

Patientsäkerhetsberättelse Region Norrbotten 2019



Innehållsförteckning

Sammanfattning	5
Inledning.....	4
Struktur	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar	9
Samverkan för att förebygga vårdskador	11
Patienters och närståendes delaktighet	14
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	15
Klagomål och synpunkter.....	15
Egenkontroll	16
Åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	18
Anpassa och utveckla ledningssystemet.....	18
Förbättra patientsäkerhetskulturen	20
Läkemedel	21
Patient- och närståendemedverkan	21
Kunskap och kompetens.....	23
Vårdpreventivt arbete	25
Riskanalys.....	27
Utredning av händelser - vårdskador.....	29
Informationssäkerhet	31
Resultat och analys	32
Egenkontroll	32
Avvikelser.....	37
Klagomål och synpunkter.....	39
Händelser och vårdskador	42
Riskanalys.....	45
Analys	46
Mål och strategier för kommande år	48
Länkar.....	48
Strålsäkerhet	51
Syfte.....	51
Ansvar.....	51
Huvudsakliga aktiviteter under verksamhetsåret.....	51

Uppföljning och analys av strålsäkerhetsarbetet	52
Kompetens	56
Identifierade risker.....	56
Planerade aktiviteter 2020 för att stärka Strålsäkerheten	56
Sammanfattning.....	57

Sammanfattning

Det strategiska patientsäkerhetsarbetet i Region Norrbotten har under 2019 inriktats på att fortsätta implementeringen av förändringar i lagkraven för klagomåls- hantering, uppdatera ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbete och förbättra handläggning och handläggningstider för utredningar (lex Maria, klagomål och avvikelser). Särskilt fokus har riktats mot händelseanalys-, lex Maria- och klagomålsprocessen, egenkontroll, riskhantering och vårdprevention. Divisionerna har arbetat aktivt för att öka kunskapen och stödja verksamheterna i implementering av styrande anvisningar och verktyg för förbättringsarbete.

Resultaten av journalgranskning, nationella mätningar och uppföljning genom egenkontroll visar att andelen patienter som drabbas av en eller flera vårdskador¹ har minskat jämfört med tidigare år. Andelen vårdskador uppgår till 7,1 procent vilket innebär att regionen inte når målet på 6,5 procent. Kvinnor drabbas av vårdskador i större utsträckning än män. De största vårdskadeområdena i Norrbotten inom somatisk slutenvård är vårdrelaterade infektioner (VRI), kirurgiska skador, blåsöverfyllnad och trycksår. De patienter som drabbas av en vårdskada vårdas i genomsnitt fem till sex extra vårddygn jämfört med patienter som inte drabbas av vårdskada. Patienter som drabbas av VRI och trycksår har ökat i de nationella mätningarna. Urinvägsinfektion är den vanligaste VRI ofta i kombination med urinkateter. Därefter följer postoperativa infektioner och lunginflammation. En viktig del i arbetet med att minska VRI är hög följsamhet till föreskriften om basal hygien i vård och omsorg. Region mäter följsamhet både i de nationella mätningar och på enhetsnivå varje månad. Under första halvåret har andelen som deltagit i månadsmätningarna minskat. Resultatet visade även på en försämrad följsamhet till hygienrutinerna. Förbättringar har vidtagits och resultatet har förbättras under hösten. Inom kategorin vård och behandling (missad, försenad eller utebliven) följt av information/kommunikation och läkemedel, ses flest avvikelser registrerade. Det stämmer överens med vad som framkommer i resultaten från klagomål och synpunkter, lex Maria ärenden och patientnämndens ärenden. Glädjande är att se att kvalitén på utredningar och följsamheten till styrande anvisningar ökat samt att vårdskada suicid minskat.

Under 2020 kommer det systematiska patientsäkerhetsarbetet att intensifieras ytterligare. Arbetet med att utveckla handläggningen av klagomål och händelser samt identifiera risker är viktiga för att nå resultat och skapa ett lärande. Socialstyrelsens handlingsplan för patientsäkerhet kommer att utgöra ett stöd i arbetet framöver. För att nå en patientsäker vård är högsta ledningens och chefernas stöd i processen viktig.

¹ Vårdskada är "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".

Inledning

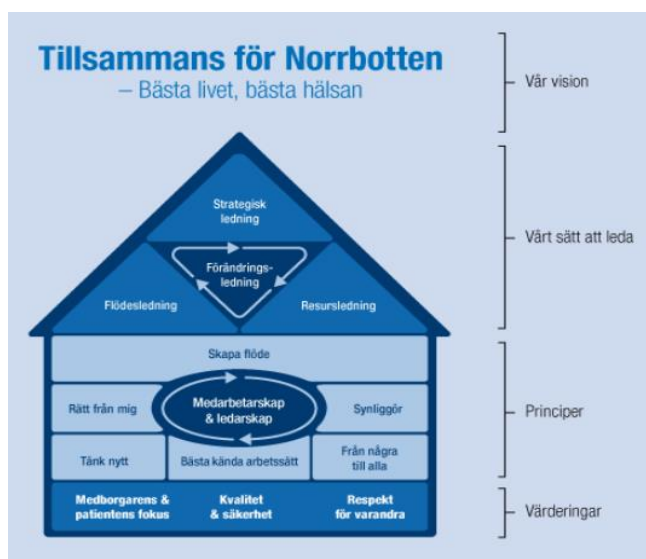
Patientsäkerhetsberättelsen är en sammanställning av Region Norrbottens systematiska patientsäkerhetsarbete för 2019 och är ett lagkrav enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Regionens patientsäkerhetsberättelse innehåller resultat från journalgranskning, uppföljningar och egenkontroller och bygger 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 inkluderar även informationssäkerhet och från 2018 är lagkravet att strålsäkerhet ska redogöra för det systematiska strålsäkerhetsarbetet, vilket redovisas under kapitlet ”Strålsäkerhet”.

