

Patientsäkerhetsberättelse Region Norrbotten 2018



Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Inledning.....	5
Struktur	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	10
Patienters och närståendes delaktighet	13
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	16
Klagomål och synpunkter.....	17
Egenkontroll	17
Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	20
Riskanalys.....	30
Utredning av händelser - vårdskador.....	31
Informationssäkerhet	32
Efterlevnad	32
Resultat och analys	33
Egenkontroll	33
Avvikelser.....	39
Klagomål och synpunkter.....	42
Händelser och vårdskador	44
Riskanalys.....	51
Mål och strategier för kommande år	52

Bilaga 1

Strålsäkerhet	1
Syfte.....	1
Ansvar.....	1
Huvudsakliga aktiviteter under verksamhetsåret.....	1
Uppföljning och analys av strålsäkerhetsarbetet	1
Basalt strålskydd – Graviditet, gonadskydd och kompression (GGK)...	1
Långa genomlysningstider för PCI.....	2
Avvikande genomlysningstider operation	2
Diagnostiska standardnivåer - mammografiscreening	2
Oplanerade händelser	3

Kompetens.....	3
Identifierade risker.....	3
Planerade aktiviteter 2019 för att stärka Strålsäkerheten	3
Sammanfattning.....	4

Sammanfattning

Andelen patienter som drabbas av en eller flera vårdskador har minskat jämfört med tidigare år och ligger på 7,3 procent men målet för regionen under sju procent nåddes inte. De största vårdskadeområdena i Norrbotten inom somatisk slutenvård är vårdrelaterade infektioner (VRI), blåsöverflynnad och trycksår. Patienter som drabbas av en VRI har minskat både i nationella mätningar och i journalgranskningen. Däremot har andelen trycksår ökat. De patienter som drabbas av en vårdskada vårdas i genomsnitt sex extra vårddygn jämfört med patienter som inte drabbas av vårdskada. Urinvägsinfektion är den vanligaste VRI följt av lunginflammation. Behandling med kateter i urinblåsan orsakar 80 procent av de vårdrelaterade urinvägsinfektionerna. I jämförelse med riket har Norrbotten en hög andel urinkateterbärare och patienter med infarter i centrala blodkärl, vilket är kända riskfaktorer för en VRI. En viktig del i arbetet med att minska VRI är att förebygga och tidigt identifiera patienter med risk för VRI. En del i det förebyggande arbetet är hög följsamhet till kläd- och hygienföreskriften. I vårens nationella mätningar ses att följsamheten sjunker från 75 procent till 70 procent. Förutom att regionen deltar i de nationella mätningarna så mäts följsamheten varje månad och presenteras på regionens uppföljningsportal. Där har noterats ett sjunkande deltagande i mätningarna.

Inom sluten och öppen allmänpsykiatrisk vård har regionen från och med 2017 påbörjat granskning av journaler enligt en anpassad metod. Resultatet visar att upp till 50 procent av patienterna drabbas av vårdskador. Män hade den högsta andelen skador. Inom öppenvården var den största skadetyper förlängt sjukdomsförlopp. Inom slutenvården psykisk skada. En stor del av alla granskade journaler hade en eller flera kvalitetsbristmarkörer som indikerade bristande följsamhet till nationella och lokala riktlinjer. Den vanligaste kvalitetsbristmarkören var avsaknad av vårdplan och avsaknad av riskbedömningar relaterade till risk för självmord.

Under 2019 kommer regionen att ta fram en plan för hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska bedrivas med en struktur för egenkontroll. Arbetet med att utveckla handläggningen av klagomål och synpunkter via webben i särskilt formulär kopplat till IT-stödet för avvikelshantering, kommer att fortsätta implementeras. Det strategiska patientsäkerhetsarbetet fokusera mot ett ökat proaktivt arbetssätt för att kunna erbjuda patienterna en god och säker vård.

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen för Region Norrbotten sammanställs utifrån de resultatuppföljningar och egenkontroller som ingår i ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbete och bygger på föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Underlag till regionens övergripande patientsäkerhetsberättelse utgörs av divisionernas patientsäkerhetsberättelser och redogörelser från områdesansvariga för aktiviteter kopplade till patientsäkerhetsområdet. Regionens patientsäkerhetsberättelse inkluderad även informationssäkerhet och från 2018 är lagkravet att strålsäkerhet ska redovisa det systematiska stålsäkerhetsarbetet, vilket redovisas separat i bilaga 1.

Struktur

Övergripande mål och strategier

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

Region Norrbottens vision är ”Tillsammans för Norrbotten – Bästa livet, bästa hälsan”.

Det strategiska målet 2018 för perspektivet verksamhet är; *En effektiv verksamhet med god kvalitet*”.

Skador, vårdskador och risker ska identifieras och analyseras för att möjliggöra ett lärande i hela organisationen. Medborgaren som patient, kund, anställd och närstående har kunskaper och erfarenheter som ska tas till vara i verksamheten.

En hög säkerhetskultur och ett förebyggande arbetssätt genomsyrar verksamheten. Säker vård innebär att patienten ska få en vård utan vårdskador och inte drabbas av onödigt lidande som orsakas av hälso-, sjuk- och tandvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd.

Verksamhetsmodellen

Verksamhetsmodell för Region Norrbotten är framtagen 2017. Den är till för cheferna och medarbetare för att utveckla verksamheten. Verksamhetsmodellen ska visa regionens gemensamma färdriktning.



Mål

Andelen vårdskador¹ ska ligga under 7 procent.

Patientsäkerhetsarbetet ska präglas av regionens grundläggande värderingar. 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.

Aktiviteter i handlingsplanen för patientsäkerhet utgår från regionens styrdokument och från identifierade brister och risker i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Område	Mål	Mål	Mål
Övergripande mål 2018: Andelen vårdskador ska ligga under 7 procent			
Ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbete	Alla Lex Maria, Enskildas klagomål och PaN-ärenden registreras som en avvikelse.	Handläggningstider för utredningar enligt Lex Maria ska hållas (2 månader) och kvalitén för händelseanalyser förbättras.	Fortsatt införande och utveckling av Nationellt IT-stöd för Händelseanalys (NITHA).
Patientsäkerhetskulturen.	Regionen ska delta i patientsäkerhetskulturmätning och arbeta aktivt med resultatet inom de områdena med lågt index.	Höja svarsfrekvensen i mätningarna. Öka avvikelserapporteringen. Högsta ledningens stöd ska förbättras.	Upplevelsen av att arbetsbelastningen och personaltätheten ska utvecklas i positiv riktning. Ökad användning lämpliga verktyg i kommunikations och informationsöverföring.

¹ Vårdskada definieras enligt patientsäkerhetslagen (2010: 659) som "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården". En vårdskada kan uppstå på grund av den vård och behandling som patienten fått men också av att patienten inte har fått den vård som behövs.

Område	Mål	Mål	Mål
Patient/närstående medverkan	Patient/närstående medverkan ska öka. Synpunkter/klagomål från patient/närstående ska tas tillvara i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.	Patient/närstående medverkan i risk- och händelseanalyser.	Patient/närstående medverkan i utformning av information till patienter och närstående.
Vårdrelaterade infektioner (VRI)	Andelen vårdrelaterade infektioner (VRI) ska vara < 5 procent.	Följsamhet till hygienföreskrifter ska vara 100 procent. Förbättra följsamheten till månads- mätningarna	Antibiotikaföreskrivningen i öppen och slutenvård ska minska.
Trycksår	Andelen trycksår ska halveras	Minst 90 procent av patienter över 70 år ska ha en dokumenterad riskbedömning gjord inom 24 timmar efter inläggning.	100 procent av riskpatienter ska ha minst två förebyggande åtgärder insatta.
Vårdpreventivt arbete	SKLs åtgärds paket ska användas för att förebygga vårdskador.	Risker för vårdskador ska identifieras och förebyggas.	
Kunskap och kompetens	Kunskap och kompetens inom patientsäkerhet ska förbättras på alla nivåer inom regionen.		

Strategier

Strategin för patientsäkerhet ska fortsättningsvis vara en patientsäkerhetsplan.

[Bättre liv för sjuka äldre i Norrbottens län 2015-2018](#)

[Strategi för patient- och brukarmedverkan i Norrbottens län 2015-2018](#)

Organisation och ansvar

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

Regionfullmäktige

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

Styrdokument: Strategisk plan

Regionstyrelsen

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

Styrdokument: Regionstyrelsens plan

Regiondirektören

Regionens driftorganisation består av regiondirektören med stab. Regiondirektören har det övergripande ansvaret för att de fastställda målen uppnås och att beslutade åtgärder genomförs.

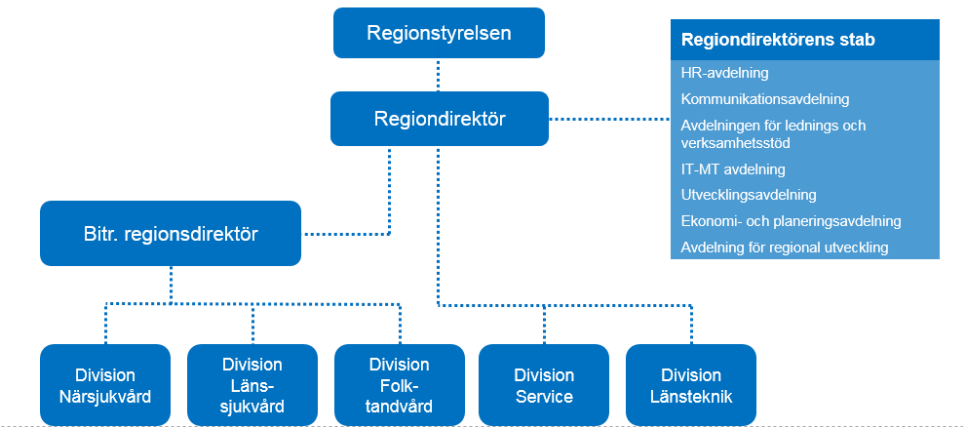
Regiondirektörens stab består av fem avdelningar med olika inriktningar inom hälso-, sjuk-, och tandvård. Stabernas uppdrag är att stödja regiondirektören i styrning och ledning och har ett funktions- och samverkansansvar inom respektive område gentemot linjeorganisationen.

Styrdokument: Regionplanen

I regiondirektörens stab ingår Funktionsområde Patientsäkerhet som en del i enheten för Vårdkvalitet som tillhör Avdelningen för lednings- och verksamhetsstöd.

Styrdokument: Patientsäkerhetsplan, ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbete och handlingsplaner utgör grunden för patientsäkerhetsarbetet.

Driftorganisation



Funktionsområde Patientsäkerhet

Funktionsområde patientsäkerhet består av tre Chefläkare med lex Maria ansvar samt två administratörer med inriktade mot hälso- och sjukvården. Vidare ingår patientsäkerhetsstrateg och två utvecklingsledare för patientsäkerhet. Funktionsområde Patientsäkerhet är organisatoriskt placerade på Vårdkvalitetsenheten som är en av fyra enheter inom Avdelningen för ledning och styrning i regiondirektörens stab. Till funktionsområdet är även en Chefläkare med strategiskt uppdrag knuten organiserad under regiondirektören.

Patientsäkerhetsrådet

Patientsäkerhetsrådet är rådgivande till linjeorganisationen/verksamheten i patientsäkerhetsarbetet. Arbetet i patientsäkerhetsrådet syftar till att utveckla en pati-

entsäkerhetskultur som stödjer verksamhetens förbättrings- och patientsäkerhetsarbete utifrån en systemsyn.

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-/riskanalysarbetet.

Läkemedel

Läkemedelsenheten är en länsövergripande funktion för samordning av läkemedelsfrågor. De planerar, följer upp och ger stöd till läkemedelsförsörjning och läkemedelshantering på region- 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 regionövergripande forum. Styrgruppen ansvarar bland annat för att mål och uppföljning finns i med verksamheternas verksamhetsplaner.

Vårdhygien

Vårdhygien har en länsövergripande roll som riktar sig till slutenvård, primärvård, tandvård och kommuner i länet. Hygiensjuksköterskorna har förutom enskilt områdesansvar för de olika länsdelssjukhusen med intilliggande kommuner och hälsocentraler ett delat strategiskt ansvar för verksamheterna på Sunderby sjukhus. Målet för den vårdhygieniska verksamheten är att stödja vårdgivaren i att förebygga uppkomst och spridning av vårdrelaterade infektioner. Det innebär stöd i arbetet enligt patientsäkerhetslagen och i den egenkontroll som enligt Soci-alstyrelsen ingår i vårdgivarens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning definieras som kunskapsstöd, uppföljning samt stöd till förbättring. Målet med kunskapsstyrning är att patienterna ska mötas av och få en god vård som ges på lika villkor samt är kunskapsbaserad och av hög kvalitet. Kunskapsstyrning är bemannad med en strateg. Strategen leder och håller samman ett antal expertgrupper inom de stora diagnosområdena. Expertgrupperna har en tvärprofessionell, och tvärorganisatorisk sammansättning med regionövergripande vårdkvalitets uppdrag.

Samverkan och stödfunktioner

Samverkan, samarbetspartners/stöd med nära samarbete med patientsäkerhetsrådet;

- Regionens 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 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.

Etiska rådet

En etablerad stödstruktur för etikarbetet finns organiserad inom Utvecklingsavdelningens. En strateg arbetar 50 % med att utveckla och utgöra stöd inom etikområdet till verksamheterna med utvecklingsdirektören som övergripande ansvarig. Det kan gälla stöd vid svåra etiska fall, utbildning, information och handledning. Stöd ges även inom staben med riktlinjer och för tillämpning av regelverkets etiska krav enligt hälso- och sjukvårdens etiska plattform.

Divisionschef

Divisionschefen har inom sin division det övergripande ansvaret för patientsäkerheten. Regionplanen ligger till grund för divisionsplanerna. De övergripande målen bryts ned till divisionsmål, ansvarsförhållanden och nyckeltal i respektive verksamhet. Regiondirektören 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.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Länsstyrgruppen

Länsstyrgruppen är ett samverkansorgan mellan Region Norrbotten och Norrbottens Kommuner som utgör styrgrupp för gemensamma frågor inom hälso- och sjukvård, omsorg, socialtjänst och skola. Målet med samverkan är att ge effekter i

form av trygghet och säkerhet för den enskilde och ett bättre nyttjande av de totala resurserna, personalens kompetens och ekonomiska medel. Samverkan sker även på länsdelsnivå mellan närsjukvårdsområdena och dess kommuner.

Anvisning fastvårdkontakt

För att tillgodose patientens trygghet, säkerhet, kontinuitet och samordning i vården samt för att stärka patientens ställning har en anvisning tagits fram gällande fastvårdkontakt. Anvisningens syfte är att tydliggöra uppdrag och ansvar för fast vårdkontakt samt ansvarsfördelningen internt inom regionen, men även mellan Region Norrbotten och Norrbottens kommuner.

Fast vårdkontakt utses så långt som möjligt i samråd med den enskilde och dokumenteras i journal eller verksamhetssystem. Fast vårdkontakt är inte bunden till särskild yrkeskategori utan kan vara en läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator, psykolog, undersköterska eller men-talskötare undantag för personer med livshotande tillstånd, enligt SOSFS 2011:7, där den fasta vårdkontakten alltid är en läkare.

Samordnad individuell plan

Region Norrbotten tillsammans med Norrbottens Kommuner, länets kommuner, Luleå tekniska universitet och Tieto blev 2016 beviljade medel från EUs strukturfond för att utveckla flexibla arbetsprocesser och arbetsflöden anpassade till den nya lagstiftningen "Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård", som ersatt betalningsansvarslagen från 1 januari 2018 samt ett processbaserat IT-stöd. Samverkansarbetet går under benämningen "Min plan".

Asyl-och flyktingsjukvård Region Norrbotten 2018

För att öka kontinuiteten, skapa samordning och förbättra intern och extern kommunikation finns en samordningsgrupp som uppdaterar en aktuell lägesbild av flyktingsituationen i länet och om läget i omvärlden. Samordningsgruppen ska även rapportera aktuellt läge kring situationen i regionens verksamheter i länet och om hur den påverkar samverkan med andra myndigheter och aktörer till Länsstyrelsen. I uppdraget ingår även att identifiera eventuella utvecklingsbehov i verksamheten och ta initiativ till förbättringsarbete och samordna kommunikation internt och externt. Genom regelbundna möten har regionen säkerställt att samverkan med Migrationsverket både på lokal och på regional nivå fungerar bra. Syftet med dessa möten som arrangeras fyra ggr per år är att sprida nyheter och information om aktuella frågor som rör asyl och flyktingar t.ex. om smittskyddet, om regionens asylsjukvård generellt samt om nuläge med asylsökande i Norrbotten.

Regionens olika verksamheter arbetar dagligen med bemötandefrågor och med ständiga förbättringar bland annat utifrån klagomål och synpunkter. Det sker löpande utvärdering av samverkan vid lokala samverkansmöten och vid uppkomna avvikelser sker rapportering enligt landstingets rutin i Synergi.

För att ge asylsökande och nyanlända ett samordnat och effektivt stöd vill Region Norrbotten hitta goda samverkansformer i länet mellan region, kommuner, länsstyrelsen, migrationsverket och civilsamhället. Samverkan med Länsstyrelsen

sker kontinuerligt. För att stärka hälsoperspektivet i länsstyrelsernas arbete med integration finns en särskild fokusgrupp som arbetar med de frågorna där regionen deltar. Norrbus överenskommelsen som finns sedan 2013 håller på att utvärderas. Det finns även en Samverkansgrupp AF, FK, Region Norrbotten som har fokus på sjukskrivningar. Förutom detta så finns bland annat Länsgemensam strategi för psykisk hälsa och Folkhälsopolitisk strategi som inkluderar asyl och flyktingar samt nyanlända.

Region Norrbotten och Röda Korset behandlingscenter (RKC) i Skellefteå har en överenskommelse om ett idéburet offentligt partnerskap (IOP). Uppdraget för RKC är att rehabilitera flyktingar med trauman från tortyr, krigsupplevelser eller upplevelser under flykten och att minska det fysiska och psykiska lidandet, genom multimodala insatser.

Allmänläkarkonsulter (ALK)

Särskilt utsedda allmänläkarkonsulter arbetar för att främja samarbetet mellan primärvården och de olika sjukhusklinikerna. Huvuduppdraget är att utforma länsövergripande handlägningsöverenskommelser (HÖK) kring vem som ska göra vad, för patienternas bästa och för rimlig arbetsfördelning.

Kompetensförsörjningsråd

Region Norrbotten har tillsatt ett tjänstemannaforum, kallat regionalt kompetensförsörjningsråd (RKR), som blir rådgivande till bland annat Regionalt forum och Tillväxtberedningen. Syftet med rådet är att samordna det regionala kompetensförsörjningsarbetet.

