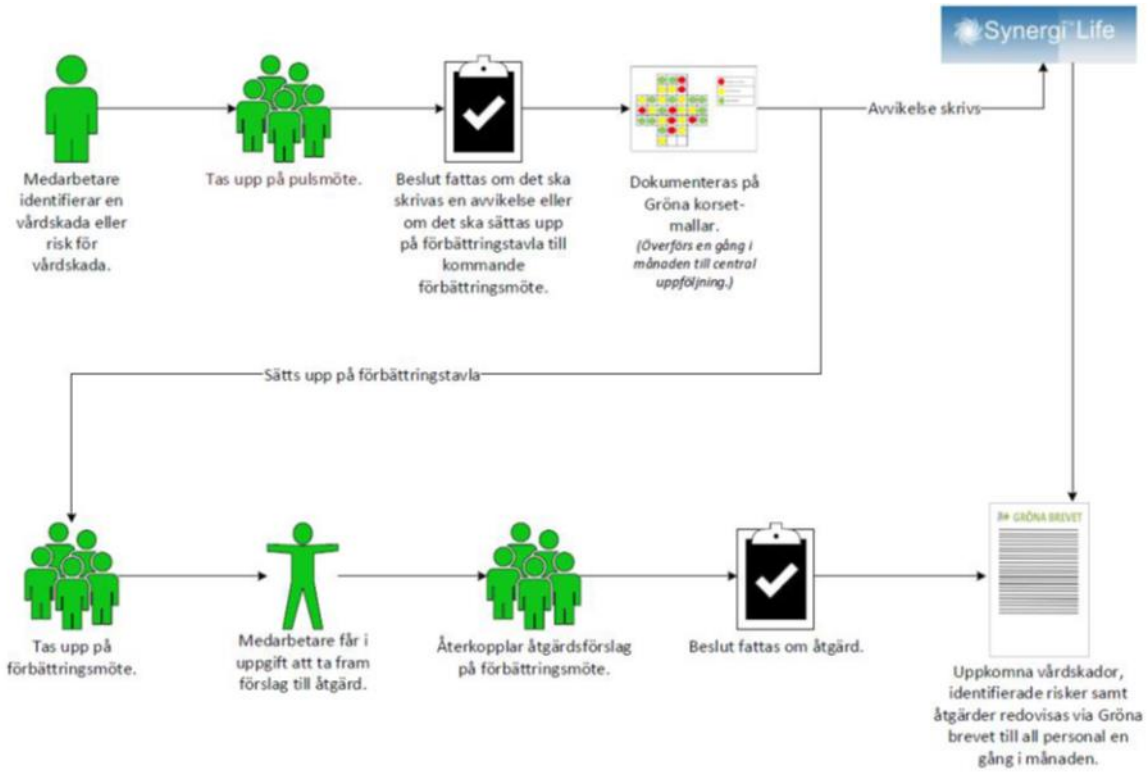


Bild 1 Arbetssätt vid identifierad risk

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Under 2021 har Region Norrbotten genomgått en omställning gällande organisationsstrukturen och det arbetet fortsätter under 2022. Omställningen ska leda till en modernare organisation som ökar delaktigheten för medarbetare.

De flesta problem åtgärdas snabbt genom dagliga pulsmöten som börjar på enhetsnivå och slutar på divisionschefsnivå. Det som inte kan lösas lokalt aggregeras upp till nästa beslutsnivå och information ut till verksamheten sprids snabbt. Regionens lednings-och samverkansform på olika nivåer har till syften är att samnyttja tillgängliga resurser på bästa möjliga sätt, exempelvis STOF, Strategiskt taktiskt operationsforum och STAF, Strategiskt taktiskt akutforum.

Alla verksamhetsområden inom divisionen kommer under 2022 övergå till länskliniker vilket innebär att man på ett mer effektivt sätt kan hjälpa varandra mellan sjukhusen och kliniker samt att det är enklare att införa standardiserade rutiner och sprida ny kunskap. Arbetet med att skapa plattform för ett långsiktigt arbete i enlighet med verksamhetsmodellen fortgår. De dagliga pulsmötena inom och mellan verksamheter innehåller förutom produktions- och kapacitetsplanering, arbete med vårdskador och risker som framkommer i Gröna korset.

Det finns flera forum för samverkan där patientsäkerhetsfrågor kontinuerligt diskuteras både på central och lokal nivå. Den lokala samverkansgruppen för patientsäkerhet (LSG) stödjer patientsäkerhetsarbetet och i gruppen finns representanter från hälso-, sjuk- och tandvårddivisionerna, medicinteknik, vårdhygien, patientnämnd och kommun.

För att förbättra kommunikationen mellan specialistvård, primärvård och kommun och säkra övergångar för patienter används IT-systemet Lifecare. Systemet underlättar att sammankalla aktörer för samordning av insatser/åtgärder utifrån patientens/brukarens behov och upprättandet av ett samordnad individuell plan, SIP. Den gemensamma dokumentationen gör det också enklare för personen att veta vem som ansvarar för vad.

På nationell nivå deltar divisionen exempelvis i arbetet med standardiserade vårdförlopp (SVF), Nära vård och Trygg hela vägen.

VO Neurocentrum *har i införandet av olika digitala lösningar haft nära kontakt med IT-avdelningen i syfte att ha trygga säkra lösningar för patienterna vad gäller informationsöverföring, digitala system, inloggningar, GDPR etc.*

VO Akutomhändertagande;
Luleå/Boden lyfter problemet med övergångar mellan akutsjukvård och vårdavdelningar. På grund utav få vårdplatser får patienterna ligga länge på akuten vilket inte är patientsäkert. Under 2021 påbörjades ett förbättringsarbete med alla involverade verksamhetsområdena för ett bättre flöde vilket fortsätter under 2022.

I Kalix startade under 2021 Silverspåret för att förbättra för våra äldre och sköra på akutmottagningen. Silverspåret startar redan innan personen kommer till sjukhus då ambulansen gör en bedömning av hemsituation. Samverkan med arbetsterapeuter och fysioterapeuter har lett till ett ökat antal bedömning av patienters förmåga och fallrisk på akuten och akutvårdsplatser, AVP. AVP är en enhet för bättre patientsäkerhet och god omvårdnad, där patient får bättre säng, måltider och ökad tillsyn.

I Kiruna har akuten samverkat med medicin/rehab kliniken Kiruna och medicinkliniken Gällivare för att förbättra inskrivningsprocessen från akutmottagningen till vårdavdelningen och från vårdavdelning till vårdavdelning mellan sjukhusen. Under 2022 kommer en uppdaterad direktinskrivningsrutin testas för att säkra informationsöverföringen och skapa effektiva flöden som är mer värdeskapande för patienten.

VO Internmedicin;
Luleå/Boden deltar regelbundet i samverkansform med offentligt driven primärvård, privata hälsocentraler och Luleå kommun för att uppnå förståelse och utbyta information mellan de olika enheterna och aktörerna med målet att öka patientsäkerheten.

Piteå samverkar i första hand med primärvård och kommun när det gäller vårdens övergångar. Samverkan fungerar bra och på gemensamma möten diskuteras förbättringar. När vi tar över patienter från andra enheter sker överrapportering via vår bakjour. Vi har även en koordinator som fördelar patienterna efter symtom så de kommer på rätt avdelning direkt. Inom slutenvården har vi en önskan att hemsjukvården kan ta uppdrag direkt från oss när det gäller vissa patienter. Där har vi tyvärr inte fått gehör ännu.

VO Barnsjukvård;
Deltar i nätverksarbete/norrbusmöte och samordnad vårdplanering mellan socialtjänst, elevhälsa och primärvård. Samverkansgrupp med barnläkare, barnpsykiatri, socialtjänsten, polisen och åklagare. De har även regelbundna träffar i Barnahusanda. Syftet är att samla kompetensen kring barn som far illa, samt påskynda processen från misstanke till åtal. Under 2021 genomförde gruppen ett studiebesök till Barnahuset i Karlstad och Sollentuna för att få information och inspiration till ytterligare förbättrat samarbete.

I Sunderbyn har man tillsammans med Umeås CEPS-team hållit två dagar med fullskalesimulering av svårt sjuka barn med video debriefing, detta var riktat till barnläkare och personal på neonatalavdelningen samt narkosläkare. Vanligtvis genomförs CEPS-utbildning i samarbete med ob/gyn och narkosen, men det har inte kunnat genomföras på grund utav pandemin.

I Gällivare hålls gemensamma träffar BB, Akuten, IVA för att förbättra samarbetet kring barn som finns på akuten eller IVA, Samarbetsdokument samt pågående dialog mellan barnsjukvården och övriga kliniker som innebär att bakjouren ska involveras i det enskilda fallet då vuxna ska vårdas på barnavdelningarna i länet.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

I regionens ledningssystem finns anvisningar och rutiner gällande informationssäkerhet som verksamheterna arbetar utifrån. I divisionens uppdrag ingår det att säkerställa;

- Tillgänglighet - dokumenterad information inom regionen är åtkomlig och användbar för den som är behörig
- Riktighet - informationen är korrekt
- Konfidentialitet - obehöriga ska inte kunna ta del av information
- Spårbarhet - åtgärder kan härledas till en användare i system som är helt eller delvis automatiserade

Sekretess och sekretessbevis

Sekretess och tystnadsplikt är en del av patientsäkerhet och arbetsmiljö. Nyanställda och studenter informeras om informationssäkerhet och sekretess, skriftligt och muntligt. Regionens film om sekretess används i vissa verksamheter för att förtydliga budskapet. Medarbetaren skriver på ett sekretessbevis som skickas till HR och läggs till i personens personalakt. Sekretessen gäller även vid avslutad anställning.

Kontroll av personal

I de fall där personen är okänd så kontrolleras legitimation. Vissa verksamheter har som rutin att begära utdrag ur straffregistret och när legitimerad personal anställs så begärs kopia på legitimationen. I vissa fall skickar enhetschefen en förfrågan till socialstyrelsen för att bekräfta att legitimationen finns i HOSP-registret samt utdrag avseende eventuella anmälningar hos IVO.

Inloggning i regionens nätverk

Alla medarbetare får ett SITHS-kort och reservkort utfärdas till de som inte hunnit få sitt kort exempelvis vikarier. SITHS-kortsinloggning ska användas vid inloggning i regionens nätverk samt vid inloggning i VAS. Regionen tillåter även inloggning med användarnamn och lösenord och det används i vissa fall fram för allt när personalen delar arbetsstationer.

***VO Akut omhändertagande** i Piteå arbetar aktivt med återkoppling och information till medarbetare samt diskussioner i arbetsgruppen om vikten av sekretess exempelvis kring fotografier i social media.*

Stickprov och loggkontroll

I den regionövergripande rutinen för loggkontroll står det att slumpmässigt utvalda medarbetare ska granskas varje månad (Socialstyrelsens riktmärke: 10 procent av medarbetarna). Utöver det ska riktad loggkontroll genomföras någon gång varje år. Loggkontroll kan också begäras av patient eller närstående.

Under 2021 har vissa verksamheter haft svårt att utföra loggkontroller varje månad men de flesta har utfört stickprov och loggkontroller en gång under året. Det är verksamhetschefen som beslutar hur och vem som ska utföra loggkontrollerna. Arbetet med loggkontrollerna behöver systematiseras bättre.

***VO Internmedicin** i Sunderbyn arbetar aktivt med loggkontroller och har under året utfört riktade loggkontroller i VAS utifrån patientbegäran. I ett fall ledde det till en utvidgad loggkontroll.*

Information till patienter

Enligt divisionsplanen ska alla verksamheter under 2022 arbeta med att öka patient- och brukarmedverkan i förbättrings- och utvecklingsarbeten. Det kan röra sig om framtagande av informationsmaterial, kallelser, enkäter eller vidareutveckling av patientinformation gällande egenvård och behandling som tillgängliggörs för medborgare via digital plattform.

Patienten har tillgång till sin journal via 1177.se och uppmanas i första hand att se sin journal där. Det finns även möjlighet att skriftligt begära att få ut sina journalkopior som då hämtas mot uppvisande av legitimation alternativ skickas med post till hemadressen.

VO Akut omvårdnad *i Piteå har utvecklat en rutin för hur utlämning av journal ska ske på ett säkert sätt.*

VO Neurocentrum *har under 2020/2021 startat digitala rehabiliteringsprogram och kommunikationen till/från patienterna har skett via 1177 för att minimera kontakter via e-post. Vi har nära samarbete med IT vad gäller användandet av Teams. Under december 2021 kommer personalen på Garnis rehabcenter att utbildas i Visiba care och från 1 jan 2022 sker samtliga digitala kontakter med patienterna via det systemet.*

VO Internmedicin *på Kiruna sjukhus ger alla patienter en PINF (patientinformation), skriftligt med sig vid utskrivning från slutenvården. PINFen skall skrivas så att patienten förstår vad det står i den. Innehållet skall beskriva varför patienten vårdats inom slutenvården och vad som utförts exempelvis undersökningar prover och vilka läkemedel som patienten fått. Fortsatt planering skall framgå i PINF och vart patienten ska vända sig.*

VO barnsjukvård *har möjlighet att i undantagsfall spärra barnens journalanteckningar om det kan vara till skada för barnet att vårdnadshavare läser journalen.*

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Den centrala organisationen strålskydd har i ledningssystemet rutiner och riktlinjer för en strålsäker verksamhet.