Struktur

Övergripande mål och strategier

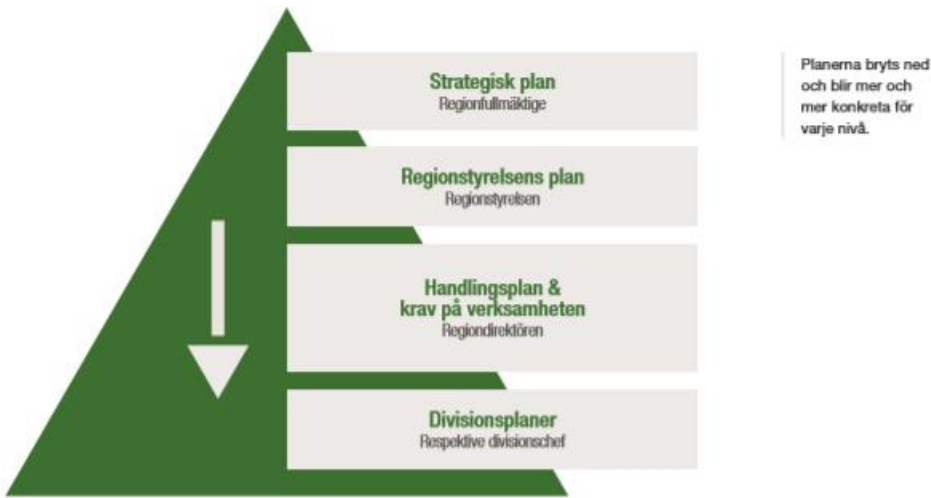
SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

Region Norrbottens vision är ”Tillsammans för Norrbotten – Bästa livet, bästa hälsan”. Regionens verksamhetsmodell beskriver vision, värderingar och principer.



Verksamhetsmodellen för Region Norrbotten är framtagen 2017 och uppdaterad 2019. Verksamhetsmodellen utgör ett stöd för utveckling och ska leva i vardagen. Den ska visa regionens gemensamma färdriktning. Om ”Kvalitet och säkerhet” står det, ”Att leverera tjänster och vård med rätt kvalitet är grundläggande i vårt arbete. Genom att ständigt förbättra våra arbetssätt säkrar vi värdet för dem vi finns till för. Vi prioriterar patientsäkerhet och att skapa en hållbar och säker arbetsmiljö”

De övergripande patientsäkerhetsmålen tar sin utgångspunkt i regionfullmäktiges strategiska plan som via regionstyrelsens mål mynnar ut i planer och handlingsplaner som ligger till grund för respektive divisions- och verksamhetsplaner.



Patientsäkerhetsmål

En hög säkerhetskultur och ett förebyggande arbetssätt ska genomsyra verksamheten. Säker vård innebär att alla ska få en vård utan vårdskador och inte drabbas av onödigt lidande som orsakats av hälso- och sjukvården. Hälsofrämjande och förebyggande arbetssätt innebär både primär- och sekundärpreventivt arbete för att stödja patienter till mer hälsosamma levnadsvanor.

Styrmått	Ingångsvärde	Mål 2019	Källa
Andel vårdskador	2017: 7,3 %	Under 6,5 %	Markörbaserad journalgranskning, sluten somatisk vård.

Kontrollmått	Ingångsvärde	Mål 2019	Källa
Vårdrelaterade infektioner (VRI)	2018: 6,1 %	< 5,0 %	Infektionsverket. Nationell databas för punktprevalensmätningar (PPM).
Följsamhet till basala hygien- och klädrutiner (BHK) korrekt samtliga steg	2018; 64,9 %	100 %	Nationell databas för punktprevalensmätningar (PPM) och RN egen databas för BHK.
Trycksår	2018; 15,3 %	10,0 %	Nationell databas för punktprevalensmätningar (PPM).
Vårdskada på grund av fall	2018; Antal 180	Antal < 150	IT-stödet för avvikelshantering Synergi
Suicid bland de som sökt vård	2018; Antal 14	Minska	Lex Maria statistik

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.

Styrmåtten och kontrollmåtten är nedbrutna till aktiviteter.

Mål	Aktiviteter	Aktiviteter	Aktiviteter
Övergripande mål 2019: Andelen vårdskador ska ligga under 6,5 procent			
Ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbete ska utvecklas	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 ska förbättras.	Regionen ska delta i patientsäkerhetskulturmätning och arbeta aktivt med resultatet.	Höja svarsfrekvensen i mätningarna. Öka avvikelserapporteringen. Högsta ledningens stöd ska förbättras.	Upplevelsen av att arbetsbelastningen och personaltätheten ska utvecklats i positiv riktning. Ökad användning av lämpliga verktyg i kommunikations och informations överföring.
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.
Vårdpreventivt arbete			
Vårdrelaterade infektioner (VRI) Kontrollmål; Andelen vårdrelaterade infektioner (VRI) ska vara < 5 procent.	Förbättra följsamheten till månadsmätningarna	Följsamhet till hygienföreskrifter ska vara 100 procent.	Antibiotikaföreskrivningen i öppen-, och slutenvård ska minska.