Vård och omsorgscollege

Vård- och omsorgscollege innebär certifierad samverkan mellan arbetsgivare, fackliga organisationer och utbildningsanordnare för att kvalitetssäkra utbildning till undersköterska och även vårdbiträde. Samverkan finns på lokal och regional nivå, och utgår från tio kvalitetskriterier. Region Norrbotten är med i regionala vård- och omsorgscollege i Norrbotten och sedan 2017 är regionens HR-direktör ordförande i regionala vård- och omsorgscollege i Norrbotten och även det regionala processledarstödet återfinns inom regionen.

Nationell samverkansgrupp patientsäkerhet

Under 2018 etablerade regionerna, med stöd av Sveriges Kommuner och Lands-ting (SKL), system för kunskapsstyrning. Inom systemet finns 23 nationella programområden (NPO), ett nationellt primärvårdsråd och sju nationella samverkansgrupper (NSG).

NSG patientsäkerhet påbörjade sitt arbete under våren 2018. Samverkan med andra aktörer inom kunskapsområdet har påbörjats, bland annat har NSG uppföljning och analys, IVO och Socialstyrelsen deltagit på möten. NSG Patientsäkerhet har tagit fram förslag för sjukvårdsregional samverkansgrupp för patientsäkerhet. Förslaget är presenterat inom Norra sjukvårdsregionen. Förslag till handlingsplan för 2019 har tagits fram.

Samverkan i etiska frågor

Samverkan kring etik med bland annat patientnämnden, patientsäkerhet och folkhälsocentrum. Strategisk samverkan för samarbete och utbyte i olika kunskapsfrågor på nationell nivå har skett under 2018. Region Norrbotten har en ledamot i den nationella styrgruppen för svenska etiknätverk.

Övrigt

- Samverkansberedningen för hälso- och sjukvård, omsorg och skola (POLSAM).
- Norrlandstingens regionförbund (NRF) – förbundsdirektion.
- Samverkansgrupper kopplade till NRF: Regionala läkemedelsrådet.

Patient- och närståendemedverkan

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patienter och närstående sker i form av, patient- och närståendemöten, patientenkäter och deltagande i risk- och händelseanalyser. Regionens verkar aktivt för att öka tillgängligheten till kontakt via e-tjänster. Som exempel kan patienterna nå sin egen journal via nätet 1177. Implementering av användandet av webbtidböcker pågår, där patienterna själv bokar in sina tider för besök. Två spetspatienter har anställts i slutet av året och detta är ett stort steg i att öka delaktighet ur ett patient- och närstående perspektiv i utvecklingsarbetet.

Samverkansform för patienter/närstående och medborgare

På övergripande regionnivå finns Tillgänglighetsrådet och Läns pensionärsrådet. Avsikten är att råden ska vara delaktiga i utvecklingsarbeten och projekt på övergripande nivå samt kunna ge inspel i styrande dokument som strategiska planen.

Inom varje närsjukvårdsområde finns patientråd där verksamhetsnära frågor diskuteras. Arbetet med strukturen över patientråden på systemnivå och verksamhetsnivå planeras under 2019. Inför arbetet med strukturen har en workshop genomförts tillsammans med ledamöterna i tillgänglighetsrådet och läns pensionärsrådet, med syfte att tillsammans utveckla möjligheterna för ökad samverkan inom framtidens hälsa och vård.

För att möjliggöra delaktighet har Region Norrbotten tagit fram en anvisning för arvode och reseersättning som erbjuds till de patienter och närstående som bjuds in av verksamheten för att delta i förbättringsarbeten på verksamhetsnivå eller systemnivå. Arvodessnivåer är beroende på mötets längd och uppdelat på hel och halvdags ersättning.

Anvisning egenvård

En anvisning gällande egenvård är framtagen för att tydliggöra skillnaden mellan egenvård och hälso- och sjukvårdsåtgärd samt roller och ansvar. Med ”egenvård” menas en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra eller utföra med hjälp av någon annan. I och med det, klassas inte åtgärden som hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjuk-

vårdslagen utan innebär en juridisk förflyttning av ansvaret från hälso- och sjukvården till den enskilde. Anvisningen gäller verksamhetschefer inom hälso- och sjukvård samt hälso- och sjukvårdspersonal inom Region Norrbotten inklusive vårdgivare med avtal enligt Lagen om valfrihet (LOV).

Min Plan

Det förändrings- och förankringsarbetet har bedrivits genom projektet Min plan under 2016-2018 med syftet 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. Totalt har dryga 10 000 personal berörts av förändringsarbetet inom Region Norrbotten och länets kommuner.

Min plan har under 2018 implementerat nya arbetsprocesser, nytt IT-stöd och e-hälsolösningar som resulterat i att antalet vårddygn för utskrivningsklara patienter minskat med 12 000. Vi har även lyckats flytta ut ca 80 procent av de tidigare vårdplaneringsmötena som ägde rum på sjukhuset till att nu genomföras i patientens hem, på hälsocentralen eller annan lokal som patienten väljer. Det har i sin tur lett till att patientens delaktighet i själva samordningsmötet har ökat från 50 % till 80 %. Min plan är även först ut i landet att publicera den samordnade individuella planen (SIP) för patienten via 1177 Vårdguidens e-tjänster. Projektet övergår 2019 till fortsatt förvaltning där styrgrupp och förvaltningsorganisation finns etablerad. Förvaltningen ämnar att arbeta vidare med normalisering av de nya arbetsprocesserna i det dagliga vård- och omsorgsarbetet för att säkerställa en fortsatt god följsamhet till överenskomna riktlinjer för samverkan och en personcentrerad vård.

Hälso- och sjukvård för barn och unga i region Norrbotten 2018

Det pågår ett arbete kring barnrättsfrågor i Region Norrbotten inför att barnkonventionen 2020 ska bli svensk lag. Det är viktigt att öka sin kunskap om barnkonventionen, arbeta för att stärka barns och ungas rättigheter och utveckla arbetet med barns och ungas delaktighet och inflytande inom verksamheterna. Det finns en regionövergripande arbetsgrupp som leds av folkhälsocentrum och som har i uppdrag att förbereder möten med barnrättsombuden i verksamheterna. Dessa möten arrangeras 3 ggr/år för att uppdatera kunskaper i barnrättsfrågor.

Förslag på åtgärder

En tydlig och gemensam helhetsbild kring mål och uppdrag och utifrån det en klar ansvarsfördelning samt ett klart beslutsmandat i frågorna Samordnarens roll/vem samordnar i organisationen måste klargöras. Ansvar och roller gentemot de som är berörda av arbetet med barn och unga-frågor behöver tydliggöras. Ta fram tydliga stödsystem, rutiner och flöden som gör det möjligt att samordna och få fram underlag för att fatta beslut på rätt nivå.

Ungdomsmottagningar i fokus

Det pågår ett arbete att granska ungdomsmottagningars verksamhet i hela länet. En arbetsgrupp har i uppdrag:

- att kartlägga tillgången till ungdomsmottagningar i länet
- att se över Ungdomsmottagningens uppdrag
- att skaffa sig kännedom om vad som behövs för att stärka ungdomsmottagningarnas verksamhet
- att undersöka möjligheten att förbättra/vidga innehållet till att omfatta ett vidare perspektiv med ungdomshälsa

Resultatet av analysen ska presenteras till Länsstyrgruppen i februari 2019

1177vårdguidens e-tjänster/ invånartjänster

Invånartjänster/1177 vårdguidens e-tjänster ger förutsättningar till ökad delaktighet och medskapande i vården samt bättre överblick över vårdprocesserna. Invånartjänsterna förbättrar också tillgängligheten till vården, och stödjer dessutom valfrihet och flexibilitet i invånarnas val av vårdgivare.

Journal via nätet

Sedan juni 2016 har norrbottningarna direktåtkomst till journalinformation via e-tjänsterna på 1177. Den information som är tillgänglig är journalanteckningar, vårdkontakter, läkemedelslistan i VAS, svar på blodprover, vaccinationer, SIP (samordnad individuell plan) samt spärrar. När det gäller SIP är Norrbotten först i landet med att tillgängliggöra detta via Journalen. Arbetet fortgår med att tillgängliggöra fler informationsmängder och de verksamheter som idag är undantagna (barnsjukvården och vuxenpsykiatrien).

Webbtidbok

Projektet för införande av webbtidbok pågår. Webbtidbok är en efterfrågad e-tjänst från invånarna/patienterna som möjliggör en ökad tillgänglighet och delaktighet/ansvar. Webbtidbok är i stor utsträckning förenat med utveckling av arbets sätt varför resurser i form av verksamhetsnära stöd i form av coacher/verksamhetsutvecklare finns under införandet.

Stöd och behandling

Internetbaserad kognitiv beteendeterapi (iKBT) är tillgängligt i länet via Stöd – och behandlingsplattformen i 1177 vårdguidens e-tjänster. KBT via nätet tillgängligt i länet för behandling vid långvarig smärta samt oro och ångest. Under 2018 har cirka 150 behandlingar startats. Genom att möjliggöra iKBT kan fler patienter få del av behandlingen. iKBT finns nu vid 20 hälsocentraler i länet som även tar emot patienter för iKBT även om patienten inte är listad där.

Patientnämnden som e-tjänst

Sedan augusti 2017 är det möjligt att ta kontakt med patientnämnden genom att logga in på 1177.se. Under 2018 har 278 ärenden kommit in via e-tjänsterna.

Basutbud e-tjänster

Regionens verksamheter verkar aktivt för att öka tillgängligheten till kontakt via e-tjänster. Som exempel har Närsjukvården bedrivit ett systematiskt arbete under året för att minst hälften av e-tjänsterna i det beslutade basutbudet är införda och därmed öka tillgängligheten. Införande av basutbudet ses underlätta införande av webbtidbok då även detta förutsätter att arbetssättet utvecklas

Hälsosamtal

Invånare som fyller 30/40/50/60 år och har fått en inbjudan till hälsosamtal vid sin hälsocentral kan nu fylla i ett frågeformulär innan samtalet genom att logga in på 1177. Möjliggör att ha ett bättre samtal.

Klamydia.se

Webbtjänst för hemtestning av klamydia och gonorré är införd under 2018. Syftet är att öka möjligheten till testning och samtidigt förhoppningsvis i större utsträckning nå yngre män.

Övrigt och exempel från verksamheten

- Närstående har medverkat till och lämnat synpunkter på framtagandet av information till patient/närstående som vill lämna synpunkter på vården.
- Slutenvården har infört ”Din säkerhet på sjukhus”. En affisch finns uppsatt på varje sal på vårdavdelningen och vid varje sängbord finns det ett blad där patienter och närstående kan läsa själv vad de kan göra för att undvika skador. Vid inskrivning går personalen även igenom detta.
- Under 2019 planeras att ha med en utsedd ”nyckelpatient” i förbättrings- utvecklingsarbeten inom enheten.
- Under 2019 kommer en pilot att genomföras på kirurgmottagningen, Sunderby sjukhus, för att tillgängliggöra behandlingsplan för personer med kolorektal cancer via Stöd- och behandlingsplattformen ”Min vårdplan cancer”. Där patienten kan välja en elektronisk pärm istället för papperspärm.
- Inom kirurgi/ urologi och barnmottagningen Sunderby sjukhus har Touch Points testats under 2018. Det är ett system som kan fånga patientens upplevelse av vården i realtid.
- På Öron-, näsa-, halskliniken har en patient deltagit på verksamhetsområdets planeringsdag för att dela med sig av sina upplevelser.
- Inom Barnsjukvården ingår det i kulturen att involvera närstående i patientsäkerhetsarbetet. Föräldrar/närstående informeras om vad de ska observera samt signalera om tillståndet förändras. De informeras även om hygienrutiner och vilka rutiner som gäller vid olika smitt tillstånd för att förebygga smittspridning.
- Hotell Vistet jobbar för att öka patientens delaktighet genom implementerat av PNR (patientnära rapportering) samt påbörjat arbetet om PCV (personcentrerad vård). De gör ankomstsamtal enligt fastställda frågor och överenskommen dokumenteras i vårdplanen i VAS, som patienten sedan får en kopia på.
- Rättspsykiatriska kliniken har upprättat ett patientråd och dialog sker där med närstående utifrån individuella behov

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Hälso-, sjuk- och tandvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada i IT-stödet Synergi. Alla

medarbetare ska ha kunskap om rapporteringsskyldigheten och ett utbildningsstöd finns på regionens webb. I ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbete finns regionens nya anvisning för systematiskt patientsäkerhetsarbete som beskriver medarbetarnas skyldighet att rapportera. Anvisningen ska anpassas i lokala rutiner och arbetet pågår med implementering av den nya anvisningen.

Återkoppling till rapporterande medarbetarna sker automatiskt via IT-stödet för avvikelshantering när avvikelser är handlagd. Enhetens avvikelser tas även upp på arbetsplatsträffar. Under 2017 och 2018 har fler och fler verksamheter börjat arbeta med "Gröna korset" i sin dagliga styrning för att fånga upp risk för vårdskada och/eller inträffade vårdskador. Utifrån inträffad händelse bedöms ifall en avvikelser ska skrivas eller om händelsen blir underlag för förbättringsarbete.

Närsjukvården; Via den grundläggande patientsäkerhetsutbildningen och vid introduktion blir alla medarbetare informerade om sin skyldighet att rapportera avvikelser. Ny personal får hjälp av erfaren personal på enheterna om de känner sig osäkra på systemet.

Länssjukvården; I de flesta av Länssjukvårdens verksamheter används dagligen Gröna korset för att fånga upp risk för vårdskada och/eller inträffade vårdskador. Utifrån inträffad händelse bedöms ifall avvikelser ska skrivas eller om man tar det till förbättringsmöte samt beslutas även vem som skriver avvikelser

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter direkt till verksamheten, via regionens Funktionsbrevlåda, via brev/telefonsamtal, från Patientnämnden, via meddelande eller begäran från IVO. Klagomålet registreras och utreds i regionens avvikelshanteringssystem. Uppföljning och utvärdering ska ske på; regionövergripande nivå, divisions-nivå, verksamhetsnivå och enhetsnivå. Verksamhetschefen ansvarar för att utforma rutiner som stödjer uppföljning och utvärdering. Sammanställning ska kontinuerligt och systematiskt ske av resultaten från avvikelshanteringsprocess på divisionens, verksamhetsområdets och enhetens rutiner. Uppföljning ligger till grund för förbättringsarbete inom regionen, divisionens, verksamhetsområdets och enhetens. Inkomna klagomål/synpunkter ska tas upp på arbetsplatsträffar, enhetsmöten, ledningsmöte eller motsvarande. Här beslutas vilka åtgärder som ska vidtas och vem som ska återkoppla klagomålet till patient/närstående. Patienten/närstående kontaktas om att klagomål/synpunkt mottagits och får senare återkoppling på ärendet brevlades eller vi telefon.

Folktandvården; För att underlätta för våra patienter/närstående att lämna synpunkter på vården har Folktandvården i Norrbotten tagit fram en blankett som ska finnas lätt tillgänglig i väntrummen. Blanketten kan lämnas in anonymt eller med adressuppgifter om patienten/närstående vill ha återkoppling.

Egenkontroll

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

Uppföljning genom egenkontroll fokuserar på uppföljning av de strategiska målen i regionen, patientsäkerhetsmål och aktiviteter i handlingsplan. Återkoppling sker på övergripande nivå, i linjeorganisationen, i vissa fall verksamhets-/enhetsnivå och genom Patientsäkerhetsrådet. Både region- och divisionsövergripande

resultat presenteras på webben. Inom vissa verksamheter sker verksamhetsspecifika egenkontroller vilka redovisas i divisionernas patientsäkerhetsberättelser.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	PPM-databasen
	1 gång per månad	Egenutvecklad databas för registrering av observationer som presenteras i regionens uppföljningsportal
Vårdhygienisk standard	Enligt avrop från verksamheten	Protokoll
Patientsäkerhetsronder	1 gång per månad olika verksamheter	Protokoll
Avvikelser	3 gånger per år	IT-stödet Synergi för avvikelshantering
	Kontinuerligt enligt lokala rutiner	Dashboard i Synergi
Vårdskador	1-2 gånger per år	Markörbaserad journalgranskning IT-stödet Synergi för avvikelshantering
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	PPM-databasen
	1 gång i månaden	Infektionsverktyget
	2 gånger per år	Markörbaserad journalgranskning
Antibiotikaförskrivning	1 gång per år	Datalagret
Vårdpreventivt arbetssätt - Fall (1, 2 och 4) - Trycksår (1-4) - Blåsöverfyllnad (2,3 och 4) - Munhälsa (1) - Nutrition (1)	1. Kontinuerligt riktad mot daglig styrning inom slutna vården	Uppföljningsportalen; uttag från omvårdnadsdokumentationen i journalsystemet
	2. 3 gånger per år övergripande nivå	IT-stödet Synergi för avvikelshantering,
	3. 1 gång per år	PPM-databasen
	4. 1 gång per år	Markörbaserad journalgranskning
KADUVI (Urinvägsinfektioner hos urinkateterbärare)	1 gång per månad på divisionerna Läns- och Närsjukvård	Protokoll N: arkivet

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Patientens klagomål och synpunkter	3 gånger per år	- Patientnämndens statistik, - Inkomna klagomål och meddelanden från IVO - Funktionsbrevlåda för synpunkter från patient/närstående
	3 gånger per år	IT-stödet Synergi för avvikelshantering
Patientenkäter	Enligt nationell överenskomelse 1-3 per år (2018, 3 mätningar)	Nationell databas NPE
Ledningssystemet för systematisk kvalitetsarbete Avvikelsehanteringsprocessen. - Handläggningstider - Kvalité på ärendetyp negativ händelse. Lex Maria och klagomålsprocessen - Handläggningstider 2 månader. - Att varje lex Mara har en registrerad avvikelse.	1 gång per år 1 gång per år 2 gånger per år	Checklista för egenkontroll. Avvikelsehanteringssystemet Synergi. - Dashboard i Synergi - Egen uppföljning/protokoll, - IT-stödet Synergi för avvikelshantering
Händelseanalysprocessen Uppföljning handlingsplan	2 gånger per år (halvår)	NITHA (nationellt IT-stöd för händelseanalyser).

