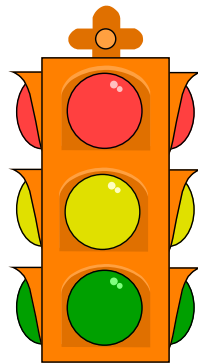




Patientsäkerhetsberättelse för Norrbottens läns landsting

År 2016



Datum 2017-02-27

Veronika Sundström, Regiondirektör

Innehållsförteckning

<u>Sammanfattning</u>	2
<u>Övergripande mål och strategier</u>	3
<u>Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet</u>	3
<u>Struktur för uppföljning/utvärdering</u>	8
<u>Uppföljning genom egenkontroll</u>	11
<u>Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet</u>	13
<u>Samverkan för att förebygga vårdskador</u>	19
<u>Risikanalys</u>	21
<u>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet</u>	22
<u>Klagomål och synpunkter</u>	24
<u>Sammanställning och analys av klagomål och synpunkter</u>	24
<u>Samverkan med patienter och närstående</u>	27
<u>Resultat</u>	29
<u>Övergripande mål och strategier för kommande år</u>	38

Sammanfattning

Den 1 januari 2017 blev landstinget Region Norrbotten men i den här patientsäkerhetsberättelsen som hänvisar till resultat och aktiviteter under 2016 kommer regionen att benämnas Norrbottens läns landsting (NLL).

Patientsäkerhetsarbetet i Norrbottens läns landsting utgår från landstingets ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, strategin för patientsäkerhet och divisionernas patientsäkerhetsberättelser. Exempel från verksamheten finns inlagda i textrutorna eller som beskrivande infällda citat.

Generellt nås inte de högt ställda målen inom patientsäkerhetsområdet. Men utvecklingen visar att andelen vårdskador succesivt minskar. Landstinget uppvisar ett högre resultat än riket vad gäller trycksår, men visar ett förbättrat resultat för vårdrelaterade infektioner (VRI). Det är inom dessa områden som förbättringsåtgärder har fokuserats på. Det systematiska arbetet med att identifiera och åtgärda problem och risker ger resultat i rätt riktning. Bland medarbetarna finns en uttalad vilja och medvetenhet att arbeta för ökad patientsäkerhet.

Landstinget har deltagit i nationella mätningar och därmed satt fokus på patientsäkerhetsarbetet. Arbetet har medvetandegjort vikten av att följa basala hygienrutiner och klädregler, att hålla hög städskvalitet, göra riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring och munhälsa samt depressioner som kan leda till ökad självskadebeteende. Införandet av kommunikationsmodellen SBAR/Teach-back pågår och förväntas leda till en säkrare överrapportering, kommunikations- och informationsöverföring. Inom division Länssjukvård har divisionsledningen beslutat att införa Gröna korset i alla verksamheter. Gröna korset är en metod som ger möjlighet till daglig visualisering av vårdskador och risk för vårdskador samt skapar ett underlag till förbättringar. Nationellt IT-stöd för händelseanalyser (NITHA) är infört under hösten som ett steg till ökad kvalitet och kunskapsspridning vad gäller händelseanalyser.

Egenkontroller sker kontinuerligt och systematiskt per april, augusti och december månad. Genom den grundläggande värderingen att snabbt kunna reagera på resultat underlättas verksamhetens möjlighet att styra det kontinuerliga förbättrings- och patientsäkerhetsarbetet på kort och lång sikt.

Riskbedömningar och riskanalyser genomförs i det dagliga arbetet men även i arbetet med avvikelshantering. Patientsäkerhetsutbildningen som tidigare utgick från en av divisionerna har nu blivit landstingsövergripande.

Utbildning i patientsäkerhet förväntas leda till en ökad riskmedvetenhet.

Fokus på följsamhet till åtgärdspaketet vårdrelaterade urinväginfektioner och blåsoverfyllnad visar på positiva resultat. Patient- och närståendes medverkan ökar successivt och arbetet med en handlingsplan kopplat till strategin för patient- och brukarmedverkan har tagits fram i samverkan med Kommunförbundet Norrbotten.

Patientsäkerhetsarbetet styrs till stor del genom hög följsamhet till avvikelshanteringsprocessen, engagerad ledning på *alla* nivåer samt medarbetarnas allt bättre kompetens inom patientsäkerhetsområdet.

Landstinget har som åtgärd riktat mot att förbättra ledningen engageman, startat med att genomföra patientsäkerhetsronder i verksamheten.

Medarbetarnas vilja att göra rätt bidrar till att patientsäkerheten har satts högt på agendan.


Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§

Norrbottnens läns landsting vision är ”**Tillsammans för Norrbotten – Bästa livet, bästa hälsan**”. Vården ska vara;


- patientcentrerad
- tillgänglig
- säker
- kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- jämlik och effektiv

Den röda tråden i lanstingets styrdokument leder till patientsäkerhetsmålet som är vårdskador under 5 procent.




En effektiv verksamhet med god kvalitet

En säker och kunskapsstyrd verksamhet
En hög säkerhetskultur som genomsyrar verksamheten




En säker och kunskapsstyrd verksamhet

Avvikelser och händelser ska fångas och används strukturerat för att upptäcka, analysera och förebygga risker samt åtgärda brister i verksamheten
Patientsäkerhetsarbetet präglas av ett riskförebyggande förhållningssätt



Antalet vårdskador ska succesivt minska för att kunna erbjuda patienten en god, jämlik, kunskapsstyrd och säker vård.



Ledningssystemet och Handlingsplan patientsäkerhet

- HP trycksår
- HP Vårdrelaterade infektioner (VRI),
- HP Patientsäkerhetskulturen

Patientsäkerhetsarbetet ska präglas av landstingets grundläggande värderingar. Landstingets patientsäkerhetsstrategi och ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete utgör grunden och det strategiska patientsäkerhetsarbetet ska fokusera på att;

- Hitta, identifiera, analysera och åtgärda systemfel samt identifiera omfattningen och typ av förekommande vårdskador. Härvid ska även genusperspektiv beaktas.
- Identifiera risker för vårdskador, ta lärdom av händelser och arbeta förebyggande för att förhindra att skador inträffar.
- Aktivt medverka för att involvera patienter och närstående i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.
- Medverka i nationellt arbete för att minska antalet vårdskador.

För att nå målet för 2016 identifierades områden med delmål och aktivitetet;

- Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete ska utvecklas och användas för att planera, leda och följa upp verksamheten. Brister i avvikelshanteringsprocessen ska säkerställas och åtgärdas.

-
- Mål; alla Lex Maria, Enskildas klagomål och PaN-ärenden registreras som en avvikelser.
 - Handläggningstider för utredningar enligt Lex Maria ska hållas (2 månader) och kvalitén för händelseanalyser förbättras.
 - Införande av Nationellt IT-stöd för Händelseanalys (NITHA).
 - Vården ska präglas av en patientsäkerhetskultur som kännetecknas av patienters, närståendes, chefer, ledare och medarbetares delaktighet och medverkan.
 - Patientsäkerhetskulturmätning i landstinget ska nå en högre svarfrekvens jämfört med 2013 års mätning (55,6%).
 - Minst 85 procent av personalen ska anse att rapportera händelser är en viktig patientsäkerhets åtgärd.
 - Minst 85 procent ska uppleva ett aktivt stöd av högsta ledningen.
 - Minst 70 procent av personalen ska anse att arbetsbelastningen och personaltätheten har utvecklats i positiv riktning.
 - 70 procent av personalen ska använda lämpliga verktyg i kommunikations och informations överföring mellan vårdenheter och till patienter samt försäkra sig om att informationen är förstådd.
 - Patienter och närståendes medverkan i patientsäkerhetsarbetet ska öka.
 - Ökad medverkan i patientsäkerhetsrådet, händelseanalyser och riskanalyser.
 - Vårdrelaterade infektioner ska upptäckas, riskbedömmas och förebyggas.
 - Andelen vårdrelaterade infektioner (VRI) ska visa ett lägre resultat jämfört med 2015 års mätning (<11,9 procent)
 - Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler ska vara > 90 procent
 - Svårbehandlande infektioner och resistensutvecklingen av multiresistenta bakterierna ska minskas.
 - Målet 2016 för slutenvård var 10 procent minskning av kinoloner och minskning av karbapenemer.
 - Målet 2016 för öppenvård var mindre än 250 antibiotika-recept per 1000 invånare.
 - Vårdskador och risker för vårdskador ska identifieras och förebyggas genom vårdpreventivt arbetssätt.
 - Målet var att ingen patient som vårdas på slutenvårdsavdelning ska drabbas av ett undvikbart trycksår under sin vårdtid;
 1. Minst 90 procent av patienter över 70 år ska ha en dokumenterad riskbedömning gjord inom 24 timmar efter inläggning.
-

-
2. 100 procent av riskpatienter ska ha minst två förebyggande åtgärder insatta.
- Överbeläggningar och utlokaliserade patienter ska minska.
 - Kunskap och kompetens inom patientsäkerhet ska förbättras på alla nivåer inom landstinget.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Landstingsfullmäktige

Landstingsfullmäktige beslutar om mål och riktlinjer för landstingets verksamhet. De tar även beslut om landstingets budget, skatt och andra ekonomiska frågor.

- *Styrdokument:* Strategisk plan

Landstingsstyrelsen

Landstingsstyrelsen ansvarar för och följer upp verksamhetens arbete efter de mål som fullmäktige fastställt. Styrelsen är både uppdragsgivare och driftstyrelse.

- *Styrdokument:* Landstingsstyrelsens plan

Landstingsdirektören

Landstingets driftorganisation består av landstingsdirektören med stab. Landstingsdirektören har det övergripande ansvaret för att de fastställda målen uppnås och att beslutade åtgärderna genomförs.

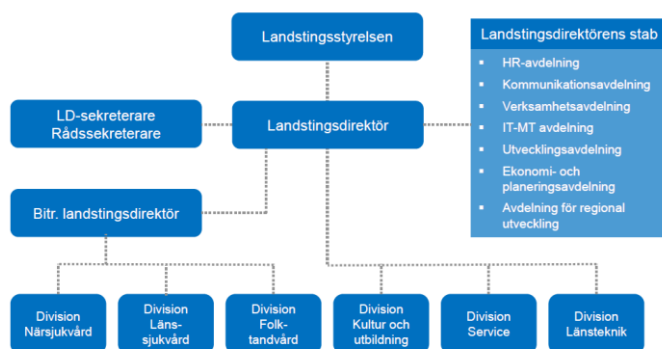
Landstingsdirektörens stab består av fem avdelningar med olika inriktningar inom hälso-, sjuk-, och tandvård. Stabernas uppdrag är att stödja landstingsdirektören i styrning och ledning och har ett funktions- och samverkansansvar inom respektive område gentemot linjeorganisationen.

Styrdokument: Landstingsplanen anger vårdgivarens mål och delmål, ansvarsförhållande och nyckeltal.

Patientsäkerhetsstrateg, utvecklingsledare för patientsäkerhet, chefläkare med lex Maria ansvar och administratör för lex Maria ingår i enheten för Hälso- och sjukvård som tillhör Verksamhetsavdelningen i landstingsdirektörens stab.

Styrdokument: Patientsäkerhetsstrategin, ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och handlingsplaner utgör grunden för patientsäkerhetsarbetet.

Driftsorganisation



Patientsäkerhetsrådet

Patientsäkerhetsrådet är ett rådgivande organ till linjeorganisationen/verksamheten i patientsäkerhetsarbetet. Arbetet i patientsäkerhetsrådet syftar till att utveckla en patientsäkerhetskultur som stödjer verksamhetens patientsäkerhetsarbete enligt systemsyn och förbättringsarbete.

Exempel på arbete i patientsäkerhetsrådet:

- Varje hälso- och sjukvårdsdivision inklusive folktandvården, service och länsteknik samt representant från patientnämnden, chefläkarkollegiet och vårdhygien, företräds i Patientsäkerhetsrådet. I rådet ingår även representant från kommunen. Det innebär bl. a att stötta utvecklingsarbetet i patientsäkerhetsfrågor, analysera och följa upp, vara stöd vid informationsflöde, utbildningsinsatser, internutredning och händelse-/riskanalys.

Chefläkarkollegiet

Chefläkarkollegiet består av tre Chefläkare med lex Maria ansvar och två administratörer med inriktade mot hälso- och sjukvården. Dessa är organisatoriskt placerade i landstingsdirektörens stab, Verksamhetsavdelningen, Hälso- och sjukvårdsenheten. Dessutom ingår en Cheftandläkare med lex Maria ansvar i Chefläkarkollegiet. Uppdraget omfattar förutom anmälningsskyldighet enligt lex Maria även patientsäkerhetsarbete med risk- och händelseanalyser, markörbaserad journalgranskning, uppföljningar samt utbildnings- och informationsinsatser.

Läkemedel

Läkemedelsenheten är en länsövergripande funktion för samordning av läkemedelsfrågor. De planerar, följer upp och ger stöd till läkemedelsförsörjning och läkemedelshantering på landstings- och verksamhetsnivå, stödjer verksamhetsledning samt politisk ledning med beredning och uppföljning av beslut och genomför informations- och utbildningsinsatser.

Läkemedelskommittén utgör ett stöd till länets läkemedelsförskrivare och sjukvårdspersonal med utbildning, information, rådgivning och rekommendationer kring läkemedelsbehandling.

Styrgrupp läkemedel är ett beslutande landstingsövergripande forum. Styrgruppen ansvarar bland annat för att mål och uppföljning finns i med verksamheternas verksamhetsplaner.

Vårdhygien

Vårdhygiens länsövergripande roll riktar sig till slutenvård, primärvård, tandvård och kommuner i länet. Fyra hygiensjuksköterskor är anställda och

de har, förutom enskilt områdesansvar för de olika länsdelssjukhusen med intelligande kommuner och hälsocentraler, ett delat strategiskt ansvar för verksamheterna på Sunderby sjukhus. Hygiensjuksköterskorna fungerar som stöd och rådgivande i vårdhygieniska frågor till personal inom vård- och omsorg i hela länet med mål att ha hög tillgänglighet, per telefon, mail och fysiskt.

Kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning definieras som kunskapsstöd, uppföljning samt stöd till förbättring. Kunskapsstyrning är organiserad med en strateg som är tillsatt av Regiondirektören och tillhör dess stab. Strategen leder och håller samman ett antal expertgrupper inom de stora diagnosområdena. Expertgrupperna har en tvärprofessionell, och tvär-organisatorisk sammansättning med uppdrag att ha ett övergripande kvalitetsperspektiv, av vården inom regionen

Samverkan och stödfunktioner

Samverkan, samarbetspartners/stöd med nära samarbete med patientsäkerhetsrådet;

- Landstingets lokala Stramagrupp
- Smittskydd
- Patientnämnden
- Förvaltningsgruppen Synergi för avvikelshantering
- Informationssäkerhet
- Vårdadministrativa system, (VAS)/Hälsoinformatik
- Division Service
- Medicinsk teknik/Länsservice
- Allmän säkerhet

Styrgrupp för invånartjänster

I juni 2016 bildades en styrgrupp för invånartjänster för att ta ett samlat grepp (och styrning) kring 1177 vårdguidens e-tjänster, 1177 vårdguiden på telefon samt 1177 vårdguiden på webben.

Divisionschef

Divisionschefen har inom sin division det övergripande ansvaret för patientsäkerheten. Landstingsplanen ligger till grund för divisionsplanerna. De övergripande målen bryts ned till divisionsmål, ansvarsförhållanden och nyckeltal i respektive verksamhet. Landstingsdirektören fastställer divisionsplanen efter dialog med berörda divisionschefer.