Apparatur och behandling i divisionen:

- C-båge, akut omhändertagande Sunderbyn
- C-båge, akut omhändertagande Gällivare
- DXA, benskörhetsmätning, Osteoporosmottagningen, Sunderby sjukhus
- Jod-behandling, sköts via Endokrinmottagningen men utförs på Nukleärmedicin

Gällande C-båge brukas den fram för allt skötas av medarbetare från Ortopeden med hjälp av medarbetare på akuten. Generella regler kring strålsäkerhet vid C-båge utanför röntgenlokaler finns och personal utbildas i handhavandet vid introduktion på arbetsplatsen.

DXA-apparaturen har inte någon strålning som påverkar person. 2016 mättes stålningen med en dosimeter och ingen strålning noterades.

Radiumjod-behandling vid hypertyreos ordineras av läkare på Endokrinmottagningen men behandlingen och uppföljningen sker vid Nukleärmedicin där rutiner finns både för personal, patient och omgivande personer.

Vid inköp eller flytt av utrustning konsulteras alltid strålskydd.

En god säkerhetskultur

Det nuvarande vårdadministrativa systemet VAS kommer, med början 2022, att bytas ut till VISUS. De förvänta de nyttoeffekter är bland annat förbättrade arbetsformer i det dagliga arbetet inom vården och förbättrat stöd för ledning, styrning och uppföljning.

Divisionen kommer fortsätta implementering av daglig styrning i alla verksamheter. Genom pulsmöten och förbättringsmöten ges medarbetare möjlighet att engagera sig i förbättringsarbeten. Genom att skapa en transparant ledning och styrning och arbeta med standardiserade vårdflöden kommer avvikelser lättare att upptäckas och åtgärdas. I arbetet mot en god, nära och samordnad vård och omsorg ska ett arbetsklimat som uppmuntrar till lärande och utveckling skapas. Då allas kunskap och kompetens tas tillvara byggs förtroende, sprids engagemang och arbetsglädje. Goda resultat och framgångar ska spridas och lyftas fram i relevanta sammanhang, t.ex. på arbetsplatsträffar, puls- och förbättringsmöten. Gröna korset är det verktyg som används för att identifiera, följa upp och åtgärda risker i det dagliga arbetet. Divisionens verksamhetsområden ska etablera ett systematiserat arbete med arbetsmiljöfrågor. Säkerhetskulturtrappan används på central nivå men har prioriterats bort de senaste åren på grund utav pandemin.

VO Akut omhändertagande;
Piteå har varje morgon en kort utbildning på akutmottagningen om ett ämne. Alla personalkategorier deltar och utbildar utifrån sina expertkunskaper. Genom Gröna korset och avvikelser identifieras utbildningsbehov. På MIVAK-möten med vårdavdelningar och IVAK lyfts olika avvikelser, händelser och problem i syfte att förbättra patientsäkerheten.

I Kalix har man under året arbetat med hot och våld som förekommer både inom ambulansen och på akutmottagning. En genomgång med sjukhusets säkerhetsansvariga samt fastigheter har resulterat i ett kortlås till personalrummet för att få en flyktväg med möjlighet att låsa dörren. Utbildningsinsatser av personal från VO Psykiatri är genomförda. Det saknas fortfarande en kamera vid akutmottagningen. Under hösten har en personalenkät med bland annat frågor om hot och våld skickats ut till all personal. Resultatet från enkäten kommer att arbetas vidare med under 2022.

Kiruna har infört reflektion vid både ambulansenheten och IVAK-enheten vid varje arbetspass. Patientsäkerheten diskuteras och medarbetarna gör reflektioner från genomfört arbetspass.

Ambulanshelikoptern arbetar utifrån ett arbetssätt som kallas för pilotmodellen där medarbetare jobbar med flerhjärnors lösning. Flera medarbetare jobbar tillsammans i ett projekt med en projektledare för att undvika dubbelarbete och få så hög täckningsdrag som möjligt. Där samsyn och bästa möjliga verksamhetlösning uppnås. Projekten innefattar säkerhetsarbete, utvecklingsarbete, arbetsmiljö etc. Ambulanshelikoptern använder sig uteslutande av S-BAR som överapporteringssystem.

***VO Neurocentrum** använder ett årshjul för SAM + CARF säkerhet. Det ger stöd för att kunna planera in aktiviteter i förväg och säkerställa att aktiviteterna har blivit utförda. CARF-ackrediteringen ställer höga krav på säkerhet vilket gör att det är ett område som de noggrant följer, både vad gäller säkerhet för patienter och personal.*

VO Internmedicin;
I Kiruna har etikombud gjort försökt med reflektionsstunder men under 2021 har det varit svårt att hitta tider. Detta är ett förbättringsområden som finns i nästa års handlingsplan.

I Piteå används Gröna korset för att dagligen gå igenom de risker som upptäckts föregående dygn för att snabbt åtgärda risker innan något allvarligt inträffar. En tydlig trend är att personer skriver avvikelser på sig själva i syfte att förbättra de rutiner som finns. Vid varje arbetspass genomförs en modifierad Se-upp-rond som kompletteras med kontinuerliga ”news” kontroller för att snabbt upptäcka försämringar hos patienterna.

I Kalix genomförs årliga kartläggningar i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Arbetet med detta 2021 är försenat till följd av rådande omständigheter och kartläggningen beräknas pågå in i 2022. Därefter upprättas en handlingsplan i samarbete med arbetsplatsens skyddsombud.

VO Barnsjukvård
Patientsäkerhet står högt på agendan i all på enheten förekommande forum, alltifrån enheternas pulsmöten till LLG.

Arbetet med synergier behöver utvecklas vilket är inplanerat. Som ett lärande och förebyggande arbete tas synergier i nuläget upp i lämpligt forum, APT, LG eller LLG.

Adekvat kunskap och kompetens

Inom regionen finns en sakkunnig som har ansvar för patientsäkerhetsfrågor på regional nivå, vars uppdrag bland annat är att höja kunskapsnivån och sprida goda exempel. Inom divisionen finns Närstöd med bland annat kvalitetsansvarig, verksamhetsutvecklare, händelseanalysledare med olika ansvarsområden inom patientsäkerhetsområdet. Varje verksamhet har utsedda personer med utbildning inom patientsäkerhetsområdet som har tid avsatt för och arbetar aktivt med till exempel avvikelsehantering, punktprevalensmätningar, markörbaserad journalgranskning.

Fortbildning i patientsäkerhet till enhetschefer och omvårdnadspersonal i form av deltagande på regional och nationella konferenser samt deltagande i nationell trycksårutbildning har inte genomförts under 2021 på grund av pandemin. Utbildning och handledning har istället skett lokalt utifrån verksamhetens behov. Uppföljning genom egenkontroll fokuserar på uppföljning av de strategiska målen, patientsäkerhetsmål och aktiviteter i handlingsplan. Återkoppling av resultat från nationella register, patientenkäter och verksamhetsspecifika egenkontroller är en del av fortbildningen.

I de flesta verksamheter finns speciella krav på vidareutbildning. Verksamhetschefen är tillsammans med enhetscheferna ansvariga för att det på alla enheter finns adekvat bemanning med fullgod kompetens för att kunna utföra arbetet på ett patientsäkert sätt. Då resurser under de senaste två åren varit kopplade mot covid-vård så har det på vissa ställen varit svårt med kontinuerlig kompetenshöjning i form utav utbildning och övning. Hög personalomsättning i allmänhet och sjuksköterskebrist i synnerhet utgör de största utmaningarna i dagsläget för schemaplanering och utbildning fram för allt sommartid.
All personal ska ha genomgått patientsäkerhetsutbildning utifrån kraven på respektive arbetsplats exempelvis avvikelsehantering/Synergi och riskbedömning av patient gällande fallrisk, malnutrition, trycksår, urinvägsinfektion, tandstatus och blåsöverfyllnad.

VO Akut omhändertagande;
Luleå/Boden använder ett årshjul för internutbildningar för att säkerställa att medarbetarna ska uppnå rätt kompetens.

Piteå utbildar IVA:s personal alla avdelningar i PRO-Act för att vården ska bli säker på vårdavdelningarna och för att snabbt kunna identifiera en svårt sjuk patient.
På akuten arbetar alla i team bestående av undersköterska, sjuksköterska och läkare, på så sätt kan kunskap lättare implementeras och upprätthållas. Ambulansen har en specialistsjuksköterska i varje bil och den personen upprätthåller sin kompetens genom att rotera var 5:e vecka mot intensivvården.
Akutsjukvård med högt flöde och stressig arbetsmiljö utgör en stor risk för vårdskada därför är rutiner som är kända av personalen av stor vikt. Vid Introduktion av ny personal är det viktigt med standardiserade dokument så att alla får samma information.
Triagering utförs av sjuksköterska som arbetat minst 6 månader. Svårt sjuka patienter ska mötas av ett team som är väl sammansatt under ledning av akutläkare. De ska också ha haft möjlighet att öva tillsammans. Därför har vi regelbundet scenarioövningar för att alla ska veta sin uppgift.
BHK-representanter finns utsedda på kliniken. De har tydliga riktlinjer och utbildning i ämnet och väl kända av arbetslaget. Det har varit svårigheter att föra in statistik för dem men mätningar har hela tiden utförts. Vi har visat vid flera tillfällen filmen om stopp för smittspridning och smitta. Affischer finns uppsatta på vårdsalar och toaletter, omklädningsrum mm. Påminnelser om BHK på morgonmötena.

Ambulanshelikoptern har utbildningsdagar som är schemalagda vilket säkerställer att de genomförs. Vissa utbildningar sker lokalt och vissa samkörs via ett nationellt samarbete genom Svenska luftambulans. Till det tillkommer dagliga, veckovisa och månadsvisa övningar. Daglig säkerhetsgenomgång där gruppens förmåga i att utföra arbetet klassificeras i ett värde sättet grunden för det dagliga arbetet. På årsbasis genomförs en CRM-Crew Resource Management som är obligatorisk.

VO Neurocentrum *använder sig av ett rutindokument med checklista vid introduktion av samtliga nyanställda. Sommarvikarier har utbildning i grupp inför sommaren medan övriga anställningar introduceras löpande under året. Varje nyanställd har en mentor som de kan vända sig till.*

VO Internmedicin *Kiruna använder i första hand digitala utbildningar vilket gör att fler medarbetare kan gå olika utbildningar då dessa lokaler finns nära enheten. Enhetscheferna informerar när och var utbildningar finns och uppmanar personalen att delta. Vissa utbildningar finns inspelade och vissa är obligatoriska för all omvårdnadspersonal. Under 2022 finns det ett stort utbildningsbehov.*

VO Barnsjukvård
För de flesta yrkeskategorier inom VO Barn krävs en lång introduktion innan man är självgående. När det gäller personal inom dygnet runt vården samt läkarnas jourbemanning är schemaläggningen en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. Scheman behöver läggas så att rätt kompetens finns på plats alla arbetspass.
Kontinuerlig utbildning i hot och våld, suicidriskbedömning samt fortsatt arbete med lågaffektiva arbetssätt inom barnpsykiatrin. HLR utbildning, regelbundna patientreflektioner på enheterna.
Kontinuerliga utbildningar av teknisk utrustning på Neo.
Etik-caféer har hållits vid två tillfällen i Sunderbyn.

Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Region Norrbotten och Norrbottens 14 kommuner har sedan 2016 arbetat efter en gemensam rutin och handlingsplan för Patient- och brukarmedverkan samt en gemensam målbild för omställningen till Nära vård och omsorg där fokus är att skapa en god hälsa och välbefinnande för norrbottningen.

Under 2022 kommer divisionens verksamheter att arbeta med att utveckla patientmedverkan (närståendemederkan, funktionsrättsföreningars medverkan) utifrån resultat av den nationella patientenkäten och i förbättrings- och utvecklingsarbeten

Det ingår i varje medarbetares ansvarsområde att aktivt arbeta för att öka patienters och närståendes delaktighet i vården. Pandemin som medförde besöksrestriktioner har skapat en del hinder i det arbetet.

Gällande patientsäkerhet så kan patient och närstående kontakta oss för att ge förslag till förbättringar eller lämna klagomål på vården via:

1. Telefonsamtal eller mail till ansvarig chef
2. 1177.se klagomålsportal
3. Patientnämnden
4. IVO

Alla klagomål eller förbättringsförslag ska registreras i Synergi och åtgärdas enligt rutin. Under 2022 kommer verksamheterna att slås ihop till länskliniker och systemen måste anpassas efter den nya organisationen.

Handläggningen sker enligt övergripande rutin i ledningssystemet utifrån socialstyrelsens riktlinjer för handläggning av klagomål. Den berörda personen/personerna ska alltid ha möjlighet att uttala sig antingen skriftligt eller muntligen via intervju av händelseanaslysledaren. Återkoppling sker via ansvarig chef. Oavsett resultat ska personens förslag tas till var på i det fortsatta utvecklingsarbetet.

Utifrån patientens tillstånd är patienten delaktig på olika sätt i vård, behandling och rehabilitering. Vi arbetar med att införa ett personcentrerat arbetssätt i vår verksamhet.

VO Akut omhändertagande;
I Piteå ges inneliggande patienter möjlighet att välja om de vill genomgå en undersökning eller behandling. Sövda patienter är en annan sak. Där gör man det som anses bäst för patienten och enligt beprövad metod. Närstående informeras om behandlingar och om patientens mående. Dagbok skrivs på IVA.

I Kalix genomförs rehabrond med fokus på den individuella patienten sedan våren. Då vi inte haft något större utvecklingsarbete senaste året har vi inte heller haft patientmedverkan eller enkät. Plan finns att under 2022 sända ut en enkät för utvärdering av Silverspåret. Patientbemötande lyfts på nästan varje APT.