Övrigt:

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Förebyggande kontroller av personlyftar	1 gång per år	Protokoll
Internkontroll lokalvård med ATP-mätning	6 gånger per år på varje sjukhus	Protokoll
Kvalitetskontroll lokalvård utförd av verksamhetsutvecklare	3 gånger per år på varje sjukhus	Protokoll
Temperaturmätning av mat (Vistet och VNS)	Löpande vid varje leverans	Esia
Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.	Årligen. För 2018 under mars-april.	Egenkontroll med checklista

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Uppföljning av upprättande lokala rutiner för läkemedelsge-nomgång och läkemedelsberät-telse på relevanta vårdenheter samt följer upp i vilken ut-sträckning detta görs.		Ansvarig är verksamheterna via verksamhetsutvecklarna

Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Anpassa och utveckla ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbete

Regionens ledningssystem

På regiondirektörens uppdrag har ett projekt startats 2017 med att ta fram ett övergripande ledningssystem. Målet är att nivå ett och två ska vara klara under första kvartalet 2019. Uppdraget syftade till att skapa en ram och struktur för ett sammanhållet ledningssystem för Region Norrbotten.

Regionövergripande anvisningar och rutiner

- Ny anvisning för ”Systematiskt patientsäkerhetsarbete (HSLF: FS 2017:40)”
- Uppdatering av Lex Maria-rutin till en anvisning (HSLF: FS 2017:41)
- Ny anvisning för klagomål och synpunkter från patienter och närstående.
- Uppdatering av rutin för händelseanalys.
- Ny rutin för sammansatta svar till Patientnämnden

Under 2018 har verksamheterna arbetat med anpassa och ta fram lokala rutiner för systematiskt patientsäkerhetsarbete, avvikelshantering, riskhantering, handläggning av klagomål och synpunkter och egenkontroll. Rutiner finns upprättade inom de flesta verksamheterna.

Uppföljningen av registrerade avvikelser relaterat till klagomål, lex Maria och Patientnämndsärenden har skett under året. Utbildningsinsatser har genomförts både i regionens patientsäkerhetsutbildningar och av förvaltningsgruppen för IT-stödet Synergi avvikelser. En extra resurs har anställts inom Funktionsområde Patientsäkerhet för att utveckla och stötta uppföljning, handläggning och utredningarna av lex Maria ärenden

Övrigt

- Patientinformation om klagomål och synpunkter framtagna.
- Sökord i det vårdadministrativa journalsystemet för att dokumentera avvikel-senummer.
- Under året har bemanningen med lex Maria-ansvariga chefläkare varierat, och först under hösten stabiliserats något.

Förbättra patientsäkerhetskulten i organisationen

Patientsäkerhetskulturmätning; Regionen har medverkat i en nationell arbetsgrupp som arbetar fram 11 frågeställningar angående patientsäkerhetskulturen som kan kombineras och integreras i medarbetarundersökningen. I samarbete mellan patientsäkerhet och HR har en gemensam enkät för arbetsmiljö och patientsäkerhetskultur genomförts i början av november och i slutet av januari kommer resultatet att gå ut till chefer i verksamheterna. Resultatet ska sedan vara ett underlag för att på verksamhetsnivå arbeta vidare med att höja säkerhetskulturen.

Arbeta med resultatet av patientsäkerhetskulturmätningen; Den nationella arbetsgruppen har också som tagit fram verktyget "Säkerhetskulturtrappan från A till E. Verktyget är ett dialogverktyg som kan användas för att skapa dialog kring patientsäkerhetskulturen i den egna verksamheten och verktyget kommer att testas i samband med presentation av resultatet av genomförd mätning hösten 2018.

Högsta ledningens stöd; Sedan december 2015 har regionen genomfört patientsäkerhetsronder i verksamheten med regiondirektören och biträdande regiondirektören. Under 2018 har åtta patientsäkerhetsronder genomförts.

- Kirurgen Sunderby sjukhus
- Dialysen Sunderby sjukhus
- Folktandvården Porsudden
- Sunderby sjukhus Laboratoriemedicin
- Arjeplogs Hälsocentral
- Arvidsjaur Hälsocentral
- Kiruna sjukhus Med-Rehab
- Gällivare, Laponia Hälsocentral

Divisionscheferna inom division Service och Division Närsjukvård har genomfört divisionsövergripande patientsäkerhetsronder i sina verksamheter Återkoppling av resultat sker i ledningsgrupper på olika nivåer.

Öka avvikelserapporteringen; Under hösten har förvaltningsgruppen för avvikelser i IT-stödet Synergi, arbetat med att förbättra webbsida. Anvisningar, rutiner och lathundar har uppdaterats. Tanken är att webben ska vara mer användarvänlig för avvikelseansvarig och rapportör. Översyn vårdprocesser har genomförts så de följer koder utifrån Nitha och på max två nivåer. Detta har gjorts för att för enkla arbetsprocesser vid klassificering av avvikelser. Utbildningar för avvikelseansvariga har skett i omgångar. Under 2019 planeras nya hjälpfilmer spelas in och publiceras på webben och integration av resultat från avvikelshanteringssystemet mot datalagret för att kunna presentera data på uppföljningsportalen.

Tillägg och anpassning av avvikelshanteringssystemet till lagförändringarna gällande klagomål och synpunkter från patienter och närstående har genomförts för att kunna följa upp handläggningen och säkra dokumentationen runt händelsen. Ett webbformulär som ska integreras med avvikelshanteringssystemet håller på att tas fram för och beräknas driftsättas första kvartalet 2017.

Arbetsbelastning, stress och kompetensförsörjning; För att bibehålla eller öka kvaliteten i vården, hantera den demografiska utvecklingen, ha kostnadskontroll och möta nya förväntningar behöver vård och omsorg levereras på nya sätt enligt regionens målbild 2035. Nya arbetssätt och nya tjänster ska tas fram som formar en ny vård. De nya arbetssätten ska samtidigt underlätta kompetensförsörjningen och bidra till en hälsofrämjande arbetsmiljö.

Det finns många utmaningar inom bemanning och kompetens inom regionen, bland annat beroende på stora pensionsavgångar och svårigheter att rekrytera rätt kompetens inom flera yrkeskategorier. Det råder också brist på utbildningsplatser och sökanden. Beroendet av inhyrd personal behöver minska, både ur ett patient-säkerhets- och ekonomiskt perspektiv.

Följande åtgärder har genomförts;

- Kompetensförsörjningsplaner är framtagna
- Chefer har utbildats i kompetensbaserad rekrytering
- Rutin för samplanering mellan vårdavdelningar är framtagna
- Regiongemensam anvisning för schemaläggning har införts
- Utlandsrekrytering har genomförts
- Extraordinär satsning på sjuksköterskor
- Karriärväg för sjuksköterskor är införd
- Basårsprogram för sjuksköterskor startats

Verksamheterna har tagit fram kompetensförsörjningsplaner som synliggör behovet av kompetens och bemanning. Utifrån verksamhetens mål och uppdrag och de förändringar och möjligheter verksamheten står inför, har kraven på kompetensförsörjning analyserats och handlingsplaner tagits fram avseende t ex kompetensutveckling av befintlig personal, uppgifts-/kompetensväxling eller rekrytering. Kompetensförsörjningsplanerna är även ett verktyg för att dokumentera och systematisera uppgifts-/kompetensväxling, sprida goda exempel samt att skapa förutsättningar för rätt använd kompetens. Verksamheterna har även upplevt att den gemensamma diskussionen kring mål och uppdrag har varit nyttig och bidragit till en tydligare gemensam målbild.

Breddinförande av kompetensbaserad rekrytering har fortsatt under 2018, en metod för att kvalitetssäkra rekryteringsprocessen och tillföra cheferna verktyg i kompetensförsörjningen. Metoden främjar även uppgifts-/kompetensväxling och rätt använd kompetens, ökar förutsättningarna för jämställdhet och integration vid rekryteringar samt höjer regionens attraktivitet som arbetsgivare genom ett bra bemötande av kandidater i rekryteringsprocessen.

Ett projekt för effektiviserad bemanningsplanering och hälsosamma scheman har fortsatt sitt arbete under året där rutin för samplanering har tagits fram och delvis testats på pilotavdelningar. En regiongemensam anvisning för schemaläggning har införts och systemstöd utvärderats.

Läkemedel

Patientnära läkemedelsstöd

För att förbättra patientsäkerheten i läkemedelsanvändningen, hos de patientgrupper där behovet är störst, har regionens klinikapotekare genomfört fördjupade läkemedelsgenomgångar och annat patientnära stöd i sjukhusens vårdteam samt i primärvården. Under året har klinikapotekare genomfört patientnära stöd på sammanlagt fem vårdavdelningar och sexton hälsocentraler.

Säker Läkemedelshantering

1 januari 2018 kom den nya föreskriften Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården, HSLF-FS 2017:37 att gälla. Under årets början har vårdverksamheterna informerats om föreskriftens innebörd och eventuella åtgärder som behövts för att följa föreskriften och därigenom stärka patientsäkerheten i samband med hantering av läkemedel. Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering har under året genomförts med fokus på de förändringar HSLF-FS medför.

Under året har en förstudie kring läkemedelshantering i öppenvård avslutats. Arbetet har inletts med att se över utformning av en IT-lösning som möjliggör att i journalsystemet dokumentera ordination och administrering av läkemedel på ett sätt som följer HSLF-FS 2017:37, en möjlighet som idag saknas i öppenvården. Mot bakgrund av rapporterade avvikelser och nämnda förstudie har en kartläggning genomförts för att beskriva patientflöden där information om läkemedel finns i olika vårdsystem, tjänster och pappersrutiner samt att belysa de patientsäkerhetsrisker detta medför och identifiera åtgärder. Under året har också en del förbättringar, korrigeringar av risker och integrationer av säkerhetshöjande information gjorts i journalsystemet läkemedel för att öka patientsäkerheten

Patient- och närståendemedverkan

Strategier

En strategi är framtagen under 2018, "[Vägen till framtidens hälsa och vård 2035](#)". Strategin utgår från personperspektivet.

Arbetet med att ta fram en ny strategi för patient och brukarmedverkan har påbörjats tillsammans med Norrbottens kommuner och brukarorganisationerna.

Min Plan

Projekt "Min plan" påbörjades 2016 utifrån en uppföljande granskning av samordnad individuell plan. Granskningen visade att landstingsstyrelsen till övervägande del säkerställt att riktlinjer för samordnad individuell planering och fast vårdkontakt är kända i verksamheterna. Fortfarande riktades dock kritik mot bristande tillämpning av rutinerna i vårdverksamheterna. Statistiken visade att antalet dagar utskrivningsklara patienter låg kvar på sjukhuset var konstant hög och länet visade näst sämst resultat i hela landet. Patientdelaktigheten i den samordnade planeringen låg på ca 50 %.

Handläggningen av klagomål och synpunkter från patienter och närstående

Region har under 2018 arbetet med att anpassa och implementera lagförändringar för handläggning av klagomål och synpunkter från patienter och närstående. Fokus har varit att styra klagomålen till verksamheten, att informera och att anpassa regioners avvikelshanteringssystem utifrån lagkraven.

Vidtagna åtgärder;

- Funktionsbrevlåda för synpunkter och klagomål driftsattes 2 januari 2018.
- Handläggningsrutin framtagen; Handläggning av inkommande ärenden till Funktionsbrevlåda
- Struktur framtagen med information hur patient/närstående kan framföra sina klagomål och synpunkter via webb, telefon och brev.
- Flödesbeskrivning över processen framtagen.
- Utveckling pågår av webbformulär kopplat till IT-stödet Synergi för avvikelshantering där patienter/närstående kan lämna klagomål och synpunkter direkt till berörd enhet/verksamhet.
- Från och med augusti 2018 till och med 2019, har extra resurs 75 procent utvecklingsledare tillsatts på regionövergripande nivå, med inriktning mot hanteringen av klagomål, gemensamma svar och stöd i klagomålsprocessen.
- Samverkan med Patientnämnden med regelbundna möten.

Informationsinsatser till personal och medborgare;

- Temadag om det nya klagomålsystemet 13 december 2017, Region Norrbotten, Patientnämnden och IVO. Temadagen spelades in för att kunna ses efteråt. Information på webben internt/extern/1177, media och olika ledningsgrupper.
- Skriftlig information till patient/närstående; Informationsbrev till patienter och närstående.

Nationella patientenkäter

Genomförda mätningar under 2018 är somatisk specialiserad öppen och slutenvård, psykiatri öppen och slutenvård. Mätning för akutmottagningarna påbörjades i november och avslutas den 2/1, resultatet presenteras till verksamheterna i början av februari. I enkäten får patienterna betygsätta vården inom sju kriterier: helhetsintryck, emotionellt stöd, delaktighet och involvering, respekt och bemötande, kontinuitet och koordinering, information och kunskap samt tillgänglighet. Resultatet från den nationella patientenkäten kommer att ligga till grund för verksamheternas förbättringsarbete.

Hälso- och sjukvård för barn och unga i region Norrbotten 2018

Det har identifierats brister som finns i ett helhetstänk gällande barn och unga. Området barn och unga berörs av flera områden: barnkonventionen, barnrättsarbete, barn som far illa orosanmälan, våld i nära, missbruk och beroende är det tydligt att det saknas en gemensam helhetsbild.

Det har även uppmärksammas att det finns informationsbrister kring upplägget på regionens insida samt strukturen i dokumentationen. Dessa brister har åtgärdats i och med att anvisningar samt dokumentationsrutiner gällande barn som far illa- orosanmälan och barns rättigheter som anhörig har uppdaterats. Anvisningarna syftar till att säkerställa ansvar och roller vid misstanke eller kännedom om att barn far illa och att säkerställa att Region Norrbottens verksamheter följer barnets rättigheter som anhörig och säkerställa att barnets behov av information, råd och stöd särskilt beaktas av hälso- och sjukvården och dess personal.

Det kan konstateras att i ingången till divisionen finns behov av klara rutiner och att det finns behov av kompetensutveckling- utbildningssatsningar i lagar och förordningar samt i sekretessfrågor t.ex. gällande journal på nätet. Det finns även behov av att samordna regionens arbete med barn och unga på alla nivåer.

Övrigt

- Under året har det anordnats två planerings/utbildningsdagar för närsjukvårdens verksamhetsledning. Vid dessa har patienter och närstående inbjudits att delta för att förmedla sina perspektiv på vården. De patienter, närstående och patientföreningar som deltagit är astma/Kol, hjärtsvikt och psykiatri. Syftet har varit att underlätta framtagandet av arbetssätt som involverar patient/närstående samt en personcentrerad vård.

Kunskap och kompetens

Regionövergripande utbildning i systematiskt patientsäkerhetsarbete

Utbildningen är i sex delar. I utbildning deltar även Patientnämnden, chefläkare, Vårdhygien med flera. Efter utbildning så erbjuds deltagare från Närsjukvården att delta i nätverksträffar och andra aktiviteter inom områden som regionala konferenser. De har genomförts ett par gånger per termin i syfte att utveckla patientsäkerhetsarbetet.

Patientsäkerhetsutbildning för chefer och ledare

Utbildningen genomfördes under hösten 2018 och är ett komplement till den fördjupade utbildningen i patientsäkerhet, men inriktad på chefens roll och ansvar i patientsäkerhetsarbetet, gällande lagar och föreskrifter som styr patientsäkerhetsarbetet, säkerhetskulturen samt metoder och verktyg som utgör stöd i patientsäkerhetsarbetet.

I Vårdhygien utbildningskalender har genomförts 60 interaktiva utbildningstillfällen under året till > 600 medarbetare på alla sjukhusen i länet. Med webbanmälan till kalendern under 2018 kan vi se bättre statistik på antalet deltagare och även de verksamheter som deltagit.

Vårdhygien har utöver utbildningar i kalendern för länet under 2018 genomfört > 80 riktade utbildningstillfällen till chefer och medarbetare inom slutenvården, folktandvården, service, drift, lokalvård, vårdnära service och SÄBO. Det har genomförts flera utbildningar i BHK och MRB i kommunerna Pajala, Boden, Luleå och Kalix.

Regional Kvalitet och Patientsäkerhetskonferens

Den 20 november arrangerar Region Norrbotten för första gången konferensen Kvalitet & Patientsäkerhet på Regionhuset i Luleå. Det är en sammanslagning av de tidigare konferenserna Utvecklingskraft och Patientsäkerhetskonferensen. Mer än 300 deltog på plats och ute i länet via video. .

Övrigt

- Vid FCIs årliga temadag höll Vårdhygien en workshop i att förbygga VUVI med implementering av SKL:s åtgärds paket. Temadagen är alltid rolig att delta i för oss som aktör då syftet är att öka kunskapen om olika metoder och verktyg ger oss möjlighet att bidra med bland annat det som finns på web-sida/verktygslådan men även tipsa om nationella goda exempel som kan inspirera.
- Etikseminarium: Kränkningar i vården.
- Utbildning av observatörer av till mätningar av följsamhet till basala hygienföreskriften och en fördjupad kunskap om Vårdhygien verktygslåda för att öka följsamheten till BHK har genomförts våren och hösten 2018.
- Vår utbildningskalender har under året erbjudit medarbetare på alla sjukhus utbildning i BH
- Chefer och medarbetare har deltagit i Regionens flödesutbildning och utbildning i daglig styrning.
- Vid Funktionscentrum Infektionssjukdomar årliga temadag höll Vårdhygien en workshop i att förbygga VUVI med implementering av SKL:s åtgärds paket. Syftet är att öka kunskapen om olika metoder och verktyg och tipsa om nationella goda exempel som kan inspirera.
- Utbildning till observatörer av BHK och en fördjupad kunskap om Vårdhygien verktygslåda för att öka följsamheten till BHK har genomförts våren och hösten 2018. Vidare har utbildning under året erbjudits medarbetare på alla sjukhus utbildning i BHK.
- År 2018 har 24 nya etikombud utbildats, vilket innebär att etikombuden nu totalt är 150 till antalet. Två nätverksträffar på länets samtliga sjukhus har anordnats av etiska rådets ledamöter. Detta i syfte att ständigt öka kunskapsnivån, säkerställa kompetensen och användandet av etiska verktyg i vardagen".
- Region Norrbotten har sedan 2017 ett kompetenscentrumcentrum på en hälsocentral i Boden som ansvarar för utbildningsinsatserna och innehar en specialistkunskap om asyl och flyktinghälsovården för hela regionen. I uppdraget ingår att ansvara för utbildnings- och informationsinsatser gällande hälsoinformation för egenvård, primärvård, specialistvård osv. Verksamheten är regionövergripande och till för verksamhetsledning och medarbetare. Den skall främja kontinuerlig utveckling av generella och övergripande utbildnings- och kompetensinsatser inom området asyl- och flyktinghälsa. Kompetenscentrum ska:
 - skapa förutsättningar för en jämlik, säker och god vård för asylsökande och flyktingar i hela länet
 - öka förutsättningar för snabb återhämtning och god etablering i samhället
 - främja ett evidensbaserat arbete med asylsökande och flyktingar

- möjliggöra länsövergripande utvecklings – och utbildningsaktiviteter på området asyl-och flyktinghälsovård
- sprida medicinsk kunskap i frågor kopplade till asylprocessen.
- förmedla evidensbaserade arbetsmetoder till övriga hälsocentraler i länet
- omvärldsbevaka och fungera som ett konsultstöd kring frågor som berör hälsofrämjande arbete för asylsökande och flyktingar

Vårdpreventivt arbete

I det systematiska patientsäkerhetsarbetet har ett arbete pågått med att utveckla dokumentationen i det vårdadministrativa journalsystemet (VAS) för riskbedömningar av fall, trycksår, undernäring, blåsöverfyllnad och munhälsa. Som en förlängning av det här arbetet finns nu möjlighet att följa upp dokumentationen i regionens uppföljningsportal.