Länschef/Närsjukvårdschef/Verksamhetschef

Ansvarar för och följer upp patientsäkerheten inom sitt verksamhets-/läns-/närsjukvårdsområde i enlighet med ledningssystemet.

Varje verksamhetsområde utformar sina planer med divisionsplanen som utgångspunkt. Planerna fastställs i dialog med närmaste chef.

Lokala nätverk i patientsäkerhet

Inom flera verksamheter finns verksamhetsutvecklare/vårdchefer och eller lokala nätverk för patientsäkerhet. Inom vissa verksamheter finns en utsedd medarbetare som fungerar som patientsäkerhetssamordnare/patientsäkerhetsansvarig med särskilt uppdrag knutet till patientsäkerhetsfrågor. Inom vissa divisioner/verksamheter finns händelse-/riskanalysteam som arbetar strukturerat med patientsäkerhet och avvikelshantering.

Exempel från verksamheten;

- Inom varje Närsjukvårdsområde finns stödfunktioner i form av verksamhetsutvecklare. Antalet utvecklare är beroende på storlek på närsjukvårdsområdet. Samverkansmöten finns löpande mellan verksamhetsutvecklare på närsjukvårdsområdesnivå och stabsnivå
- Ledningsgruppen inom Division Service har som rutin att minst en gång per år avsätta ett möte för information, utbildning, planering och uppföljning av patientsäkerheten.

Hälso-, sjukvårds- och tandvårdspersonalen

Inom ramen för verksamhetens ledningssystem ansvarar hälso-, sjukvård- och tandvårdspersonalen till att medverka i systematiskt patientsäkerhetsarbete, rapportera händelser och risker samt i uppföljning av mål och resultat. Individuella medarbetarplaner för kvalitét- och patientsäkerhet fastställs i dialog mellan medarbetare och närmaste chef i anslutning till medarbetarsamtal.

Exempel från verksamheten;

- Vi har under året utsett en person som tillsammans i vårt närsjukvårdsområde arbetar med patientsäkerhetsarbete. Dessa har kunnat stötta varandra vilket för oss inneburit stöd och hjälp. Hög belastning på enhetschef som har ansvar för patientsäkerhet har inneburit sen återkoppling i Synergi ärenden.
- All tandvårdspersonal är skyldig att delta i patientsäkerhetsarbetet och har ansvar för att rapportera händelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada eller risk för sådan händelse.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet utgår från landstingets kvalitetledningssystem för patientsäkerhet. I ledningssystemet finns rutiner som ska utgöra ett stöd för uppföljning och utvärdering. Strategin för patientsäkerhet anger strategiska områden och i handlingsplanen för patientsäkerhet beskrivs aktiviteter och mål inom de olika områdena. Handlingsplan för patientsäkerhet ligger till grund för förbättringsaktiviteter baserade på den systematiska uppföljningen.

- En fördjupad uppföljning mot målen i den strategiska planen och landstingsstyrelsens plan sker i delårsrapporterna efter april och augusti samt i årsredovisningen som även utgör uppföljning och utvärdering till fullmäktige.
- Varje år upprättas en landstingsövergripande Patientsäkerhetsberättelse, vilket är ett lagkrav. Patientsäkerhetsberättelsen är tillgänglig på landstingets interna och externa webb. Sjukvårdsdivisionerna inklusive folktandvården, service och länsteknik upprättar egna divisionsövergripande Patientsäkerhetsberättelser.
- Uppföljning i realtid av avvikelser och basala hygienrutiner sker varje månad och kan vid behov rapporteras i landstingsdirektörens rapport till styrelsen. Strukturen ger förutsättningar att snabbt kunna reagera på resultat och underlättar verksamhetens möjlighet att styra det kontinuerliga förbättrings- och patientsäkerhetsarbetet både kort- och långsiktig.
- Resultatet för olika mätningar och journalgranskning sammanställs, analyseras, rapporteras och återkopplas i landstingets ledningsgrupp. Lex Maria- processen rapporteras till landstingsledningen, i patientsäkerhetsrådet och divisionerna.

-
- På divisions-/verksamhets-/enhetsnivå sker uppföljning i ordinarie linjeorganisation. Resultat och uppföljningar publiceras på webben och återkopplas i ledningsgrupper på olika nivåer.

God patientsäkerhetskultur

Uppföljning av handlingsplan patientsäkerhetskultur genomfördes i december 2016. Resultatet är sammanställt i en rapport och ska kommuniceras i ledningsgrupper på olika nivåer. Resultatet av enkäten ska ligga till grund för 2017 års handlingsplan och rapporteras även i patientsäkerhetsberättelsen.

- Uppföljning av avvikelser avseende antal och kvalitet varje tertiäl/hel- och halvår samt till patientsäkerhetsberättelsen.
- Egenkontroll av utförda utbildningsinstater exempelvis patientsäkerhetsutbildning.
- Under året har patientsäkerhetsronder genomförts i verksamheten både på landstings- och divisionsövergripande nivå. Ronderna på landstingsövergripande nivå har genomförts av landstingsdirektören/biträdande landstingsdirektör och verksamhetsstrateg patientsäkerhet tillsammans med verksamhetsföreträdare.

Patient- och närståendemedverkan

- Landstinget har sedan 2011 varit anslutet till Nationell Patientenkät (NPE). Syftet med enkäten är att använda resultaten i det egna förbättringsarbetet. Under våren 2016 har mätningar genomförts inom slutna och öppna specialiserad sjukhusvård och under hösten inom länets akutmottagningar. NPE avrapporteras i samband med avslutad mätning och återkopplas till respektive division.
- Synpunkter och klagomål – uppföljning av avvikelser, patientnämnd- och IVO-ärenden varje tertiäl/hel- och halvår samt till patientsäkerhetsberättelsen.
- Uppföljning handlingsplan patient- och brukarmedverkan - patientsäkerhetsberättelsen.

Vårdrelaterade infektioner ska upptäckas, riskbedömmas och förebyggas.

- Nationell punktprevalens mätning (PPM) Vårdrelaterade infektioner (VRI) och följsamhet till basala hygien- och klädpolicy (BHK).
- Följsamhet till basala hygien- och klädrutiner (BHK), vårdrelaterade urinvägsinfektioner (VUVI) och förekomsten av urinkateter följs varje månad.
- Antibiotikaförskrivning analyseras av Strama Norrbottens läns landsting (Strama NLL) månatligt. Återkoppling till verksamheten sker via utsedda antibiotikaansvariga läkare och till styrgrupp läkemedel, patientsäkerhet samt till landstingsdirektören. En kontinuerlig utvärdering av insatsernas effektmål sker via Strama NLL med stöd från Smittskyddsläkaren, Vårdhygien, Mikrobiologiska laboratoriet, Infektionssektionen samt Läkemedelsenheten.
- Infektionsverktyget; Ett mindre antal verksamheter tar ut rapporter ur verktyget men än är inte kvaliteten det bästa.

Vårdskador och risker för vårdskador ska identifieras och förebyggas genom vårdpreventivt arbetssätt.

Vårdskador identifieras och registreras enligt landstingets generella riktlinjer för avvikelshanteringsprocessen.

- Antal, typ och allvarlighetsgrad för avvikelser.
- Markörbaserad journalgranskning genomförs på landstingsövergripande nivå, klinknivå och inom psykiatriska verksamheter.
- Ärenden inkomna från Inspektionen för vård och omsorg (IVO), lex Maria och Patientnämnden.
- Trycksår, fall, undernäring och munhälsa följs upp via särskild funktion i journalsystemet, punktprevalensmätningar och journalgranskning. Förutom nationella mätningar följs förekomst av trycksår varje kvartal. Resultaten analyseras och återkopplas i ordinarie linjeorganisation.
- Förekomst av urinkatetrar följs varje månad.
- Säker läkemedelshantering; Verksamheterna genomför uppföljning av upprättande lokala rutiner för läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse på relevanta vårdenheter samt följer upp i vilken utsträckning detta görs. Ansvarig är verksamheterna via verksamhetsutvecklarna.
- Avvikelser rörande läkemedel och kvalitetsgranskning av läkemedelshantering och andel personer i riskgrupper med läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse.
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering i landstingets verksamheter sker via egenkontroll med checklista samt besök med genomgångar från Läkeemedelshanteringsgruppen.

Överbeläggningar

- Data från överbeläggningar och utlokaliserade patienter överförs till landstingets datalagare där de presenteras på verksamhets och enhetsnivå.

Kunskap och kompetens inom patientsäkerhet ska förbättras på alla nivåer inom landstinget.

- Inom området kunskapsstyrning genomför Expertgrupper även GAP analyser av Nationella riktlinjer samt följer med i kunskapsutvecklingen inom respektive diagnosområde. Expertgrupperna redovisar sina analyser för Sjukvårdens ledningsgrupp (SLG).
- Enkätuppföljning och utvärdering av patientsäkerhetsutbildning.

Exempel från divisionerna;

- Från divisionsledningen i Länssjukvården utgår tre utskott, operations- rehabiliterings- och omvårdnadsutskottet. I det sistnämnda redovisas processresultat på mikronivå för att identifiera behov av förbättringsarbete för att öka patientsäkerheten.
 - Närsjukvården Luleå-Boden har en struktur för patientsäkerhetsarbete, arbetar systematiskt med Synergi och verksamheterna har egen kompetens att genomföra händelseanalyser. Resultat via dashboard i Synergi används sparsamt och behöver nyttjas bättre för uppföljning.
 - Folkandvårdens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete utgör grunden för hur verksamheterna fortlöpande ska planera, leda, kontrollera, följa upp och utvärdera tandvården.
 - Inom Länsteknik följs vårdavvikelser upp av utsedda avvikelseansvariga. Uppföljning och utvärdering sker även via förvaltningsmöten och genom systematiska teknikronder och säkerhetsdialoger i samarbete med vårdverksamheter.
-

- Inom divisionens verksamheter finns ett antal entreprenörer, t ex inom städning, fastighetsdrift, textilförsörjning, kost. Det finns fastställda rutiner för hur uppföljning av avvikelser och kundklagomål ska hanteras, främst inom olika forum för samverkan med entreprenören. Delprocessledarna genomför kontinuerliga drift- och avtalsmöten med entreprenörerna.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Uppföljning genom egenkontroll fokuserar på de strategiska målen i landstingets patientsäkerhetsstrategi och handlingsplan. Återkoppling sker på övergripande nivå, i linjeorganisationen, i vissa fall verksamhets-/enhetsnivå och i eller genom Patientsäkerhetsrådet. Både landstingsövergripande och divisionsövergripande presenteras resultaten på webben.

Egenkontroll	Omfattning	Källa	Kommunikation av resultatet
Ledningssystemet; Handläggningstider för avvikelser och lex Maria ärenden och enskilda klagomål	Tertial/hel- och halvår	Avvikelsehanteringssystemet Synergi och egen uppföljning	Delårsrapporter/ Årsrapport PS-berättelse ¹
Vårdskador avseende kvalitét utredning	Tertial/hel- och halvår	Avvikelsehanteringssystemet Synergi	Delårsrapporter/ Årsrapport PS-berättelse
Patientsäkerhetskultur mätning	Vart 3:e år	Egen upprättad enkät	Särskild rapport PS-berättelsen
Följsamhet till basala hygienrutiner	Varje månad	Egen uppföljning	Delårsrapporter/ Årsrapport PS-berättelse
Vårdrelaterade infektioner	1 gång/år	Punktprevalensmätning	Särskild rapport PS-berättelsen Rapport till LT-direktör
	Dagligen	Egenkontroll inom städverksamheten	
Vårdskador	Varje tertial	Avvikelsehanteringssystemet Synergi	Delårsrapporter/ Årsrapport PS-berättelse
	Helår Halvår	Markörbaserad journalgranskning (MJG)	Särskild rapport PS-berättelsen
	Varje månad Tertial Hel- och halvår	Egen uppföljning av lex Maria ärenden, enskilda klagomål och patientnämnsärenden.	Rapport till LT-direktör ² och verksamhet
	Varje tertial	Egen uppföljning och avvikelsehanteringssystemet	Delårsrapporter/ Årsrapport PS-berättelse Rapport till LT-direktör
Trycksår	1 gång/år	Punktprevalensmätning	Särskild rapport PS-berättelsen LT-direktörens rapport

¹ Patientsäkerhetsberättelsen

² Landstingsdirektör/Regiondirektör

Övrigt

Internkontroller (oberoende part) inom städverksamheten 3-5 gånger/år. Tre kontroller gjordes under 2016 där 301 rum kontrollerades.

Exempel från divisionernas arbete;

- Folk tandvården; Samtliga kliniker ska årligen gå igenom checklistan protokoll för självgranskning av ledningssystemet som ett led i utvärderingen av det systematiska kvalitetsarbetet. Checklistan är uppdelad i olika delar med frågor som berör medarbetare/lokal ledning. Om man inte klarar kraven inom något område rapporteras detta till Folk tandvårdens ledning. Om flera kliniker har problem inom samma område görs handlingsplaner för hela divisionen
- Länssjukvården; Bild och funktionsmedicin genomför kontroll av följsamhet till rutiner för patientstrålskydd som gonadskydd, kontroll om eventuell graviditet samt hur kompression vid ländryggsröntgen tillämpas rapporteras in till Strålskyddmyndigheten varje månad.
- Länsteknik; Inom verksamhetsområdet Medicinsk Teknik sker uppföljning av kvalitetsaktiviteter kontinuerligt samt årsvis vid uppföljning av kvalitetsplan.

Nationella kvalitetsregister och öppna jämförelser

Grundtanken är att oavsett vem som tillhandahåller vård behövs kontroll på egna resultat, följa dem över tid och jämföra med andra liknande verksamheter. Utöver detta behövs kunskap om hur verksamheten kan förbättras. Genom att resultaten från kvalitetsregistren och öppna jämförelser används i kliniskt arbetet skapas förändringstryck vilket också avspeglas i divisionernas förbättringsarbete.

Tillsyner inom patientsäkerhetsområdet

Under året har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomfört 13 tillsyner. Fyra tillsynsärenden är kopplade till lex Maria händelser där utredningskvaliteten har varit tillsynsorsaken.

Tillsyn 2016	Antal
Länssjukvård	2
Laboratoriemedicin	2
Verksamhetstillsyn av blodverksamheten inom laboratoriemedicin i NLL	2
Närsjukvård	10
Medicin	1
Dialog kring utredningskvalitet/händelseanalyser	1
Primärvård	5
Dialog kring utredningskvalitet/händelseanalyser	1
Granskning bakomliggande orsaker till brister på systemnivå	2
Tillsyn av det systematiska patientsäkerhetsarbetet	2
Psykiatri	3
Bemanning och kompetens psykiatrisk specialistsjukvård	1
Dialog kring händelseanalyser	1
Samverkan landstinget och kommun	
Uppföljning	1
Rättspsykiatri	1
Tillsyn gällande användande av tvångsåtgärder	1
Närsjukvård/Länssjukvård	1
Anmälan av HS personal som kan utgöra fara för patientsäkerheten	1
Totalsumma	13

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

En patientsäkerhetsstrategi för landstinget finns sedan mars 2015. Till strategin hör en handlingsplan. Syftet med strategin och handlingsplanen är att stödja det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Anpassa och utveckla ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete

Kvalitetledningssystemet bidrar till att skapa struktur för att underlätta för verksamheten att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det strategiska arbetet har inriktats på att implementera ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete i linjeorganisationen.

En internkontroll är genomförd för att följa upp följsamhet till ledningssystemet för patientsäkerhet. Kravet på kvalitetsledningssystem utgår från föreskriften SOSFS 2011:9, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Fortfarande är det bara ett fåtal verksamheter som har ett eget nedbrytt ledningssystem för patientsäkerhet men en utveckling har skett under året.