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 rehabplaner.
Vi har som mål att 90 % av patienterna ska skatta 4 (på en skala från 1-4) på frågan om de skulle rekommendera enheten/rehabprogrammet till andra som i liknande situation som de själva.
Avd. 41N: 89 % skulle helt klart rekommendera enheten till andra (egen enkät), 81 % är nöjda eller mycket nöjda med informationen som de har fått om sin sjukdom/skada (WebReehab).
Avd. 41S: 96 % skulle helt klart rekommendera enheten till andra (egen enkät), 74 % mycket nöjda med informationen om sjukdom/skada (Riksstroke).

VO Internmedicin;
I Kiruna är alla medarbetare informerade om rutinen kring klagomålshantering så att alla ska kunna göra ett första bemötande av klagomål och synpunkter från patienter och närstående samt kunna hänvisa dem vidare om det finns behov. Affischer och informationsfoldrar om vart patient och närstående kan vända sig om de har klagomål på vården finns på enheterna.
När rehabiliteringsplaner upprättas så involveras patienten i vilket mål som rehabiliteringen skall leda till under vårdtiden. Vi har även startat med SHR (Tidig understödd hemrehabilitering) i syfte att minska på vårdtiderna för strokepatienter med lättare symtom. Patient och närstående medverkan i dessa fall är förutsättningen för att det skall fungera och eventuellt med stöd av kommunala insatser. Arbetssättet ska utvidgas för fler diagnosgrupper.
Vid förbättringsarbeten uppmanas arbetsgruppen att bjuda in någon patient/närstående.
Öppenvårdsrehabilitering har en lokal patientenkät efter behandlingsperioden.

I Piteå arbetas det utifrån ett personcentrerat förhållningssätt vid inskrivning. Utifrån samtalet med patient och patientens målsättning tas beslut om fortsatt vård, behandling och rehabilitering. Med jämna intervaller genomförs en patientenkät utifrån upplevelse av vårdtiden. Generellt är patienterna nöjda men det finns kommentarer som följs upp.
Patientrådet är ett forum där personer med olika diagnoser kan ställa frågor och diskutera vad vi kan förbättra.
Klagomål från patient/anhörig handhas i första hand på den avdelning/mottagning där personen lämnat sitt klagomål. På så sätt kan missförstånd klaras upp snabbt. Är patient/anhörig fortfarande missnöjd så hjälper vi dem att få kontakt med patientnämnden. Vid skada hos patient upplyser vi dem och möjlighet att ansöka om ersättning via LÖF. Om patient/anhörig inte är nöjt med den förklaring de fått via patientnämnden upplyser vi dem att kan gå vidare med enskild klagan till IVO.

I Kalix finns sjukhusansluten hemrehabilitering (SHR) implementerad i verksamheten. Patienter i SHR erhåller en individuell rehabiliteringsplan upprättad utifrån patientens behov och önskemål.
2020 och 2021 har målsättningen varit att 25 % av SHRs patienter ska ha en individuell rehabiliteringsplan. Resultatet för 2020 visar att 75 % av patienterna haft en egen individuell rehabiliteringsplan.
Det finns behov av att arbeta vidare med konceptet personcentrerad vård på avdelning och mottagning.

VO Barnsjukvård
Föräldramedverkan ses i alla våra verksamheter som en självklar del i vården av barnet. För det kroniskt sjuka barnet sker ett medvetet arbete mot målsättningen att öka barnets självständighet och kunskap om sin sjukdom inför övergången till vuxenvården. En av få positiva effekter av Pandemin är att distansbesök numera ses som en möjlighet i större utsträckning.
Årlig barnenkät på Barnmedicin i Gällivare utförs.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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 §

Har vården varit säker

Divisionen har varit aktiv sedan maj 2021 och under året har många verksamhetsområden bytt divisionstillhörighet. Det innebär att i många fall är det svårt att jämföra data från föregående år. Det har varit brist på händelseanalysledare vilket fördröjt utredningarna. Länet har en större andel äldre, 4,2 % högre än riket. Men betraktar man kommunerna separat finns stora skillnader. Det är en utmaning att nå nollvisionen med allt äldre och sjukare patienter som finns på avdelningarna samt situation med vårdplatsbrist, som medför överbeläggningar och fler utlokaliserade patienter.

Under 2021 utfördes;

- Antal vårdtillfällen per patient 13207 (K 6148, M 7059)
- Besök läkare 89607
- Besök övrig personal 171410

På grund utav pandemin har flera medarbetare arbetat i för dem nya verksamheter och det kan vara en förklaring till att antalet avvikelser ökat från 2315 stycken 2020, till 2852 stycken 2021. En annan förklaring är att nya rutiner har fått genomslagskraft, medarbetarna ser nyttan med att skriva avvikelser, förstår vi är inte ute efter att hitta syndabockar utan försöker hitta åtgärder så att liknande händelser kan undvikas. Målet är att avvikelser ska öka, kvalitén förbättras och handläggningstiderna för avvikelser hållas.
36 % av avvikelserna avslutas in om 30 dagar och 52 % inom 60 dagar. 464 avvikelser hade lett till vårdskada varav 31 betydande och 3 katastrofala. Vanligaste vårdskadan var fall.

142 klagomål registrerade i Synergi. 23 % var relaterade till vård och behandling, 20 % till information/kommunikationsbrist och 11 % till vårdansvar, organisation och tillgänglighet.

Under året har divisionen anmält 18 Lex Maria. IVO har begärt handlingar och utrett 10 enskilda klagomål och överlämnat 7 klagomål till vårdgivaren. IVO har gett kritik i 4 av fallen gällande bristande; handläggning, dokumentation och information. Även de ärenden som inte fått kritik tas med i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Under året har 147 ärenden inkommit från patientnämnden (PAN-ärenden). Vanligaste ärenden handlar om vård och behandling, kommunikation och tillgänglighet.

Alla avvikelser handläggs utifrån gällande rutin i ledningssystemet.

Vårdskador

Övergripande mål: Vårdskador ska elimineras.

Övergripande mål för 2021: Andel personer som drabbas av vårdskador ska vara under 6,5 %

Divisionens mål: Minska antalet vårdskador

Vårdskador mäts genom:

- Markörbaserad journal granskning 1-2 gånger per år (endast utförd för patienter med Covid-19 under 2020)
- Kontinuerligt via Gröna korset och IT-stödet Synergi för avvikelsehantering (kan ej ta ut siffor kring enskilda personer eller kön)

Resultat:

Avvikelse som lett till vårdskada 2021:

464 stycken varav 31 betydande och 3 katastrofala.

47 % av de avvikelser som lett till vårdskada avslutas inom 30 dagar och 69 % inom 60 dagar.

Händelse/iakttagelse som lett till vårdskada	Antal
Fall	165
Vård- och behandling	107
Information/kommunikation	22
Trycksår	21
Läkemedel	19
Klagomål och Synpunkter	16
Bemötande	11
Övrig händelse/ iakttagelse	11
Klagomål och Synpunkter - Vård och behandling ex. Kontinuitet och koordinering, Läkemedelsbehandling	9
Samverkan mellan enheter	9
Labrelaterat	8
Vårdrelaterade infektioner	8
Blåsöverfyllnad	7
Covid-19	6
Klagomål och Synpunkter - Informations/kommunikationsbrister ex. Information/kunskap till patient/närstående, Respekt och bemötande	6
Klagomål och Synpunkter - Omvårdnad; Fall, Trycksår, Övrig omvårdnad	6
Administration	5
Klagomål och Synpunkter - Vårdansvar, organisation och tillgänglighet - ex. Resursbrist/inställda åtgärder, Vårdflöde/processer/bristande samverkan	4
Hygien/smittskydd	3
Klagomål och Synpunkter - Diagnostiska fel	3
Undernäring	3
Vårdplanering	3
Hjälpmedel	2
Identifiering	2
Klagomål och Synpunkter - Dokumentation och sekretess	2
Klagomål och Synpunkter - ex. Vård och behandling - Ny medicinsk bedömning	2
Munhälsa	2
Suicidförsök	1
Utrustning/produkt	1

Analys: Vanligaste vårdskadorna är fall samt vård och behandling. Handläggningstiderna är för långa och arbetet för att förkorta handläggningen fortsätter under 2022.

Utreds och följs upp

VO Akut omhändertagande;
Piteå
Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada registreras i Synergi och handläggs för åtgärd i systemet. Händelser som har bedömts som allvarliga analyseras via händelsanalys och utifrån allvarlighetsgrad görs Lex Maria-anmälan. Även ärenden som kommit in via patientnämnden analyseras och åtgärdas.

VO Neurocentrum
Samtliga nya rapporterade avvikelser i Synergi gås igenom en gång i veckan tillsammans med uppföljning av tidigare påbörjade analyser. Vissa hanteras direkt av sektionsledare och lokal patientsäkerhetssamordnare medan andra tas vidare till arbetsplatsträffar, processutvecklingsträffar, eller yrkesspecifika möten. Planerade åtgärder kommuniceras till personalen antingen muntligt vid något av dessa möten eller i veckobrev som skickas ut med e-post.

VO Internmedicin;
Kiruna
Två allvarliga fallolyckor som orsakat vårdskador har inträffat under året. Avvikelse noterad i synergi och kontakt togs med Lex Maria ansvarig läkare som uppmanat att genomföra händelseanalyser. De är gjorda och synpunkter från de inblandade är inhämtade. Anhöriga delaktiga. Handlingsplan upprättad. Lex Maria anmälan inskickad. IVO begärt kompletterande uppgifter i handlingsplanen. De skickas in nu i december. När beslut kommer från IVO rapporteras detta till enheten på en APT i ett lärande syfte.

Sunderbyn
Händelser som skulle kunnat medföra en vårdskada rapporteras vid Gröna korset-möte och i mer allvarliga fall skrivs en i avvikelse i Synergi. Sedan sker arbetet på enheten för att se över och i vissa fall ändra rutiner och följsamhet till rutiner för att förhindra att det händer igen. Allvarliga vårdskador rapporteras direkt i Synergi och parallellt även till verksamhetschef. Personalen uppmanas att i närtid till det inträffade skriva sina medarbetarredogörelse. Händelsen rapporteras till chefsläkare och sedan skrivs ett uppdrag för händelseanalys som skickas in till central Lex Maria brevlåda.

Piteå
All personal har fått utbildning om hur, vad och varför vi skriver avvikelser i synergi. Dessa hanteras av varje enhetschef i ett första led. Därefter sammanställs alla avvikelser från medicin- och rehabiliteringskliniken. Klinikledningen går igenom alla avvikelser varje månad så att vi är överens om att rätt åtgärder är insatta och om vi behöver utbildning eller ny rutin inom något område. När vi gått igenom månadens avvikelser och har satt in åtgärder tas dessa upp på APT på samtliga avdelningar/mottagningar för att på så sätt sprida information om vad som skett och hur vi har hanterat det. Där kan hela arbetsgruppen komma med förslag om de anser att andra åtgärder kan ge ett bättre resultat. Under 2021 har vi haft 346 avvikelser i synergi. 18 av dessa var en negativ händelse och av dessa 18 ledde skadan till att patienten avled i fyra fall. Händelseanalys genomfördes i 6 avvikelser dessa har bedömts av IVO och är återförda till all personal.

VO Barnsjukvård
Kontinuerligt arbete men att öka säkerheten gällande läkemedelshantering. Ett led i detta är att avvikelser som berör läkemedelshantering tas upp både lokalt i berörd arbetsgrupp och i ledningsgruppen.

Åtgärder

VO Akut omhändertagande*;*
Piteå har under året aktualiserat Silverspåret för att kunna säkra den äldres väg genom vården samt att göra den kort men effektiv utan fördröjning. Identifierade fallriskpatienter har fått åtgärder exempelvis sänkt säng och täta omvårdnadsronder. När en patient skickas hem från akutmottagningen medföljer ett behandlingsunderlag och det sker en muntlig rapport till hemtjänst eller anhörig.

VO Neurocentrum *ska ta fram antalet personer som drabbats för att kunna beräkna resultatet i förhållande till 6,5 %. Resultatet behöver fördelas på de olika enheterna för att få en rättvis bild av läget.*

VO Internmedicin;
Kiruna har många avvikelser på vård skador Detta behöver inte betyda att vi har fler vård skador nu än tidigare, upplever att personalen blivit duktigare på att skriva avvikelser. De ser nyttan av att skriva avvikelser och att vi inte är ute efter att hitta syndabockar. Utan att vi försöker hitta åtgärder så att liknande händelser kan undvikas

Sunderbyn har satt in betydande insatser utifrån vårdhygiens riktlinjer på alla klinikens enheter för att minska risk för smitta. Händelsen på dialysen med smittutbrott har föranlett en beställning av central händelseanalys. Denna analys har på grund av kapacitetsbrist på central nivå ännu ej genomförts.

VO Barnsjukvård
Kunskapen om basala hygienrutiner klädregler har stärkts under pandemin, Mätningarna har dock inte utförts med önskad regelbundenhet, detta har ett samband med att personal har roterat till Covidvården vilket har påverkat kontinuiteten.
En av få positiva effekter av Pandemin är att distansbesök numera ses som en möjlighet i större utsträckning.

Resultat;
Personalen blivit duktigare på att skriva avvikelser. De ser nyttan av att skriva avvikelser och att vi inte är ute efter att hitta syndabockar. Utan att vi försöker hitta åtgärder så att liknande händelser kan undvikas. Arbetet med att förkorta handläggningstiderna exempelvis utbildning av fler händelseanalysledare och utbildning i nya rutiner kring handläggning är påbörjade och fortsätter under 2022.