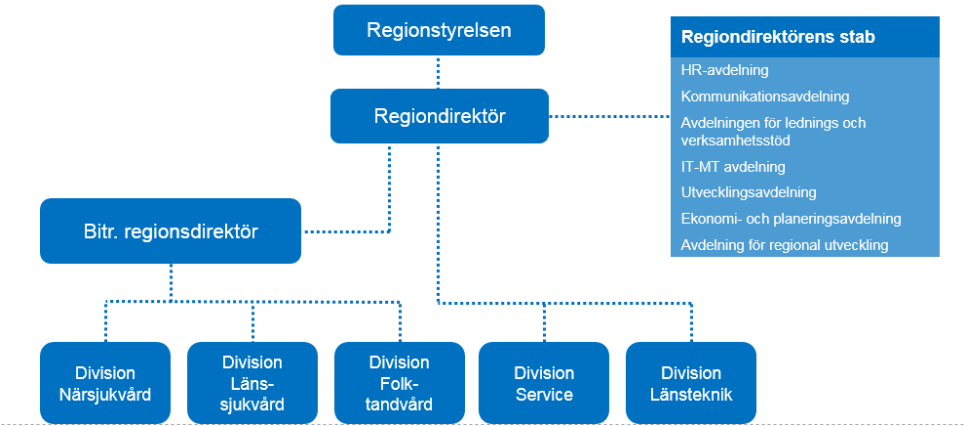
Mål	Aktiviteter	Aktiviteter	Aktiviteter
Trycksår ska minska Kontrollmått; Andelen trycksår 10 procent	Minst 90 procent av patienter över 70 år ska ha en dokumenterad riskbedömning gjord inom 24 timmar efter inläggning.	100 procent av riskpatienter ska ha minst två förebyggande åtgärder insatta.	
Fall ska minska Kontrollmått; < 150 fallskador	SKLs åtgärdspaket ska användas för att förebygga vårdskador.	Risker för vårdskador ska identifieras och förebyggas.	
Suicid ska minska	Förebyggande åtgärder		
Kunskap och kompetens	Kunskap och kompetens inom patientsäkerhet ska förbättras på alla nivåer inom regionen.		

Organisation och ansvar

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

I regionens nya anvisning för [organisation, roller och ansvar](#) beskrivs hur Region Norrbotten är organiserad samt hur ansvar och roller är fördelade.

Driftsorganisation



Vårdgivaren har det yttersta ansvaret för regionens systematiska patientsäkerhetsarbete och ansvarar för att ett ledningssystem finns. Vårdgivaren ska identifiera, beskriva och fastställa processer för att säkra verksamhetens kvalitet och för varje aktivitet utarbeta de rutiner/styrdokument som behövs.

Regiöndirektörens stab består av sju avdelningar. Varje avdelning leds av en avdelningsdirektör. Avdelningsdirektörerna har det övergripande funktionsansvaret för sitt område. Det omfattar bland annat framtagande av policys, strategier med regionövergripande handlingsplaner, riktlinjer och anvisningar inom sitt område. Alla chefer inom hälso-, sjuk- och tandvård representerar vårdgivaren.

I Avdelningen för lednings och verksamhetsstöd (ALV) finns fyra enheter. På enheten för Vårdkvalitet finns Funktionsområde (FO) Patientsäkerhet. FO Patientsäkerhet består av verksamhetsstrateg med samordningsansvar för det systematiska patientsäkerhetsarbetet, utvecklingsledare, vårdadministratör och chefläkare med lex Maria ansvar.

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.

Verksamhetschef ansvarar för det systematiska patientsäkerhetsarbetet i den egna verksamheten och att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god vård.

Medarbetarna ansvarar för att rapportera händelser, tillbud och risker samt delta aktivt i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Samverkan och stödfunktioner

Patientsäkerhetsrådet är rådgivande och stödjande till linjeorganisationen/verksamheten i patientsäkerhetsarbetet. Arbetet i patientsäkerhetsrådet syftar till att utveckla en patientsäkerhetskultur som stödjer verksamhetens förbättrings- och patientsäkerhetsarbete utifrån en systemsyn.

Övriga samarbetspartners/stöd med nära samarbete med patientsäkerhetsrådet är;

- Spetspatienter
- Vårdhygien
- Läkemedel
- Regionens lokala Stramagrupp
- Smittskydd
- Patientnämnden
- Invånartjänster
- Förvaltningsgruppen Synergi för avvikelshantering
- Kunskapsstyrning
- Etiska rådet
- Informationssäkerhet
- Vårdadministrativa system, (VAS)/Hälsoinformatik
- Division Service
- Medicinsk teknik/Länsservice
- Allmän säkerhet

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. Även patient/närstående representeras i Patientsäkerhetsrådet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Mellan primärvård och specialistvård

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.

Standardiserade vårdförlopp (SVF)

Samverkan med olika aktörer i vårdkedjan i syfte att optimera patientens flöde i vårdkedjan. Hela länet har samarbetat med att se över rutiner och fördela patienterna utifrån bostadsort/hemsjukhus och behov i stället för misstänkt diagnos. Det nya arbetssättet har medfört kortare resor och minskat väntetider för patienterna.