Rutiner för avvikelshantering, patientrelaterade avvikelser, hantering av klagomål och synpunkter och egenkontroll finns upprättade inom de flesta verksamheterna. Arbeten har påbörjats och pågår, men på enhetsnivå finns fortfarande vissa brister.

Rutiner för anmälan enligt lex Maria och riskanalys hänvisas till övervägande del till det övergripande ledningssystemet för patientsäkerhet.

I handlingsplanen för patientsäkerhet finns mål och aktiviteter uppsatta som är relaterade till kvalitetledningssystemet. Strategin och handlingsplanen är till viss del kända. Divisionsstaberna och verksamhetsledning känner till dokumenten men på enhetsnivå är dokumenten inte lika kända.

Förbättra patientsäkerhetskulten i organisationen.

Landstinget medverkar i en nationell arbetsgrupp som arbetar med rekommendationer för patientsäkerhetskulturmätningar samt utvecklingen av en gemensam enkät för patientsäkerhet och arbetsmiljö. Under december 2016 genomfördes en patientsäkerhetskulturmätning för att följa de dimensioner som i den nationella patientsäkerhetskulturmätningen 2013 hade låga värden. I resultatet ses att de prioriterade områdena har ett förbättrat resultat, vilket kan kopplas till de åtgärder och aktiviteter utifrån handlingsplanen som pågår/är genomförda.

1. *Högsta ledningens stöd*; I december 2015 genomfördes landstingets första patientsäkerhetsrond (pilottest) och under 2016 har ytterligare tre patientsäkerhetsronder genomförts.
 - a. Folktandvården Boden
 - b. Mjölkkuddens hälsocentral i Luleå.
 - c. Ortopedkliniken Sunderby sjukhus.

Återkoppling av resultat sker i ledningsgrupper på olika nivåer. Högsta ledningen (landstingsdirektör/bitr. landstingsdirektör) prioriterar aktiviteten och efterfrågar resultat.

2. *Arbetsbelastning och stress*; Vårdnära service (VNS) är ett pilotprojekt som har pågått sedan oktober 2014 och syftar till att identifiera uppgifter inom vården som servicepersonal kan utföra för att i förlängningen frigöra vårdpersonal till vård. Under 2016 har projektet utökats från sju till nio avdelningar vid två sjukhus i länet med totalt 51 anställda. VNS personalen arbetar parallellt med vårdpersonalen.

Division Service bemannar med VNS personal från 07.00-20.00 måndag till söndag på enheterna vilket skapar förutsättningar för vården att se över sina arbetssätt. Arbetet med kompetensväxling inom vården fortsätter och en metod/mall för hur verksamheterna ska uppgiftsväxla håller på att arbetas fram.

Patienthotellet; Målet är att frigöra platser på vårdavdelningarna. Målgruppen är patienter som behöver sjukhusvård i form av undersökning, behandling och rehabilitering dygnet runt men som inte kräver specialistvård, patienter med långa avstånd till sjukhuset, närstående till svårt sjuka patienter samt externa gäster med anknytning till sjukvården. Under 2016 har beläggningen på patienthoteller ökat liksom en ökning av utförda medicinska åtgärder och vårdinsatser per patient. Förlossningen är största verksamhetsområdet som nyttjar hotellet.

HR-sidan har arbetat strategiskt med rekrytering på bred front vad gäller hälso- och sjukvårdspersonal. Landstinget träffar studenter på sjuksköterskeprogrammet under olika perioder och alltid de som läser sista terminen, termin sex. Landstinget är ute och träffar högstadie- och gymnasieungdomar i ett strategiskt perspektiv. Ett arbete med att skapa strukturer kring kompetensväxling pågår för att ytterligare säkerställa en optimal bemanning. En organisation för utlandsrekrytering är uppbyggd för att kunna rekrytera personal inom svårrekryterade områden. Här ingår även att hitta struktur för att tillvarata nyanländas kompetens.

3. *Brister i Avvikelsehanteringsprocessen*; IT-stödet Synergi för patientrelaterade avvikelser har uppgraderas i mars 2015. I den nya versionen finns ett förbättrat gränssnitt samt möjligheten att konfigurera uppföljning av resultat med en så kallad "Dashboard". Alla enheter har tillgång till sin egen statistik via sin dashboard.

En översyn av avvikelsehanteringsprocessen och avvikelseorganisationen genomfördes under 2015. Uppföljning av organisationsstrukturen har genomförts inom division Närsjukvård. Utbildning till rollen som patientsäkerhetssamordnare har bidragit till att öka patientsäkerheten och idag anger 67 procent i Närsjukvården att verksamheten har utsett en patientsäkerhetssamordnare på sin enhet.

Uppföljning av utbildning för avvikelseansvariga har lett till att utbildningar kunnat anpassas bättre. Utbildning har bedrivits löpande i hela länet under året.

Minska andelen vårdrelaterade infektioner (VRI)

Trots strukturerat förbättringsarbete på verksamhetsnivå med målet om hög följsamhet till evidensbaserade åtgärder och landstingets hygienpolicy samt ledningens engagemang har landstingets mål för vårdrelaterade infektioner inte uppnåtts. Handlingsplan med aktiviteter för att minska förekomsten av VRI är framtagen i samverkan med representanter från verksamheten och Vårdhygien.

Följsamhetsmätningar och PunktPrevalensMätningar (PPM)

Följsamhetsmätningar till basala hygienrutiner och klädregler genomförs en gång i månad inom öppen- och slutenvård, inom Folktandvården och patienthotellet. Under 2016 har ett arbete med att förbättra strukturen för inrapportering och resultatpresentation pågått. En databas är under utveckling och test av inmatning har skett i samverkan med några verksamheter.

Landstinget har även deltagit i de nationella punktprevalensmätningarna för vårdrelaterade infektioner (VRI) och följsamhet basala hygien- och klädregler.

Förbättringsarbete vårdrelaterade urinvägsinfektioner (VUVI) och blåsoverfyllnad

Sedan 2014 pågår förbättringsarbeten i divisionerna Läns- och Närsjukvård som fokuserar på vårdrelaterade urinvägsinfektioner (VUVI) och blåsoverfyllnad. Utbildningar, nätverksträffar och månadsmätningar av andelen patienter med urinkateter och urinvägsinfektioner har fortsatt under 2016 och görs varje månad. Länsgemensamma rutiner är framtagna och implementering pågår.

Exempel från verksamheten;

- Dagkirurgi/uppvakning i Piteå har infört omvårdnadsronder vid vissa tidpunkter under dagen med kontroller av viktiga parametrar som cirkulation, blödning, sårområde, bladderscanner, illamående, smärta etc. och därefter – åtgärd. De har förbättrat flöden för karpaltunneloperationer genom kortare ledtider, förenklade flöden som kortar köerna.
- För att säkra omhändertagande av remisser i rätt tid, tar sekreterare och undersköterska dagligen hand om inkomna pappersremisser enligt framtagna mallar. De som avviker bedöms samma dag av bakjouren. Elektroniska remisser delas ut till läkare.

Vårdhygien

Vårdhygien har under 2016 genomfört över 230 utbildningar framförallt inom ämnesområdena basala hygien- och klädrutiner (BHK), handläggning av multiresistenta bakterier och blodsmitta. Utbildningarna har individualiserats utifrån varje målgrupps behov. Under 2016 har utbildningsinsatserna skett till sjuksköterskor, undersköterskor, AT läkare, medicinkandidater, sjuksköterskestuderande, Vårdnära service projekt, medarbetare i lokalvård på entreprenad och i egen regi, sommarvikarier inom vård och lokalvård, chefer på olika nivåer, läkare i olika specialiteter, SÄBO, hemtjänstpersonal och hjälpmedelskonsulenter inom när- och länssjukvård, infektionssjukvården, hälsocentralerna, service och kommun. Dessutom har hygiensjuksköterskorna föreläst på Miljödagen, konferensen ”Att förebygga vårdskador”, temadag infektion ”Skydda Antibiotikan” och på landstingets Patientsäkerhetskonferens. Samtliga hygiensjuksköterskor har genomfört ett flertal hygienronder i länet inom primärvård Piteå, Boden, slutenvård och SÄBO i Luleå och Boden.

Sunderby sjukhus drabbades 2016 av ett utbrott av multiresistenta tarmbakterier som pågick januari - juli. Insatser med att smittspåra, utarbeta handlingsprogram och riktlinjer för smittspårning, riktade städ- och arbetsmetoder, informera och handleda m.m. upptog en stor del av hygiensjuksköterskornas tid under denna period. Utbrottet genererade även ett högt antal akuta föreläsningar till medarbetare inom vård och service på de flesta verksamhetsområdena. Med hög tillgänglighet, riktade insatser, intensivt arbete och bra samverkan med vårdpersonalen på berörda enheter lyckades utbrottet begränsas till sju patienter.

Minskad antibiotikaförskrivningen

Arbetet med kvalitetsuppföljning av antibiotikaförskrivning i landstinget enligt strategidokumentet ”Antibiotikapolicy i Norrbottens Läns Landsting” har fortgått under året. Under 2016 har en ny Stramadoktor tillträtt vilket innebär att nu finns både en ansvarig för Strama Norrbotten och en smittskyddsläkare.

Något möte i nätverket Antibiotikaansvariga läkare har inte skett under 2016.

Gruppen Strama NLL har haft ett möte under 2016. Landstingets mål för antibiotikaanvändandet i öppen- och slutenvård har inte uppnåtts vare sig kvantitativt eller kvalitativt.

Infektionsverktyget

Infektionsverktyget är breddinfört i hela landstinget sedan hösten 2014. Under året har arbetet med att skapa förvaltning av Infektionsverktyget pågått och ett mindre antal verksamheter tar ut rapporter ur verktyget men än är inte kvaliteten det bästa. Förvaltningen arbetar via nätverk med utbildning av superanvändarna, stödja förskrivarna på de enheter som ordinerar antibiotika så att de behärskar

Infektionsverket och kan ta ut rapporter för analys och uppföljning av antibiotika och vårdrelaterade infektioner.

Vårdpreventivt arbetssätt

Fall, trycksår, undernäring och munhälsa

Arbetet med att förebygga fall, trycksår och undernäring har pågått sedan 2007. Under 2016 har divisionerna följt målen i handlingsplanen för trycksår via den nationella punktprevalensmätningen (PPM) trycksår samt via journalgranskning. Tryckutjämnande madrasser är upphandlade och utbildning på madrasserna har genomförts på alla sjukhus i länet. Regelbundna nätverksträffar genomförs i syfte att stödja verksamheterna i deras fortsatta arbete med trycksårsprevention.

En ny mall för dokumentation av riskbedömningar och insatta åtgärder i landstingets vårdadministrativa journalsystem (VAS) är framtagen och syftar till att få en likvärdig dokumentation i länet samt förhindra dubbeldokumentation och möjlighet att ta ut statistik direkt från VAS. Nätverk för kontaktpersoner i verksamheterna har skapats för att lyfta området ytterligare. Syftet är att ge stöd i det vårdpreventiva arbetet, möjlighet till erfarenhetsutbyte och information.

”Snubbelrond” är ett exempel för att förhindra risker för fall som sladdar på golv, felaktigt placerade stolar eller andra möbler eller utrustning. Detta görs varje halvår med all personal inom ortopedi.

Gröna korset

Gröna korset är en metod som ger en möjlighet till daglig visualisering av vårdskador och risk för vårdskador samt skapar ett underlag till förbättringar. Målet är att verksamheterna i tid ska upptäcka risker och förbättra patientsäkerhetskulturen. Inom division Länssjukvård har divisionsledningen beslutat att införa Gröna korset i alla verksamheter. Verksamhetsutvecklarna i staben har arbetat fram ett koncept som de under senhöst/vinter informerat och förankrat i samtliga chefsled. Många verksamheter har redan under 2016 infört Gröna korset. Fortsatt implementering sker under våren 2017.

Kommunikation och informationsöverföring

Implementeringen av verktyg för säker kommunikation och informationsöverföring, SBAR och Teach-back fortgår i organisationen. Vissa verksamheter har kommit igång och anpassat verktygen medan vissa precis har påbörjat införandearbetet. Utbildningsinstater har genomförts under året. Behovet av ett stöd för struktur och regelverk kring dokumentstyrning/hantering i verksamheten har lett till att ett dokumenthanteringssystem (VIS – verksamhetens informationssystem) har utvecklats i landstinget under ett antal år. Dokumenthantering för vården, VIS vård, ska göra vårdrelaterade dokument, rutiner och patientinformation som ligger utanför journalsystemet, tillgänglig inom hela landstinget. Dokumenthanteringssystemet ska säkerställa kvalitet i och med att granskning och godkännande av sakkunnig krävs. Dokumenten ska revideras årligen och uppdateras med senaste evidens. På varje nivå i landstingets hälso- och sjukvård ska de viktigaste vårdprocesserna beskrivas med avseende på vad som ska göras, när det skall göras och vem som ska göra det. Aktiviteterna under året har varit att fortsätta överföra befintliga rutiner från verksamheterna till VIS, kvalitetsäkra informationsflödet och utbilda VIS-användare i verksamheterna.

Förstärkt utskrivning

Arbete med säkerställande av utskrivningsprocessen fortgår i samverkan med kommun och primärvård. Läkemedelsberättelser och PINF är ett prioriterat utvecklingsarbete som skall leda till tryggare och uppdaterade patienter efter

avslutad vårdtid. Det skrivs omvårdnads epikriser i både VAS och Meddix som medföljer patient vid utskrivning.

Suicidprevention

Landstinget följer antalet självmord och självmordsförsök. Antalet självmord 2016 är färre än 2015. Under 2014 påbörjades förbättringsåtgärder som suicidchecklista och suicidstegen, förbättringar i journaldokumentationen, vårdprogrammet för suicidprevention uppdaterats och utbildningar riktade mot vårdgrannar, främst primärvården genomfördes. Under 2015-2016 har det systematiska förbättringsarbetet fortsatt och lokala handlingsprogram för suicidprevention har tagits fram.

Markörbaserad journalgranskning

Markörbaserad journalgranskning är en utveckling av metoden strukturerad journalgranskning. Vid markörbaserad journalgranskning sker ett slumpmässigt urval av patientjournaler varje månad, journalerna granskas sedan systematiskt och speciella markörer identifieras som tyder på att en skada/vårdskada kan ha inträffat. Under 2016 har landstinget arbetet med markörbaserad journalgranskning övergripande på alla sjukhus i länet och på klinknivå inom länsklinik kirurgi och på medicin-rehabiliterings avdelningen vid Kiruna sjukhus. Fyra team inom psykiatrin har gått utbildningen och påbörjat journalgranskning i sina verksamheter. Barnmedicin har gått utbildning och planerar starta granskning.

PunktPrevalensMätningar (PPM)

Landstinget har deltagit i de nationella PPM-mätningarna av trycksår, basala hygienrutiner och klädregler samt vårdrelaterade infektioner.

Säker Läkemedelshantering

Ordination är den del i läkemedelshanteringsprocessen där flest avvikelser återfinns. En orsak till avvikelserna beror på brister som uppstod till följd av ny version av ordinationsverktyget för dosdispenserade läkemedel, Pascal. Bristen orsakade bortfall i informationsöverföringen till regionens journalsystem. Varning har gått ut till länets förskrivare att alltid dubbelkontrollera läkemedelslistan i journalsystemet med Pascal. Utöver detta har ett flertal mindre teknikjusteringar gjorts i journalsystemet vilket förbättrat säkerheten. Regionen har genomfört kvalitetsgranskning av hälso- och sjukvårdens läkemedelshantering. Det är en förebyggande och utvecklande åtgärd i och med att verksamheterna får förslag på vad som behöver förbättras i samband med att resultatet av granskningen presenteras. Regionen har under hösten påbörjat ett införande av ett temperaturövervakningssystem i hälso- och sjukvårdens samtliga läkemedels-kylskåp, vilket säkrar att läkemedlen förvaras i rätt temperatur dygnet runt enligt gällande föreskrifter.