Fallskador

Mål: Minska

Resultat: mäts i IT-stödet för avvikelse-hantering Synergi.
Antal fallskador 2021: 165 (2020: 173)

Analys: Fall är den vanligaste avvikelsen och har minskat senaste året, vissa enheter med mer än 50 %, trots att antal avvikelser är fler 2021. Divisionen är inte under det regionala målet på <150 stycken fallskador/år. VO Internmedicin Kalix har lyckats minska fallolyckorna från 34 stycken, 2020 till 16 stycken, 2021. De har i varje patientfall, förutom att hanterat det i avvikelsesystemet, gått igenom förebyggande rutiner för att kunna åtgärda eventuella brister.

Åtgärd: Alla patienter 70 år och äldre ska riskbedömas, dokumenteras i VAS och relevanta åtgärder ska sättas in. Övriga patienter ska vid behov riskbedömas. Fallolyckor som leder till vårdskada utreds med central händelseanalysledare.

VO Neurocentrum
Orsaker: På rehabiliteringsavdelning har patienterna diagnoser som ofta ger hög fallrisk, samtidigt som rehabiliteringen går ut på att träna upp sina förmågor. Vissa rapporterade händelser har inte gett några konsekvenser, t.ex. patienten glider ur rullstol eller ner från säng i samband med egen förflyttning.
Åtgärd: Planen var att representanter för personal skulle kunna går igenom Socialstyrelsens utbildning "Ett fall för teamet" under 2021, men pga. pandemi och brist på omvårdnadspersonal har detta inte kunnat genomföras. Åtgärden flyttas till 2022.

VO Internmedicin;
Sunderbyn
Orsaker: Utmaning att nå nollvisionen med allt äldre och sjukare patienter som finns på avdelningarna samt situation med vårdplatsbrist medförande överbeläggningar samt utlokaliserade patienter.
Åtgärd: Arbetar med rutiner kring utlokaliserade patienter.

Kiruna
Orsak: Det största riskområdet på vår enhet är fallolyckor. Många patienter är äldre multisjuka, förvirrade och svårt sjuka.
Åtgärd: Vi arbetar aktivt med att riskbedöma och att sätta in de åtgärder som behövs. Läkarna är också uppmanade till att efterfråga riskbedömningar. Fysioterapeuterna har gjort en utbildningsinsats för omvårdnadspersonalen när det gäller vilka hjälpmedel som finns och hur det används.

Piteå
Orsak: De flesta vårdskador uppkommer av fall. När patient får slutenvård hamnar de i en okänd miljö och är oftast svårt sjuka med svaga ben eller förvirring som symtom. Ny medicinering och eller sömnläkemedel eller läkemedel mot oro och ångest bidrar även det till fler fallskador. Under 2021 noteras 18 vårdskador på 3038 vårdtillfällen.
Åtgärd: Arbeta aktivt med att motverka fallrisk. Vid hög fallrisk hos patient involveras hela teamet för att hitta lämpliga åtgärder. Teamet består av arbetsterapeut, fysioterapeut, läkare, sjuksköterska, undersköterska och enhetschef. Information till all personal om åtgärder vid minsta misstanke om fallrisk. Under hösten ska alla medarbetare ha genomgått socialstyrelsens fallutbildning Ett fall för vården.

Trycksår

Mål: Trycksår ska förekomma på mindre än 10 procent av patienterna.

Resultat: Trycksår mäts genom punktprevalensmätning en gång per år. Den består av observation, riskbedömning och journalgranskning. Mätningarna ger en ögonblicksbild att använda i det fortsatta förbättringsarbetet beträffande riskbedömning, åtgärder och dokumentation. Mätningarna omfattar alla personer som vårdas i slutenvård, som är 18 år eller äldre.
Hösten 2021 granskade 9 av 12 avdelningar 109 patienter. 21 patienter hade totalt 39 trycksår. 36 % (antal trycksår/antal deltagare).

Analys: Målet är inte uppfyllt. En del avdelningar var omvandlade till covidenheter vid mättillfället och finns därför ej med i statistiken. Uppföljningen visar att åtgärderna under 2021 har ej haft effekt.

VO Internmedicin;
Piteå
Gör en fördjupad analys av de patienter som har trycksår under mätningen för att se om rätt åtgärder satts in. Om en avdelning har högre andel trycksår än övriga så görs en ny mätning för att säkerställa att det inte var slumpen som avgjorde. Resultatet förs tillbaka till medarbetare för en djupare analys vad vi kan förbättra.

Kiruna
En del av patienterna har trycksår då de kommer in. Under 2022 planeras därför utbildning i riskbedömning tillsammans med akutmottagningens personal. Akutens personal undersöker patienten vid ankomst och kan då snabbt upptäcka risker i ett tidigt stadium. Information från anhöriga är också värdefullt att ta med sig i den fortsatta vården.
En webb baserad utbildning i avlastning med hjälp av positioneringskuddar för att förebygga trycksår har genomförts för omvårdnadspersonalen.
Översyn och byte av madrasser på avdelningen till madrasser som förebygger och behandlar kategori 2 trycksår pågår.

VO Akutomhändertagande
Piteå
Trycksår har inte uppstått på enheten på många år. Vi har sängar som förhindrar detta samt goda förebyggande rutiner så att de inte uppstår. Personalen är stabil och de nya som kommer får god introduktion i ämnet.

Vårdrelaterade infektioner

Mål: Andel personer som drabbas av vårdrelaterade infektioner ska vara under 5 procent.

Resultat: VRI mäts genom årligen via punktprevalensmätning i infektionsverktyget men har ej genomförts under 2021. 8 avvikelser relaterade till VRI har anmälts i synergi.

Åtgärd: En utav de vanligaste VRI är urinvägsinfektioner hos urinkateterbärare. Metoden KA-DUVI kan användas för att följa upp där är infektionsverktyget under utveckling.

VO Internmedicin;
I Kiruna går all omvårdnadspersonal en webbutbildning i VRI.

I Kalix följer antibiotikaansvarig läkare upp och rapporterar antibiotikaförbrukning. Resultatet presenteras och följs upp kvartalsvis på arbetsplatsträff eller läkarmöte.

VO Akutomhändertagande
Piteå
Under/efter pandemin har vikten av god hygien och spritrutiner utarbetats och uppdaterats. Det har vi fortsatt med på enheten. På så sätt kan en del VRI förhindras men det måste alltid fortgå ett arbete kring detta.

Oplanerade återinskrivningar bland äldre, multisjuka äldre samt bland de mest sjuka 65 år och äldre

Mål: K 16,0 %
M 17,2 %

Resultat: Oplanerade återinskrivningar mäts genom statistik från datalagret.

År anpassat	Kön	Antal utskrivna	Antal vtf med oplan återinskrivning efter utskr	Andel återinskrivna
2021	K	2 181	360	16,51%
	M	2 371	450	18,98%

Analys av resultat: Målet är inte helt uppnått. Positivt är att de oplanerade återinskrivningarna har minskat för kvinnor, och divisionen når nästan målsättningen om ≤ 16 procent för kvinnor. Däremot har andelen oplanerade återinskrivningar ökat för män, vilket leder till att divisionen inte når målsättningen om ≤ 17,2 procent för männen. Vissa avdelningar har under året avsatts till Covidvården och på grund utav personalbrist så har vårdplatser stängt vilket kan ha inneburit att patienter skickats hem för tidigt.

Åtgärd: Under 2022 kommer det att arbetats på olika sätt för att öppna fler vårdplatser. En del verksamhetsområden har lyckats fortsätta med regelbundna samarbetsmöten mellan region och kommun i olika frågor och andra arbetar för att återuppta samverkan efter pandemin.

VO Internmedicin;
Sunderbyn
Orsaker: På grund av för få vårdplatser så kan det finnas en tendens att vissa patienter inte kan få det extra vårddygn de ibland skulle behöva. Kommunens brist på korttidsplatser kan också bidra till att patienter åker till sitt eget boende men sedan inte klarar sig hem utan kommer tillbaka på till sjukhuset av olika anledningar.
Åtgärd: Fortsatt arbete med rekrytering av personal till vårdavdelningar.

Kalix
Orsaker: Få disponibla vårdplatser en negativ faktor i sammanhanget.
Åtgärd: Intensifierad samverkan region/primärvård/kommun krävs. Omställningen till nära vård kan ge positiv effekt.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Under 2022 kommer arbetet med att eliminera undvikbara vårdskador att fortsätta. Fokus för året är:

- Följa det nationella åtgärdspaketen för förebyggande av vårdskador.
- Mäta basala hygien riktlinjer och klädregler första veckan varje månad och anpassa åtgärderna efter resultat.
- Riskbedöma alla patienter 70 år och äldre. Riskbedömningen ska registreras i VAS och relevanta åtgärder ska sättas in.
- Använda Gröna korset för att arbeta med vårdskador.
- Införa hygienronder.

Ledningssystemet innehåller instruktioner för respektive område. Kvalitetsansvariga samt verksamhetsutvecklare finns som stöd.

VO Internmedicin;
Piteå
Varje månad mäts BHK och följs upp på varje avdelning. Månadsvisa mätningar hur många av våra patienter där riskbedömning är gjorts vid in och utskrivning i slutenvården samt antal News-kontroller på inskrivna patienter.

Kalix
Kontinuerlig uppföljning av exempelvis basala hygienrutiner och klädregler (BHK), resultatet av läkemedelsgenomgångar hos äldre, antibiotikaanvändning för att säkerställa en hög patientsäkerhet och en god och säker vård.

Följsamhet till Basala hygien- och klädrutiner

Mål: Basala hygien- och klädrutiner ska följas till 100 procent av samtliga medarbetare.

Resultat: BHK mäts första veckan varje månad minst 10 mätningar av utbildade hygienobservatörer. Resultaten registreras i en egenutvecklad databas som presenteras i regionens uppföljningsportal och redovisas lokalt på pulstavlor samt månadsvisa divisionsmöten. 1-2 gång per år sker ppm- mätningar enligt nationell modell.

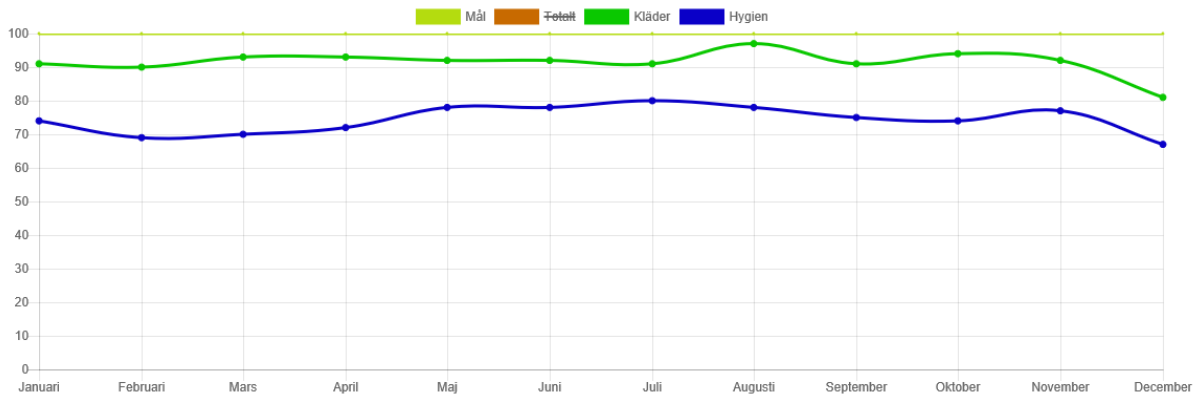


Bild 2: Följsamhet till klädrutiner och följsamhet till basal hygienrutin 2021

Analys av resultat: Redovisningssystemet är inte helt anpassat till den nya organisationen varvid resultat på divisionsnivå är osäkra och det är svårt att jämföra tidigare års resultat. Målet är inte uppfyllt. Under 2020 har personal flyttats till olika avdelningar på grund utav pandemin och regelbundenheten i rapporteringen har i många fall minskat, det är därför stor skillnad i följsamhet till månadsmätningarna mellan verksamheterna. Desinfektion före och användning av engångsförkläden är de områden med sämst resultat.

Åtgärd: Chefsläkaren har gjort BHK till ett prioriterat område under 2022, systemen kommer att uppgraderas efter den nya organisationen, fast vecka för mätning provas och rutiner i ledningssystemet ska synliggöras.

Uppföljning av åtgärd/vilken effekt hade åtgärderna:

VO Akut omhändertagande;
Piteå tar upp frågan vid varje morgonmötena på kliniken. Hygienobservatörerna har haft genomgång via pulstavlan på kliniken och har även till uppgift att påminna personal som till exempel inte haft förkläde på sig vid patientarbetet. Svårigheter har varit att komma in i systemet för att skriva in resultat.

VO Neurocentrum
Har bra följsamhet till klädrutiner Samtliga nyanställda går igenom hygienutbildning. Resultat visad på arbetsplatsträffar. Förbättringsområden är plastförkläde samt desinfektion före. Rutiner håller på att sammanställas för Garnis rehabcenter som fram till idag inte har mätt BHK. Under 2022 kommer även Garnis rehabcenter att starta upp mätningarna.

VO Internmedicin;
Kiruna
Redovisa resultaten återkommande på APT och har dialog med medarbetarna varför det inte är 100 % följsamhet. Alla ny

personal får information både skriftligt och muntligt om regelverket och ska skriva under hygienpolicyn. Hygienronder ska införas 2 ggr/år.