Region har deltagit i den nationella punktprevalensmätningarna av trycksår, vårdrelaterade infektioner och följsamhet till basala hygienföreskriften.

Vårdrelaterade infektioner

Minska antibiotikaförskrivningen

Arbetet med kvalitetsuppföljning av antibiotikaförskrivning i regionen enligt strategidokumentet ”Antibiotikapolicy i Region Norrbottens” har fortgått under året. Verksamheter inom Region Norrbotten följer dessutom det nationella 10-punktsprogrammet för minskad antibiotikaresistens som tagits fram i samarbete mellan Strama och Infektionsläkarföreningen. Här kan nämnas att en större insats kring att förebygga samhällsförvärvade infektioner i regionen har genomförts 2018. 16 900 patienter i riskgrupp har under året vaccinerats mot Pneumokockinfektioner (vacciner i barnvaccinationsprogrammet är inte medräknade). Dessutom har täckningsgraden avseende influensavaccin till riskgruppen ålderspensionärer kraftigt förbättrats och uppgår 2018 till drygt 48 %.

”AntibiotikaSmart”, en webbutbildning med kunskap om bakterier, antibiotikaresistens och rationell antibiotikabehandling, har under året tagits fram av Strama Stockholm och ligger nu som ett digitalt stöd på vårdportalen A-Ö.

Infektionsverktyget

Fortsatt implementering av Infektionsverktyget pågår, involverade är Vårdhygien, Smittskydd och FO Patientsäkerhet. Mål är att stödja verksamheterna i användningen av IV med syfte att förebygga vårdrelaterade infektioner, förbättra följsamhet till behandlingsrekommendationer samt att minska bruket av bredspektrum antibiotika.

Vårdhygien i det preventiva arbetet

Vårdhygien deltar på alla olika chefsmöten i regionen för att på ett effektivt sätt nå ut med information till chefer i regionen. Fokus under hösten har varit VRE screening av utomlänsvårdade, influensavaccination av vårdpersonal med puff för

kampanjen 2018 och utbildningarna som erbjuds. Åtgärder för att få igång egenkontrollen av vårdhygieniska standard genom att uppmana cheferna att lägga in i det i årshjulet.

Hygiensjuksköterskorna har hanterat och gett stöd vid utredningar och smittspårningar i länet avseende bland annat mässlingsfallen, MRSA inom slutenvården och primärvården samt inom kommunen. Fortfarande kräver de flesta nyupptäckta fallen av MRSA i vård och omsorg även screening av personal relaterat till att följsamheten till basala hygienföreskriften är låg och/eller desinfektionsrutiner i vårdmiljön är otydliga men ibland behövs även spårning av eftervårdad patient relaterat till detta.

Uppföljningen av influensakampanjen 17/18 och planeringen av kampanjen 2018 påbörjades tidigt i augusti tillsammans med smittskyddet och i samverkan med verksamhetsutvecklare inom division läns- och närsjukvård. Resultaten från arbetet under förra årets kampanj underlättade genomförandet i år och de förbättringsförslag som chefer i vården låtit oss ta del av, bland annat avseende logistik och bättre sammanställning/återkoppling av enskild enhets statistik fungerade bättre i år.

Nätverksträffarna med lokalvård/ vårdnära service för kvalitetsuppföljning. I samverkan har en checklista utvecklats för utbildning av medarbetare inom service och en rutin för uppföljning av kraven på lokalvård i vårdmiljö. Regionens krav på lokalvård enligt rumsklassificering i avtal och i egen regi ska följa Svensk städstandard avseende kvalitetsuppföljning. För att kunna bevaka det här systematiskt för alla sjukhus och hälsocentraler har samverkansgruppen utvecklat och beslutat om ett underlag för data från egenkontroller, INSTA kontroller och de systematiska provtagningarna i vårdmiljön. Syftet är att enkelt identifiera behov av åtgärder avseende städfrekvens, metod, medel eller eventuella behov av utökad utbildningsinsats och/eller en ny rutin.

I länets Legionellagrupp så följs egenkontrollprogram upp, odlingar analyseras och ageras på. Inga patientfall inom vården under 2018. Legionellaodlingar tas systematiskt under året vid utvalda tappställen i länet på sjukhusen, vissa Hälsocentraler/år och även Folktandvården/år, detta för att dels identifiera ett nuläge men även för att bevaka effekten av egenkontrollprogram för legionella avseende de åtgärder som krävs för att förebygga/minska legionellatillväxten i kall eller varmvattenssystemet. På ett sjukhus i länet pågår ett omfattande projekt för att få bukt med återkommande legionellaproblematik.

Specialistfunktionen Vårdhygien tillsammans med berörd verksamhetschef deltar i arbetet med etablering av förvaltningsgruppen sterilteknik i regionen (i samverkan med Länsteknik). Roller och ansvar i förvaltningen av maskinparken måste beskrivas när så många aktörer är involverade. Krav på leverantörer och kvalitetsuppföljningen i egen regi gör gällande att svensk standard 15883 ska följas. Vårdhygien har sen tidigare även checklistor för eskning av ny utrustning och för daglig och veckokontroll på spol- och diskdesinfektorer.

Proaktiva åtgärder vidtogs av Vårdhygien i februari för att undvika spridning till Norrbotten från andra sjukhus i samband med ett nationellt utbrott VRE. Utvecklingen av VRE utbrotten på olika sjukhus i landet har följts. En kommunikationsplan till målgruppen chefer i länet skapades. Kommunikationen skedde via återkommande information i mail och vid chefsmöten för spridning och operativa åtgärder. I december kunde konstatera att VRE-utbrottet hävts. Mot bakgrund av detta reviderade Vårdhygien rekommendationen avseende VRE screening vid inläggning av utomlänsvårdade. Det finns dock fortfarande återkommande VRE problem på en del sjukhus i landet och även nya utbrottsscenarios under hösten av samma stam så screening från utvalda regioner fortsätter. Genomförda utbildningsinsatser redovisas under rubriken ”Kunskap och kompetens”

Övrigt

- Division Närsjukvård beskriver att förbättringsarbete riktat mot vårdrelaterade kateterrelaterade urinvägsinfektioner (KADUVI) fortsätter. Mätningar utförs en dag per månad (totalt 10) enligt en årsplan.

Trycksår

Division Närsjukvård och Länssjukvård har under året haft stark fokus på trycksårsförebyggande arbete framförallt efter 2018 års mätningar som visade på en hög andel patienter med trycksår. Dokumentationen av riskbedömning och åtgärder har förbättrats, så även uppföljningen.

- Inom ortopedi och IVA Sunderbyn har man uppmärksammat trycksår vilket har medfört att man genomfört utbildning i trycksår, dokumentation, rutiner och arbetssätt. Ortopedin har infört tvingande fält av sökordet Trycksår i journalen.
- När det gäller trycksår, så har de områden med sämre resultat genomfört åtgärdsplaner och de har även genomfört nya mätningar, vilka visar på ett förbättrat resultat.
- Under 2019 kommer fler att komma igång med omvårdnadsverktygen Gröna korset och Se Upp Ronder, även om många redan idag anger att de arbetar med verktygen. Dessa verktyg är förutsättning för att andelen patienter med vårdskador ska minska som t.ex. trycksår och vårdrelaterade infektioner. Fortsatt arbete med riskbedömningar vid inskrivning och utskrivning från vårdavdelningar är ett viktigt fokusområde vilket kommer att fortgå under 2019.
- Risk och hudbedömningar vid ankomst till enheter har ökat, vilket resulterat i förbättrad dokumentation, fler åtgärder. Det går idag vid tätt dokumentation att skilja ut andelen trycksår som uppstått på enheten. Trycksår och fall är dock mycket underrapporterade i Synergi och behöver öka. Införandet av Gröna korset och Se Upp Ronder är också en del i arbetet att förebygga trycksår, men även fall.

Fall

Regionen har deltagit i Socialstyrelsen nationella kampanjen ”Balansera mera”. Kampanjen syftar till att genom olika aktiviteter uppmärksamma frågan och öka kunskapen om fallolyckor och hur de ska förebyggas. Socialstyrelsen informationsmaterial har spridits till länet och kampanjen uppmärksammade i media. Regionen har medverkat de två senaste åren.

- Utifrån resultatet har man på kirurgi/urologi uppmärksammat att fall sker på grund av att byxbenen är långa byxor, kontakt har tagit med Textilia med önskemål om byxor med mudd.

Övrigt

- Ögon har arbetat med kompetensförsörjning och taskskifting för att ge vård på rätt vård-nivå. För att främja patientsäkerheten har en standardiserad remiss för optiker utarbetats och implementerats.
- In kirurgi/urologi har samtliga avdelningar infört vårdtyngdsmätning (Libra). Efter utbildning genomför sjuksköterskorna enkla läkemedelsgenomgångar. Arbete med personcenterad vård har påbörjats och gemensam dokumentation och epikris i patientjournalen har utvecklats. För att lyfta risker och vårdskador har verksamheten infört ”Gröna brevet”, en sammanfattning av risker och vårdskador, utifrån månadsmätningen gröna korset.

Riskanalys

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

Att analysera risker är ett framtidsytande arbete för att vidta förebyggande åtgärder innan något har hänt. Alla risker ska rapporteras i avvikelshanteringssystemet och allvarlighetsgraden bedömas. Utifrån allvarlighetsgraden hanteras risken enligt regionens anvisning för riskhantering.

Risker identifieras via;

- Förbättringstavlor på enhetsnivå/divisionsnivå
- Gröna korset
- Risker registrerade i avvikelshanteringssystemet
- Lex Maria ärenden, Patientnämndsärenden, klagomål och synpunkter inkomna från patient/närstående och från IVO.
- Lärdomar av genomförda tillsyner av IVO och revisionsrapporter.
- Alla patienter som är 70 år eller äldre samt övriga patienter med särskild risk ska riskbedömas i omvårdnadsanamnesen i regionens vårdadministrativa journalsystem (VAS). Riskbedömningen omfattar patienter med risk för fall, trycksår, UVI, blåsdysfunktion, ohälsa i munnen och undernäring.

Olika riskbedömningsinstrument;

- Modifierad Nortonskala- (trycksår)
- Downton Fall Risk Index (DFRI) (för fall)

- Undernäring - Åtgärder för att förebygga (Sveriges Kommuner och Landstings åtgärds paket) och Mini Nutritional Assessment (MNA) för nutrition
- ROAG munvårdsbedömning (ohälsa i munnen).
- Riskidentifiering av blåsoverfyllnad och UVI; *Vårdrelaterade urinvägsinfektioner - åtgärder för att förebygga (SKLs åtgärds paket) och Vårdhandboken vid behandling med kateter* används vid exempelvis bedömning av trycksår, Modifierad Nortonskala, checklista inför operation,

Bedömnings-/riskbedömningsskalor som stöd i den kliniska bedömningen. Exempelvis;

- National Early Warning Score (NEWS)
- Checklista för säker kirurgi

Allvarlighetsgrad på den identifierade risken avgör hur risken ska hanteras. I regionen ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete finns rutin för hur risker ska hanteras och hur riskanalys ska genomföras. Den metod som används vid riskanalys är Healthcare Failure Mode Effect Analysis (HFMEA). Nedan ses en beskrivning av processen för riskanalys.

Regionen har även en rutin för riskindivider.

Exempel på riskhantering

Hantering av multiresistenta bakterier (MRB) i dagliga flödet/styrningen: riskbedömningar av läkare och sjuksköterskor och tidig identifiering av utomläns/utomlandsvård har ökat behovet av Vårdhygien stöd till verksamheten i bedömning av riskflöde och primära behov av vård på enkelrummen på vårdavdelningarna relaterat till risk för smittspridning. Att jobba proaktivt för att undvika smittspridning inom vården kräver prioritering av chefer och insatser från vårdpersonalen. Riskidentifiering vid triagering i det akuta omhändertagandet vid misstänkt smittsam sjukdom och ett korrekt flöde från början förebygger, minskar eller kan till och med utesluta en smittspridning.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Vid allvarlig vårdskada eller allvarligt tillbud ska en händelseanalys genomföras. Syftet med en händelseanalys är att uppfylla anmälnings- och utredningsansvaret av patientrelaterade händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada. Vidare så syftar händelseanalysen till att upptäcka brister och förhindra upprepning av liknande händelser samt att vara ett lärande för organisationen. På alla anmälda lex Maria händelser läggs ett pressmeddelande ut på regionens externa webbsida. Chefläkarkollegiet har under 2018 arbetat med att sprida ett lärande av genomförda händelser. Dels i olika forum och på regionens interna webb.

I verksamheten är det verksamhetschefen som ansvarar för att återkoppla händelser, avvikelser och klagomål till personalgruppen.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Informationssäkerhetsarbetet ska tillse och bevaka efterlevnaden av lagstiftningens och Region Norrbottens krav på behandling av all information oberoende lagringsmedium för att garantera dess tillförlitlighet, tillgänglighet, spårbarhet och sekretess.

Regionstyrelsen har det yttersta samordningsansvaret för informationssäkerheten och verksamhetsansvaret ligger hos dess chefer på alla nivåer. Det dagliga informationssäkerhetsarbetet inom Region Norrbotten bedrivs på strategisk nivå av informationssäkerhetsamordnaren. På operativ nivå är det säkerhetssamordnarna utplacerade på varje sjukvårdsområde som har uppdraget att övervaka och implementera förändringar i verksamheten. Division Länsteknik ansvarar för det tekniska skyddet av elektroniskt lagrad information.

Efterlevnad

1§ Patientsäkerhetsberättelsen ska, utöver vad som anges i 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659), innehålla uppgifter om

- 1) **Uppföljningar** av informationssäkerheten som framgår av 3 kap. 6 § 3 och som är av större betydelse.
 - a) Samverkan mellan avdelningar/enheter styrs i hög grad av behörigheten att ta del klinikens information. Ansvarsfördelning är tydlig för loggkontroll, journalgranskning. Enhetscheferna ansvarar för introduktion i sekretess.
 - b) Händelseanalyser genomförs via webbverktyg Nitha och där är alla personuppgifter och andra uppgifter som kan härleda till enskild patient borttagna.
 - c) Kontroller av journalsystem sker på ett systematiskt sätt. Vore önskvärt med automatisk logganalys.
 - d) Informationssäkerhetsstrateg med övergripande ansvar för informations-säkerhetsarbetet har utsetts.
 - e) Cheferna i närsjukvården anser att det finns en medvetenhet hos personalen kring övergripande mål och åtgärder gällande informationssäkerhet.
- 2) **Risikanalyser** har gjorts enligt bestämmelserna i 3 kap. 5 §
 - a) Länsteknik genomför riskanalys inför driftsättning av nya informations-system.
 - b) Översyn och planering pågår inför ombyggnation av väntrum och vårdlokalerna i syfte att värna sekretessen.
 - c) Riskanalyser kopplande till informationssäkerhet har genomförts inom Folk-tandvården under de senaste åren, dock inte under 2018.
- 3) **Förbättring** av informationssäkerheten enligt vad som framgår av 3 kap. 6 § 4 och som är av större betydelse.
 - a) Fortlöpande sker utveckling av journalsystem med åtgärder för att förbättra systemen och därmed minimera risk för patientskada.
 - b) Inloggning med SITHS kort.

- c) Utbildning av personal i GDPR har genomförts.
- 4) **Utvärdering** av vårdgivaren har genomfört enligt 3 kap. 18 § av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem.
 - a) Extern granskning av åtkomstskydd har under året genomförts vilket resulterat med att ytterligare föreslagna säkerhetsåtgärder har implementerats.
- 5) **Granskning** som har gjorts enligt 5 kap. 7 § av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.
 - a) Journalgranskning med mallar har genomförts i samtliga verksamheter inom allmän tandvård.

Informationssäkerhetsfunktionen bör under 2019 genomföra interna utbildningar inom de relevanta delarna för att säkerställa att verksamheternas egna kontroller samt sker till den högsta möjliga förmåga som ej kräver automatiserade processer.

Noterar ett sjunkande antal registrerade avvikelser som kan bero på att anställda saknar utbildning/information kring vad som karaktäriserar en informationssäkerhetsavvikelse. Detta rekommenderas vara obligatoriskt material för den årliga informationssäkerhetsutbildningen.

Ett förenklat svarsformulär rekommenderas att utvecklas för att säkerställa att verksamheterna besvarar samtliga efterfrågade uppgifter i berättelsen.

Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbete

Handläggningstider för utredningar enligt Lex Maria ska var två månader och kvalitén för händelseanalyser förbättras

I samband med lagändringen oktober 2017 togs även kravet på två månaders handläggningstid bort. Nu står det enbart ”skyndsamt”. Om detta är orsaken må vara osagt, men handläggningstiden har ökat påtagligt jämfört med föregående år. Mediantiden 2018 är 138 dagar jämfört med 77 dagar under 2017, en ökning med 79 %.

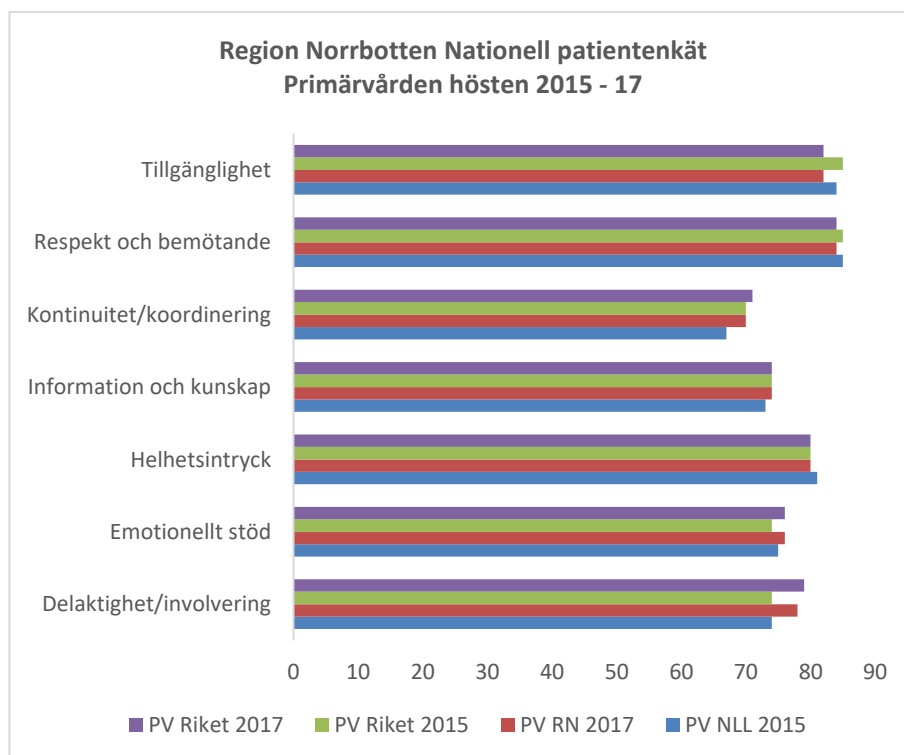
Patientsäkerhetskulturen ska stärkas

Patientsäkerhetsronden som genomfördes 2017 genererade till beslut om ombyggnation av väntrummet för att värna sekretessen och för-bättra flödena.