Läkemedel

Hälso- och sjukvården fortsätter sitt arbete med att öka genomförandet av och förbättra dokumentationen av läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelser. Målet är en välinformerad patient, full kunskap om syfte med behandlingen samt en fullständig och korrekt läkemedelslista till vårdgivare och patient.

Patientnära läkemedelsstöd

För att förbättra patientsäkerheten i läkemedelsanvändningen, hos de patientgrupper där behovet är störst, har regionen klinikapotekare som genomför fördjupade läkemedelsgenomgångar och ger patient- och verksamhetsnära stöd i sjukhusens vårdteam. I oktober projektanställdes ytterligare två klinikapotekare med fokus på utökat patientnära stöd på tio av länets hälsocentraler.

Trygg hemma

2014 påbörjades ett utvecklingsarbete ”Trygg hemma”, tillsammans med kommunerna som fortsatt under 2016. Syfte är att omhänderta de äldre och multisjuka personernas behov. Insatserna sker i öppenvård för att undvika att patienter som med fördel kan vårdas i hemmet förvärras i sin sjukdom och hamnar på sjukhus. Arbetsprocessen innebär att sjuka äldre tryggas i hemmet med hjälp av stärkta insatser i form av att en samordnad individuell plan (SIP) upprättas, en fast vårdkontakt utses och en läkemedelsgenomgång genomförs. Införandet sker i samverkan mellan primärvård och kommun och leder fram till att en lokal, gemensam rutin för omhändertagande av sjuka äldre utformas.

Överbeläggningar

Sedan hösten 2012 mäter och rapporterar landstinget överbeläggningar och antalet utlokaliserade patienter till en nationell databas. Data har visualiserats och presenteras i tabeller och diagram uppdelade på enheter vilket möjliggör för enheterna att analysera egen data samt ger en övergripande bild av vårdplatsläget retroaktivt. En handlingsplan är framtagen som berör åtgärder på flera nivåer i landstinget. Mall för att utarbeta lokala rutiner för överbeläggningar har tagits fram och implementering pågår. En vårdplatskoordinator har tillsatts som har ett övergripande ansvar att koordinera vårdplatserna på Sunderby sjukhus.

Patienthotellet

Patienthotellet har sedan årsskiftet höjt belägningsgraden från 30 procent till cirka 50 procent i slutet av året. Under vardagar ligger belägningsgraden på cirka 60 procent. Nya patientgrupper tillkommer successivt. För att ytterligare öka beläggningen med patientgrupper enligt den ursprungliga planeringen kommer arbetet att intensifieras under 2016 med löpande inventeringar i samverkan mellan patienthotellet och vårdavdelningarna.

Antalet medicinska åtgärder som utförs på hotellet ökar och vårdinsatserna per patient ökar. Under våren omfattades 80-100 gäster per månad av sådana insatser. Under senare delen av året har antalet gäster som fått medicinska insatser stigit till i genomsnitt 150. Antalet insatser per gäst varierar från allt från en till 15 insatser.

Under året har en processkartläggning gjorts över patientens väg från incheckning till utcheckning. Kartläggningen ligger till grund för rutiner som utformas för att ge en bra service och säker vård. En patientinventering på vårdavdelningarna har gjorts under hösten där syftet är att få ”rätt patient på rätt vårdnivå”. Inventeringen ska göras fortsättningsvis en gång per månad.

Kunskap och kompetens

I landstingets finns en grundläggande patientsäkerhetsutbildning.

Utbildningsmaterialet finns på webben. Flera verksamheter som exempelvis Service och Folk tandvården har anpassat utbildningsmaterialet till sin verksamhet.

För tredje året i rad har två utbildningar för lokala patientsäkerhetsamordnare genomförts. Utbildningen har sedan hösten 2016 övergått till landstingsövergripande nivå. Utbildningen består av åtta steg; säkerhetskultur och uppdrag, lagstiftning, ärendehandläggning i i avvikelshanteringssystemet Synergi, klagomålshantering och patientmedverkan, Lex Mariaprocessen, händelseanalys, samt systematiskt förbättringsarbete. Deltagarna kom att omfatta 15-18 personer per utbildning. Efter utbildningen anordnas närverksmöten för de som gått utbildningen och i division Närsjukvård kan handledning erbjudas vid uppdrag att utföra händelseanalyser.

Inom området kunskapsstyrning kommer nu kunskapsstöd i form av Behandlingslinjer samt Nationellt Kliniskt Kunskapsstöd för Primärvården att införas. Syftet med satsningarna är att öka förutsättningarna för medarbetare att ge en säker och jämlik vård. Avseende uppföljning görs även analyser av Öppna Jämförelser (ÖJ) och ett nytt system för uppföljning i primärvård, Primärvårdskvalitet kommer att införas i regionen. Resultatet av expertgruppers analyser, och resultat uppföljningar ska initiera till utveckling och förbättringsarbete som sker med stöd av divisionernas verksamhetsutvecklare och Utvecklingsavdelningen.

- Översyn och en fördjupning av befintlig utbildning för Vårdnära service medarbetare som påverkar patientsäkerheten. Fördjupade kunskaper inom kost och lokalvård har införts i utbildningen. Så också fördjupning i arbetsmiljö för att VNS ska få en fördjupad förståelse för vårdpersonal och patienter samt utbildning i ”Hot och våld” och ”Bemötande av dementa patienter”.

Exempel från verksamheten;

- Närsjukvården; Vi genomför löpande grundläggande utbildning i patientsäkerhet "Patientsäkerhet för Alla" för vår personal, där det bl.a. ingår information om hur och varför man ska rapportera avvikelser i Synergi. Detta innebär ett mer aktivt patientsäkerhetsarbete och bättre patientsäkerhetskultur på arbetsplatser..
- Vi genomför löpande grundläggande utbildning i patientsäkerhet "Patientsäkerhet för Alla" för vår personal, där det bl.a. ingår information om hur och varför man ska rapportera avvikelser i Synergi. Detta innebär ett mer aktivt patientsäkerhetsarbete och bättre patientsäkerhetskultur på arbetsplatser
- Länssjukvården; Personalen har genomfört web-baserad utbildning om geriatriska patienter

E-Learning

E-Learning plattformen driftsattes under 2014 och utgör ett stöd för verksamhetschefer som i framtiden vill följa upp vilka medarbetare som gått en önskad utbildning.

Övrigt

Exempel från divisionernas arbete;

- Folk tandvården; Verksamhetskonceptet Frisk-Team-Lean har under året utvecklats inom divisionen. Två kliniker i länet har under våren 2016 haft ett särskilt uppdrag att se över effektiva flöden inom barn-och ungdomstandvården.
- Service; Inför den externa revisionen fick all personal utbildning i dokument och rutinhantering samt i Synergi, vilket ledde till en ökad följsamhet och användning av Synergi. Alla pärmar med utskrivna rutiner måste läsa rutiner i VIS. På så sätt har de alltid tillgång till den aktuella rutinen.
- Patienthotellet; Pulsmöten genomförs 2 ggr dagligen där risker/tillbudssituationer tas om hand enligt Gröna korset med hela arbetslaget. Varannan vecka sker förbättringsträffar för att fånga upp och åtgärda de problem/behov som finns utifrån gästerna/patienterna.
- *Länssjukvården*; Infört åtta standardiserade vårdförlopp (SVF) inom kirurgi och två inom urologi. Det förkortar tiden mellan välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling. En specialistsjuksköterska inom kirurgi "SPIK" har utexaminerats under året och fler går utbildning och blir klara under 2017.
- *Länsteknik*; I projektet "Breddinförande av vård på distans inom NLL" har ett telemedicinkoncept tagits fram för akutomhändertagande och installationer har gjorts i akutrum på hälsocentralerna i Övertorneå, Överkalix och Haparanda samt på en akutexpedition på Kalix sjukhus.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

I Norrbotten finns en länsstyrgrupp som är samverkansgrupp mellan länets kommuner och landstinget. Målet för samverkan är att den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i sjukvård, omsorg och skola ska tillgodoses av huvudmännen. Enskilda med behovsanpassade insatser ska få

möjlighet att leva självständigt och under trygga förhållanden och bli bemött med respekt för sitt självbestämmande och sin integritet.

Aktiviteter runt samverkan;

- *Samordnad individuell plan och fast vårdkontakt*; Under 2016 genomfördes en uppföljande revision gällande ”Samordnad individuell plan och fast vårdkontakt”. Den granskning som genomfördes 2013 visade på bristande förankring av gällande riktlinjer för samordnad individuell planering och fast vårdkontakt samt otillräcklig information till patient och närstående. Den uppföljande granskningen 2016 visade att landstingsstyrelsen till övervägande del säkerställt att riktlinjer för samordnad individuell planering och fast vårdkontakt är kända. Fortfarande riktas kritik mot bristande tillämpning av rutinerna i vårdverksamheterna. Statistik för 2016 visar att den samordnade planeringen vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård inte fungerar tillfredställande och tidsenligt. Antalet utskrivningsklara patienter som ligger kvar vid länets sjukhus har konstant varit högt vilket medför svårighet att lösgöra vårdplatser för de som är i behov av slutet hälso- och sjukvård. Även här är riktlinjerna kända men följsamheten låg. Region Norrbotten har tillsammans med Norrbottens Kommuner blivit beviljade medel från EUs strukturfond för att utveckla ett processbaserat IT-stöd, flexibla arbetsprocesser och arbetesflöden anpassade till den nya lagstiftningen ”Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård”, som kommer att ersätta betalningsansvarslagen från 1 januari 2018. Det förändrings- och förankringsarbetet bedrivs genom projektet Min plan som pågår 2016-2018 med syfte att säkerställa att processerna blir implementerade och normaliserade i den dagliga verksamheten samt att öka den enskildes delaktighet i processen och tillgänglighet till sin samordnade plan genom utveckling av invånartjänst via 1177 Vårdguiden.
- Det strategiska stödet inom etiken omfattar samverkan med ett regionalt etiskt samråd med de fyra norrlandstingen (RES), nationella etiknätverket som utgår från Karolinska sjukhuset, Stockholm samt med en forskargrupp i etik tillsammans med Umeå universitet och Ersta Sköndahls högskola.
- Fortsatt samverkan runt ”Strategi för patient- och brukarmedverkan” och handlingsplanen mellan landstinget och Kommunförbundet Norrbotten.
- Strategen deltar även i den Regionala (Norra regionen) samverkansgruppen för Kunskapsstyrning inom norra regionen (RSK) för samarbete och utbyte i olika kunskapsstyrnings-frågor exempelvis samordning av GAP analyser av Nationella riktlinjer.
- Flera gemensamma händelseanalyser har genomförts i samverkan mellan flera verksamheter och divisioner då patienten haft flera vårdkontakter. Ett viktigt tillfälle till kunskapspridning.
- Smittskyddsläkaren är från 2016 organisatoriskt placerad på Landstingsdirektörens stab och Hälso- och sjukvårdsenheten vilket är en mer ändamålsenlig placering jämfört tidigare som också kan leda till framtida samordningsvinster.
- Länsteknik och vårdverksamheter tecknar särskilda överenskommelser som omfattar rutiner för samarbete.
- Samverkan sker mellan Länsteknik, Medicinsk Teknik och övriga medicintekniska avdelningar i Norrland kring avvikelshantering.
- Folk tandvården och övrig hälso- och sjukvården har för att säkra ett korrekt omhändertagande etablerat samverkan och vårdkedjor för vissa diagnoser/behandlingar.
- Samverkan sker mellan Vårdhygien och Division Service vid upphandling av lokalvård.

- Basutbildning i Vårdhygien för kommunens personal.
- Tillsammans med kommunerna pågår gemensamma utvecklingsarbeten, exempelvis ”Trygg hemma”.
- Samverkan mellan psykiatri och primärvården gällande suicidprevention.
- Norrbottens strokevårdprogram är utarbetat i samverkan mellan Norrbottens läns landsting och länets kommuner
- Alla verksamheter har ett nära och bra samarbete med Patientnämnden och dess verksamhet. Patientsnämndens ledamöter får regelbundet utbildning i patientsäkerhet.
- Myndighetssamverkan mot våld i nära relationer.
- Samverkansorganet privata vårdgivare.
- Ambulanssjukvården samverkar med ett antal myndigheter, organisationer och företag.
 - SOS Alarm
 - Ambulanssjukvården Västerbotten
 - Ambulanssjukvården Finland, Norge
 - Polismyndigheten
 - Sjöfartsverket
 - Räddningstjänsten
- Regionalt Cancercentrum Norr (RCC Norr)
- Samverkan med Västerbottens läns landsting (VLL) rörande landstingets patienter som vårdas i VLL.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Att analysera risker är ett framåtsyftande arbete för att vidta förebyggande åtgärder innan något har hänt. Alla risker ska rapporteras i avvikelshanteringssystemet och allvarlighetsgraden bedömmas.

Rapporteringen av risker i avvikelshanteringssystemet har ökat. I landstingets ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns rutin för hur risker ska hanteras och riskanalys genomföras. Den metod som används vid riskanalys är Healthcare Failure Mode Effect Analysis (HFMEA). Sammanlagt har cirka 40 riskanalyser genomförts under 2016 vilket är en ökning från förra året då 26 riskanalyser genomfördes. Inom Närsjukvården anger 70 procent av cheferna att de arbetar med riskanalys.

Exempel på genomförda riskanalyser;

- Riskanalys PIN-kod till ankomstregistrering i SMS-påminnelse.
- Riskanalys av strukturella förändringar i länet.
- Riskanalys i samband med ombyggnationer Sunderby sjukhus
- Riskanalys i samband vårt utökade samarbete med patienthotellet Vistet. Riskanalysen innefattar BB-vården och BB-eftervården
- Riskanalys av införd akutjournal, och neddragna vårdplatser med anledning av sjuksköterskebrist.
- Bild och funktionsmedicin har genomfört ett flertal riskanalyser gällande installation och drift stopp i verksamhet vid byte av datortomografer samt analys av tänkt strukturförändring där närsjukhus inte har radiolog på plats
- Ett antal riskanalyser har gjorts inom projektet Vårdnära service. Många arbetsmoment har överförts på servicepersonal som har till uppgift att vara vaksam på risker.

Andra exempel på arbete med risker i verksamheten är riskbedömningar och reflekterande samtal.

Exempel från verksamheten;

- Folk tandvården; Riskbedömningsstödet R2 startar automatiskt vid undersökning gjord av tandläkare och tandhygienister på samtliga barn -och vuxenpatienter.
- Inom Länsteknik; Riskanalyser utförs vid t ex kombination av medicintekniska produkter som inte har angivits som kompatibla av tillverkaren, vid förändrat underhåll, egentillverkning, anskaffning av medicintekniska produkter, medicinska informationssystem samt när risken finns att hamna i en farlig situation
- Det görs riskbedömningar i mindre skala inför ingrepp/operationer där frågan "Vad finns det för risker med detta" ställs och besvaras.
- Flera enheter använder sig av dagliga riskbedömningar när det gäller tillsynsgraden till patienter med behov av ökad tillsyn.