Vid utskrivning

Projektet ”Min plan” startade 2016 som ett samverkansarbete för implementering av den nya lagstiftningen kring ”Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård” mellan Region Norrbotten, Norrbottens Kommuner och länets kommuner. I mars 2018 var det nya IT-stödet infört i hela länet. Projektet övergick i förvaltning 2019. Förvaltningen för samordnad planering är en gemensam förvaltning för Region Norrbotten, Norrbottens Kommuner och länets kommuner. För alla patienter som vårdats inom slutet hälso- och sjukvård skall läkare bedöma om det finns behov av samordning. I dessa fall ska inskrivningsmeddelande skickas till berörda parter för information. Dessa patienter ska erbjudas samordnad individuell plan (SIP). Förvaltningens uppdrag är att normalisera processerna för SIP, underlätta samverkan mellan regionen och länets kommuner avseende SIP samt att förvalta det gemensamma IT-stödet som används för att stödja processerna.

Identifiera samordningsbehov i öppenvård

Mellan vissa kommuner, primärvården, närpsykiatri, hemtjänst, externa utförare, biståndsenheten och hemsjukvården i länet finns överenskommelser med en gemensam handlingsplan ”Rutin Trygg hemma”. Syftet är att förbättra och förenkla identifiering av personer som är i behov av förstärkt samarbete. Målet är att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vård- och omsorg samt förhindra onödiga återinläggningar. Rutinen är till hjälp för att klargöra vem som är ansvarig, vad som ska genomföras och när samt hur personer med behov kan identifieras. Samtliga parter kring patienten har skyldighet att uppmärksamma när behov av samordning finns. Den som upptäcker behovet skall kalla till samordnad individuell planeringen om patienten samtycker.

Fast vårdkontakt

En anvisning är framtagen tillsammans med länets kommuner för att tillgodose patientens behov av trygghet, säkerhet, kontinuitet och samordning i vården. An-

visningen tydliggör uppdrag och ansvarsfördelning internt inom regionen, men även mellan Region Norrbotten och länets kommuner. Fast vårdkontakt dokumenteras i journal- eller verksamhetssystem samt för enskilda som har behov av samordnad individuell planering även i IT-stödet för samordnad planering. Fast vårdkontakt är inte bunden till någon särskild yrkeskategori utan kan vara en läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator, psykolog, undersköterska eller mentalskötare *undantag för personer med livshotande tillstånd* (enligt SOSFS 2011:7), där den fasta vårdkontakten alltid är en läkare.

Medicinteknik och vårdverksamheten

Länsteknik och vårdverksamheter tecknar särskilda överenskommelser i enlighet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som dokumenteras i kvalitetshandbok för medicintekniska produkter. Dessa överenskommelser omfattar rutiner för samarbete mellan vårdverksamheten och serviceverksamheter så att en god patientsäkerhet kan upprätthållas vid användning och hantering av medicintekniska produkter. I detta ingår bland annat att genomföra systematiska teknikeronder och ”registrera/utreda/följa upp” avvikelser.

Norrbuss samverkan och överenskommelse gällande barn och unga

Region Norrbotten och länets 14 kommuner har sedan 2008 en överenskommelse för samverkan kring barn och unga, Norrbuss, vilken uppdaterades 2013. En utvärdering har genomförts av Norrbussamarbetet. Det som framkommit i utvärderingen är att samverkan enligt Norrbussöverenskommelsen fortfarande är levande och framstår för aktörerna som det rätta och eftersträfvansvärda sättet att arbeta med målgruppen barn och unga med konstaterade behov av stöd. Utredarna föreslår att överenskommelsen behöver revideras och i samband med det bör en nylansering ske. Lämpliga åtgärder är sådana som får alla berörda aktörer att notera att något händer och får dem att aktualisera både kunskap och intresse för samverkan kring barn och unga. Åtgärder som föreslås är kompetenshöjande och motiverande insatser, som till exempel information om utvecklade stödnätverk, utbildning i samverkan kring barn och unga, gemensamma kompetensdagar inom såväl kommuner som länsdelar. Trots en positiv inställning till Norrbuss finns det idag större eller mindre problem med samverkan i praktiken i flertalet av Norrbottens kommuner.

Ungdomsmottagningar

Ungdomsmottagningen i norrbotten riktar sig till ungdomar och unga vuxna i åldern 12-25 år och bedrivs i samverkan mellan regionen och länets kommuner. Regionen ansvarar för barnmorske- och läkarinsatser och respektive kommun för kuratorsinsatser. Många ungdomar i länet har idag ingen, alternativt mycket begränsad hjälp från en ungdomsmottagning (UM) eller ungdomsmottagningsliknande verksamhet. En arbetsgrupp har kartlagt UM:s uppdrag i länet. Utifrån patientsäkerhet finns behov av att utforma en gemensam plattform för dokumentation och att det finns ett behov av ett tydligt ägarskap och ansvarsstruktur i organisationen. Det framkom att appen ”Ung i Norr” som testats i länet på några håll har visat sig vara en fungerande modell för att ungdomar i glesbygden ska få tillgång till UM:s tjänster.