Sunderbyn
Stor personalomsättning har varit en utmaning när det gäller att nå målet om 100 % följsamhet. Det har dessutom funnits problem i den nya organisationen att rapportera mätningarna och det har även funnits kunskapsbrist på enheterna rörande hur man gör mätning och inrapportering. Vi har tagit fram instruktion om inrapportering samt till division efterfrågat utbildning av hygienombuden. Data följs regelbundet på klinik- och enhetsnivå vid ledningsmöten med regelbunden återkoppling av resultat till ledningsgrupp samt till personal på APT

Kalix
De brister som registrerats på vårdavdelning härrör till desinfektion av händerna före påtagning av handskar, korrekt användning av handskar och förkläde. Gällande mottagningsverksamheten finns brister i klädregler och frihet från ringar, klockor och armband. Verksamheten utför månadsvisa observationer vad gäller följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Resultaten ska redovisas på samtliga enheter och följas upp kontinuerligt, med mål 100 % följsamhet.

Antal/Andel patienter med misstänkt depression eller ångestsyndrom som genomgått en strukturerad suicidbedömning

Strukturerad suicidbedömning ingår i ett systematiskt sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete som ska vara en naturlig del av patientmötet. Förutom strukturerad suicidbedömning så är målet att öka antalet patienter som fått fråga om våld i nära relation.

Mål: Ska öka

Resultat: Strukturerad suicidbedömning mäts genom datalagret.
I divisionen får 28 % av kvinnorna och 16 % av männen strukturerad suicidbedömning i jämförelse
i regionen får 27 % av kvinnorna och 35 % av männen strukturerad suicidbedömning.

Analys av resultat: Divisionens verksamheter har svårt att öka antalet suicidbedömningar och har svårt att fram för allt fånga upp män som är i riskzonen. Om en person misstänks ha suicidrisk så genomför vissa avdelningar själva en strukturerad suicidbedömning och andra remitterar personen till psykiatrin som genomför bedömningen.

Åtgärder:

VO Internmedicin
Sunderbyn har utifrån resultatet av en händelsanalys påbörjat ett arbete kring användning av strukturerad suicidbedömning för personer som uppsöker akuten relaterat till alkohol och droger.

VO Barnsjukvård *genomförde suicidriskutbildning under 2020 för att säkerställa rutinen. Sökordet i journalen är nu obligatoriskt, vilket gör att det inte går att hoppa över vid dokumentation. De har även utarbetat ett underlag till förändrat introduktionsmaterial för nyanställda och ny rutin för journaldokumentation inom barnpsykiatriska verksamheten som ska implementeras.*

VO Akut omhändertagande *har under senare del av 2021 påbörjat den nationella suicidpreventiva utbildningen AOSP (Akut omhändertagande av Suicidal Person). Planering finns för att utbilda hela VO under 2022. Samverkan i frågan sker med räddningstjänst och polisen.*

Andel utskrivna patienter >75 år med minst 5 uthämtade läkemedel som fått läkemedelsberättelser

Mål: 70 %

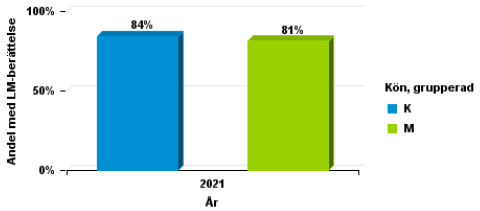
Resultat: Mäts genom datalagret på divisionsnivå.

Andel med läkemedelsberättelse per division och år

Division Länssjukvård 1

Kön	Antal med 5 ATC och VTF	Antal med LM-berättelse	Andel med LM-berättelse
K	1 945	1 633	84%

Kön	Antal med 5 ATC och VTF	Antal med LM-berättelse	Andel med LM-berättelse
M	1 872	1 518	81%



Analys av resultat: Målet är uppnått.

Åtgärd: Fortsatt arbete med kvalitetssäkring av området.

VO Internmedicin;
Sunderbyn
Mål: 100 %
Åtgärd: Fortsätta med att få 100 % följsamhet till utskrivningsrutin med dokumenterad läkemedelsberättelse i PINF.

Säker vård här och nu

Är vården säker idag

Under 2021 har verksamheten präglats till stor del av pandemin samt den ökade vårdskulden till följd av pandemin. Under året har många utav vårdens medarbetare varit utlånade till andra verksamheter som i vissa fall inte förekommer i normalt vårduppdrag exempelvis covid-enheter. På grund utav fram för allt sjuksköterskebrist har verksamheten varit reducerad vilket har lett till överbeläggningar och ett ökat vårdtryck vilket har gjort det svårt att bibehålla en hög patientsäkerhet. På grund utav omorganisationen har det varit svårt att få ut statistik i realtid vilket försvårar uppföljning.

VO Akut omhändertagande;
Kalix
Risk identifieras när det saknas vårdplatser på klinikerna. Vi har 5 akutvårdsplatser där vi bättre kan ge patienter mat, dryck och tillsyn samt övervak. Problem är när dessa platser blir belagda av inneliggande patienter som legat flera dygn. Patienter som kan ha stora omvårdnadsbehov, vilket vi inte är bemannade för och det ger fler ökade risker för patienterna.
Det skapar också brist till de patienter som bör få akutvårdsplats men istället blir kvar på akuten där vi inte har samma möjlighet till övervakning och tillgodose patients övriga behov. Även i höst har det funnits tillfällen med full beläggning på akutvårdsplatser och patienter på akuten som väntande på inskrivning. Det blir stas på akuten med många patienter, vilket vi ser som en hög risk.

Ambulanshelikopter
Bedriver PINS projekt vilket innebär en ökad säkerhet och tillgänglighet vid uppdrag start och landning. En GPS och väderkamerabaserad procedur.

VO Internmedicin;
Piteå
Vårdens säkerhet bygger till stor del på personalens kunskap. Under pandemitider har vi lånat personal av varandra och ett flertal har inte haft utbildning inom de område där de fick arbeta. Ska vi klara av att hålla en hög säkerhet så behöver vi personal och möjlighet att utbilda personal inom fler områden exempelvis patientsäkerhet

Kalix
I dagsläget brottas verksamheten med en, till följd av sjuksköterskebrist, kraftigt reducerad verksamhet vad gäller antalet vårdplatser. Det finns sedan hösten 2021, 24 disponibla vårdplatser (tidigare 46, totalt 54 enligt politiskt beslut). Det har lett till ständiga överbeläggningar och ett ökat vårdtryck på såväl akutmottagning som vårdavdelning. Det är mycket svårt sjuka patienter som skrivs in på sjukhus vilket medför ökad vårdtyngd. I och med att antalet vårdplatser inte motsvarar behovet och att bemanningen är dimensionerad för 24 vårdplatser uppstår ibland svårigheter med att bibehålla en hög patientsäkerhet, trots upprättad rutin vid vårdplatsbrist. Exempelvis kan patienterna bli liggandes för länge på akutmottagningen eller bli utskrivna snabbare än planerat. Det är viktigt att rutinerna för vårdpreventiva åtgärder fortsätter fungera i ett pressat läge. Stor personalomsättning, ny personal och inhyrd personal kan också ses som en brist i patientsäkerheten då man inte alltid har hunnit skaffa sig kännedom om gällande rutiner i arbetet. Kliniken deltar i flera olika nationella kvalitetsregister som t ex riks-HIA och riks-Stroke och följer kontinuerligt upp resultaten och identifierar områden där förbättringsinsatser sätts in Samtliga enheter i verksamheten deltar i månadsvisa observationer av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. Syftet med att följa upp olika kvalitets-och patientsäkerhetsdata i verksamheten är att sprida kunskap och lärande på våra enheter, och skapa motivation och engagemang till förbättringar och utveckling av vården. Normalt följer verksamheten alltid upp grundläggande strukturella data som beläggningsgrad på vårdavdelning, vårdtider, vård av utskrivningsklara osv. På grund av pågående omorganisation i region Norrbotten finns tyvärr inte aktuella uppföljningsdata att tillgå.

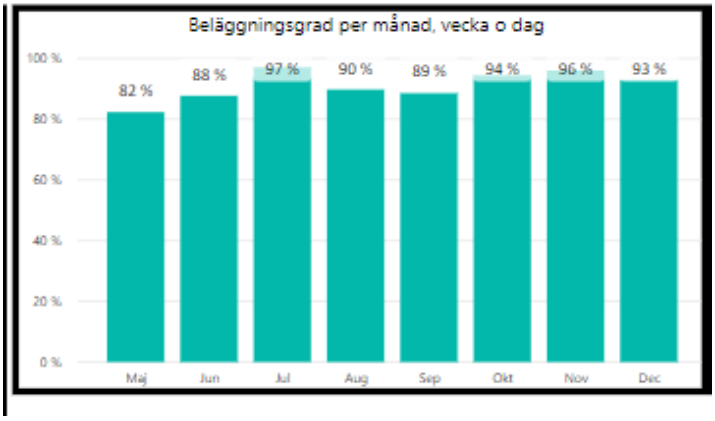
Överbeläggningar och utlokaliserade patienter i somatisk slutenvård, Sunderby sjukhus

Mål: Ej fastställt

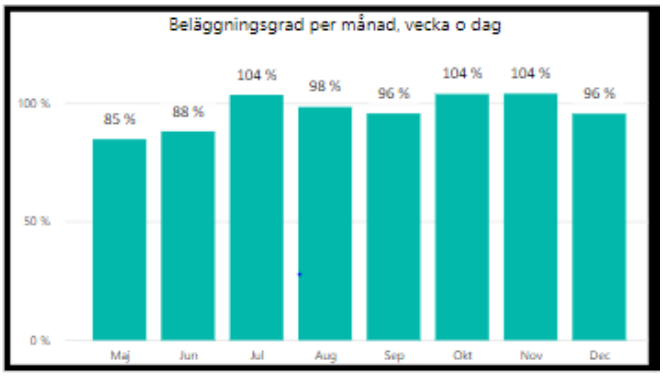
Resultat: Mäts via datalagret. Beläggningsgraden är hög i hela divisionen. Sunderby sjukhus har högre beläggningsgrad än divisionen och 3 mån är beläggningsgraden över 100 %. Resultatet beror till stor del på brist av fram för allt sjuksköterskor vilket innebär att vårdplatser ej kan hållas öppna.

Åtgärder: Under 2022 är målet att vårdplatserna på Sunderby sjukhus ska öka.

Tabell 1: Beläggning per månad i % för Division Länssjukvård 1



Tabell 2: Beläggning per månad i % för enheter på Sunderby sjukhus som tillhör Division Länssjukvård 1



VO Internmedicin;
Sunderbyn

Resultat: Under 2021 har det tyvärr varit svårt att få ut tillförlitlig statistik ur datalagret beroende på regionens omställning. Någon analys kan därför inte göras rörande måluppfyllelse. Det har dock varit frekvent förekommande med både överbeläggningar och utlokaliserade patienter utan någon indikation på minskning jämfört med tidigare år.

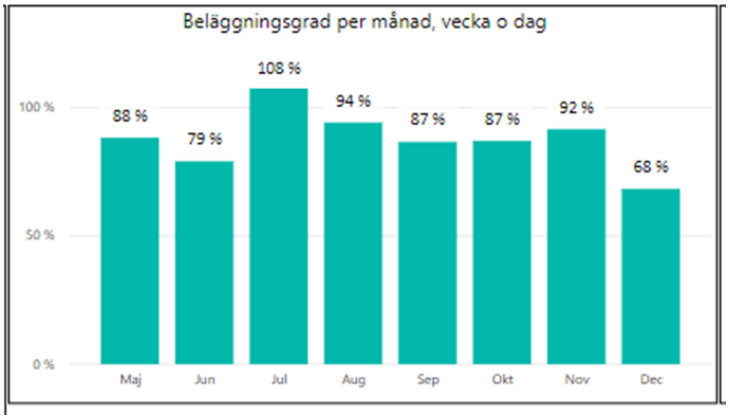
Orsaker: Bristande bemanning på vårdavdelningar medförande för få vårdplatser på kliniknivå samt sjukhusnivå.

Åtgärd: Fortsatt arbete med rekrytering. Klinik-/divisionsöverbryggande arbetsgrupper har startat i frågan, fortsatt arbete under 2022.

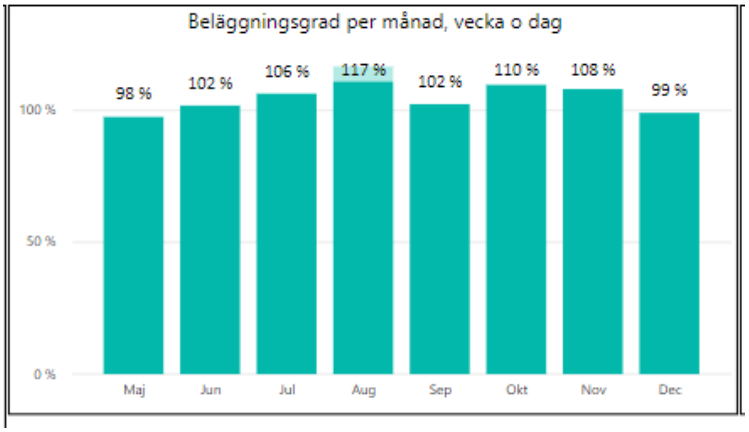
VO Neurocentrum
Mål: Vi har inget fastställt mål.

Resultat: Beläggningsgraden på fram för allt Strokeenheten har varit hög.