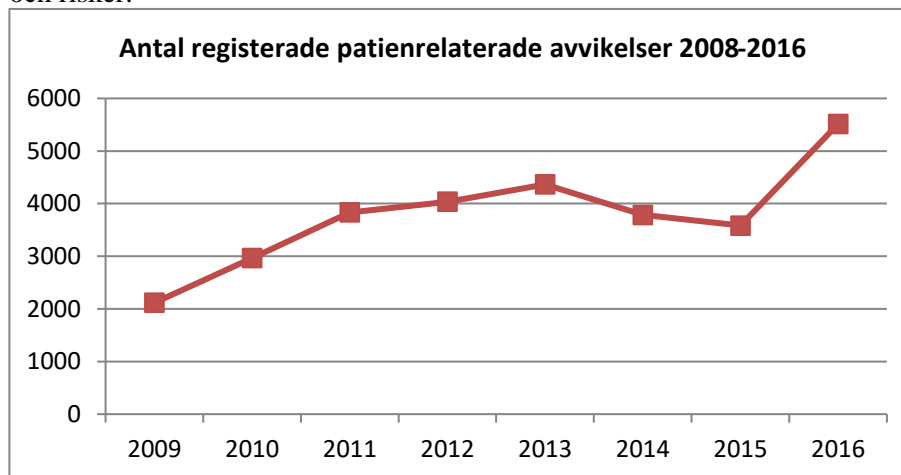
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Avvikelser

Sedan 2008 finns IT-stödet Synergi för rapportering och analys av avvikelser, förbättringsarbete och lärande. IT-stödet ska även stödja verksamheterna som har i uppdrag att riskhantera händelser och observationer. Arbetet syftar till att trygga säkerhet och kvalitet i verksamheten och är en viktig del i organisationen för en hög säkerhetsmedvetenhet, ett lärande, för att kunna identifiera risker och vidta förbättringsåtgärder.

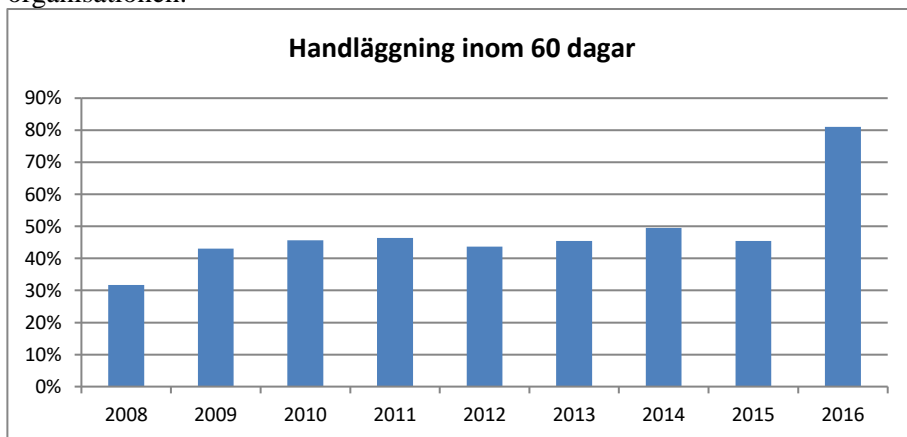
Alla medarbetare ska ha kunskap om rapporteringsskyldigheten och ett utbildningsstöd finns på landstingets webb, "Grundläggande patientsäkerhetsutbildning". I ledningssystemet finns även "Generella riktlinjer för avvikelshanteringsprocessen" samt körkort för upprättande av lokala rutiner. Avvikelse rapportering ligger till grund för landstingets förbättrings- och utvecklingsarbete på alla nivåer. Antalet registrerade avvikelser 2015 har minskat jämfört med tidigare år. Trenden visar registrerade händelser, tillbud och risker.



Källa: Databasen Synergi feb 2017.

Målet är att varje ärende ska handläggas inom 60 dagar, vilket uppfylls till ca 80 procent 2016. Resultatet pekar på en avsevärd förbättring troligen till följd av de åtgärder som riktats till att förbättra kvalitén på handläggningen och handläggningstiderna. En fungerande avvikelshanteringsprocess är en förutsättning för ett effektivt patientsäkerhetsarbete och omfattar alla nivåer i

organisationen.



Källa: Databasen Synergi feb 2016.

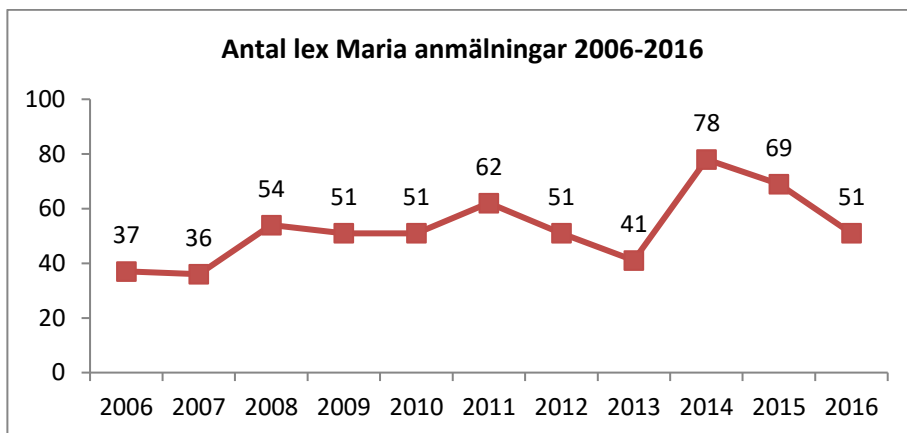
Vid uppföljning av vårdskador 2016 observerades att det fanns 950-999 stycken avvikelser som inte var klassificerade vad gäller allvarlighetsgraden. I och med att dessa inte var omhändertagna och klassificerade kan det, i denna grupp, dölja sig allvarliga vårdskador. Förvaltningsgruppen öppnade upp dessa ärenden och avvikelseansvariga fick i uppdrag att klassificera ärendena för att inga allvarliga händelser skulle dölja sig i gruppen oklassificerade.

I samband med uppgraderingen av avvikelsehanteringssystemet 2015 har säkerhetsområdena Arbetsmiljö, Driftrelaterade avvikelser samt IT/Informationssäkerhet påbörjat registrering av avvikelser i IT-stödet.

Utrednings och anmälningsansvar enligt lex Maria

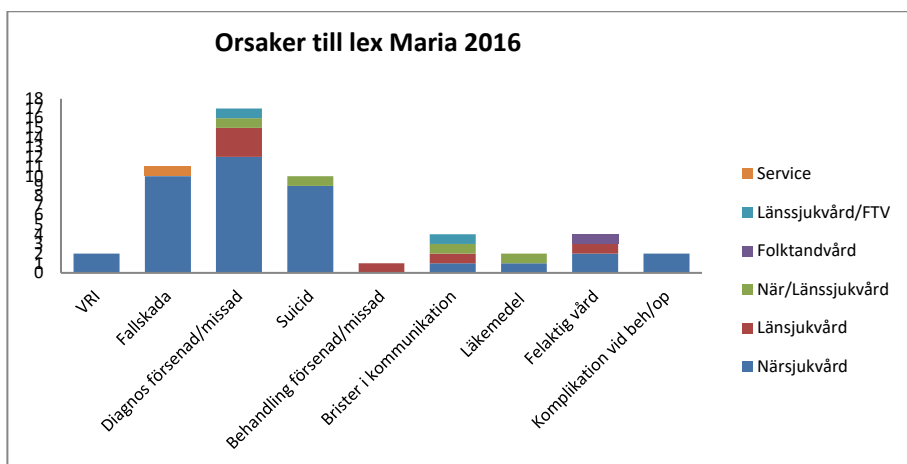
När en allvarlig händelse/vårdskada inträffar ska en bedömning göras om händelsen ska anmälas och utredas enligt föreskriften om lex Maria. En översyn av organisationsstruktur för händelseanalysprocessen har genomförts på grund av långa utrednings- och handläggningstider för lex Maria ärenden. Syfte var att säkra en hög kompetens, korta ned handläggningstiderna, höja kvalitén på händelseanalyserna och uppföljningen av beslutade åtgärder. Över tid ses att handläggningstiderna har förbättras och under 2016 var median 62 dagar (18-182 dagar).

Under 2016 är det något färre lex Maria ärenden jämfört med 2015. Hälso- och sjukvården har anmält 51 ärenden och av dessa är Folktandvård inblandad i två ärenden.



Källa: Egen uppföljning

Närsjukvården har flest antal ärenden. Försenad/missad diagnos är den vanligast förekommande bakomliggande orsaken följt av fallskador. Suicid har minskat kraftigt från 23 föregående år till 11 stycken 2016. Alla suicid ska anmälas enligt lex Maria där patienten haft kontakt med vården inom 4 veckor.



Källa: Egen uppföljning

Händelseanalyser

Enskilda ärenden IVO och Patientnämndsärenden ska i första hand hanteras lokalt i verksamheten och handläggas i avvikelssystemet. Verksamhetschefen ansvarar för att ge uppdrag om utredning/händelseanalys och eller ta kontakt med lex Maria ansvarig läkare för bedömning om anmälan enligt lex Maria. Till de flesta lex Maria anmälningar finns en händelseanalys i utredningsmaterialet. Landstinget har under 2016 anslutit sig till det nationella IT-stödet för händelseanalys (NITHA) som en åtgärd för att underlätta analysarbetet och höja kvalitén på analyserna.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål som kommer från patient/närstående, Patientnämnden och eller Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska hanteras enligt kvalitetledningssystemet. Klagomål omhändertas i möjligaste mån i verksamheten enligt landstingets rutiner för klagomålshantering och registreras i avvikelshanteringssystemet. När/om inte klagomålet kan lösas i verksamheten ska alltid patient/närstående informeras om att de kan vända sig till Patientnämnden. Det personliga mötet är alltid att föredra vid återkoppling till den klagande. Vid vårdskada ska vägledning ”När en skada inträffat i vården” för personalen och ”Vid skada i vården” för patienten och/eller Patientförsäkringen LÖF:s rekommendationer användas.

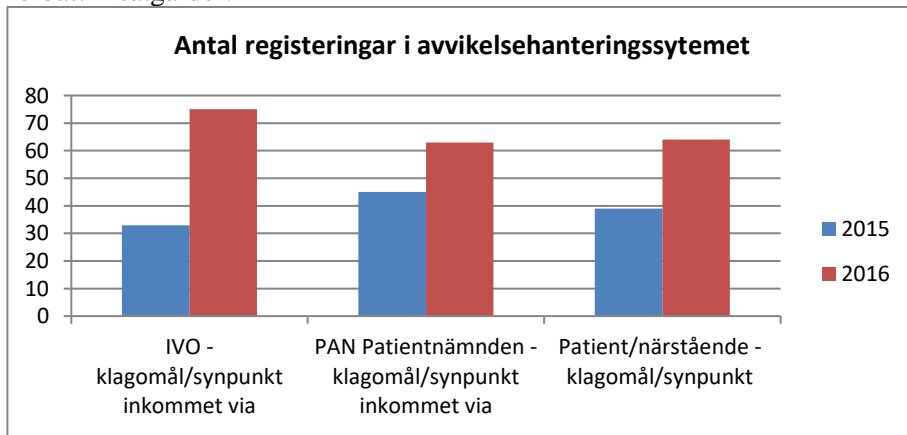
Om/när patienten lämnat sitt klagomål enligt Enskilda klagomål till IVO ska verksamhetschefen ha sådana rutiner att begärda handlingar, journaler och yttranden med mera skickas till IVO inom den tid som angetts samt att klagomålet registreras i avvikelshanteringssystemet. IVO gör sedan utredningen och beslutet skickas till berörda enheter. Klagomålet ska även registreras om en avvikelse.

Sammanställning och analys av klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

För 2016 ses en avsevärd förbättring av följsamheten till att registrera ärenden i avvikelshanteringssystemet. Det underlättar för verksamheten i handläggningen och att identifiera problemområden för att sedan vidta

förbättringsåtgärder.

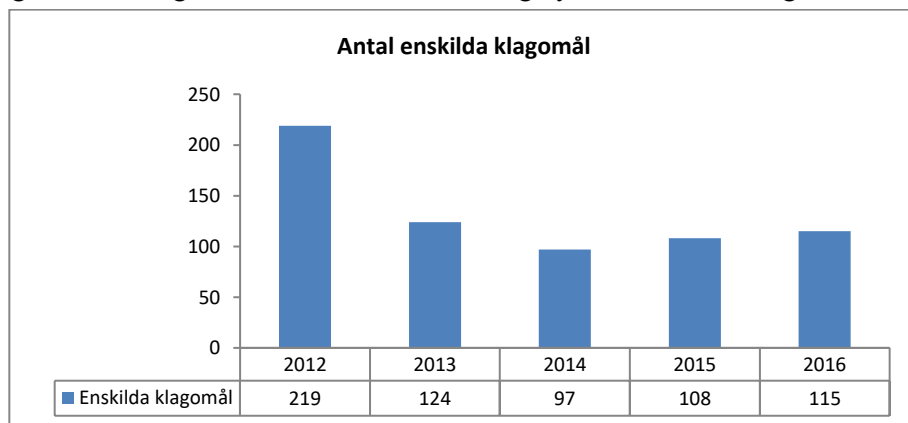


Källa: Databasen Synergi feb 2016.

Enskilda klagomål

Till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), kan patient eller närstående anmäla om de upplever brister i patientsäkerhet eller om de anser att de råkat ut för en vårdskada i samband med vård eller behandling. IVO gör en bedömning om anmälan ska utredas. En utredd anmälan kan leda till att IVO riktar kritik mot en hälsocentral, ett sjukhus, en tandläkarmottagning, eller mot hälso- och sjukvårdspersonal. IVO kan också bedöma att anmälan är så allvarlig att en tillsyn/inspektion är nödvändig.

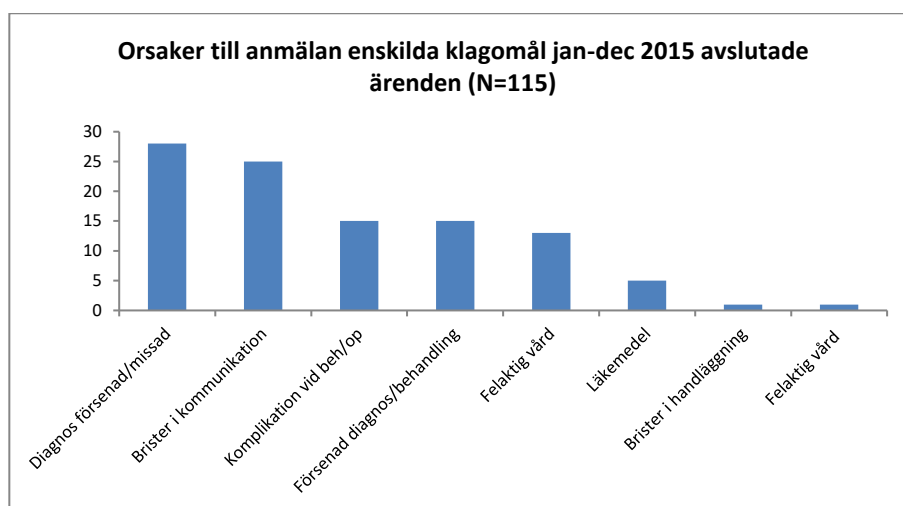
Under 2016 har landstinget handlagt 115 enskilda klagomål anmälda till IVO. Av dessa ärenden är 53 avslutade och i 25 av de avslutade ärendena har kritik riktats till landstinget och dess verksamheter. Ungefär tre till fyra ärenden har lett till att IVO öppnat ett tillsynsärende eller en inspektion. 75 procent av klagomålen är registrerade i avvikelshanteringssystemet och handlagda där.