Patient/närstående medverkan

Nationella patientenkäten för primärvård

Inom primärvård genomfördes Nationell patientenkät från vecka 48 2017 till och med vecka 02 2018 för de som besökt primärvården i hela riket. Svarsfrekvensen har sjunkit från 41procent till 35 procent i Region Norrbotten, samma tendens kan också ses i riket.



Totalt sett är helhetsintrycket gott. Kontinuitet och koordinering är den dimension som är lägst skattad, männen är dock något mer positiva än kvinnorna. Fler kvinnor än män har besvarat enkäten.

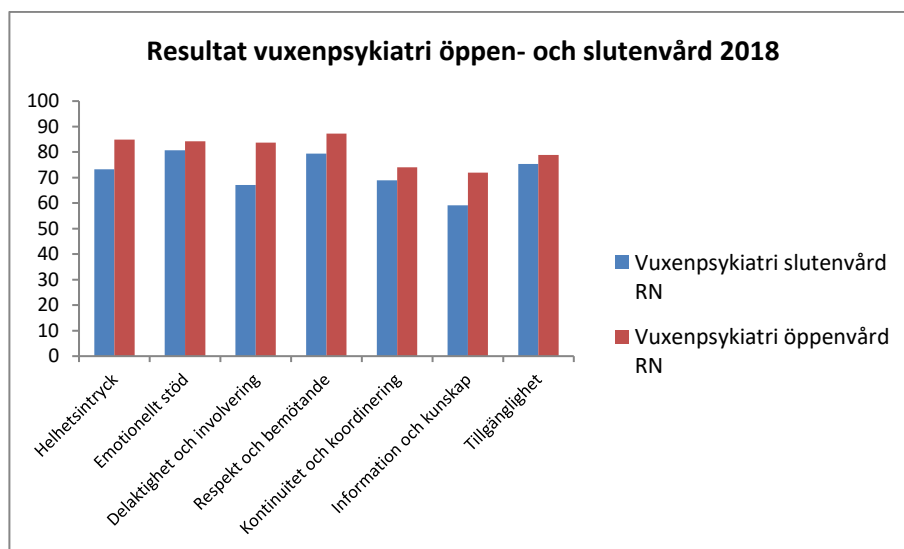
Män upplever i större utsträckning att kontinuitet och koordinering fungerar bättre än vad kvinnorna gör. Den äldre åldersgruppen, 64 år och uppåt har ett mer positivt intryck än yngre personer inom alla dimensioner. På frågor om levnadsvanor är upplevelsen att det diskuteras i låg omfattning och framför allt alkoholvanor.

Nationell patientenkät somatisk specialiserad slutenvård RN

Svarsfrekvensen är ca 45 procent och jämförbart med rikets siffror. Unga personer är mindre benägna att besvara enkäten. Överlag har man ett gott intryck av den specialiserade somatiska vården med ungefär 90 procent som är nöjda. Tillgängligheten inom den slutna vården har minskat något sedan förra mätningen medan den har ökat inom den öppna vården. Delaktighet och involvering har glädjande nog ökat. Inom den somatiska vården är det också delaktigheten som har betydelse för helhetsintrycket. Information och kunskap har ökat sedan 2016 men är ändå den lägst skattade av alla dimensioner framför allt inom den öppna vården.

Nationell patientenkät psykiatri

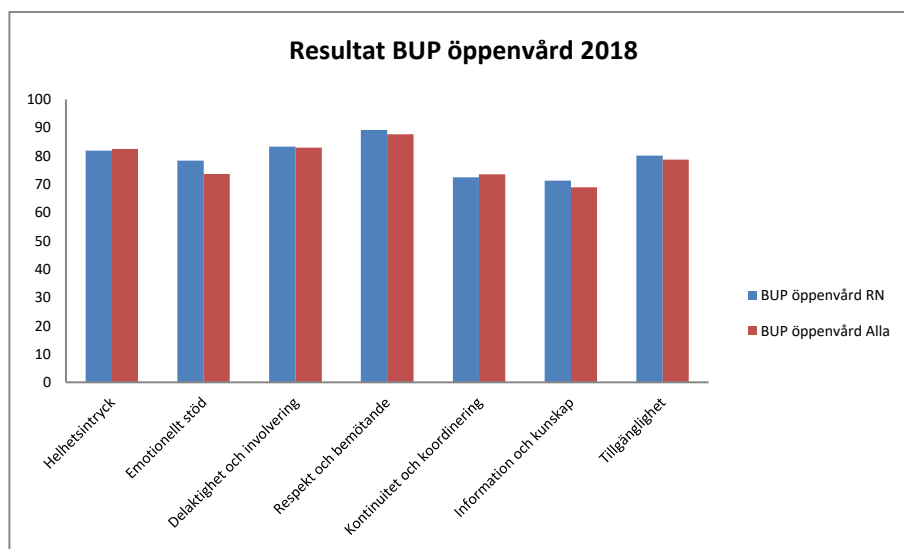
Enkäten är uppdelad på vuxnenkät till de patienter som är 18 år eller äldre (VUP) och vårdnadshavarenkät till patienter under 18 år (BUP) samt uppdelat på öppenvård, slutenvård samt rättspsykiatri. Svarsfrekvens öppna vård är 27 procent, slutenvård 45 procent samt BUP 14 procent. Det har även funnits möjlighet att besvara frågorna digitalt. Via internet finns information och möjlighet att svara på sju språk.



När det gäller vuxenpsykiatri öppenvård får Norrbotten bättre betyg än riket på alla kriterier. Drygt åtta av tio skulle rekommendera mottagningen till en annan person i samma situation. Nästan 90 procent upplever att de har bemötts med medkänsla och omsorg.

Vuxenpsykiatrin slutenvård får ungefär samma resultat som resten av landet, med särskilt gott betyg inom kategorin emotionellt stöd. Något fler känner sig trygga inom den slutna vuxenpsykiatrin än resten av riket. Både inom öppen och slutenvård är patienterna mindre nöjd med möjligheten att komma i kontakt med sin mottagning.

På frågan om man kände sig delaktig i besluten beträffande vård och behandling var närmare 80 procent nöjd vilket är högre än riket. De lägsta resultaten hittas inom dimension information/kunskap samt kontinuitet/koordinering. Trots detta upplevde 80 procent att det vid besöket togs beslut om nästa steg i behandlingen. Kvinnor/flickor har en högre svarsbenägenhet än män/pojkar. Sett till olika åldersgrupper så är vuxna personer åldern 25-64 år överrepresenterade i svarsunderlaget jämfört med hur genomströmningen såg ut under 2017.

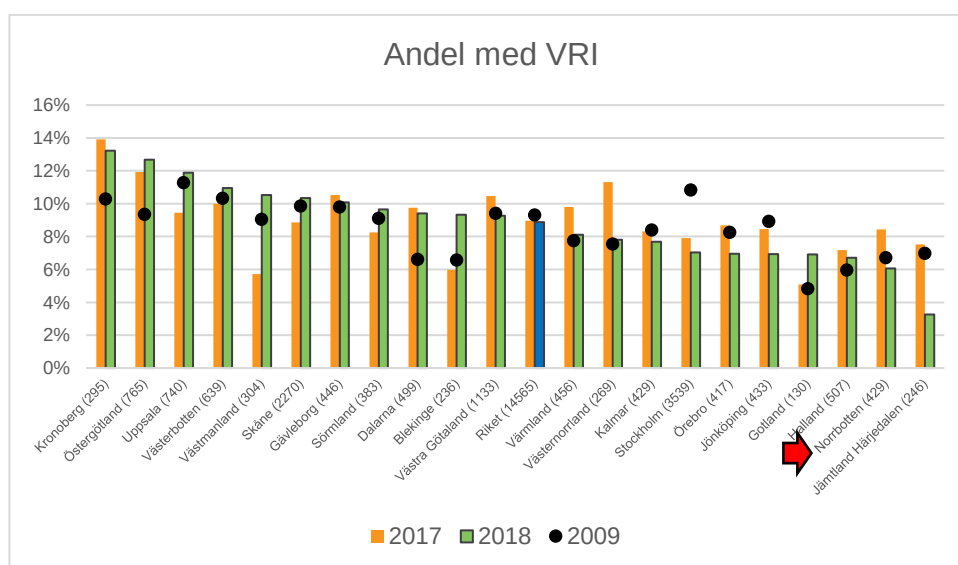


Barn- och ungdomspsykiatri har en låg svarsfrekvens men de svar som kommit in visar på siffror som följer resten av riket. Även inom den öppna rättspsykiatriska vården har få svar kommit in. Troligen på grund av fel i uppladdningen vilket ledde till att för få enkäter delades ut. Rättspsykiatri får sämre resultat än riket som helhet.

Vårdrelaterade infektioner

Andelen vårdrelaterade infektioner (VRI) ska vara < 5 procent.

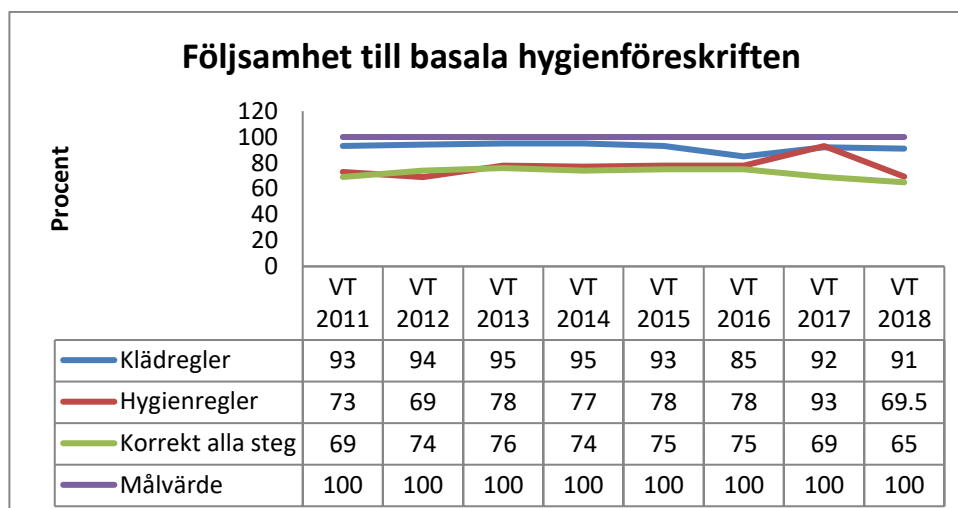
2018 års resultat från de nationella mätningarna visade en minskning av andelen VRI till 6,1 procent.



Källa; Punktprevalens mätningarna VRI mars 2018

Följsamhet till hygienföreskrifter ska vara 100 procent.

Antalet verksamheter som deltagit i månadsmätningarna har under början av 2017 minskat men en uppåtgående trend ses i samband med att användningen av det nya webbaserade verktygen kommit igång.



Källa; Punktprevalens mätningarna BHK mars 2018

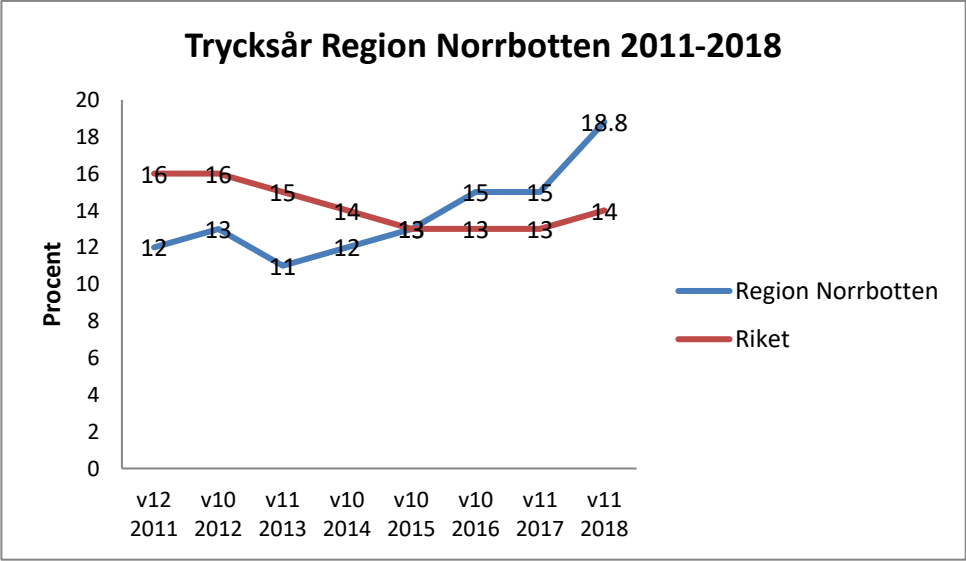
Det är i momenten desinfektion före vårdnära arbete, och desinfektion efter vårdnära arbete och användandet av plastförkläde som brister återfinns.

Antibiotikaförskrivningen i öppen och slutenvård ska minska.

Antibiotikaförsäljningen räknat i antalet recept per 1000 invånare i Norrbottens öppenvård har till i november 2018 jämfört med samma tid 2017 minskat från 29 till 293 (- 2 %) vilket är glädjande men minskningen i Norrbotten är mindre än för de flesta andra regioner i landet. Detta, samt att Regionens mål, mindre än 250 antibiotikarecept per 1000 invånare och år, inte är i närheten till att uppnås gör att fortsatt förbättringsarbete är viktigt. Karaktären på förskrivna antibiotika/antibiotikaval är relativt god även om det finns förbättringsutrymme även här. Slutenvårdens antibiotikaförbrukning följs och återkopplas vårdgivarna via Strama Norrbotten.

Trycksår

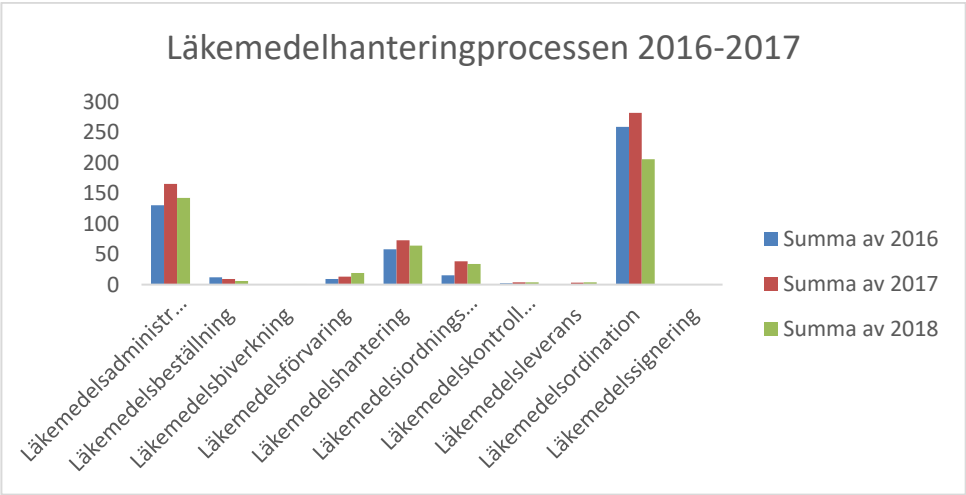
Ingen patient som vårdas i regionen ska drabbas av ett undvikbart trycksår under sin vårdtid. Minst 90 procent av patienter över 70 år ska ha en dokumenterad riskbedömning gjord inom 24 timmar efter inläggning. 100 procent av riskpatienter ska ha minst två förebyggande åtgärder insatta.



Källa; Punktprevalens mätningarna BHK mars 2018

Läkemedel

Flest avvikelser är rapporterade för läkemedelsordination. 20 procent av avvikelserna var registrerade som vårdskador, 58 procent som tillbud och 22 procent som risker.



Källa; Synergi 2018

År 2018 uppgick andelen patienter med sökbar läkemedelsberättelse i journalen till 55 procent för kvinnor och 57 procent för män. Det är en förbättring på fem procent jämfört med föregående år. Förekomsten av läkemedelsberättelse i journalen varierar mellan sju och 87 procent beroende på inom vilken verksamhet vården skett. Målet för 2018 var att 75 procent av målgruppen ska ha fått en läkemedelsberättelse.

Andel med läkemedelsberättelse per division och år. Målvärde 49% kvinnor, 51% män.

År	Kön	Antal med 5 ATC och VTF	Antal med LM-berättelse	Andel med LM-berättelse
2018	K	3 287	1 799	55%

År	Kön	Antal med 5 ATC och VTF	Antal med LM-berättelse	Andel med LM-berättelse
2018	M	2 742	1 555	57%

Andelen patienter 75 år eller äldre med minst fem läkemedel, som har en i primärvården journalförd läkemedelsgenomgång med sökord, var 32 procent. Detta är en ökning med 2 procent jämfört med föregående år. Resultatet i olika närsjukvårdsområden i regionen varierar mellan tio och fyrtio procent. Målet för 2018 var att 50 procent av målgruppen ska ha fått en läkemedelsgenomgång vid kontakt med vården.