Asyl- och flyktingsjukvård

Innehållet i hälsoundersökningarna har utvecklats och mer fokus ligger på den psykiska hälsan för att upptäcka dem som behöver hjälp i tid. Personer som varit med om svåra trauman eller har andra tecken på psykisk ohälsa kan behöva remiss till första linjens psykiatri eller specialistvård. Region Norrbotten och Röda Korset behandlingscenter (RKC) 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.

Samverkan vid risk för överbeläggningar och utlokalisering

På länssjukhuset där risken är störst för att patienter vårdas som utlokaliserade eller som överbeläggningar finns en rutin för daglig styrning av vårdplatser i samverkan med alla somatiska slutenvårdsenheter på sjukhuset. Varje vardag hålls gemensamma möten där aktuellt vårdplatsläge ses över och visualiseras. Medverkar gör enhetschefer från alla slutenvårdsenheter och vårdplatskoordinator från akutmottagningen. Man bedömer läget i grönt, gult eller rött läge och beroende på bedömningen tas inriktningsbeslut på hur inkommande patienter ska fördelas med hänsyn till kliniktillhörighet. I rutinen beskrivs ansvarsförhållanden, rondning av utlokaliserad patient samt åtgärder för att minska patientsäkerhetsrisker i samband med utlokalisering.

Vid diagnoser/behandlingar där flera aktörer medverkar

- Kirurgpatientens väg genom vården. Det är ett samarbete mellan operation, kirurgmottagning, dagkirurgiska enheten, uppvakningsavdelningen, IVA, patienthotellet och primärvården. Syftet med arbetet är att hitta arbetssätt som medför minskade väntetider för patienterna till planerade operationer.
- Den nationella överenskommelsen ”Trygg hela vägen” har fortsatt under året. Målet med överenskommelsen är att skapa en jämställd- och jämlik vård. I arbetet ingår att förbättra vårdkedjan före-, under och efter graviditet. Inom länssjukvården deltar neonatala- och ob/gyn klinikerna i länet. Under året har arbete påbörjats med att förbättra amningen.
- Vuxenhabiliteringen har initierat en samverkan med primärvården för att skapa en handläggnings överenskommelse angående flödet för patienter med medfödda eller tidigt förvärvade funktionsnedsättningar. Målet är att minska väntetider och att patienterna ska få vård i rätt tid och på rätt nivå.
- Samverkan mellan folktandvården och behandlare inom hälso- och sjukvården gällande gemensamma patientflöden.
- Gemensamma förbättringsmöten med nukleärmedicin och klinisk fysiologilaboratoriet, samt kontinuerliga samverkansmöten mellan Bild- och funktionsmedicin och andra verksamhetsområden.

Övrig samverkansforum

- Nationell samverkansgrupp patientsäkerhet.
- Regionens Etiska rådet - Samverkan i etiska frågor.
- Samverkansberedningen för hälso- och sjukvård, omsorg och skola (POLSAM).
- Norrlandstingens regionförbund (NRF) – förbundsdirektion.

- Samverkansgrupper kopplade till NRF: Regionala läkemedelsrådet.

Patienters och närståendes delaktighet

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. Under 2019 har arbetet med att ta fram struktur för att omhänderta klagomål och synpunkter från patient och närstående varit i fokus.

På strategisk nivå

Länspensionärsrådet och tillgänglighetsrådet i Region Norrbotten har varje år fyra sammanträden med avsikten att fungera som samrådsorgan i frågor på strategisk nivå såsom inspel till finans- och strategiska planen. För att möjliggöra delaktighet har Region Norrbotten en anvisning för arvode och reseersättning som erbjuds till de som bjuds in av verksamheten för att delta i förbättringsarbeten på verksamhetsnivå eller systemnivå.

Under 2019 har patient- och närstående representanter deltagit i regionens Patientsäkerhetsråd. De var två spetspatienter som regionen anställt i slutet av 2018. Deras representation har inneburit ett stort steg i att öka delaktighet ur ett patient- och närstående perspektiv i patientsäkerhetsarbetet.

E-tjänster

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.

Nationella patientenkäter

Nationell patientenkät (NPE) undersöker patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Arbetet samordnas av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

På verksamhetsnivå

Inom varje närsjukvårdsområde finns patientråd där verksamhetsnära frågor diskuteras. Ett arbete med att ta fram en struktur över patientråden har påbörjats och en workshop genomförts tillsammans med ledamöterna i tillgänglighetsrådet och länspensionärsrådet, med syfte att tillsammans utveckla möjligheterna för ökad samverkan inom framtidens hälsa och vård. Vid vårdplanering erbjuds närstående vara delaktig.

Under senare år har hälso- och tandvårdsdivisionerna lagt särskilt fokus på att ta fram skriftligt informationsmaterial rörande vård och behandling, för att säkerställa en korrekt och likvärdig information i länet. Totalt finns 946 patientinformationsdokument i regions vårdinformationssystem (VIS). Under 2019 skapades 359 nya patientinformationsdokument.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Regionen har som mått att antalet avvikelser ska öka som ett tecken på att hälso-, sjuk och tandvårdspersonalen rapporterar avvikande händelser. Avvikelser rapporteras 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 anvisning för systematiskt patientsäkerhetsarbete som beskriver medarbetarnas skyldighet att rapportera. Anvisningen ska anpassas i lokala rutiner och arbetet pågår med implementering av anvisningen.