Källa: Uppgifter från landstingets egen uppföljning 2016

Flest klagomål riktas till verksamheterna primärvård, kirurgi och psykiatri. Antalet klagomål har inte ökat markant under 2015 däremot visar trenden att andelen klagomål där kritik riktas till landstinget ökat.

Vanligaste orsaken till att patienter/närstående vänder sig till IVO med klagomål på vården är försenad eller missad diagnos följt av brister i kommunikationen och komplikationer i samband med behandlingar eller operationer.



Källa: Uppgifter från landstingets egen uppföljning

Patientnämndsärenden

Totalt sett så har patientnämnden (PaN) registrerat 814 ärenden under 2016. Samma antal ärenden ses föregående år.

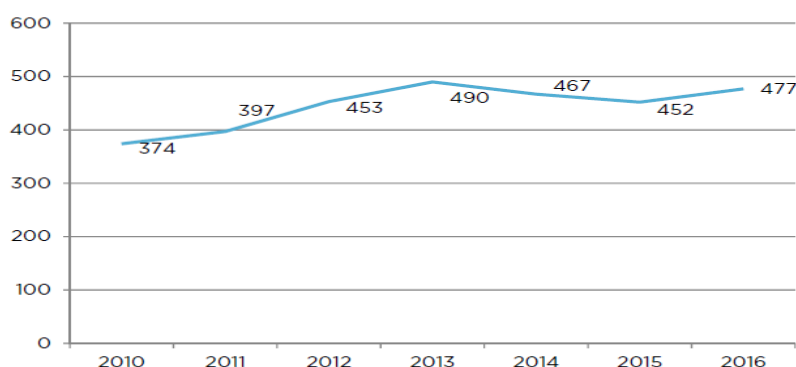
År	Kvinnor/män	Totalt
2015	57 procent kvinnor/43 procent män	714
2015	62 procent kvinnor/38 procent män	814
2016	55 procent kvinnor/45 procent män.	814

Ärenden inom division närsjukvård har ökat från 443 ärenden 2015 till 462 ärenden 2016. Framst ses ökningen inom akut omhändertagande. Psykiatri har ett minskat antal ärenden från 67 ärenden 2015 till 53 ärenden 2016. Ärenden inom division länssjukvård har minskat från 265 ärenden 2015 till 232 ärenden 2016. Framst ses minskningen inom ögonsjukvården samt inom obstetrik och gynekologi. De flesta ärenden återfinns inom områdena vård och behandling (ffa felaktig och utebliven behandling) följt av kommunikation.

Anmälningar till Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag

En skadeanmälan ska göras till Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LöF) av en patient som anser sig ha drabbats av en skada under sin vårdtid. För att få ersättning från LöF måste skadan ha gått att undvika. Antalet anmälningar till LöF är något högre 2016 jämfört med 2015.

4.1 Antal anmälningar hos LöF 2010-2016 för Region Norrbotten



Källa: Patientförsäkring LöF

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Sedan lång tid tillbaka har patientnöjdhet mätts på olika sätt och resultatet ska utgöra underlag för förbättringsarbete. Samverkan sker även med patientföreningar och genom att patienter/närstående erbjuds möjlighet att medverka vid händelseanalyser. Patienter och närstående har även under 2016 varit delaktig i den övergripande riskanalysen som genomförts avseende strukturella förändringar i länet.

Öka patient- och närståendemedverkan

Patient- och brukarmedverkan

I Norrbotten finns sedan 2015 en länsgemensam strategi för patient- och brukarmedverkan. Med strategin som grund har en arbetsgrupp utformat en handlingsplan under 2016. Arbetsgruppen har bestått av tjänstemän från landstinget och Norrbottens Kommuner samt fem representanter från patient-/brukarorganisationer. En workshop med deltagare från olika patient- och brukarorganisationer har genomförts som en del i arbetsprocessen. Handlingsplanen är ett sammantaget resultat och gäller för landstinget och socialtjänsten i Norrbottens län.



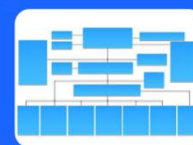
Individnivå - varje möte med varje individ

Patient/brukare ska vara välinformerade utifrån sina förutsättningar och ha inflytande över vård, behandling, stöd och andra insatser



Verksamhetsnivå – sjukhus, hälsocentral, klinik, avdelning

Medverkan i utvecklingen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten exempelvis vid process- och utvecklingsarbeten, händelseanalyser eller brukarrevisioner



Systemnivå – landstingsövergripande, divisioner

Medverkan i ledning och styrning av organisationen som helhet innebär delaktighet på övergripande nivå

Den 10 november 2016 genomfördes en heldagskonferens ”Patient- och brukarmedverkan – en oupptäckt resurs!”. 120 deltagare kom från landstingets och kommunernas verksamheter, tjänstemän, chefer, politiker, patient- och brukarorganisationer. I programmet ingick en kort presentation av handlingsplanens innehåll men framförallt låg fokus på att olika företrädare från verksamheter och patientorganisationer presenterade olika exempel på patient- och brukarmedverkan med syfte att sprida kunskap och inspirera.

Etik och bemötandefrågor

Det övergripande syftet med etikarbetet inom Norrbottens läns landsting är att stärka patientens ställning. Etikarbetet baseras på den etiska plattformen för hälso- och sjukvården, nationella och internationella grundläggande etiska dokument, sjukvårdens lagar och Socialstyrelsens föreskrifter.

Etikombud finns sedan 2012 och nu finns det 150 stycken etikombud i länet. De erhåller fortlöpande utbildning i vårdetik samt har regelbundna nätverksträffar. Med sin kunskap och kompetens kan de på ett systematiskt sätt identifiera, analysera och lyfta fram etiska frågeställningar och etiska problem på sin arbetsplats. De underlättar värdegrundsarbetet och höjer den etiska

medvetenheten och kompetensen hos sina kollegor, och därmed höjs även patientsäkerheten i svåra etiska situationer.

För att ytterligare skapa tydliga och hållbara strukturer för etikarbetet beslutade regionstyrelsen 2013 att ett etiskt råd skulle införas vid Region Norrbotten. Genom det etiska rådet säkras att det etiska arbetet hålls levande, integreras i vardagsarbetet och förstärks systematiskt över tid. Det etiska rådet är tvärprofessionellt och representerar olika verksamheter och olika geografiska områden inom region Norrbotten. Sjukhuskyrkan och Luleå tekniska universitet är även representerade. Det etiska rådet består av en ordförande, en sekreterare och 12 ledamöter. Exempel på aktiviteter är utbildning av etikombud och etikutbildning för ST-läkare, riktade seminarier, planerade och akuta etikrönder ute i verksamheterna samt utförande av etisk analys vilket är en strategi och ett redskap för hur avvägningar kan göras när det finns konflikter mellan olika intressen eller värden.

1177 vårdguiden på telefon

En strategi för invånartjänster i landstinget är beslutad av landstingsstyrelsen i oktober 2015. Fyra prioriterade områden har identifierats: arbetssätt, tjänsteutbud, organisation och kommunikation. En handlingsplan med aktiviteter för att nå målen i de prioriterade områdena är under framtagande. Viktiga förbättringsområden är att utveckla och anpassa arbetssätt och rutiner, öka kännedom och kunskap om möjligheterna med e-tjänster/invånartjänster hos medarbetare, förtydliga roller och ansvar. Under året har informationsinsatser genomförts externt för att öka kännedomen om 1177 hos befolkningen.

Journal via nätet

Införandeprojektet ”Journal via nätet” anslöt VAS till tjänsten ”Journalen” för den enskildes direktåtkomst till journalanteckningar och vårdkontakter i början av juni. Utöver vårdkontakter och journalanteckningar visas sedan april information om vaccinationer från vaccinationsregistret Svevac. Införandeprojektet avslutades sista juni 2016 och övergick i förvaltning. Från och med månadsskiftet oktober/november visas även läkemedelslistan i VAS via ”Journalen”.

Det återstår dock ett omfattande arbete med att tillgängliggöra mer informationsmängder för att möta det nationellt överenskomna ramverket för enskilds direktåtkomst. Målbilden är att vid utgången av år 2020 har alla invånare tillgång till all elektronisk information om sig själv. En handlingsplan för att tillgängliggöra fler informationsmängder samt visa information från idag undantagna verksamheter är under framtagande.

I dagsläget har ca 22 000 norrbottningar loggat in i e-tjänsterna på 1177 för att ta del av sin journalinformation via tjänsten. Det finns ett stort behov av kommunikationsinsatser både internt och externt för att öka kännedomen om Journal via nätet.

Webbtidbok

För närvarande pågår pilotprojekt för webbtidbok på två hälsocentraler i länet; Stadsviken och Övertorneå. Ytterligare en hälsocentral, Mjölkudden, ansluter inom kort till pilotprojektet. Projektet planeras pågå till och med mars 2017 för att sedan utvärderas. Projektets resultat kommer att ligga till grund för ett beslut om breddinförande.

Stöd och behandling

Ett pilotprojekt för anslutning till den nationella plattformen för internetbaserad stöd och behandling har startat. Projektet kommer att genomföras under våren 2017 och bygger på ett webbaserat beteendeförändringsprogram för aktivitet i kombination med multimodal rehabilitering vid långvarig smärta.

Styrgrupp för invånartjänster

En handlingsplan för området har tagits fram och beslutats. Ett basutbud av obligatoriska e-tjänster har beslutats och ska vara infört under år 2017. Invånartjänster ger förutsättningar till ökad delaktighet och medskapande i vården och bättre överblick över vårdprocesserna. Invånartjänsterna förbättrar också tillgängligheten till vården, och stödjer dessutom valfrihet och flexibilitet i invånarnas val av vårdgivare. Användandet av invånartjänster ökar stadigt men ligger lägre än i riket. I dagsläget har 26 % av norrbottningarna loggat in i e-tjänsterna på 1177 jämfört med 32 % i riket. Det nationella målet är 50 procent. För att öka användandet finns behov av att bygga kunskap om e-tjänster hos medarbetare (medarbetare som ambassadörer), se över beställningarna inom vårdvalet inklusive ersättningssystem.

Tolkning på distans för hörselskadade

Tolkcentralen erbjuder skrivtolkning på distans vid besök inom sjukvården. Skrivtolken hör det som sägs i rummet och skriver det simultant under samtalet samtidigt som patienten tar del av (läser) det som sägs på en läsplatta. Tolken sitter på annan ort, ex i Luleå och texten skickas via Lanstingets videokonferenssystem, RPD, till ex Kiruna där patienten befinner sig. Läsplattor ska finnas på sjukhusen i länet och på sikt även på alla vårdinrättningar där tolkbehov finns.

Exempel från verksamheten;

- Ob/Gyn har som mål att ändra rondstruktur och rapportering under 2016. Målet är att allt görs tillsammans med patienten för att undvika att missförstånd eller att felaktigheter. I detta ingår Patientinformation (PINF) som vi ger till patienten vid hemgång med en sammanfattning av vården.
- Folk tandvården; Under slutet av 2015 och första halvåret 2016 har samtliga verksamhetsområden veckovis rapporterat till divisionsstaben, som därefter sammanställt övergripande rapport till NLL's asylsamordnare, kring läget för asyl tandvården i länet för att på bästa sätt stötta i och samordna tandvården för asylsökande. Sin.
- Service; Kvalitetssamordnare har utbildats till patientsäkerhetssamordnare inom närsjukvården. All vårdpersonal har genomgått en utbildning med teoretiskt och praktiskt prov som gett ett MT körkort.
- Största risken för patientsäkerheten är den stora arbetsmängd/uppdrag som PV har idag. Enhetschefen har gått patientsäkerhetsutbildningen, vilken är ett steg i att förbättra arbetet inom området på HC. Uppmanar och stödjer medarbetarna i att skriva avvikelser i Synergi

Min guide till säker vård, framtaget av Socialstyrelsen, ska erbjudas till patienter med stort vårdbehov. Den ger patienten information och ska underlätta för patient/närstående i mötet med hälso- och sjukvården. Information och spridning av materialet har skett men ingen uppföljning av utbredningen av användandet är genomfört.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått

Stramagruppen, Smittskydd och Vårdhygien och förvaltningsgruppen för Synergi arbetar systematiskt med information, utbildning, uppföljning och stöd till verksamheten.

Genomförda utbildningsinsatser

- Patientsäkerhetsutbildning – grundläggand utbildning och patientsäkerhetsutbildning i åtta steg. Utbildningen omfatta hela landstinget sedan hösten 2016 och bedrivs nu på övergripande nivå.
- Markörbaserad journalgranskning – utbildning för granskningsteam inom barn.
- Ett nationellt nätverk inom Medicinsk Teknik har bildats. Nätverkets medlemmar arbetar med avvikelshantering, riskhantering och

medicintekniska säkerhetsfrågor generellt eller motsvarande inom respektive sjukhus, landsting eller region.

- Region Norrbotten, Länsteknik deltar med en representant. Arbetsgruppen har tagit fram en vägledning för avvikelshantering för medicintekniska produkter som skulle kunna användas inom Sverige
- Palliativ webb-utbildning – mål att alla på vårdavdelningen ska genomgå denna.
- Vårdprevention och riskbedömning enligt Senor Alert till sommarvikarier
- Förstärkt utskrivning
- Trygg hemma
- Synergi – avvikelshanteringssystemet
- Samtliga nyanställda genomgår under de två första åren en traineoutbildning inom folktandvården. Vid första utbildningstillfället är patientsäkerhet och avvikelser ett huvudtema. De sex filmerna rörande ”Grundläggande patientsäkerhetsutbildning för Folktandvården” ingår som en obligatorisk del i introduktionen av nyanställda och ansvarig chef ska verifiera att den anställde genomgått utbildningen via särskild checklista.
- VIS-utbildningar
- Etiska ombud på enheterna
- Enligt processplan för återkommande aktiviteter utbildat AT läkare, T6 och T7 medicinstuderande i basala hygienrutiner, blodsmitta och preoperativ handhygien
- Enligt processplan för återkommande aktiviteter utbildat servicepersonal inom vårdnära service (Kalix och Sunderby sjukhus) och lokalvårdare i länet i basala hygienrutiner, rengöring och desinfektion vid känd smitta och risker för smittspridning
- Genomfört riktade akuta föreläsningar till vårdpersonal vid särskilda patientfall med risk för smittspridning (smittsam TBC och multiresistenta bakterier såsom MRSA och ESBL – Carba)
- Föreläst till personal inom slutenvården, tandvården och kommunala boenden om basala hygienrutiner, smitta och smittspridning, multiresistenta bakterier, vinterkräksjuka, influensa, rengöring och desinfektion av vårdmiljö och gods.