Tabell 3 Beläggningsgrad per månad i % för avdelning 41 N (Neurorehab)



Tabell 4 Beläggningsgrad per månad i % för avdelning 41 S (Strokeenheten)



Analys av resultat: Det har varit hög belastning. Patienter (vårdplatser) fördelas mellan avdelning 41 S och avdelning 41 N eftersom personalen samnyttjas. Visa veckor har det varit hög andel utlokaliserade patienter relaterat till de få vårdplatser som vi har kunnat ha öppna. Det här leder till att nyinsjuknade strokepatienter inte alltid kan beredas plats på avdelning 41 S initialt.

Åtgärd: Avdelning 41 N arbetar aktivt med att förbättra dialogen med övriga länet för att få till en bra planering. Det finns en rehabkoordinator som bevakar inkommande remisser och planerade utskrivningar. På avdelning 41 S har det under året tagits fram rutiner och man arbetar med att märka och prioritera patienter för att kunna flytta patient till annan avdelning till förmån för nyinsjuknad strokepatient. Här krävs ett nära samarbete med akuten, platskoordinator och läkare som lägger in patienterna. Det kommer även att bli ett större fokus på detta i samband med Sammanhållna och personcentrerade vårdförlopp för stroke som ska införas inom kort.

Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke

Data från kvalitetsregistret Riksstroke har ett års fördröjning därför analyseras 2020 års resultat under 2021.

VO Neurocentrum
Mål: Måttlig nivå: 80 %, Hög nivå 90 %.

Resultat: Mäts i nationella kvalitetsregistret Riksstroke på sjukhusnivå (avdelning 41 S). Frågeställningen är "Strokeenhet, IVA eller NKK som första vårdnivå vid stroke"

	2018	*2019*	*2020*	*2021*
Andel med strokeenhet/IVA eller neurokirurgisk klinik som första vårdinstans	*71 %*	*88 %*	*72 %*	*69 %*
Andel som vårdats på strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk klinik	*96 %*	*97 %*	*89 %*	*82 %*

Analys av resultat: Under 2020 och 2021 har vi ökat täckningsgraden i kvalitetsregistret, vilket gör att vi har fångat upp patienter som har varit inneliggande på andra kliniker/enheter och registrerat dem i Riksstroke. Det är patienter som inte har haft kontakt med avdelning 41 S och som tidigare år inte hade registrerats. Samtidigt har vi haft begränsat med vårdplatser på grund utav pandemin och personalbrist.

Åtgärd: Vi fortsätter med att kvalitetssäkra våra registreringar i Riksstroke för att höja täckningsgraden ytterligare.

Uppföljning av åtgärd: På PULS-möten efterfrågas alltid om det finns strokepatienter inneliggande på andra avdelningar i syfte att flytta över dem till avdelning 41 S.

VO Internmedicin;
Kiruna
Har ingen specifik stroke enhet, patienter läggs på vår gemensamma vårdavdelning. Strokepatienter får vård och behandling efter de riktlinjer som finns för god strokevård.
Mål: Samtlig tillsvidare anställd personal har genomgått utbildning för strokekompetensbevis.

Piteå
Mål: Hög nivå 90 %

Resultat: Mäts genom strokeregistret. Under 2019 hade 94 % strokeenhet som första vårdinstans. 2020 hade 93 % strokeenhet som första vårdinstans.

Analys av resultat: Trots att vi under pandemin fick lära upp ny personal och byta avdelning för strokepatienter så håller sig siffrorna bra.

Åtgärd: All personal på strokeavdelning har genomgått strokekompetensbeviset.
Uppföljning: Strokeregistret följs upp årligen samt att vi följer trenderna var 6 månad.

Akut omhändertagande och VO Internmedicin
Kalix
Strokeenheten på Kalix sjukhus har 2016, 2017 och 2018 fått Riksstrokes omnämnande God strokevård utifrån Strokeregistrets kvalitetsindikatorer.
Målsättningen på kliniken har sedan 2017 varit att uppnå topplaceringen Årets strokeenhet.
Ett medvetet arbete med att förbättra resultatet utifrån kvalitetsindikatorerna har genomförts och 2019 kunde strokeenheten på Kalix sjukhus första gången titulera sig Årets strokeenhet.
2020 är strokeenheten vid Kalix fortfarande Årets strokeenhet, bäst i Sverige.

Mål: 90 % av patienter med akut stroke vid Kalix sjukhus ska vårdas på strokeenhet.

Resultat: Mäts via det nationella strokeregistret, Riks-strokes kvalitetsindikatorer. Ur Riks-Stroke Årsrapport 2020. 96 % av patienter med akut stroke vid Kalix sjukhus vårdas på strokeenhet eller IVA.

Analys av resultat: Målet är uppfyllt.

Åtgärd: Fortsatt arbete med att bibehålla den höga vårdkvalitén.

Reperfusionsbehandling vid akut ischemisk stroke

VO Neurocentrum
Mål: Måttlig nivå: 13 %, Hög nivå: 20 %

Resultat: Mäts i Rikstroke

	2018	*2019*	*2020*	*2021*
Andel reperfusionsbehandlade	*21 %*	*36 %*	*28 %*	*24 %*

Analys av resultat: Vi har nått nivån hög måluppfyllelse de sista fyra åren. Trots pandemi har vi behållit höga resultat.
Åtgärd: Fortsätta enligt nuvarande rutin.

VO Internmedicin;
Piteå
Mål: Bättre funktionsutfall för patienten.

Resultat: Mäts genom Strokeregistret. Trombolysbehandling övervägs till alla som utreds enligt rädda hjärnan. Kriterier för trombolysbehandling uppfylls i dessa fall (11 %).
Trombolysbehandling 2019: 13 %
2020: 11 %

Kalix
Mål: 20 % ska ha fått trombolys eller trombektomi.

Resultat: 21 % av patienterna har fått trombolys.

Analys av resultat: Målsättningen är uppnådd.

Trombolys inom 30 min vid stroke

AO Neurocentrum
Mål: Måttlig nivå: 35 %, hög nivå 50 %

Resultat: mäts via Riksstroke för Sunderby sjukhus.

	2018	*2019*	*2020*	*2021*
Andel med trombolys inom 30 min från ankomst till sjukhus	*43 %*	*63 %*	*69 %*	*65 %*

Analys av resultat: Vi har en mycket hög andel patienter som får sin trombolys inom 30 min från ankomst till sjukhus. Målet är uppfyllt.
Åtgärd: Vi har tydliga rutiner gällande ”Rädda hjärnan”.

VO Internmedicin;
Piteå
Mål: Måttlig nivå: 35 %, hög nivå 50 %.
Under 2019 fick 38 % trombolys inom 30 minuter.
2020 fick 7 % trombolys inom 30 minuter

Analys av resultat: Under 2020 var IVA omgjort till Covid-IVA det kan ha påverkat resultatet i negativ riktning.

Åtgärd: IVA fungerar nu som förut och kan ta emot patienter med kort varsel.

Kalix
Mål: Måttlig nivå: 35 %, hög nivå 50 %.

Resultat: Trombolysbehandlingen ska vidare ges så snabbt som möjligt. 2020 hade 52 % av patienterna har erhållit trombolysbehandling inom 30 min från ankomst till sjukhus.

Analys av resultat: Målsättningen är uppnådd.

Tid till läkarbedömning vid akutbesök

VO Akut omhändertagande
Luleå/Boden
Mål: finns utifrån triageprioritet men svårt att följa upp detta då tiden inte automatiskt läggs in i systemet utan kräver manuell handläggning vilket innebär att tiden inte blir exakt.

Resultat: mäts genom "tid till doktor" i AWERIA.

Analys av resultat: Mål är inte uppfyllt. Orsaker: Hög belastning på läkare, lång väntan för lågt prioriterade patienter.

Åtgärd: Ett flödesarbete är påbörjat under hösten 2021 för att förbättra flödet på akutmottagning, uppföljning under 2022.

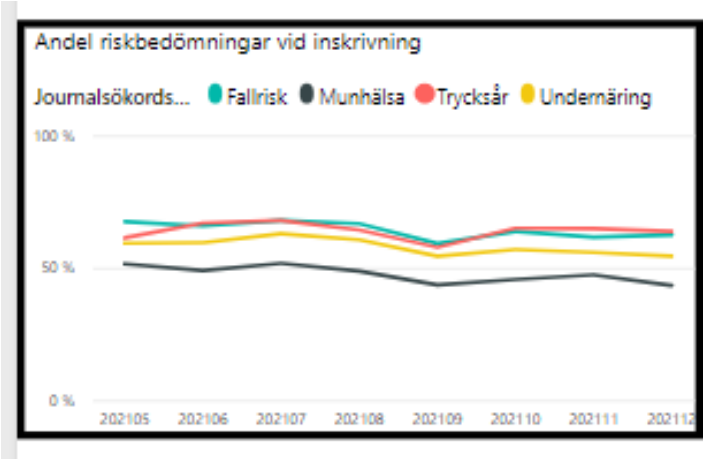
Riskhantering

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

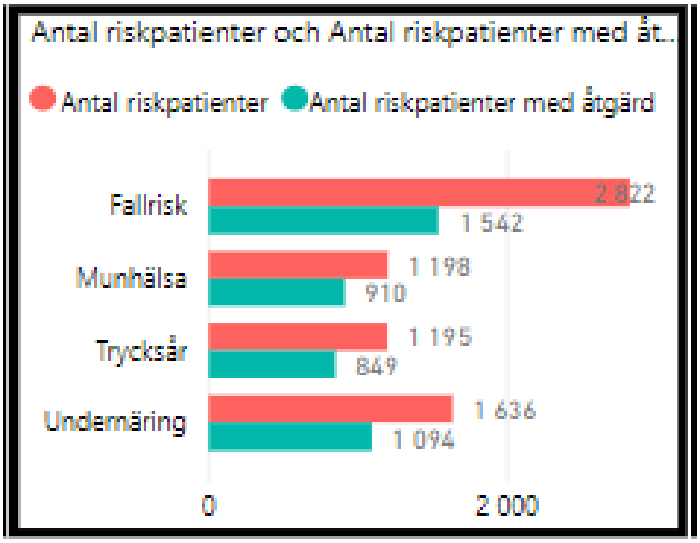
Riskhantering sker på personnivå genom riskbedömning, på verksamhetsnivå genom Gröna korset, avvikelsehanteringssystemet Synergi och händelseanalys. Vid förändringar på verksamhetsnivå görs riskanalys. Allvarlighetsgrad på den identifierade risken avgör hur risken ska hanteras. När avvikelsen lett till vårdskada kontaktas chefläkare med lex Maria ansvar som bedömer fortsätt utredning. Rutin gällande riskhantering finns i ledningssystemet.

Under 2021 gjordes riskbedömningar mellan 47-64 % utifrån munhälsa, undernäring, trycksår och fallrisk. Åtgärd sattes in i 64 % av riskbedömningarna

Tabell 5: Andel riskbedömningar som gjordes på patient vid inskrivning på avdelning under 2021.



Tabell 6: Åtgärd sattes in i 64 % av riskbedömningarna



VO Akut omhändertagande;
Luleå/Boden
Gröna korset är viktigt och vi jobbar på att uppnå högre kontinuitet. Rutin gällande Silverspåret används för att minska vårdskador hos våra sköraste patienter. SeUpp-ronder används kontinuerligt för att genomföra omvårdnadsronder. Automatisk tidsmarkör visar när det är dags för omvårdnadsrond.

Kalix
Har i perioder jobbat med Gröna korset, vilket har fungerat rätt dåligt i vår verksamhet. Vi har provat jobba med specifika saker som exempelvis "risk för fall". Det är överrapportering mellan avlösande personal som fram för allt inte fungerar. Däremot används alltid synergi när något hänt och personalen är även bra på att flagga för risker.
Senast i höstas tog vi fram en rekommendation om lågaffektivt bemötande gällande en utåtagerande person med fallrisk. Det som även fungerar är att man identifierar redan vid första mötet om det finns ökad risk för fall. Dessa patienter observeras och placeras så att personalen hela tiden ser dem.
Våra synergier ligger till grund för att se över och förändra i arbetssätt gällande alla risker för vårdskador vi identifierar. Silverspåret i Kalix startar redan prehospitalt där ambulansen gör en bedömning av hemsituation. De har en checklista att följa och dokumenterar i Aweria. Det i syfte att identifiera risker och även rapportera om behov av resurser i hemmet.

VO Internmedicin;
Sunderbyn
Arbetar sedan lång tid tillbaka med arbetsverktyget Gröna korset för att snabbt identifiera risker för att snabbt kunna sätta in relevanta åtgärder.
Vi arbetar med att vidareutveckla SeUpp-ronder och kommer att tillskapa en arbetsgrupp på kliniken för att hjälpa varandra framåt i arbetet.

Piteå
Gröna korset använda på alla avdelningar och mottagningar. Det ger personalen en bild och en riskmedvetenhet som genomsyrar arbete med patienterna. Gröna mattan används för att kunna se över arbetsmiljön för personalen. Vårdtyngdsmätning ger personal och chefer en överblick av vård tyngden. Vid hög vårdtyngd kan extra personal kallas in. Risker som inkommer via synergi hanteras av klinikledningen för att sätta in rätt åtgärder i rätt tid. Händelseanalys beslutas av verksamhetschef. Under året 2021 har 6 händelseanalyser initierats. Tre är klara och tre är påbörjade.