Återkoppling till rapporterande medarbetare sker automatiskt via IT-stödet för avvikelshantering när avvikelser är handlagd. Enhetens avvikelser tas även upp på arbetsplatsträffar. Sedan 2017 pågår implementeringen av ”Gröna korset”. Fler och fler verksamheter har börjat använda verktyget i sin dagliga styrning för att fånga upp risk/tillbud för vårdskada och/eller inträffade vårdskador. Utifrån inträffad händelse bedöms ifall en avvikelse ska skrivas eller om händelsen blir underlag för förbättringsarbete.

Klagomål och synpunkter

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

Alla klagomål och synpunkter registreras och handläggs i regionens IT-stöd Synergi för avvikelshantering oavsett varifrån de kommer. För kategorisering används sedan 2019 samma kategorier som Patientnämnden, vilket möjliggör jämförelser av resultat och analyser. Klagomål och synpunkter kan komma från följande instanser;

- Regionens Funktionsbrevlåda för klagomål och synpunkter.
- Via webbformulär kopplat till IT-stödet för avvikelshantering.
- Via Patientnämnden.
- Via IVO; både begäran om handlingar och överlämnande av klagomål till vårdgivaren.
- Via brev eller mail.
- Direkt till vårdpersonalen eller via brev och telefonkontakt.

Enligt regionens anvisning för klagomål och synpunkter ska uppföljning och utvärdering ske på regionövergripande nivå, divisionsnivå, verksamhetsnivå och enhetsnivå. Verksamhetschefen ansvarar för att utforma rutiner som stödjer uppföljning och utvärdering. Sammanställning ska kontinuerligt och systematiskt ske av resultaten från avvikelshanteringsprocessen och återrapporteras. Uppföljning ligger till grund för förbättringsarbete. Inkomna klagomål/synpunkter ska återkopplas på arbetsplatsträffar, enhetsmöten, ledningsmöten eller motsvarande. Här beslutas vilka åtgärder som ska vidtas och vem som ska återkoppla klagomålet till patient/närstående. Patienten/närstående får i samband med anmälan skriftlig information om patientnämndens verksamhet och andra instanser de kan vända

sig till för att framföra sina synpunkter. Genomförda åtgärder, given information till patient/närstående dokumenteras och återkoppling till anmälaren dokumenteras. Återkoppling till patient/närstående kan ske brevledes, fysiska möten eller via telefon.

Utbildning i klagomålshantering har skett hösten 2019 i hela länet via SKYPE, samt i form av en workshop under patientsäkerhetskonferensen i november 2019.

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. Resultat och analyser redovisas under rubriken resultat och analys.

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	Enligt plan	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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdpreventivt arbetssätt Fall (1, 2 och 4) Trycksår (1-4) Blåsöverfyllnad (2,3 och 4) Munhälsa (1) Nutrition (1)	Kontinuerligt riktad mot daglig styrning inom slutenvården	Uppföljningsportalen; uttag från omvårdnadsdokumentationen i journalsystemet
	3 gånger per år övergripande nivå	IT-stödet Synergi för avvikelshantering,
	1 gång per år	PPM-databasen
	1 gång per år	Markörbaserad journalgranskning
KADUVI (Urinvägsinfektioner hos urinkateterbärare)	1 gång per månad på divisionerna Läns- och Närsjukvård	Protokoll N: arkivet
	1 gång per månad	Infektionsverktyget under utveckling (UVI och KADUVI)
Patientens klagomål och synpunkter	3 gånger per år	Patientnämndens statistik, Inkomna klagomål och meddelanden från IVO Funktionsbrevlåda för synpunkter från patient/närstående Via webbformulär till avvikelshanteringssystemet
	3 gånger per år	IT-stödet Synergi för avvikelshantering
Patientenkäter	Enligt nationell överenskommelse 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 Maria har en registrerad avvikelse.	1 gång per år	Checklista för egenkontroll.
	1 gång per år	Avvikelsehanteringssystemet Synergi.
	2 gånger per år	• Dashboard i Synergi • Egen uppföljning/protokoll/enkät, • IT-stödet Synergi för avvikelshantering
Händelseanalysprocessen • Uppföljning av processen	2 gånger per år (halvår)	NITHA (nationellt IT-stöd för händelseanalyser).

Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Resultaten relaterat till åtgärderna presenteras under rubriken ”Resultat och analys”.

Anpassa och utveckla ledningssystemet

Utveckla ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbete

Med anledning av en revision som granskade regionens kvalitetsledningssystem utifrån föreskriften om kvalitetsledningssystem (SOSFS 2011:9), startade 2017 ett arbete med att utveckla ett regionövergripande ledningssystem på uppdrag av regiondirektören.

Under 2019 har arbetet med översta nivån kallad ”Ledning” presenterats och nås nu via intranätet Insidan. Bristerna från revisionsrapporten 2017 är kompletterade och det som saknades utifrån SOSFS 2011:9 är synliggjorda i regionens styrande regler-, mål- och rutindokument. Ledningssystemet visar hur vårdgivaren leder och styr Region Norrbotten på övergripande nivå. Politikernas revisorer har gjort en uppföljning av revisionsrapporten december 2019 för att säkerställa att bristerna är åtgärdade. Systematisk samverkan med andra regioner i Sverige kring uppbyggnad av ledningssystem är etablerat.

Patientsäkerhet är en del i nivå ett ”Ledning” och under 2019 har arbetet fokuserat på att färdigställa struktur, innehåll, layout och gå igenom anvisningar och rutiner.