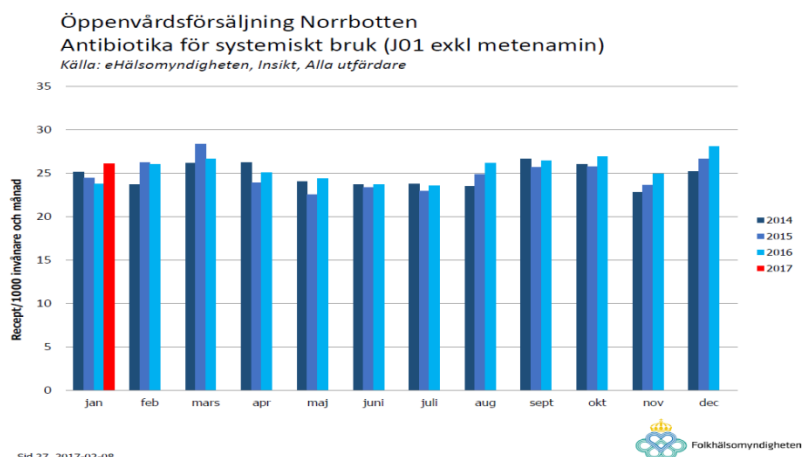
Nätverksträffar

- Hygienobservatörer
- Markörbaserad journalgranskning
- Vårdrelaterade urinvägsinfektioner

Processmått

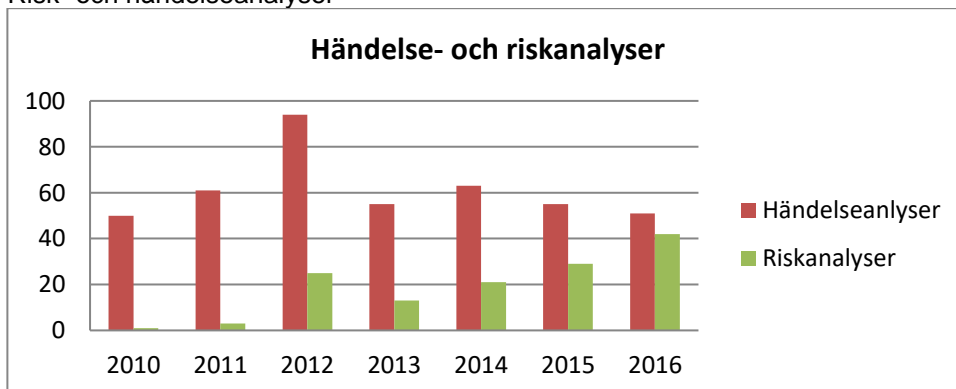
Antibiotikaförskrivningen

Antibiotikaanvändningen i länets öppenvård har mellan 2015 – 2016 ökat med 3 % räknat i recept per 1000 invånare. Antibiotikaförbrukningen i slutenvården är i princip oförändrad, det noteras en minskning med 0,16 % räknat i definierade dygnsdoser per producerat vårddygn. Landstingets mål för antibiotikaanvändandet i öppen- och slutenvård har inte uppnåtts vare sig kvantitativt eller kvalitativt.

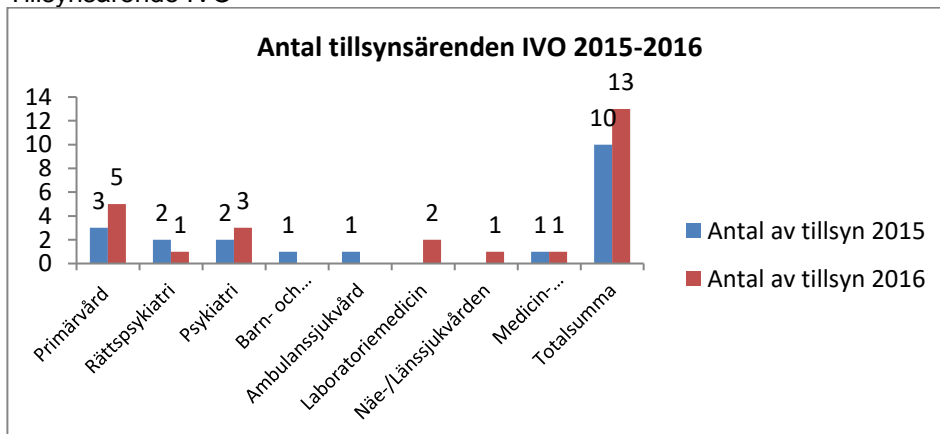


Källa: Folkhälsomyndigheten 2016

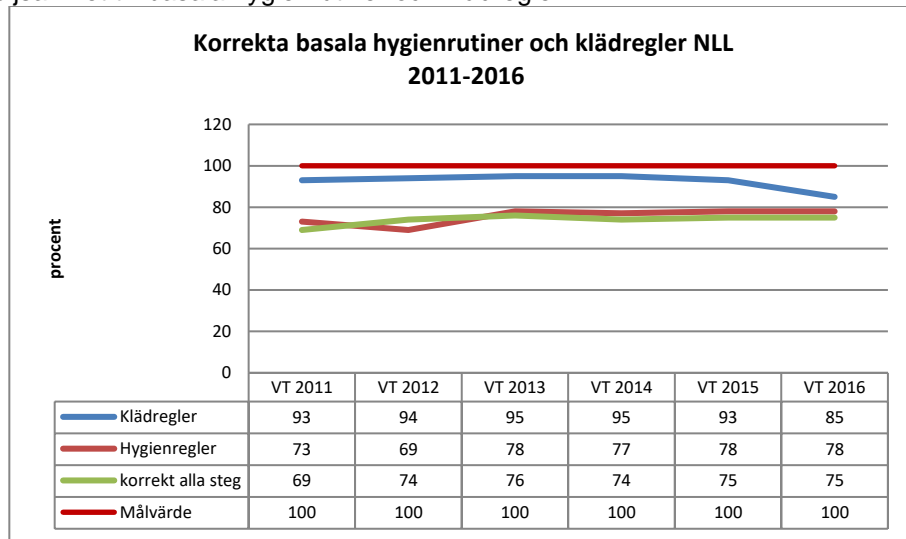
Risk- och händelseanalyser



Tillsynsärende IVO



Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler



Källa: PPM-databasen BHK 2016

Vårdrelaterade urinvägsinfektioner (VUVI)

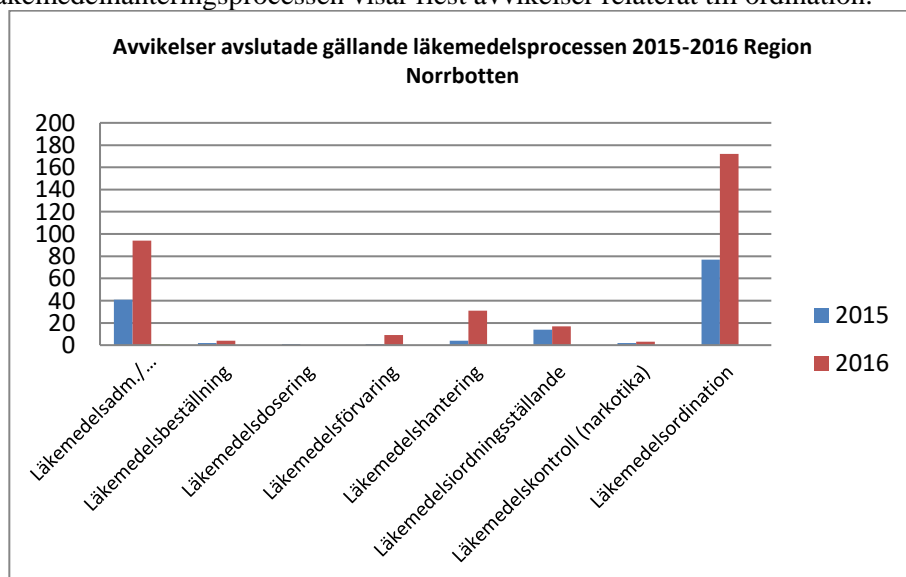
	Andel KAD vid uppstart	Andel KAD dec 2015	Andel KAD dec 2016	Andel VUVI 2013	Andel VUVI 2015	Andel VUVI 2016
Div. Länssjukvård	24 %	11 %	10 %	4 %	1 %	1 %
Div. Närsjukvård	24 %	23 %	21 %	5 %	2 %	2 %

Läkemedel

Landstingets riktlinjer om läkemedelsberättelse och aktuell läkemedelslista till patient vid utskrivning följs i större utsträckning.

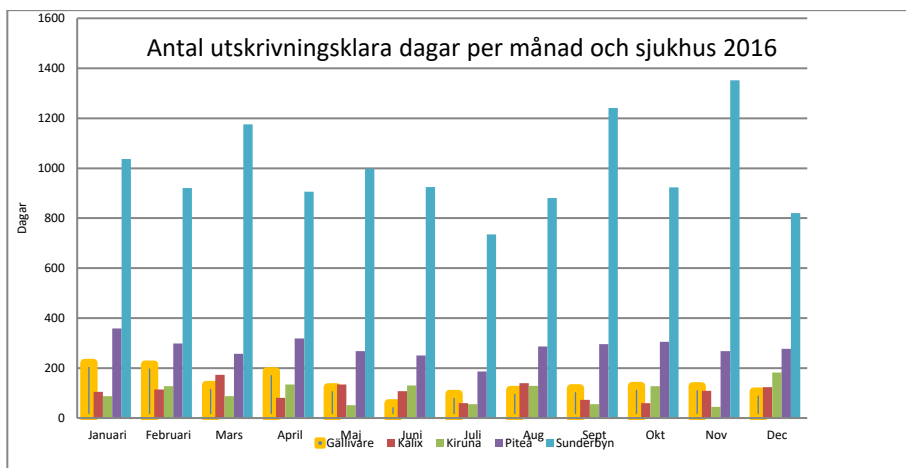
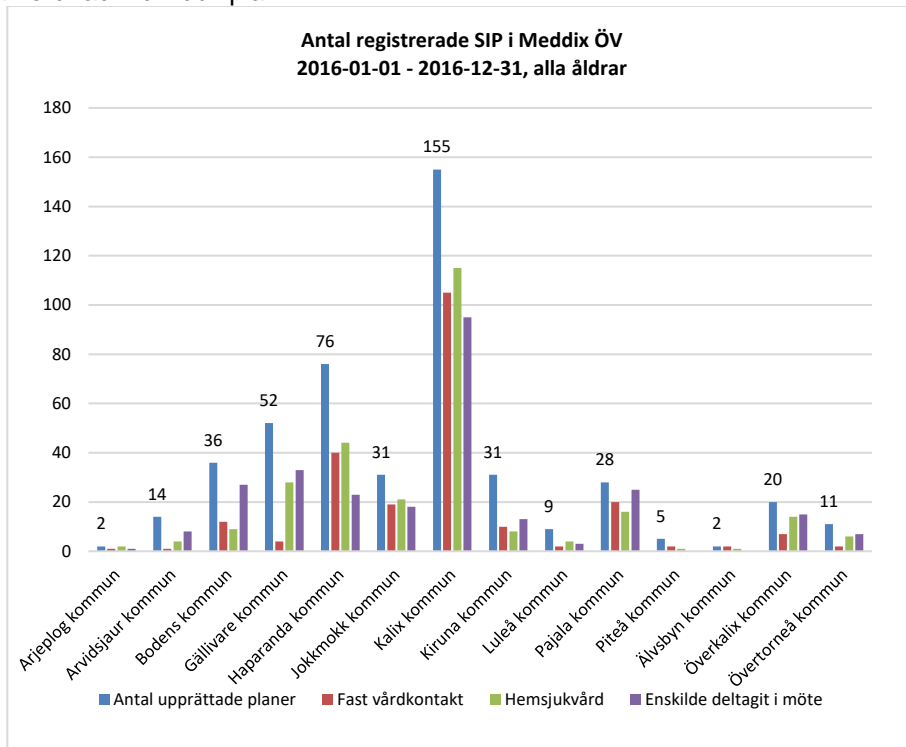
År	Andel läkemedelsberättelser i journalsystemet kopplat till utskrivning från vårdenheten.
2015	47 %
2016	50 %

Läkemedelhanteringsprocessen visar flest avvikelser relaterat till ordination.

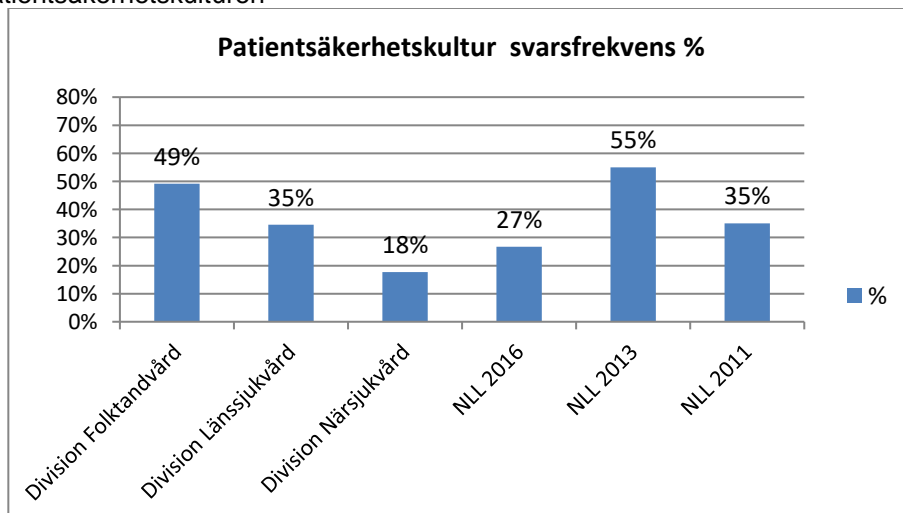


Källa: Databasen Synergi feb 2016

Samordnad individuell plan



Patientsäkerhetskulturen

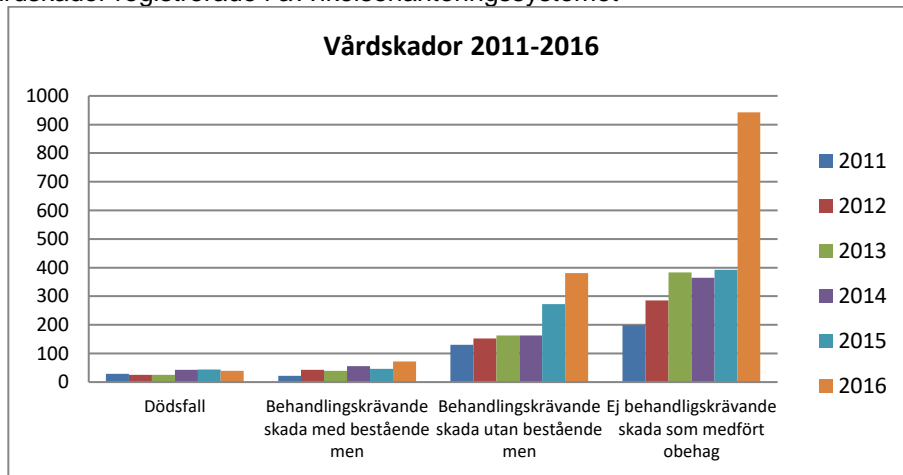


Källa: Egen uppföljning feb 2016

Tyvärr var svarsfrekvensen låg och det är ett problem vid ett flertal enkäter. Endast 16,7 procent var svarsfrekvens inom primärvården. Detta ger ett osäkert resultat, en trolig orsak för denna enkät är att mätperioden var endast en månad och under december med många lediga dagar.