Vårdpreventivt arbet

Sveriges Kommuner och Landstings åtgärds paket ska användas för att förebygga vårdskador. Risker för vårdskador ska identifieras och förebyggas. Uppföljningen av riskbedömningar för fall, trycksår, munhälsa och undernäring visar en förbättrad riskbedömning av riskpatienter. Resultatet redovisas under rubriken ”Riskanalys”

Avvikelser

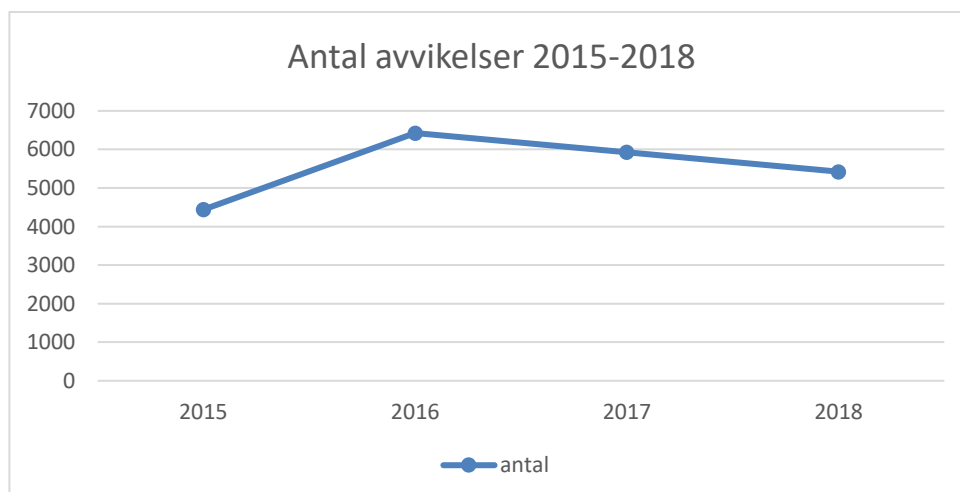
Sedan 2008 finns IT-stödet Synergi för rapportering, utredning och analys av avvikelser. IT-stödet ska även stödja verksamheterna som har i uppdrag att riskhantera händelser och observationer. Arbetet syftar till att trygga säkerhet och kvalitet i verksamheten och är en viktig del i organisationen för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

Avvikelsehanteringsprocessen

För att utvärdera avvikelsehanteringsprocessen följs;

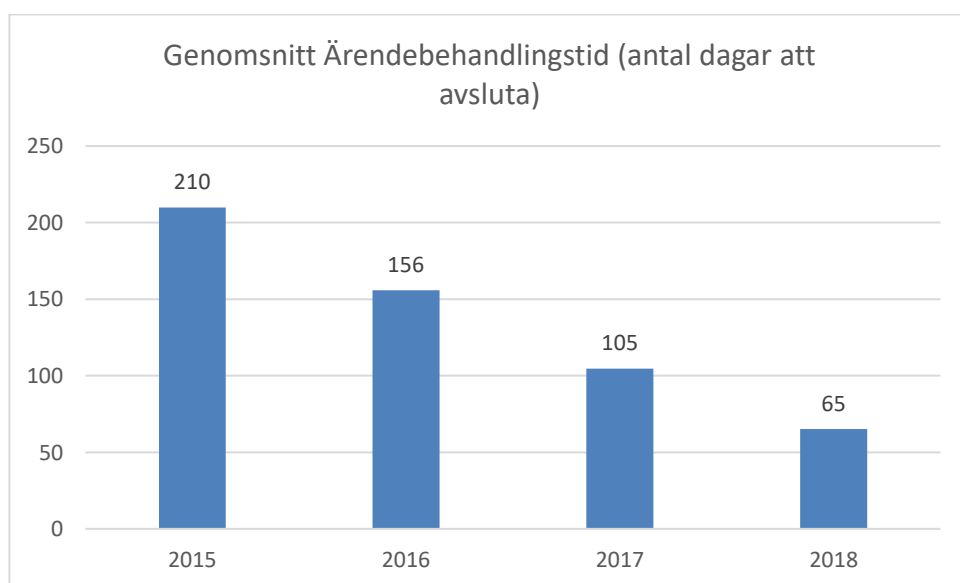
- Antal avvikelser totalt, per ärendetyp (vårdskada, tillbud och risk).
- Handläggningstider och genomsnittliga handläggningstider.
- Kvalitén på handläggningen
- I handlingsplanen för patientsäkerhet är målet att avvikelser ska öka, kvalitén förbättras och handläggningstiderna för avvikelser hållas. De rapporterade avvikelserna är fördelade på ärendetyperna vårdskador, tillbud och identifierade risker.

Antalet avvikelser är till antalet färre 2018 jämfört med 2017.



Källa Synergi 2018

Ärendehandläggningstiderna har förbättrats och ligger i genomsnitt på 65 dagar. Det finns dock en stor spridning vad gäller handläggningstider. Noteras bör att vissa ärenden kanske inte kan avslutas beroende på om åtgärderna är kortsiktiga eller långsiktiga.



Källa; Synergi 2018

Alla Lex Maria ska vara registreras som en avvikelse

Registrering i avvikelshanteringssystemet Synergi har skett enligt rutin i 100 % av fallen. I Synergi är det hittills 34 ärenden som är klassificerade som lex Maria ärenden, men 104 som har rapporterats till Chefläkare. Förbättring har skett sedan föregående år men ytterligare insatser krävs för att Synergi ska kunna användas med säkerhet som egenkontroll för regionen.

Avvikelser

I tabellen redovisas de tio vanligaste förekommande patientrelaterade avvikelserna 2018 för ärendetyperna negativ händelse (vårdskada), risk och tillbud. Ärendetypen förbättringsarbete är inte inkluderad.

Händelse/iakttagelse alla ärendetyper	Antal registreringar
Vård- och behandling	1706
Information/kommunikation	558
Läkemedel	464
Administration	445
Fall	442
Administration	386
Övrig händelse/ iakttagelse	263
Vårdplanering	258
Samverkan mellan enheter	243
Utrustning/produkt	191

Källa; Synergi 2018

Ärendetypen förbättringsarbeten motsvarar cirka 14 procent av den totala andelen avvikelser (alla kategorier inklusive kvalitetsavvikelser). I tabellen för 2018 är ärendetypen förbättringsförslag inte inkluderad.

Ärendetyp	Andel av ärendetyp 2018
Risk	21 %
Tillbud	47 %
Vårdskada	31 %

Källa; Synergi 2018

Analys

Antalet avvikelser är något färre jämfört med föregående år. Noteras bör att det i IT-stödet för Synergi vid tidpunkten för datauttag finns avvikelser som inte är omhändertagna och följaktligen inte är knutna till någon ärendetyp. Det innebär att antalet avvikelser kan vara högre. Målet att avvikelserapporteringen ska öka har inte uppnåtts. Däremot ses en förbättring i kvalitén på handläggningen och förbättrade handläggningstider. En granskning görs årligen av kategorin allvarlig vårdskada som visar på en förbättrad följsamhet till anvisningen för systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Vanligaste avvikelserna berör vård och behandling följt av information och kommunikation, vilket stämmer överens med vad som framkommer i resultaten från klagomål och synpunkter, lex Maria ärenden och patientnämndens ärenden. Däremot ses få registreringar under händelserna trycksår och vårdrelaterade infektioner vilket inte överensstämmer med resultaten från punktprevalensmätningarna och den markörbaserade journalgranskningen. Trolig orsak till den skillnaden kan vara en underrapportering av avvikelser relaterade till trycksår och vårdrelaterade infektioner och att dessa avvikelser bedöms som mindre allvarliga eller inte bedöms som vårdskador. Andelen avvikelser handlagda som förbättringsarbeten bedöms som hög. Många förbättringsförslag som kommer upp på arbetsplatsträffar och vid ”puls möten” förs inte in i avvikelshanteringssystemet utan hanteras på

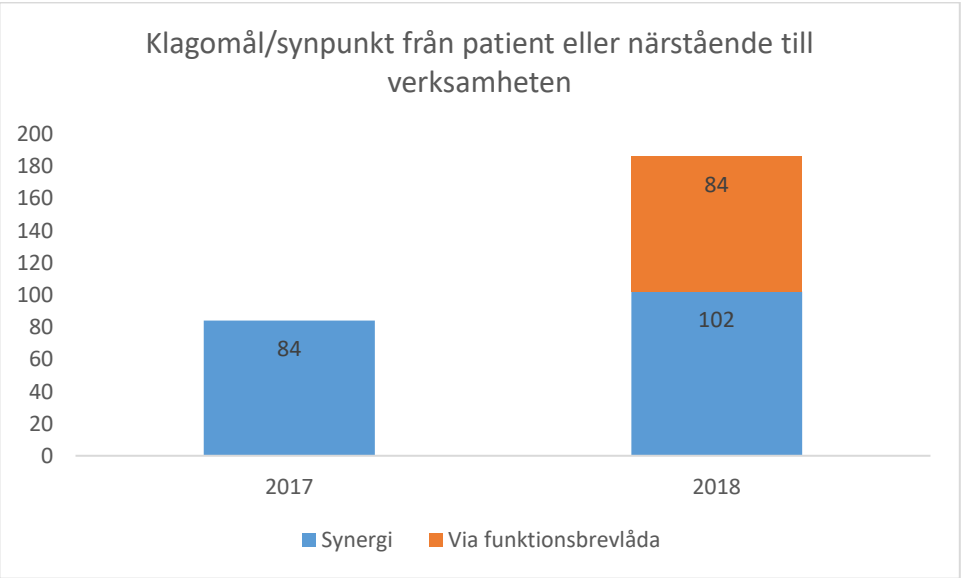
förbättringstavlor. Vid granskning av slumpvis utvalda förbättringsförslag ses att flera avvikelser är felaktigt ärendetypklassificerade.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter direkt till verksamheten

Klagomål och synpunkter från patienter och närstående fångas upp både av verksamheterna och genom den Funktionsbrevlåda som är inrättad för ändamålet. Klagomål/synpunkt registreras som en avvikelse i Synergi, utreds/hanteras och återkopplas till patient/närstående. Totalt har 186 klagomål och synpunkter direkt till verksamheten tagits emot. En ökning jämfört med 2017 på över 50 procent. Av inkomna klagomål är 83 procent klassificerade som vårdskada och övriga har klassificerats som tillbud eller risk.

Av de klagomål som inkommit till Funktionsbrevlåda är ca 30 procent handlagda inom fyra veckor, inom två månader 18 procent, mer än 2 månader ca 30 procent och inte handlagda 23 procent.



Källa; Synergi och egen uppföljning 2018

Fördelning av klagomål registrerade under 2018.

Division	Andel i procent
Folktandvårdande	10
Länssjukvården	24
Närsjukvården	66

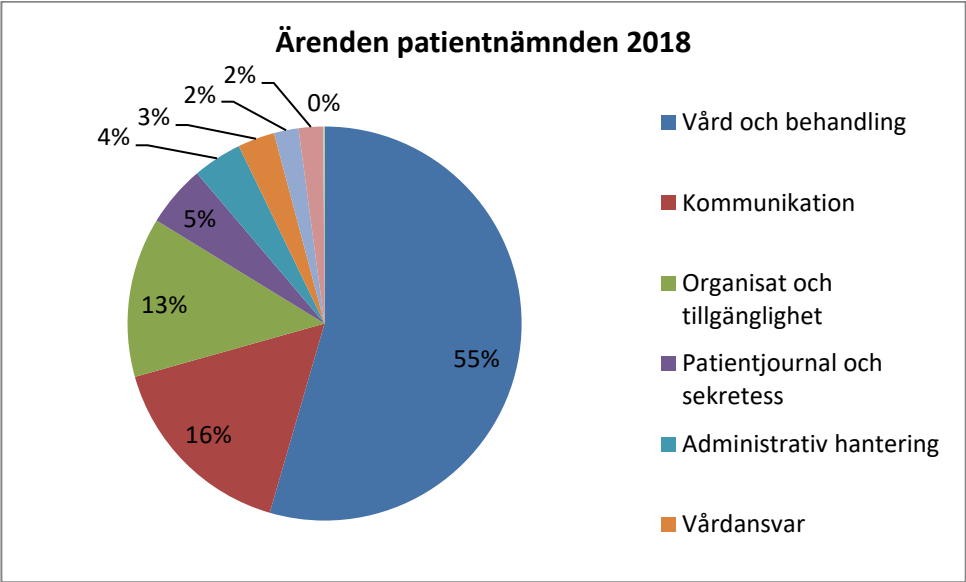
Källa Synergi och egen uppföljning 2018

I uppföljningen ses att för närsjukvården är det flest klagomål riktade mot primärvården, följt av psykiatrin sedan mot internmedicin och akutmottagningarna.

Inom Länssjukvården är det mest klagomål riktade mot kirurgin följt av OB/Gynekologi.

Klagomål och synpunkter från Patientnämnden

Under 2018 har patientnämnden registrerat 767 ärenden. Över hälften av ärendena, 57 procent, har registrerats inom kategorin vård och behandling. Andra kategorier där många ärenden återfinns är kommunikation (16 procent) samt organisation och tillgänglighet (13 procent). Under 2018 rörde 64 procent av ärendena kvinnor och 36 procent män. Sett i fördelning av ålder gäller flest ärenden personer i åldersspannet 50-59 år och 70-79 år (18 procent respektive 18,4 procent).



Källa Patientnämnden 2018

Under 2018 påbörjade patientnämnden ett kvalitetsarbete i syfte att öka följsamheten till de nationella riktlinjerna. Det innebär att patientnämnden valt att inte göra någon jämförelse med 2017 års ärenden.

Klagomål och synpunkter från IVO

Typ av klagomål från IVO	2017	2018
Överlämnat till vårdgivaren för utredning – Meddelande från IVO		24
Öppnad utredning med begäran om handlingar och yttranden	114	65

Källa Egen uppföljning och Synergi 2018

Av de klagomål som IVO lämnat över till verksamheten är 21 av 24 (87 procent) registrerade som en avvikelse. Övervägande delen av klagomålen handlar om vård och behandling, prioriteringar av vård och behandling och brister i kommunikation och information.

Av de klagomål som IVO utreder är 55 av 65 (85 procent) registrerade som en avvikelse. Övervägande delen av de klagomålen handlar om felaktig försenad vård eller behandling och brister i kommunikation och information.

Verksamhet	Antal klagomål för utredning fr. IVO
Primärvård	16
Psykiatri	12
Medicin/med-Rehab	6
Kirurgi	5
Ob/gyn	4
Akutmottagningen	5
BUP	2
Ögon	2
Ortopedi	2
Ambulanssjukvården	2

Källa Egen uppföljning och Synergi 2018

Verksamhet	Antal klagomål överlämnade fr. IVO
Primärvård	9
Akutmottagningen	6
Psykiatri	6
Ob/Gyn	4
Rättpsykiatri	2
Akutmottagning	1
Ambulanssjukvården	1
Folktandvården	1
Bild-och funktionsmed	1
Ortopedi	1

Källa Egen uppföljning och Synergi 2018

Analys

Antalet klagomål som IVO utreder har minskat med nästan 50 procent, sedan lagen och föreskrifterna för klagomålshantering trädde i kraft och andelen klagomål som verksamheten handlägger har ökat med mer än 50 procent. Patientnämndens ärende har minskat något. Det kan tolkas som att fler klagomål går direkt till verksamheten. Noteras har att flera ärenden är både klagomål till verksamheten, till Patientnämnden och till IVO. Vilket innebär att ett och samma ärende handläggs i flera parallella utredningar. Patienterna/närstående kanske upplever större trovärdighet med en objektiv utredning.

Oavsett till vem patient/närstående vänder sig till med sitt klagomål är det vanligaste klagomålet riktade till fördröjd, missad eller utebliven vård och behandling. Därefter kommer brister i kommunikation/information ofta i kombination med bemötande.

Händelser och vårdskador

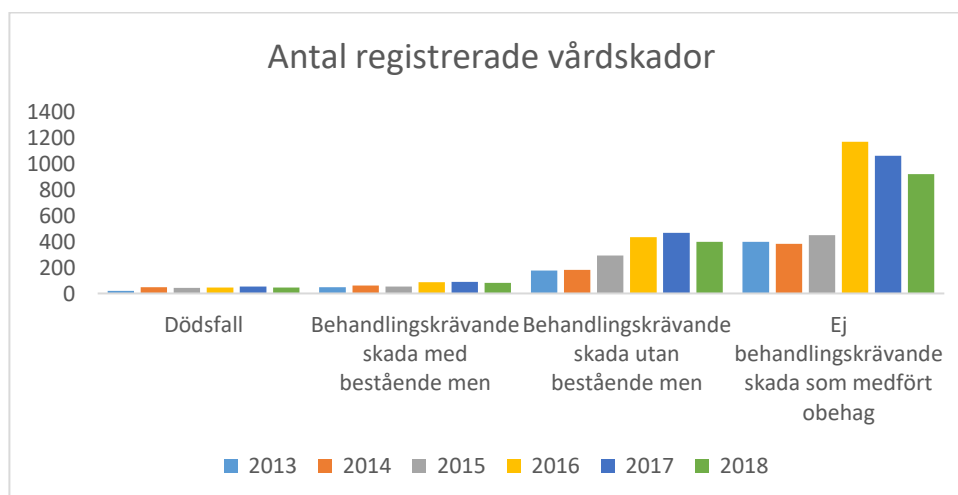
Händelser

Målet att antalet händelseanalyser i det Nationella IT-stödet för händelseanalys (Nitha) ska öka. Antalet lex Maria ärende 2018 var 44 anmälningar och händelseanalyser i Nitha 64 stycken. Fler utredningar än anmälningar är gjorda och antalet utredningar ökar vilket är positivt och leder till ett ökat lärande eftersom analyserna finns åtkomliga i Nitha och lättare kan spridas. En annan möjlig orsak är det arbete som pågått med att höja kvalitén på utredningarna och förbättra strukturen på utredningarna samt en central resurs som ansvarar för utredningar där flera verksamheter är inblandade och vara kontakt- och stödperson för IT-stödet Nitha.

	2016	2017	2018
Händelseanalyser i Nitha	4	40	64

Vårdskador

I avvikelsehanteringssystemet har registrerats 46 dödsfall och 99 stycken allvarliga vårdskador. Totalt uppgår de registrerade betydande/katastrofala vårdskadorna till 8,8 procent av vårdskadorna, vilket är jämförbart med resultatet från journalgranskning.

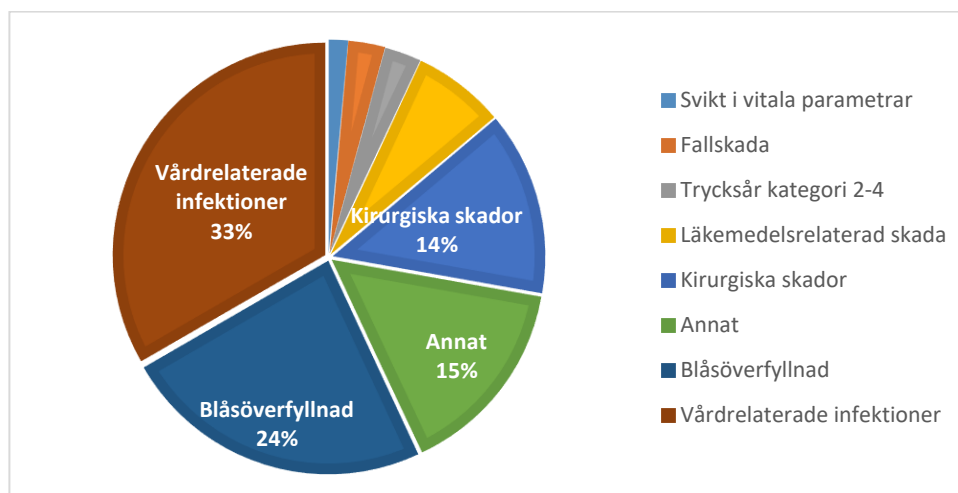


Källa; Synergi 2018

Kvalitén på de allvarligaste vårdskadorna har granskats och uppföljningen visar på en förbättrad kvalitet.