För att ledningssystemet ska vara självinstruerande används samma/gemensamma termer och begrepp samt att sidorna är lika uppbyggda.

Internrevision systematiskt patientsäkerhetsarbete

I samverkansgruppen för säkerhetsområdena och som ett led i arbetet med ledningssystemet har en pilot för internrevision påbörjats under 2019. Syftet är att säkerställa att lagkrav efterlevs och att rätt förutsättningar ges till verksamheterna. Resultatet kommer att utvärderas och blir grund för arbetssätt gällande internrevisionsarbete i Region Norrbotten. I december 2019 påbörjades piloten och först ut att granskas var det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Granskning på övergripande nivå är genomförd och under våren 2020 granskas tre verksamhetsområden, ett inom tandvården, ett inom länssjukvården och ett inom närsjukvården. För att undvika risk för krockar med större satsningar och projekt, ska systematisk samverkan ske tillsammans med ansvariga/projektledare samt systematisk information till styrgrupper/projektägare.

Följsamhet till föreskrifter och regionens styrdokument

- 2017 kom den nya föreskriften för systematiskt patientsäkerhetsarbete (HSLFS 2017:40) och i samband med detta upprättades en styrande anvisning för regionen. I slutet av 2018 och 2019 har en uppföljning av följsamheten till anvisningen genomförts.
- Följsamhet till föreskriften om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10) mäts varje månad. Resultatet kan följas i regionens Uppföljningsportal och i databas för inmatning av observationerna.
- Ny checklista för egenkontroll av det systematiska patientsäkerhetsarbetet i enlighet med föreskriften för systematiskt patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40).

Regionövergripande anvisningar och rutiner

- Ny anvisning för ”Riskhantering”.
- Uppdaterad anvisning för vårdpreventivt arbete. Blåsdysfunktion har ersatts av blåsöverflynnad.
- Ny anvisning för basal hygien i vård och omsorg.
- Uppdaterad anvisning för ”Systematiskt patientsäkerhetsarbete”.
- Uppdaterad rutin för ”Riskanalys”.
- Uppdaterad anvisning för klagomål och synpunkter från patienter och närstående.
- Ny rutin för handläggning av klagomål och synpunkter för regiondirektörens stab.
- Uppdatering av rutin för händelseanalys.
- Ny rutin för pressmeddelande av lex Maria anmälningar.
- Uppdaterad rutin för dokumentation av riskbedömningar.
- Ny rutin för månadsobservationer av basala hygienföreskriften.

Uppdaterade patientsäkerhetsprocesser

- Händelseanalysprocessen.
- Lex Maria-processen.
- Genomgång och revidering av klagomåls-processen.
- Genomgång och revidering av egenkontrollprocessen för följsamhet till basal kläd- och hygienföreskriften.

Under 2019 har verksamheterna fortsatt arbetat med anpassa, fördjupa och ta fram lokala rutiner för systematiskt patientsäkerhetsarbete, avvikelshantering, riskhantering, handläggning av klagomål och synpunkter och egenkontroll. Rutiner finns upprättade inom flera verksamheter.

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 under 2019 funnits inom Funktionsområde Patientsäkerhet för att utveckla och stötta uppföljning, handläggning och utredningarna av lex Maria ärenden.

Förbättra patientsäkerhetskulturen

I samarbete mellan patientsäkerhet och HR har en gemensam mätning för arbetsmiljö och patientsäkerhetskultur genomförts i slutet av 2018. Resultatet gick ut till cheferna i början av januari 2019. Resultatet ska sedan vara ett underlag för att på verksamhetsnivå arbeta vidare med att höja säkerhetskulturen och ta fram handlingsplaner.

Under 2019 har patientsäkerhet och HR haft 11 gemensamma workshops riktade till chefer i hela länet för att presentera verktyg och arbetssätt för att omhänderta resultatet av mätningarna. För patientsäkerhetsarbetet presenterades verktyget ”Säkerhetskulturtrappan från A till E. Verktyget är ett dialogverktyg som kan användas för att skapa dialog kring patientsäkerhetskulturen i den egna verksamheten.

Patientsäkerhetsronder

Högsta ledningens stöd; Sedan december 2015 har regionen genomfört 21 patientsäkerhetsronder i verksamheten med regiondirektören/biträdande regiondirektören och chefläkare. Under 2019 har tre patientsäkerhetsronder genomförts.

- Sunderby sjukhus Infektion avdelning 35
- Folktandvården Kalix
- Råneå Hälsocentral

Patientsäkerhetsronder har även genomförts på alla Services enheter och verksamheter i Luleå och Boden under 2019.

Avvikelserapportering

Öka avvikelserapporteringen; Under 2019 har nya hjälpfilmer tagits fram och publicerats på webben. Det pågår en integration av resultat från avvikelsehanteringssystemet mot datalagret för att kunna presentera data på uppföljningsportalen. Tillägg och anpassning av avvikelsehanteringssystemet till lagförändringarna gällande klagomål och synpunkter från patienter och närstående har genomförts för att kunna följa upp handläggningen och säkra dokumentationen runt händelsen.