Resultatmätt

Vårdskador registrerade i avvikelshanteringssystemet



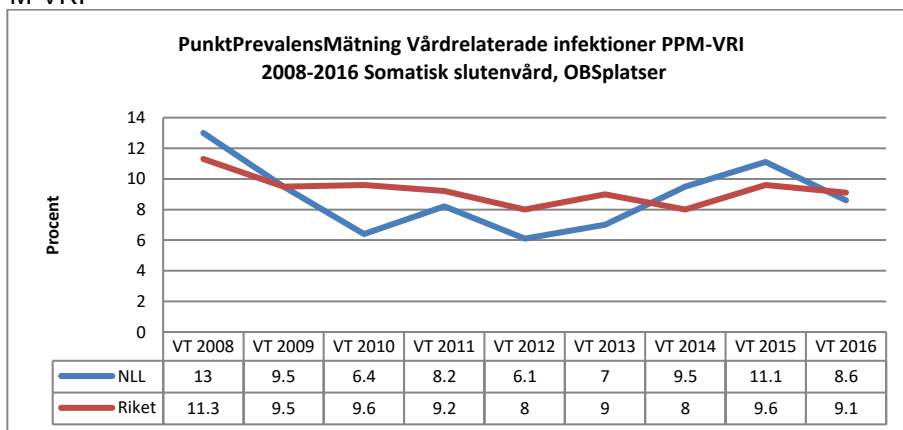
Källa: Databasen Synergi feb 2016

De tio vanligaste förekommande avvikelserna 2016

Händelse / iakttagelse	2015	2016
Vård- och behandling	801	1582
Labrelaterat	248	883
Information/kommunikation	331	536
Övrig händelse/ iakttagelse	352	464
Administration	245	457
Läkemedel	334	451
Fall	324	393
Vårdplanering	111	288
Samverkan mellan enheter	94	230
Utrustning/produkt	95	196

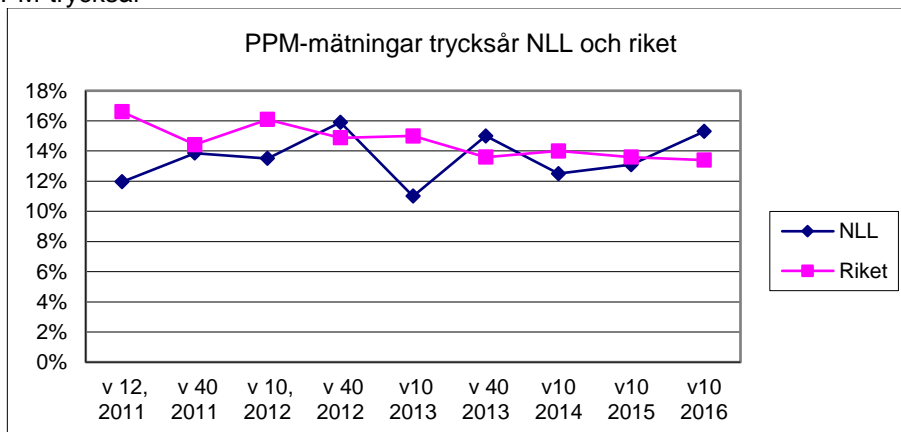
Källa: Synergi feb 2016

PPM-VRI



Källa: PPM-databas VRI 2016

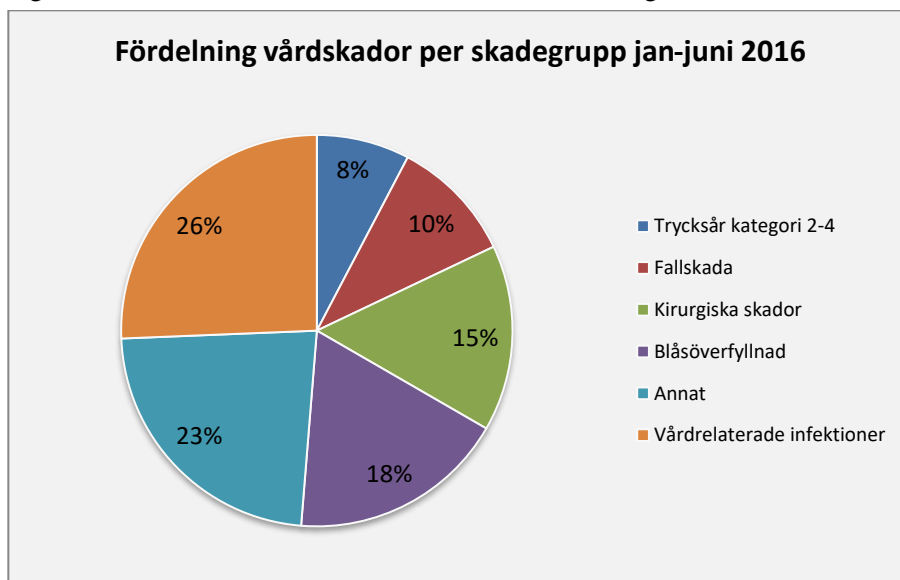
PPM-trycksår



Källa: PPM-databasen trycksår 2016

Markörbaserad journalgranskning

Andelen vårdskador av totalt 418 granskade vårdtillfällen under januari till juni 2015, var 7,2 procent. Trenden visar att vårdskadorna i länet minskar totalt och andelen vårdrelaterade infektioner, trycksår och läkemedelsrelaterade vårdskador minskar också. Trots allt är ändå vårdrelaterade infektioner den vanligast förekommande vårdskadan. Däremot ökar kirurgiska skador och fall.



Källa: Databasen Signe 2016

Patientsäkerhetskulturen

Mätningen genomfördes i egen regi. En webbenkät skickades ut till medarbetarna med fokus på de frågor som var prioriterade vid föregående mätning (tabell 1) och som utgjorde underlag till handlingsplanen. Sedan har delar av medarbetarenkätens svar använts för de frågor som går att sammanföra med patientsäkerhetskulturförfrågorna (tabell 2). Dimensioner med ett index på 70 eller högre uppfattas som väl fungerande av medarbetarna. Utfall mellan 51 och 69 anger att förbättringar kan vara aktuella men att de sannolikt har lägre prioritet än utfall på nivå 50 eller lägre anses av medarbetarna fungera otillfredsställande och ska leda till åtgärder.

Värdet har förbättrats för dimensionen ”Benägenhet att rapportera avvikelser” som har ökat 25 enheter till 67, vilket bekräftas även i statistik från Risk och avvikelshanterings system ”Synergi”. Återföring och kommunikation kring avvikelser” har ökat med 10 enheter till 68 och speglar de utbildningsinstaserna inom avvikelshandlingen som görs. Vid de tidigare enkäterna frågades om

”högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete” och i svaren framgick att man såg allt från landstingsråden till enhetschef som högsta ledning. Därför har frågan delats upp i två frågor, högsta ledning och den verksamhetsnära ledningens stöd.

Högsta ledningens stöd ökade med 5 enheter till 47 procent och verksamhetsnära ledning fick 55 procent i årets uppföljning. Uppfattningen att verksamhetsnära chefen har ett engagemang i patientsäkerhetsfrågor kan vara bland annat de ovan nämnda utbildningarna

Tabell 1 – Uppföljning av prioriterade områden och handlingsplan

Dimensionerna	2011	2013	2016
Benägenhet att rapportera Händelser	47	42	67
Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete	41	42	47
Den verksamhetsnära lednings stöd till patientsäkerhetsarbete			55
Återföring och kommunikation kring avvikelser	72	58	68
Självskattad patientsäkerhetsnivå	56	55	73
Arbetsbelastning och personaltäthet/MAU* ³ tillräcklig tid, Inga fysiska besvär, inga besvär av stress	50	46	66,3
Samarbete inom vårdenheten/MAU- samarbete mellan yrkesgrupper, Samarbete uppnå mål, Samarbete över gränser	77	76	79
Öppenhet i kommunikation/MAU- Öppet klimat, Alla medarbetare lika viktiga, Respekt varandras lika värde	74	63	74

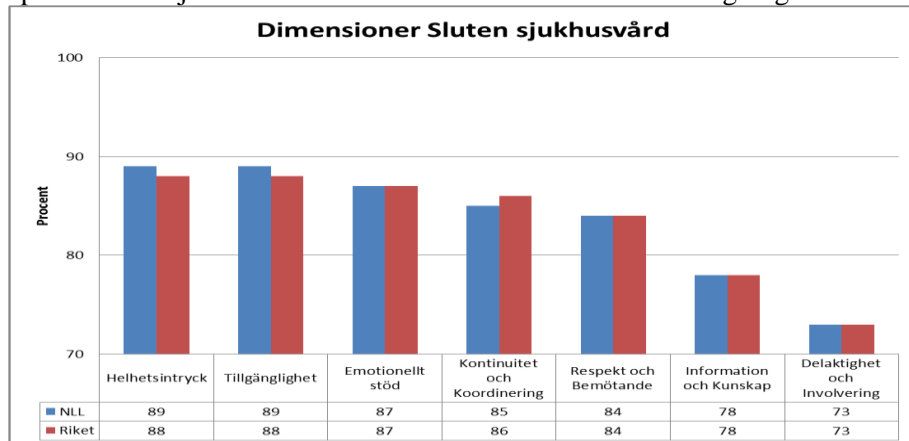
Tabell 2 – Uppföljning övriga frågor

Dimensionerna	2011	2013	2016
Sammantagen säkerhetsmedvetenhet	64	42	
Lärande organisation/ MAU kompetens hur mitt arbete bidrar till mål, utvecklar verksamheten, kompetensutveckling, söker aktivt information	59	54	77
En icke straff och skuldbeläggande kultur	58	62	
Överlämningar och överföringar av patienter och information	50	53	
Information och stöd till patient vid negativ händelse	55	66	
Information och stöd till personal vid negativ händelse	58	61	56

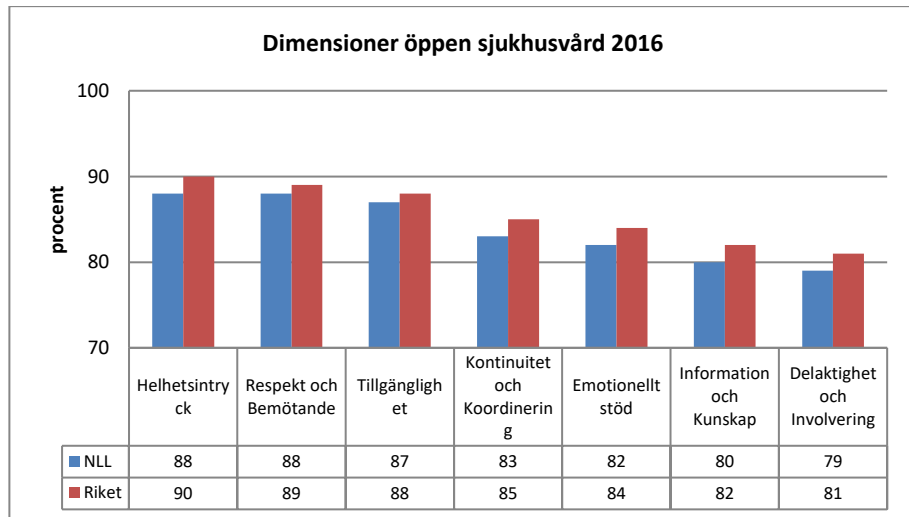
³ MedArbeterUndersökningen

Nationella patientenkäten

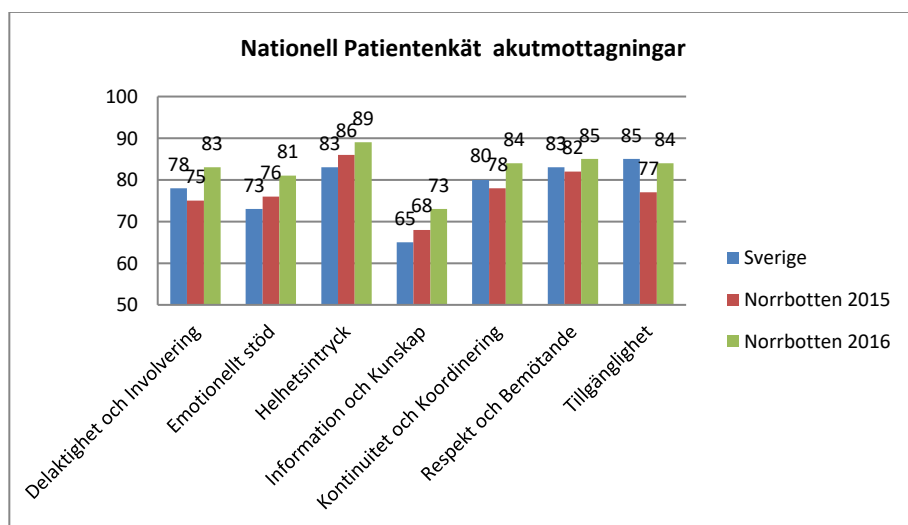
Under våren 2016 har mätningar genomförts inom sluten och öppen specialiserad sjukhusvård samt under hösten inom akutmottagningarna.



Källa; Nationell databas



Källa; Nationell databas



Källa; Nationell databas

Måluppfyllelse

En säker och kunskapsstyrd verksamhet	Verksamheterna har identifierade och dokumenterade huvudprocesser.	Antal dokumenterade processer samt målsatta enligt värkompassen	Öka	Närsjv Länssjv	▲ ▲	→ →
	Avvikelse och händelser ska fångas och användas strukturerat för att upptäcka, analysera och förebygga risker samt åtgärda brister i verksamheten.	Andel läkemedelsberättelser för patienter 75 + per tertial	70%	K M	■ ■	↑ ↑
	Patientsäkerhetsarbetet präglas av ett riskförebyggande förhållningssätt.	Andel undvikbara vårdskador	Mindre än 5%	7,2	▼	→

Övergripande mål och strategier för kommande år

Enligt regionstyrelsens plan för Region Norrbotten ska vårdskadorna halveras.

Målet är;

- 2017 – vårdskador under 5 procent
- 2019 – vårdskador under 3 procent

Arbetet utgår ifrån regionens patientsäkerhetsstrategi och handlingsplanen för patientsäkerhetsarbete. Framgångsfaktor är ett systematiskt arbete inom de strategiska områdena.



- Målet är att alla verksamheter i regionen ska genomföra följsamhetsmätningar och använda resultatet för förbättringsåtgärder.
- Andelen VRI ska visa ett lägre resultat jämfört med 2015 års mätning.
- Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler ska vara 100 procent
- Fortsatt arbete med kvalitetssäkring av Infektionsverket med målet att bygga en struktur för användandet.
- Fortsatt arbete med åtgärder för att höja patientsäkerhetskulturen utifrån resultat av mätningen december 2016.
- 100 procent av patienter över 70 år och på dem som är sängliggande/rullstolsburna/sittande en stor del av dygnet eller av annan anledning har ökad trycksårskan, ska en dokumenterad riskbedömning vara gjord inom 24 timmar efter inläggning.
- För 100 procent av patienter med risk för trycksår ska minst två relevanta och dokumenterade förebyggande åtgärder vara insatta.
- Handläggningstider för utredningar av lex Maria och avvikelser ska ske inom tidsramarna.
- Fortsatt implementering av det Nationella IT-stödet för händelseanalys (NITHA) i syfte att förbättra kvalitén och lärandet av händelseanalyser
- Brister i avvikelshanteringsprocessen ska identifieras och åtgärdas.

-
- Förbättrad uppföljning av klagomål, synpunkter och lex Maria ärenden.
 - Fortsatt arbete för rätt nivå på antibiotikaföreskrivning genom behandlingsrekommendationer och uppföljning på förskrivarnivå.
 - Kunskap och kompetens inom patientsäkerhet ska förbättras på alla nivåer inom landstinget
 - Landstinget kommer att arbeta aktivt med ”Tillgängliga samordnade individuella planer” i samverkan med Kommunförbundet Norrbotten,
 - ta fram nya arbetssätt för upprättande av samordnade individuella planer
 - anpassa till ny lagstiftning
 - implementera tjänster för överföring av information mellan IT-stöd
 - implementera tjänster för meddelandefunktioner mellan IT-stöd (SMS-notifieringar)
 - tillgängliggöra planerna för patient och närstående via 1177.se
 - Fortsatt utveckling av patientsäkerhetsutbildningen under 2017.
 - Utbildningsinsatser inriktade på
 - suicidprevention.
 - Markörbaserad journalgranskning
 - Riskanalys
 - Händelseanalys