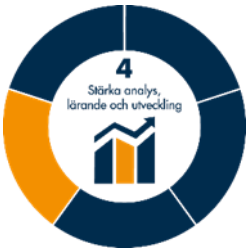
Kalix
Avvikelser hanteras i Synergi och utredning med händelseanalys görs när VC anser att det krävs.
Uppföljning av riskbedömningar bör göras löpande. Gröna korset fortsätter i mottagningsverksamheten och ska återupptas på vårdavdelning.

Kiruna
Det övergripande målet med vår enhets patientsäkerhetsarbete är att ingen patient ska drabbas av undvikbar vård skada i samband med att de får vård och behandling inom verksamhetsområdet. Vidare ska alla medarbetare vara medvetna om risker i vården och om sin rapporteringsskyldighet vid upptäckta risker, tillbud och negativa händelser. Avvikelser ska också följas upp och återkopplas för ett systematiskt lärande. Riskanalyser görs vid förändringar i verksamheten. Vi arbetar med en modifierad form av gröna korset. Vid daglig styrning diskuterar man om det inträffat något tillbud eller händelse som påverkat patienterna under föregående dygn. Kontrollerar om avvikelse är skriven och vad som åtgärdades omgående.

Efterfrågar om riskbedömningarna är gjorda på nyinskrivna patienter och om det finns patienter med hög fallrisk som behöver tät tillsyn under dagen.
Vid vårdskada görs en internutredning för att utreda vad som hände. Samlar in utlåtande från medarbetarna som var inblandad i händelsen. Kontakt med lex Maria ansvarig läkare som bedömer om en händelseanalys skall göras. Om händelseanalys skall göras utser verksamhetschef ett analysteam med olika yrkesprofessioner. Analysledare utses från centralstab.

VO Neurocentrum
I avvikelsesystemet Synergi har vi noterat 7 risker under året. Vi har 50 inrapporterade tillbud. Alla dessa har riskbedömts på samma sätt som de negativa händelserna.
Gröna korset har använts på avdelning 41 neurorehab/strokeenheten sedan 2017. Röda händelser innebär att avvikelse skrivs och vid gula händelser kan ärendet tas till förbättringstavlan som en "gul lapp". Förbättringstavlan gås igenom en gång/vecka och åtgärder bestäms (typ av åtgärd, vem och när klart). Statistik för Gröna korset tas upp på resultatdagar årligen samt vid behov på APT.
SeUpp-ronder är ett sätt att minimera risker och det har använts på avdelning 41 sedan 2018.
Generellt finns ett högt säkerhetstänk och personalen är bra på att eliminera risker i vardagen, det vill säga ärendet hamnar varken på förbättringstavlor eller i Synergi utan man justerar dem i det dagliga arbetet.

Stärka analys, lärande och utveckling



I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

Hösten 2021 har arbetet påbörjats med att uppdatera ledningssystemet efter SKRs uppdaterade vägledning vid utredning och efter handboken för metoden händelseanalys, Utredning-av-allvarliga-vardskador.pdf (skr.se). Utifrån de nya rekommendationerna angående internutredningar är målet att snabbare kunna utreda och sätta in lämpliga åtgärder. Internutredning lämpar sig på enklare händelser där inte flera verksamheter är inblandade och chefläkaren med lex Maria ansvar bedömer om utredningen behöver utvidgas till händelseanalys eller om händelsen ska anmälas. Analys, lärande och utveckling sker i daglig verksamhet, på verksamhetsområdesnivå (VO), på divisionsnivå och på regionnivå utifrån resultat från Lex Maria, journalgranskning, avvikelsehantering och nationella register. Under året har de flesta möten förutom i daglig verksamhet skett via digital kanal och flera regionövergripande möten och utbildningar kring patientsäkerhet har utgått vilket varit negativt för lärande och utveckling. På lokal nivå har analys, lärande och utveckling pågått, men i en del fall på andra sätt och med annat fokus än normala år.

VO Akut omhändertagande;
Piteå
Arbetar dagligen med att förebygga, upptäcka och förhindra vårdskador. Detta görs genom gröna korset, pulsmöten mellan olika enheter, reflektion, rutiner, journalgranskning, synergier, händelseanalyser, Lex Maria. Uppföljning sker genom scenarios, information till personalen, utbildningar m.m.

VO Internmedicin;
Kiruna
Har utsett två nya sjuksköterskor som skall arbeta med markörbaserade journalgranskningar. När de kommit igång är tanken att de på arbetsplatsträffar redogör vilka typ av vårdskador som de hittat vid granskningarna. Resultaten från de nationella registren har i år fått stå tillbaka. Under 2022 ska det arbetas mer aktivt med nationella register.

Sunderbyn
Under 2021 har det rapporteras in 646 avvikelser. Enhetschefer bedriver på sina enheter ett kontinuerligt arbete med patientsäkerhetskulturen för att öka fokus på detta område samt att uppmuntran att registrera avvikelser. De inrapporterade avvikelserna samt svar på skrivna avvikelser återkopplas till personalen på arbetsplatsträffar. Ledningsgruppen följer trender kontinuerligt och skapar åtgärder.

Piteå
Analyserar nationella register inom områden som strokeregistret, Swedheart, NDR, SNR och palliativa registret. De tas upp var tredje månad i klinikledningen där trender följs och områden med förbättringspotential tas med i förbättringsarbetet.

Avvikelser

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

Under 2021 skrevs 2852 avvikelser. 36 % av avvikelserna avslutas in om 30 dagar och 52 % inom 60 dagar. 464 avvikelser hade lett till vårdskada varav 31 betydande och 3 katastrofala. Vanligaste vårdskadan var fall. Ett ökat antal avvikelser är önskvärt och skulle öka patientsäkerheten ytterligare. Ingen övergripande analys har genomförts under året.

VO Akut omhändertagandet;
Piteå
Personalen uppmuntras att skriva avvikelser och att vara uppmärksamma på risker. Gröna korset, reflektioner och teamarbete är exempel på åtgärder för att minska och förebygga vårdskador.
Exempel: Under pandemin fick en patient med Covid-19 en ny urinkateter med tempövervak trots att det hade varit stora svårigheter att sätta kateter initialt. Patienten hade också en stor dos av blodförtunnande medicin som orsakade en blödning och behov av kirurgisk vård. Patienten upplevde inte att det medförde någon skada så här i efterhand. Händelsen resulterade i en ny rutin där narkosläkare måste tillfrågas innan insättande eller byte av KAD görs.

Kalix
Exempel 1: har det skrivits 2 synergier på en patient med syrgasbehov där aggregatet vid kontroll var kopplad till luft. Efter händelsen har alla luftmanometrar tagits bort och satts i ett skåp. Nu finns bara manometrar kopplat till syrgas på rummen.
Exempel 2: Patient hade blivit insläppt i väntrum av annan patient och inte tagit kölapp. Då vi inte har kamera ser vi inte om patient väntar som vi inte skrivit in. Patienten upptäcks när sjuksköterskan går för att checka av väntrummet. Synergi skrivs. Arbete startas med pre-triage där undersköterska möter alla patienter och har kontroll på väntrum. Kamera ska installeras.

VO Neurocentrum
KC Rehabiliteringsmedicin har en lokal rutin för handläggning av avvikelser och klagomål.
Varje år (i mars) har vi resultatdagar på samtliga enheter inom KC Rehabiliteringsmedicin. Till dessa dagar sammanställs föregående års statistik. Det handlar t ex om avvikelser rapporterade i Synergi.
De flesta avvikelserna sker inom slutenvården. Vi har haft avvikelser relaterade till tracheostomi, men efter utbildning har detta minskat. På samma sätt var det en period relativt många avvikelser kopplade till kardioskopi. Utbildningsinsatser och individuell genomgång i det fall som personalen upplevt sig osäker har resulterat i färre avvikelser.

VO Internmedicin;
Kiruna
Alla medarbetare har kunskap och behörighet att rapportera avvikelser i vårt avvikelsesystem. Avvikelseansvarig finns på alla enheter som klassificerar och åtgärdar avvikelsen. Vid daglig styrning rapporteras eventuella tillbud eller händelser ur ett patient säkerhetsperspektiv och vilka åtgärder som gjordes omgående.
Vi har många avvikelser gällande fall. Ett förbättringsarbete är gjort tillsammans med paramedicinsk personal på vårdavdelningen. Inventering på vilka hjälpmedel som finns och hur dessa skall användas. Lärdomen är också att vi inte alltid riskbedömer i tid. Därför planeras en utbildningsinsats i samverkan med akutmottagningens personal.

Sunderbyn
På enheterna redovisas de rapporterade avvikelserna samt svar på skrivna avvikelser på arbetsplatsträffar.
Ledningsgruppen följer trender kontinuerligt och skapar åtgärder när behov identifieras.
I de fall patienter skrivit en extern synergi så kontaktas patienten av verksamhetschef innan synergin avslutas. Om klagomål blir kända genom muntlig berättelse eller telefonsamtal skrivs klagomålet ner i en synergi av personalen efter tillåtelse av patienten. Därefter hanteras den utifrån det uppkomna klagomålet.

Piteå
Personalen måste vara medvetna om varför vi skriver avvikelser och de behöver se att åtgärder sätts in. Det är det bästa sättet att få personalen att skriva avvikelser. Vi har ett bra patientsäkerhetstänk på kliniken för att personalen ser att åtgärder sätts in och hjälper dem att arbeta patientsäkert. Vi analyserar alla avvikelser som inkommit per månad. I ett första led föreslår enhetschef på respektive avdelning/mottagning vilka åtgärder som är lämpliga. Dessa analyseras sedan av hela klinikledningen för att se om fler åtgärder ska sättas in. Fördelen är att vi ser alla avvikelser samtidigt så kan vi se om liknande händelser återkommer. Då sätt kraftigare åtgärder in som exempelvis utbildning inom ett specifikt område.
Vi har exempelvis gjort tydligare märkning av luft och syrgasuttag och aggregat. Vi har monterat glasfönster i alla läkemedelsdörrar för att sjuksköterskan ska ha dörren stängd och andra inte stör hen under läkemedelsdelning.

Klagomål och synpunkter

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

Under året har divisionen anmält 18 lex Maria. IVO har begärt handlingar och utrett 10 enskilda klagomål och överlämnat 7 klagomål till vårdgivaren. IVO har gett kritik i 4 av fallen gällande bristande; handläggning, dokumentation och information. Även de ärenden som inte fått kritik tas med i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Under året har 147 ärenden inkommit från patientnämnden (PAN-ärenden). 91 kvinnor, 55 män och 1 okänd. De flesta ryms inom kategorierna vård och behandling, kommunikation och tillgänglighet.

Huvudproblem	Antal
Vård och behandling	77
Kommunikation	43
Tillgänglighet	11
Vårdansvar och organisation	5
Dokumentation och sekretess	4
Administrativ hantering	4
Ekonomi	2
Resultat	1

142 klagomål registrerade i Synergi. 23 % var relaterade till vård och behandling, 20 % till information/kommunikationsbrist och 11 % till vårdansvar, organisation och tillgänglighet. Övriga handlade om omvårdnad, dokumentation och sekretess, diagnostiska fel och vaccin. Verksamheten följer anvisningen ”Handläggning av synpunkter och klagomål från patient och närstående”. När Klagomål och synpunkter inkommit till verksamheten upprättas en avvikelse i Synergi. Därefter utreds det av chef. Klagomålets karaktär avgör vilken chef som hanterar ärendet. Klagomålet/synpunkten analyseras och återkopplas till medarbetarna via arbetsplatsträffen. Patienten/närstående kontaktas om att klagomål/synpunkt mottagits och får senare återkoppling på ärendet brevledes eller vi telefon.
Ingen övergripande analys har genomförts under året. Under 2022 upptas arbetet med Gröna korset och i nästa års patientsäkerhetsberättelse finns förhoppningsvis en sammanställning med.

VO Akut omhändertagande;
Piteå
Dessa ärenden svarar verksamhetschefen på och det görs tidvis i samråd med medicinsk ansvarig läkare. Vi har ingen samlad sammanställning över hur många ärenden som gjorts. Händelserna tas upp i riktade träffar och utmynnar ibland i en ny rutin eller nytt arbetssätt. Patienten blir involverad i händelseanalyserna och kan ge oss råd och tips på förbättringar. PAN-ärenden kan också utmynna i tips från patienten om vad vi borde ändra på eller förbättra.

Kalix
Alla ärenden tas om hand. Muntlig och/eller skriftlig information till patient. Alla ärenden ses över och de personal som varit inblandade får alltid ge sin synpunkt på händelsen. Alltid ställningstagande till analys av patienters synpunkter.
Senaste åtgärden är gipsinformation i gipsrummet på alla språk.

Kiruna
Alla klagomål och patient nämnds ärenden registreras i synergi och hanteras av verksamhetschef. Majoriteten av ärenden handlar om patienters och närståendes upplevelse av dåligt bemötande, attityd och brist på information. Hanteringen av detta handlar om att beklaga patienters och närståendes upplevelse av dåligt bemötande via brevsvar men också via telefonsamtal till patient samt närstående. Akut omhändertagande Kiruna kommer göra under 2022 en omfattande

utbildningsinsats efter konceptet CRM. Detta innefattar hur vi kommunicerar, vilken attityd har vi, ledarskapet/ teamarbetet, våra mänskliga begränsningar, och hur fattar vi beslut. Icke tekniska färdigheter är inte professionsbundna, utan gör de färdigheter som behövs för att vi ska kunna utföra en uppgift med andra människor. Kommunikation är en del av icke tekniska färdigheter.

Luleå/Boden
Forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete sker på arbetsplatsträffar. Patientmedverkan sker utifrån avvikelser eller deltagande i händelseanalyser, återkoppling till patient sker skriftligt och/eller muntligt.