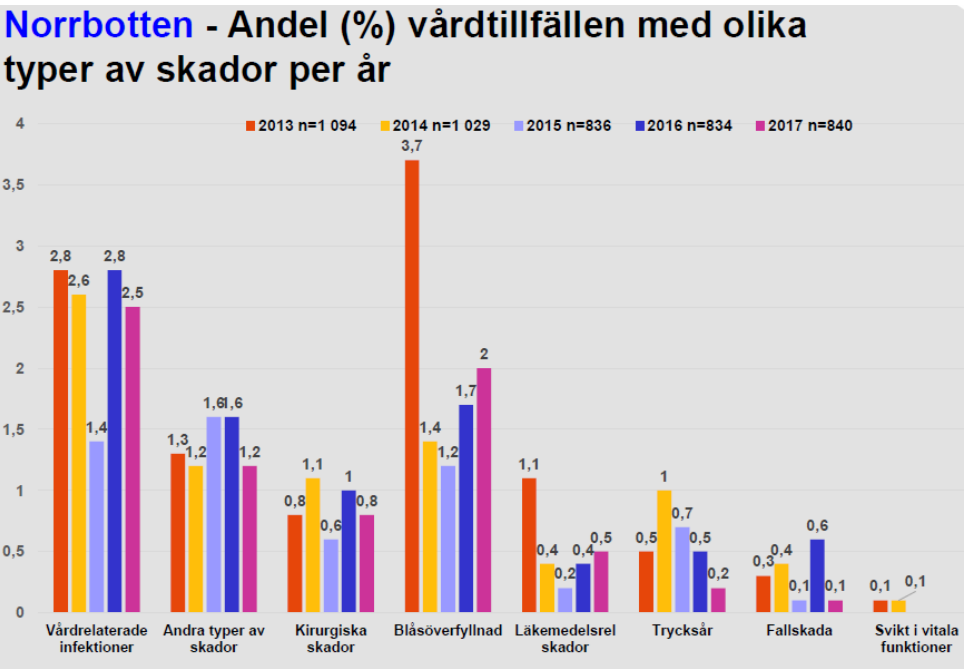
Markörbaserad journalgranskning somatiskt slutenvård

Andelen vårdskador har minskat visar resultatet från markörbaserad journalgranskningen och ligger på 7,3 procent. VRI är den största skadegruppen följt av blåsöverfyllnad.



Källa; Signe databas Markörbaserad journalgranskning 2018

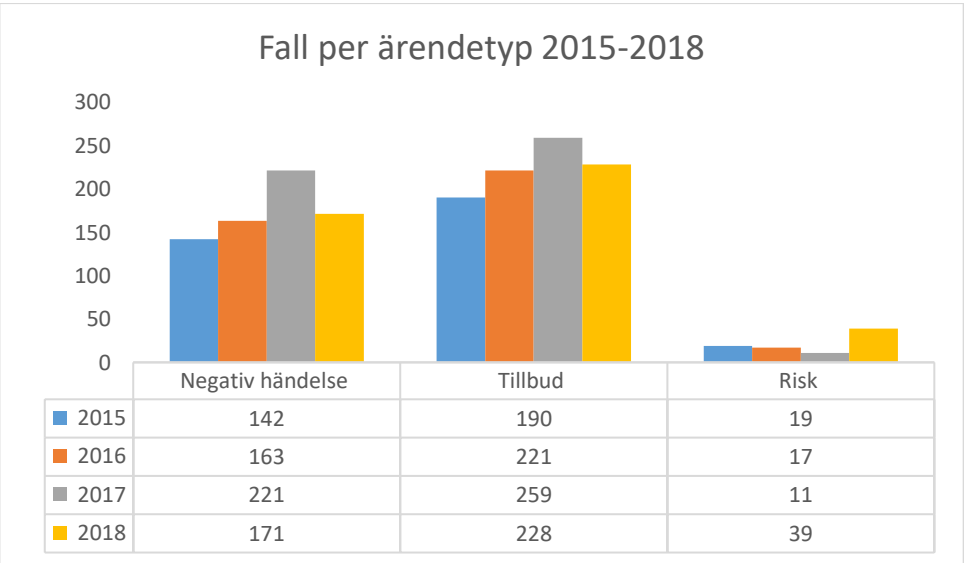
Andelen vårdskador har sjunkit inom alla skadetyper förutom för läkemedelsrelaterade skador och blåsöverfyllnad.



Fall

Riskområdet fallskada inom somatisk vuxenvård är det största riskområdet i regionen. Av totalt antal inskrivna patienter uppfyller ca 70 procent riskkriterierna för fall. 56 procent av riskpatienterna blir riskbedömda i samband med inskrivningen

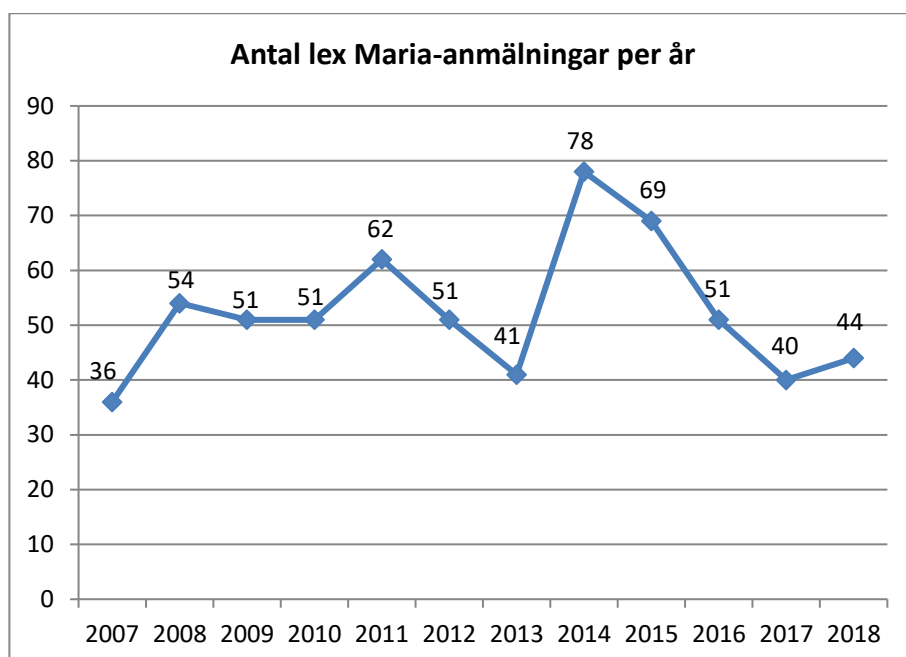
Antalet fallhändelser registrerade som avvikelser ligger på ungefär på samma nivå som tidigare år. Det är fler kvinnor än män som är inblandade i en fallhändelse. Fem av de negativa händelserna har blivit föremål för lex Maria-anmälan. Dock finns en underrapportering av kön i avvikelserna eftersom i mer än hälften av rapporterna är kön inte registrerat.



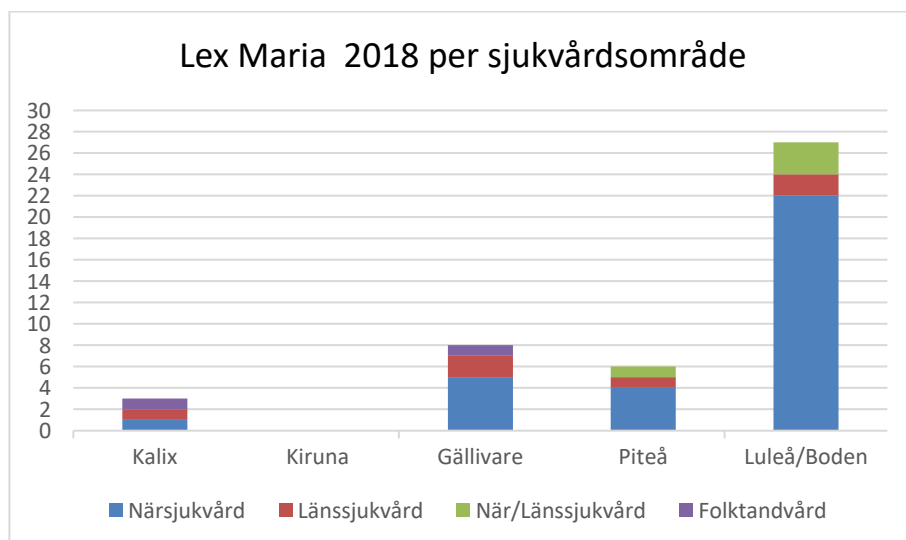
Källa Synergi 2018

Lex Maria

Antalet anmälningar under året är 44, vilket är 5 fler jämfört med föregående år. Den sjunkande trenden från tidigare år har därmed brutits.

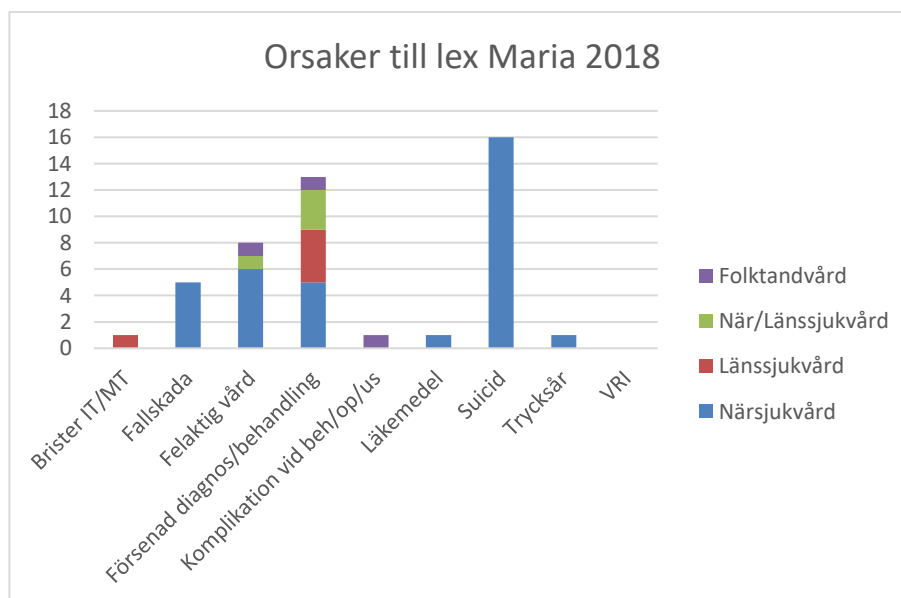


Luleå-Boden-Sunderbyn fortsätter att generera flest anmälningar, och den överväldigande majoriteten av alla anmälningar generas inom division Närsjukvård.



Källa; Synergi och egen uppföljning 2018

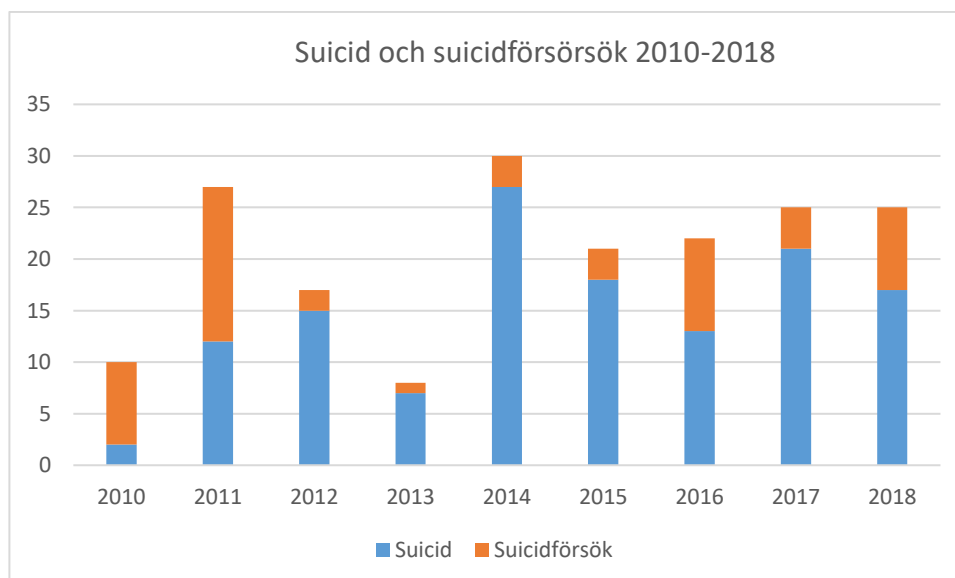
Vanligaste orsaken till lex Maria anmälan är självmord (suicid) följt av mis-sad/försenad/utebliven diagnos.



Källa; Synergi och egen uppföljning 2018

Suicid och suicidförsök

Regionen har prioriterat att följa utvecklingen av händelsen suicid och suicidförsök med anledning att det identifierats som ett område med flera allvarliga vårdskador och tillbud. Antalet suicid där patienten haft kontakt med vården inom fyra veckor före händelsen har minskat något från föregående år. Av 17 registrerade händelser är 16 anmälda enligt lex Maria. Regionen har beslutat att fortsätta utreda de suicid/suicidförsök som sker då patienten i haft kontakt med vården. Syftet är att inhämta kunskaper för att kunna förebygga och ur ett lärande perspektiv. Detta i kombination med markörbaserad journalgranskning inom psykiatri har lett till en kunskap om brister och bakomliggande orsaker. Brister har identifierats i suicidbedömningarna, samverkan och dokumentation. Samband ses även mellan självmord och missbruk/beroende samt med neuropsykiatriska diagnoser. Hälso- och sjukvården kan inte ensamt minska suicidantalet utan det måste ske i samverkan med samhället i övrigt.

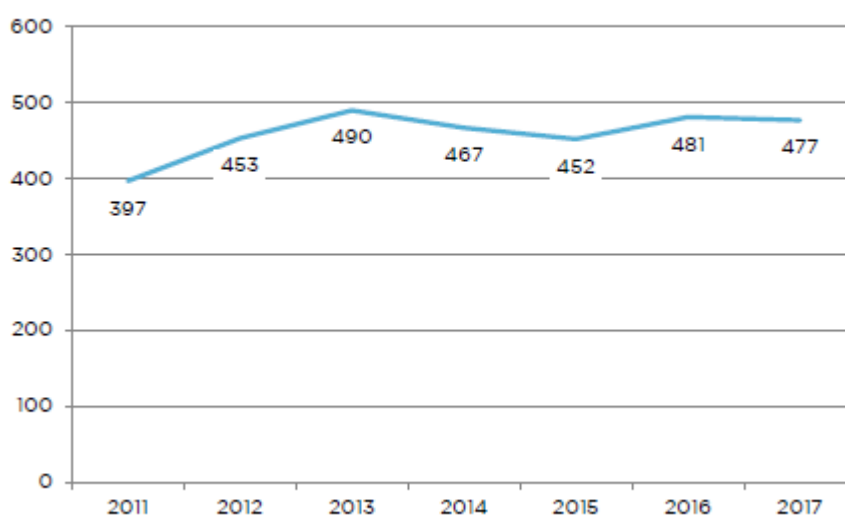


Källa Synergi 2018

Löf-anmälningar

En skadeanmälan ska göras till Löf när en patient anser sig ha drabbats av en skada under sin vårdtid. För att få ersättning från LÖF måste skadan ha gått att undvika. Prelimära uppgifter för 2018 är att det inkom från Region Norrbotten till Löf sammanlagt 469 anmälningar (alla verksamheter; sjukhus, primärvård, psykiatri och FTV). Skadeår 1991-2018. Sista januari låser Löf 2018 års siffror varför de siffror som presenteras i februari kan variera med någon procent. I dagsläget är 115 ersatta, 140 inte ersatta och 214 under utredning/handläggning. Nedan presenteras statistik fram till och med 2019.

5.1 Antal anmälningar hos Löf 2011-2017 för Region Norrbotten



Källa: Patientförsäkringen LÖF

Tillsynsärenden

Under året har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomfört 16 inspektioner jämfört med 17 2017 (14 stycken 2016). Flest tillsynsärende berör akutmottagningarna följt av primärvården.

Radetiketter	Antal
Akutmottagningen	5
Meddelande om inspektion, uppföljning efter Lex Maria ärende	2
Tillsyn av patientsäkerheten för patienter som vårdas kvar på akutmottagningen i väntan på vårdplats	3
Ambulansverksamheten	1
Tillsyn för att granska hur RN med verksamhet vid ambulansverksamheten Kiruna säkerställer en god och säker vård	1
Bild- och funktionsmedicin	1
Tillsyn av hur region Norrbotten säkerställer god och säker vård vid länsklirik Bild- och funktionsmedicin.	1
BUP	2
Meddelande om inspektion	2
Primärvård	4
Initiativärende utifrån inkomna uppgifter om brister i patientsäkerheten	1
Meddelande om inspektion, uppföljning efter Lex Maria ärende	1
Tillsyn av patientsäkerheten inom primärvården i Region Norrbotten	1
Tillsynsärende	1
Psykiatrin läns gemensamt Öjebyn	1
Meddelande om inspektion	1
Laboratoriemedicin	1
(tom)	1
Barn- och ungdomspsykiatri	1
Tillsyn för att granska BUP vid Sunderby sjukhus för att granska förhållandena i samband med tvångsätgärder	1
Totalsumma	16

Källa; Egen uppföljning 2018

Analys av avvikelser, klagomål, händelser och vårdskador

Sammantaget med data från uppföljningarna visar resultaten att vårdrelaterade infektioner (VRI), blåsöverfyllnad och suicid/suicidförsök som bedöms som undvikbara är de vanligaste vårdskadorna. Det är anmärkningsvärt att inte ett enda VRI ansetts utgöra en allvarlig vårdskada trots att VRI är den dominerade vårdskadan vid markörbaserad journalgranskning. Underrapportering ses även av trycksår, fall och blåsöverfyllnad. Dessa vårdskador fångas i journalgranskning och i punktprevalensmätningar. Ett fåtal avvikelser hittas för VRI, blåsöverfyllnad och trycksår men är då bedömda som mindre allvarliga och faller inte inom ramen för lex Maria bedömning.