VO Internmedicin;
Kiruna
Klagomål och synpunkter från patienter och närstående tas emot och hanteras i första hand av enhetschef och/eller verksamhetschef. Dessa registreras i avvikelsehanteringssystemet (notering i journalanteckning görs beträffande Synergi-nummer).
Verksamhetschef besvarar ärenden från PAN och IVO. Verksamhetschefen ringer oftast upp den som skrivit till PAN för att få mer information i ämnet. Skriver sedan ett skriftligt svar.
I de fall som handlar om bemötande och det finns en namngiven personal tar enhetschef eller verksamhetschef upp ärendet med berörd person för att utreda vad som gick fel.
Verksamheterna får ta del av inkomna och utredda händelser via information från verksamhetschef och enhetschef.
Ärenden lyfts på APT och vid daglig styrning i ett lärande syfte så att liknande händelser kan förhindras framöver.

Piteå
Klagomål från patient eller anhöriga besvaras av verksamhetschef tillsammans med kliniksamordnare. Dessa tas även upp i klinikledningen. Vi beklagar alltid det patienten har upplevt och utifrån klagan har vi gjort ändringar i våra rutiner i de fall när det har gagnat patienten. Exempelvis hade vi ingen information i en kallelse att patienten inte fick äta blodförtunnande innan en viss undersökning. Där fick vi hjälp av en observant patient.

VO Neurocentrum
2021 inkom 6 PAN och 1 IVO ärende.
Samtliga klagomål som kommer till verksamheten via PAN eller IVO registreras i Synergi.
IVO-ärendet gällde tillsyn och kommunikation i samband med ett fall på avdelning 41 där närstående upplevde att de inte fått korrekt information.
Åtgärder från de Synergier som är kopplade till IVO-ärendet:

- *Se till att grindskyddet är på för att försvåra för patienten att ta sig ner från sängen på egen hand. Sänka sängen i botten. Se till så att tät tillsyn sker.*
- *Säkerställa att personal är informerad om patientens behov av tillsyn samt vilka hjälpmedel som ska användas vid förflyttningar mm.*
- *När patienter har en svår hjärnskada och förvirring men har en ökande fysisk funktion är det extra viktigt att vara beredd på att patienten tar egna initiativ som ej är adekvata.*
- *Ringa efter hjälp om man inte klarar situation på egen hand inne hos patient.*

PAN-ärenden har varit av varierande karaktär. Ett av ärenden var det ovan beskrivna IVO-ärendet. I övrigt har det handlat om att patienten har nekats specifik behandling/rehabilitering samt ett klagomål gällande överrapportering.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Det är svårt att göra en plan för arbetet med patientsäkerhet för kommande år, eftersom pandemin fortfarande påverkar divisionens verksamheter. Organisationsförändringar ska färdigställas och återställningsplanen efter pandemin ska genomföras. Under 2022 kommer Socialstyrelsen nationella e-utbildningen, Säker vård, användas för kompetensutveckling av chefer och medarbetare. Utifrån den nya handboken för utredning av allvarliga vårdskador behöver riktlinjer och arbetssätt ses över och anpassas.

Arbetet angående förbättrad arbetsmiljö pågår fortlöpande och fokus det närmaste åren handlar bland annat om att stärka det systematiserade arbetsmiljöarbetet, skapa en effektivare bemanningsplanering, skapa hälsosamma scheman och öka samordningen

mellan verksamheter och yrkesgrupper. Målet är att ha en stabil och varaktig bemanning genom att använda rätt kompetens, öka uppgifts- och kompetensväxlingen samt optimera arbetsfördelningen inom och mellan yrkesgrupper så att den bättre motsvarar utbud och efterfrågan av kompetenser.

Den nya organisationen tillsammans med enhetlig chefs- och ledningsstruktur ökar möjligheter till effektiv samverkan över divisions- och klinikgränser och ökad kunskapsstyrning. Införandet av ett nytt journalsystem, VISUS som påbörjas 2022 berör samtliga verksamheter och medarbetare. Förväntade nyttoeffekter av VISUS är bland annat förbättrad kommunikation och informationsutbyte, förbättrade arbetsformer och stöd för ledning, styrning och uppföljning.

Mål i divisionsplanen;

- Avvikelser, risker och klagomål ska rapporteras i Synergi och användas för lärande i vardagen. Målet är att samtliga ärenden ska påbörjas inom 14 dagar och vara avslutade inom 30 dagar.
- Alla verksamheter arbetar förebyggande genom att göra riskanalyser vid förändringar eller vid särskilt riskfyllda moment.
- Att Gröna korset är infört i samtliga verksamheter samt att verksamheterna arbetar med de vårdskador och risker som framkommer.
- Följa det nationella åtgärdspaketen för förebyggande av vårdskador.
- Säkerställa att alla verksamheter mäter, dokumenterar och följer upp basala hygien
- riktlinjer- och klädregler varje månad, målet är 100 % följsamhet.
- Alla patienter, 75 år eller äldre med fem eller fler läkemedel och utskrivna från slutenvård ska ha läkemedelsberättelser
- Riskbedömning av inneliggande patienter över 70 år för fall, nutrition, trycksår och munhälsa ska registreras i det vårdadministrativa systemet VAS.
- Ökad kunskap om risker och vårdskador
- På ett strukturerat sätt att bedöma och följa upp riskerna.

VO Akut omhändertagande;
Luleå/Boden
Kontinuerliga internutbildningar som följer ett årshjul, med riktade utbildningar mot de olika klinikerna som finns på akutmottagningen.

Piteå
Fortsätter med interna utbildningar och scenarios. Flödesarbeten kommer att tas upp och personalen kommer att bli mer involverade i olika projekt. Rekrytering av fast personal, öka antalet akutläkare, förebygga skador genom att använda reflektion och Gröna korset, pulsmöten, samarbete med vårdgrannar, att samarbeta i hela länet med att ge information och förhoppningsvis ha samma rutiner så långt det går.

Ambulanshelikopter
Arbetar vidare med S-BAR och synergisystemet samt i projekt för att utveckla verksamheten.

Kiruna
Arbetar strukturerat med scenarioövningar för samtliga medarbetare för att öka teamarbetet och träna på sällan händelser. Akut omhändertagande kommer arbeta med kommunikation och informationsöverföring som stora patientsäkerhets insatser under 2022. En öppen, inbjudande och förlåtande kommunikationsmiljö är en grundläggande förutsättning för ett väl fungerande teamarbete. För att teamet ska kunna arbeta säkert och effektivt måste alla medlemmar kunna prata med varandra, lyssna på varandra, dela information och kunna säga ifrån när det behövs. För att skapa förbättringar kring teamarbetet och öka patientsäkerheten behövs förbättrad kommunikation, förbättrade attityder, vi behöver arbeta med ledarskapet i teamet/ arbetsgruppen, våra mänskliga begränsningar och hur vi fattar beslut. Verksamheten har idag två avvikelseansvariga sjuksköterskor med lång erfarenhet som klassificerar och kategoriserar avvikelser likvärdigt. Dessa arbetar nära enhetschef och verksamhetschef och initierar behov att förbättra rutiner och behov av förbättringsarbete.

VO Neurocentrum
Har under pandemin anpassat rehabiliteringsprogram inom öppenvården till att vara kombinationer med digitala lösningar och rehab på plats på kliniken. Om behov finns vid t ex ökad smittspridning av Covid kan vi växla om till helt digital verksamhet. För att minimera kontakter på arbetet och kunna håll avstånd på arbetsplatsen har personalen vissa perioder i stor omfattningar arbetat hemifrån. Vi har nu en hög kompetens inom området och kan hålla igång vår verksamhet och ge patienterna den vård som de är i behov av även om pandemin tar ny fart.
Under 2022 planerar vi att införa patientkontrakt på avdelning 41 strokeenheten/neurorehab. Redan idag har vi en typ av patientkontrakt för de patienter som deltar i smärtrehabilitering inom öppenvården.
Rehabkörkort är en utbildningsinsats som planerats sedan innan pandemin. Den kommer att startas upp under våren 2022. Syftet är att höja kompetensen för vår omvårdnadspersonal som arbetar på rehabenheter inom slutenvården. Utbildningen innefattar teoretisk kunskap om olika neurologiska diagnoser/symtom och behandlingar samt praktiska moment till exempel förflyttningar, hantera lift etc.

VO Intermedicin;
Kiruna
Kommer att genomföra en utbildningsinsats i riskbedömningar i samarbete med akutmottagningen.
Arbeta för en mer strukturerad introduktion för nyanställda.
Förbättra återrapportering av avvikelser, händelseanalyser, PAN-ärenden till medarbetarna i ett lärande syfte
Kompetensutveckling för samtliga yrkesgrupper. Internutbildningar, webbaserade utbildningar m.m.

Sunderbyn
Under 2022 behöver kliniken fortsätta att arbeta fallförebyggande genom utbildning i riskbedömningar och dokumentation. I och med detta hoppas vi nå mindre antal fall på kliniken. Vi har även tillsatt en arbetsgrupp av undersköterskor som ska arbeta fram en rutin för att vidareutveckla den så kallade "Se upp ronden". De ska ta fram ett koncept som ska passa alla klinikens avdelningar och kunna ta hjälpa av varandra för att komma framåt i arbetet.

Piteå
Kommer att fortsätta med de verktyg vi har idag med mätning av olika parametrar och uppföljning av dessa. Planerad internutbildning under nästa år med ett nytt område varje månad. De innehåller patientsäkerhet men även medicinska utbildningar. Vi kommer att utbilda varje medarbetare i fall och fallförebyggande åtgärder. Vi kommer att se över hur vi kan förbättra vårdensövergångar och eftersöker ett samarbete med kommunen för tryggare hemgång.

Kalix
En utmaning för vår verksamhet är att behålla och förbättra den medicinska kvalitén och patientsäkerheten på våra enheter framåt, och att i högre grad arbeta proaktivt för att undvika att brister och skador uppstår. Det finns också färre uppföljningsverktyg att tillgå som främjar det proaktiva arbetet än det som främjar det reaktiva arbetet med redan uppkomna vårdskador osv. Verksamheten bedömer att aktivt arbete med nationella kvalitetsregister och nationella riktlinjer är viktiga grunder för att bevara hög medicinsk kvalitet. På samma sätt är det viktigt att vi tar lärdom av resultaten från mätningar vad gäller BHK, trycksår, VRI osv för att identifiera var våra förbättringsområden finns, och vad som skulle vara rimliga förbättringsåtgärder för oss i framtiden.

Bilaga 1 Sammanställning av lokalt planerade åtgärder, patientsäkerhet 2022

Verksamhet	Lokalt planerad åtgärd patientsäkerhet 2022
VO Akut omhändertagande	• Utbilda alla i nationella suicidpreventiva utbildningen AOSP (Akut omhändertagande av Suicidal Person). • Silverspåret Kalix/Piteå/Luleå/Boden, uppföljningsenkät av Silverspåret Kalix • Direktinskrivningsrutin Gällivare/Kiruna Kalix: • Fortsatt arbete med att bibehålla den höga vårdkvalitén Stoke • Pre-triage • Hot och våld Ambulanshelikopter: • Pilotmodellen • PINS projekt Luleå/Boden • Högre kontinuitet Gröna korset • Förbättringsarbete med alla involverade verksamhetsområdena för ett bättre flöde
VO Barnsjukvård	• Barnahusanda • Utveckla arbetet med synergier • Genomförs CEPS-utbildning i samarbete med ob/gyn och narkosen • Öka säkerheten gällande läkemedelshantering • Mäta BHK mer regelbundet • Implementera förändrat introduktionsmaterial för nyanställda och ny rutin för journaldokumentation • Förbättra samarbetet kring barn som finns på akuten eller IVA Gällivare • Årlig barnenkät Gällivare
VO Internmedicin	• Fortsatt arbete med rekrytering för fler öppna vårdplatser • Kiruna, Piteå mål samtlig tillsvidare anställd personal har genomgått utbildning för stroke Gällivare: • Utbildning i riskbedömning trycksår (+akuten) • Översyn och byte av madrasser Kalix • Kartläggningar, systematiska arbetsmiljöarbetet Kalix • Arbeta vidare med konceptet personcentrerad vård Kalix • Bibehålla den höga vårdkvalitén Stoke Kiruna • Etiska reflektionsstunder • SHR, Tidig understödd hemrehabilitering utöka till andra diagnosgrupper • Utbildning riskbedömning

	• Arbeta för en mer strukturerad introduktion för nyanställda. Piteå • Utbildning ”Ett fall för teamet” Piteå • Förbättra vårdens övergångar och samarbeta med kommunen för tryggare hemgång Piteå • Hemsjukvården kan ta uppdrag direkt från slutenvården Piteå Sunderbyn • Arbetar med rutiner kring utlokaliserade patienten • Påbörjat ett arbete kring användning av strukturerad suicidbedömning för personer som uppsöker akuten relaterat till alkohol och droger • Få 100 % följsamhet till utskrivningsrutin med dokumenterad läkemedelsberättelse i PINF. • Kvalitetssäkra registreringar i Riksstroke • Vidareutveckla SeUpp-ronder, rutin
VO Neurocentrum	• Garnis rehabcenter, Visiba care • Utbildning ”Ett fall för teamet” Sunderbyn • Garnis rehabcenter starta upp mätningarna BHK • Sammanhållna och personcentrerade vårdförlopp för stroke som ska införas inom kort. • Införa patientkontrakt på avdelning 41 strokeenheten/neurorehab Sunderbyn