Vårdskador relaterade till vård och behandling sticker ut både som avvikelse, i Patientnämndens resultat, som klagomål från patient och närstående/Inspektionen från vård och omsorg (IVO) och som lex Maria händelse. Vanligaste orsaken till den händelsen är missad, försenad, utebliven diagnos eller behandling. Vid utredning av händelserna identifieras ofta brister i kommunikations-/informationsöverföringen som en bakomliggande orsak.

Tyvärr fortsätter självmord inom fyra veckor från vårdkontakt (vårdnära suicid) att vara den ledande orsaken till lex Maria-anmälan, detta trots att det sedan oktober 2017 inte längre är obligatoriskt att anmäla. Verksamheterna ser dock suicid som en katastrofal vårdskada, och tar den på stort allvar, varför samtliga under 2018 inträffade vårdnära suicid har utretts och anmälts enligt lex Maria.

Risikanalys

Nedan redovisas resultaten från avvikelshanteringssystemet, data från dokumenterade riskbedömningar av patienter med risk för fall, undernäring, ohälsa i munnen och undernäring(malnutrition) samt genomförda riskanalyser.

Risker registrerade i avvikelshanteringssystemet

Totalt har 1153 antal risker rapporterats. Något färre jämfört med 2017 (1372). Det motsvarar cirka 20 procent av totalt antal registrerade avvikelserna. Vanligaste risken är relaterat till händelser som rör vård och behandling, Lab-relaterat avvikelser och brister i kommunikationsinforationsöverföring. I tabellen ses de tio högst rapporterade riskerna 2018.

Risker	2017	2018
Vård- och behandling	412	248
Lab relaterat	62	144
Information/kommunikation	167	126
Läkemedel	151	123
Utrustning/produkt	117	92
Administration	119	87
Övrig händelse/ iakttagelse	106	87
Samverkan mellan enheter	93	78
Vårdplanering	76	58
Fall	11	40

Källa; Synergi 2018

Riskbedömningar av patienter med risk för fall, undernäring, ohälsa i munnen och undernäring (Vårdpreventivt arbete)

Dokumentation mäts vid in och utskrivningen från regionens vårdadministrativa journalsystem (VAS). Resultatet kan följas upp från enhets- till regionövergripande nivå på regionens ”Uppföljningsportal”.

Riskområde	Andel Riskbedömningar		Andel riskpatienter
	Inskrivning	Utskrivning	
Fall	53 %	36 %	71 %
Munhälsa	57 %	37 %	28 %
Trycksår	49 %	32 %	32 %
Undernäring	33 %	23 %	42 %

Källa; Uppföljningsportalen/Riskbedömningar 2018

Risikanalyser

Sammanlagt har cirka 12 riskanalyser rapporterats för 2018.

	2015	2016	2017	2018
Antal riskanalyser	26	40	30	12

Exempel på genomförda riskanalyser

Länssjukvården; förändrade arbetssätt inom laboriemedicin, påverkan i verksamheten vid installation av ny MR kamera, patientsäkerhetsrisker vid hög andel inhyrda stafettläkare, påverkan på verksamheten vid ombyggnad, konsekvenser vid ev. neddragning av resurser, vilka patientsäkerhetsrisker bemanningssvårigheter medför samt ev. risker med SMS påminnelser.

Folktandvården; Risk-och konsekvensanalyser har utförts inom följande områden: översyn organisation tandteknik Norr, utredning ny organisation Orofacial medicin. Vid samtliga revisionsundersökningar av barn – och vuxna patienter ska riskbedömning via verktyget R2 i tandvårdsapplikationen Carita utföras

Analys

I planeringsarbetet för ”Vägen till framtidens hälsa och vård 2035”, har diskuterats att regionens patientsäkerhetsarbete måste fokusera på att arbete mer proaktivt och förebyggande. Riskpatienter ska identifieras och förebyggande åtgärder sättas in tidigt. Målet är att minst 90 procent av riskpatienter över 70 år ska ha en dokumenterad riskbedömning gjord inom 24 timmar efter inläggning och att antalet riskanalyser ska öka. I resultatet ses att förbättringar behöver göras främst vad gäller att tidigt identifiera patienter inom riskområdena fall, trycksår, ohälsa i munnen, blåsöverfyllnad och undernäring och att tidigt sätta in förebyggande åtgärder. Arbetet med att identifiera risker har förbättrats. Införandet av ”Gröna Korset” i verksamheterna leder till att risker i vardagen diskuteras i arbetsgruppen vilket leder till ökad riskmedvetenhet och en starkare säkerhetskultur. Att riskanalyserna minskat är oroande och det har även noterats i genomförda revisionsrapporter. Kombinerade risk-, konsekvensanalyser görs i samverkan arbetsmiljö och patientsäkerhet, men patientsäkerhetsperspektivet behöver stärkas och strukturen förbättras. Avsaknaden av ett IT-stöd liknade det som finns för händelseanalys skulle underlätta genomförande och uppföljningen av riskanalyser. Under nästa år kommer sökordet blåsöverfyllnad att införas i journalsystemet som en värdeatabell, detta möjliggör att riskbedömda för blåsöverfyllnad kommer kunna följas via regionens uppföljningsportal.

Mål och strategier för kommande år

I den strategiska planen har regionfullmäktige lagt fast en långsiktig riktning med sikte på 2035 med fyra tydliga kännetecken: individen och länets medborgare får stöd att främja sin hälsa, är en aktiv och delaktig partner i vården, får nära vård på nya sätt och en god och samordnad vård på jämställda och jämlika villkor. En strategi är framtagen ”Vägen till framtidens hälsa och vård 2035” och den ska ses som en överordnad strategi till övriga strategier inom hälso- och sjukvården. Strategin utgår från personperspektivet. Målbilden ska ge kraft att förändra arbetssätt och skapa nya tjänster som formar en ny vård. En vård som svarar mot varje persons behov och förutsättningar och möjliggör en jämlik hälsa hos befolkningen. De nya arbetssätten ska också underlätta kompetensförsörjningen och bidra till en hälsofrämjande arbetsmiljö.



I regionstyrelsens plan har de strategiska målen brutits ned till att omfatta styrmått och utifrån dessa har regiondirektören fastställt kontrollmått. Styr- och kontrollmått är en värdering av måluppfyllelsen för Region Norrbottens strategiska mål och framgångsfaktorer. Styrmåtten markerar behov av utveckling. Kontrollmått är mått som ska följas under året men som inte är drivande på samma sätt som styrindikatorer och som kopplas till de strategiska målen och framgångsfaktorerna. Måtten kan mäta effekt/resultat eller process.

Styrmått	Ingångsvärde	Mål 2019	→	Mål 2021	Källa	Period
Markörbaserad journalgranskning (sluten somatisk vård)	2017: 7,3 %	Under 6 %		Under 5 %	Markörbaserad journalgranskning sluten somatisk vård.	2 ggr/år
Andel utskrivna patienter i målgruppen 75 år och äldre med mer än 5 läkemedel, som fått en läkemedelsberättelse	2017: K: 53 % M: 57 %	60 %		100 %	Datalager	DÅ 04, 08 ÅR
Antibiotikarecept per tusen invånare och år	290 (2018)	270		245	E-hälsomyndigheten	DÅ 04, 08 ÅR
Andel SIP där den enskilde deltagit i mötet vid hälsocentraler	2017: 51 %	80 %		85 %	Lifecare	DÅ04, 08, ÅR
Antal anmälningar till patientnämnden inom områdena kommunikation och behandling	2018 T2 24 st (Ändrad mätmetod from T2 2018)	Minska		Minska	Patientnämnden	DÅ04, 08, ÅR
Läkemedelsberättelse	2018: 55 % kvinnor och 57 % män	75 %				
Läkemedelsgenomgång	2018 Kv., 32 % M; 31 %	50 %		60 %		2 gånger/år

Kontrollmått Patientssäkerhet	Ingångsvärde	Mål 2019	→	Mål 2021	Källa	Period
Vårdrelaterade infektioner (VRI)	2018: 6,1 %	< 5,0 %		3,0 %	Nationell databas för punktprevalensmätningar (PPM).	1 gång/år
Följsamhet till basala hygien- och klädrutiner (korrekt samtliga steg)	2018; 64,9 %	100 %		100 %	Nationell databas för punktprevalensmätningar (PPM) och RN egen databas för BHK.	2 gånger/år
Sjukhusförvärvade trycksår	2018; 15,3 %	10,0 %		7,0 %	Nationell databas för punktprevalensmätningar (PPM).	2 gånger/år
Vårdskada på grund av fall	2018; Antal 171	Antal < 150		Antal < 100	IT-stödet för avvikelshantering Synergi	4 gånger/år
Suicid	2018; Antal 16	Antal < 10		Antal < 7	Lex Maria statistik	4 gånger/år
Läkemedelsgenomgång	2017; Kv; 29 % M; 28 %	50 %		60 %		2 gånger/år

Strålsäkerhet

Enligt 3 kap. 13 § i Strålsäkerhetsmyndighetens författningar om medicinska exponeringar (SSMFS 2018:5) ska ett strålskyddsbokslut avseende medicinska exponeringar upprättas för verksamheten som ett led i patientsäkerhetsberättelsen. Av bokslutet ska det framgå hur det systematiska strålsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, vilka åtgärder som har vidtagits för att upprätthålla och utveckla strålsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts i strålsäkerhetsarbetet.

Syfte

Syftet med strålsäkerhetsarbetet är att skydda människor och miljö mot skadlig verkan av joniserande strålning (Strålskyddslag 2018:396 1 kap 1§). I Region Norrbotten utför vi medicinska bestrålningar i diagnostiskt och terapeutiskt syfte.

Ansvar

Tillståndshavaren har det yttersta ansvaret för strålsäkerheten och det operativa ansvaret ligger hos divisions- och verksamhetscheferna.

Medicinsk strålningsfysik, är en stödfunktion till tillståndshavaren och regionens verksamheter som använder joniserande strålning samt förser regionen med lagstadgade funktioner så som Strålskyddsexpertfunktion och Strålningsfysikalisk ledningsfunktion.

Huvudsakliga aktiviteter under verksamhetsåret

Den 1 juni 2018 trädde en ny strålskyddslag (SFS 2018:396) i kraft tillsammans med en ny förordning (SFS 2018:506) och nya föreskrifter från Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM). Arbete i syfte att tolka och efterleva de nya författningarna pågår och kommer fortskrida under 2019.

Målsättningen är att relevant dokumentation gällande strålsäkerhet ska integreras i regionens övergripande kvalitetsledningssystem. Medicinsk strålningsfysik deltar i flera av Region Norrbottens pågående arbetsgrupper kring kvalitetsledningssystemet.

Föreskriften SSMFS 2018:5 ställer utökade krav på patientinformation om fördelar och risker kopplat till undersökningar med joniserande strålning. Då alla Sveriges vårdgivare omfattas har ett nationellt samarbete kring detta startats där Region Norrbotten är representerade som projektledare. Målsättningen är att detta skall finnas på plats under 2019.

Uppföljning och analys av strålsäkerhetsarbetet

Basalt strålskydd – Graviditet, gonadskydd och kompression (GGK)

Strålsäkerhetsmyndigheten har under senaste åren fokuserat på uppföljning av basalt strålskydd – graviditetsstatus, gonadskydds- och kompressionsanvändning. Alla relevanta patienter ska tillfrågas om de är gravida innan undersökning med

joniserande strålning. Gonadskydd och kompression ska användas vid relevanta undersökningar och vid avsteg från ovan ska det dokumenteras en anledning.

Under 2018 har undersökningsurvalet samt IT-stöd för registrering av åtgärd utvecklats ytterligare för att säkerställa en fullständig efterlevnad av rutinerna vilket givit bra resultat. Vid SSMs mätning av efterlevnad kunde Region Norrbotten redovisa hundraprocentig efterlevnad av egna rutiner, se pressmeddelande från SSM i nedan länk.

Landstingen i Jönköping, Blekinge och Norrbottens län bäst på att följa egna strålskyddsrutiner

Långa genomlysningstider för PCI

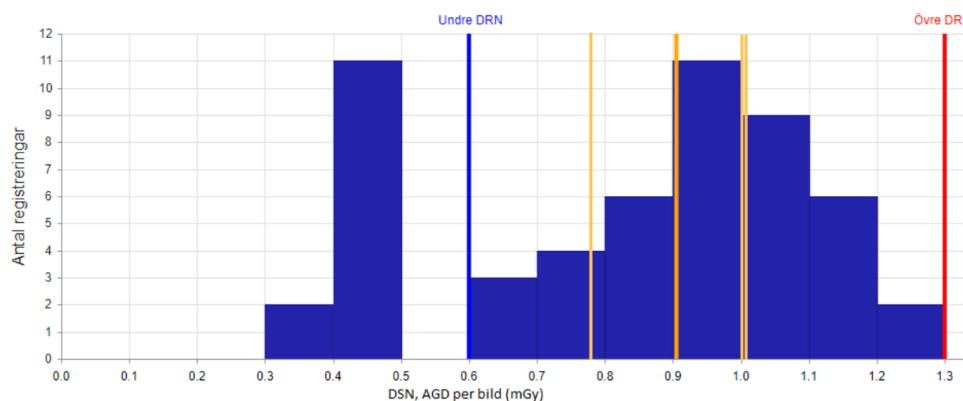
Medicinsk strålningsfysik har, tillsammans med PCI-verksamheten, utvecklat rutiner för rapportering och uppföljning av patienter som genomgått PCI (ballongutvidgning av hjärtats kärl) med långa genomlysningstider. Under 2018 har 8 fall rapporterats. Dessa patienter kan på kort sikt få en reaktion i huden (hudrodnad) vilket berörda patienter får utökad information om efter ingreppet.

Avvikande genomlysningstider operation

Genomlysningstider inom opererande verksamheter registreras av operationspersonal i ett, av Medicinsk strålningsfysik utvecklat, webbaserat system för uppföljning. Om en procedur avviker i tid relativt medel för ingreppet, meddelas Medicinsk strålningsfysik, samt den berörda operatören för vidare utredning av orsak. Direkt återkoppling på operatörsnivå sker för samtliga ingrepp vid registrering av tid i systemet.

Diagnostiska standardnivåer - mammografiscreening

Enligt Bilaga 1 i SSM:s föreskrifter om medicinska exponeringar (SSMFS 2018:5) ska diagnostiska standardnivåer (DSN) för mammografiundersökningar rapporteras för varje utrustning där mer än 100 undersökningar utförs per år. Den diagnostiska referensnivån (DRN) fastställs av SSM. Figur xx visar inrapporterad DSN för Region Norrbottens screeningutrustningar relativt andra vårdgivares inrapporterade data. DSN-insamling och analys kommer även utföras för andra undersökningar än mammografiscreening i uppföljnings- och dosoptimeringssyfte under 2019.

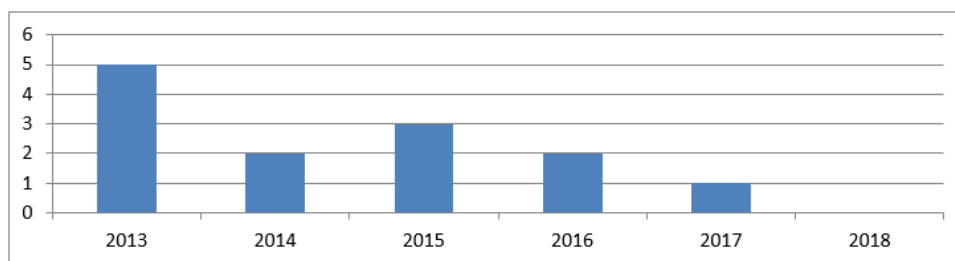


DSN-rapportering av bröstkörteldoser (AGD) för Region Norrbottens olika screeningutrustningar visas som orangea streck i stapeldiagrammet där de blå staplarna representerar övriga inrapporterade screeningutrustningar i landet.

Oplanerade händelser

Region Norrbotten har rutiner för rapportering, utredning och uppföljning av oplanerade händelser och förhållanden som innebär eller kunnat innebära ett hot mot strålsäkerheten. Oplanerade händelser av betydelse rapporteras till SSM samt andra berörda myndigheter.

Statistik över oplanerade händelser av betydelse (av en dignitet att de rapporterats till SSM) under den senaste 5-årsperioden återfinns i figur nedan. Dessa oplanerade händelser är anmälda, utredda samt avslutade i samarbete med Strålsäkerhetsmyndigheten.



Antal oplanerade händelser med risk för onödig exponering av joniserande strålning rapporterade till SSM de senaste 5 åren.

2018 har ingen oplanerad händelse av betydelse rapporterats till SSM.

Kompetens

Under 2018 har Medicinsk strålningsfysik stärkt upp verksamheten med ytterligare en medarbetare för att möta behovet från den nya lagstiftningen.

De kompetenser den nya lagstiftningen kräver finns sedan tidigare inom Basenhet Medicinsk strålningsfysik.

Identifierade risker

Region Norrbotten saknar IT-stöd för uppföljning av strålsäkerhetsrelaterad kompetens och personalens radiologiska kategoritillhörighet. Det finns ingen möjlighet att på ett tillförlitligt sätt överblicka kompetensläget avseende strålsäkerhet.

Region Norrbotten behöver strukturera upp hur kvalitetssäkring av regionens röntgensystem genomförs och hur optimeringsarbeten skall drivas. Se planerade aktiviteter.

Planerade aktiviteter 2019 för att stärka Strålsäkerheten

Region Norrbotten har avtalat med extern leverantör att vara betatestare för ett stråldosinsamlingssystem som möjliggör uppföljning av stråldosdata på patientnivå och aggregerade rapporter enligt lag. Driftsättning och konfigurerings sker under början av 2019. Region Norrbotten utvecklar sedan rapportfunktionerna i samarbete med den externa leverantören.

Region Norrbotten har inlett förhandlingar med extern leverantör att vara utvecklingspartner avseende ett kvalitetssäkringssystem för regionens Datortomografer med syfte att ge regionen möjlighet att på ett enkelt och säkert sätt överblicka systemens status samt, i kombination med första stycket, med spårbarhet följa optimeringsprojektens effekter.

Sammanfattning

Strålsäkerheten i Region Norrbotten kan sammanfattas som god.

Divisionernas patientsäkerhetsberättelser

- Division Närsjukvårdens patientsäkerhetsberättelse
- Division Länssjukvårdens patientsäkerhetsberättelse
- [Division Folktandvårdens patientsäkerhetsberättelse](#)
- Division Services patientsäkerhetsberättelse
- Division Länstekniks patientsäkerhetsberättelse