Läkemedel

Läkemedelsgenomgång och läkemedelsstöd

För att förbättra patientsäkerheten i läkemedelsanvändningen, hos de patientgrupper där behovet är störst, genomför regionens klinikapotekare fördjupade läkemedelsgenomgångar och annat läkemedelsstöd på sjukhusens vårdavdelningar samt i primärvården. Under året har klinikapotekare genomfört fördjupade läkemedelsgenomgångar på 1 830 patienter, jämnt fördelat mellan könen, på fem vårdavdelningar och nio hälsocentraler. Samtliga hälsocentraler utom en fick del av läkemedelskommitténs läkemedelsstöd under 2019.

Läkemedelshantering

Årets kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genomfördes i form av fysiska granskningar på plats hos 26 verksamheter på länets sjukhus, perioden januari-

oktober. Ingen verksamhet i primärvården granskades under 2019. Granskade områden var kvalitets- och ledningssystem, ordinationsrutiner samt rutiner för lordningsställande och överlämnande/administrering. Delegering av läkemedels-hantering samt följsamhet till regionens anvisningar om bassortiment och narko-tikakontroll granskades också. Återkoppling i form av föreslagna åtgärder, kom-mentarer och förtydligande utifrån gällande lagar, förordningar och föreskrifter har skickats till deltagande enheter tillsammans med ett underlag för upprättande av lokal åtgärdsplan samt erbjudande om stöd i åtgärdsarbetet.

Under året har arbete 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.

Patient- och närståendemedverkan

Under året har patientsäkerhetsarbetet fokuserat på att fortsätta implementeringen av förändringarna i klagomålshanteringen genom att förbättra handläggningen av klagomålen, stödja och utbilda verksamheterna i hanteringen samt att öka pati-entmedverkan.

Handläggningen av klagomål och synpunkter

Region har under 2019 fortsatt arbetet med att anpassa och implementera lagför-ändringar för handläggning av klagomål och synpunkter från patienter och när-stående. Fokus har varit att styra klagomålen till verksamheten, att informera och att anpassa regioners avvikelshanteringssystem utifrån lagkraven.

Vidtagna åtgärder;

- Maj 2019 driftsattes webbformulär kopplat till IT-stödet Synergi för avvikel-sehanteringen där patienter/närstående kan lämna klagomål och synpunkter direkt till berörd enhet/verksamhet.
- Kategoriseringen av klagomål följer enligt samma struktur som Patientnäm-nens kategorier. Vilket möjliggör jämförande analyser.
- 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.
- Informationsinsatser och workshop i att handlägga klagomål.

Nationella patientenkäter

Under hösten 2019 genomfördes mätningar för primärvården, läkar- och sjukskö-terskebesök, samt för rehabilitering inom primärvård och öppen specialiserad vård. Undersökningen riktade sig till dem som nyligen varit i kontakt med vården för att utvärdera senaste besöket. Mätningen gällde för besök under september månad och enkäten skickades ut i mitten på oktober. Nationellt gemensamma undersökningar har genomförts vartannat år inom primärvård, akutmottagningar, somatisk öppen- och slutenvård, psykiatrisk öppen- och slutenvård, inkluderat barnsjukvård samt barn- och ungdomspsykiatri. De regioner som så har önskat, har kunnat genomföra så kallade mellanårsundersökningar eller extraundersök-ningar inom dessa eller andra områden. Med hjälp av samma teknik och rutiner

som används för andra utskick inom NPE pågår också löpande mätningar för standardiserade vårdförlopp inom cancervård. Detta följs upp av Regionala cancercentrum i samarbete med SKR samt landets regioner. Resultatet från de nationella patientenkäterna ska ligga till grund för verksamheternas förbättringsarbete.

Nya E-tjänster

- **1177 vårdguiden på telefon;** Pilot att kunna skicka bild i samband med att man ringer 1177.
- **Journal via nätet:** införandet påbörjades 2016. Nu finns åtkomst till journalanteckningar, vårdkontakter, läkemedelslistan i VAS, svar på blodprover, vaccinationer, SIP (samordnad individuell plan) samt spärrar.
- **Webbtidbok;** Patienten bokar själv sina tider för besök.
- **Stöd och behandling;** Internetbaserad kognitiv beteendeterapi (iKBT) är nu tillgängligt i länet via Stöd – och behandlingsplattformen i 1177 vårdguidens e-tjänster. Detta innebär en större tillgänglighet, delaktighet och flexibilitet för invånaren. KBT via nätet är tillgängligt i länet för behandling vid långvarig smärta samt oro och ångest. Under 2019 infördes ”Min vårdplan cancer” på kirurgmottagningen, Sunderby sjukhus, för att tillgängliggöra behandlingsplan för personer med kolorektal cancer via Stöd- och behandlingsplattformen. Där kan patienten välja en elektronisk pärm istället för papperspärmen. Dessutom har regionen byggt ett stödprogram vid sömnproblem ”Sömnstödet”.
- Under 2019 startades totalt 159 behandlingar fördelade enligt nedan:
 - Internethjälpen vid smärta 13
 - Internethjälpen vid ångest och oro 98
 - Sömnstödet 27
 - Min vårdplan cancer 21
- **Patientnämnden som e-tjänst;** Det är möjligt att ta kontakt med patientnämnden genom att logga in på 1177.se. Under 2019 har 27 procent av ärenden kommit in via e-tjänsterna.
- **Basutbud e-tjänster;** Regionens verksamheter verkar aktivt för att öka tillgängligheten till kontakt via e-tjänster. Antal ärenden in till regionens mottagningar via 1177 vårdguidens e-tjänster fortsätter att öka och under 2019 var antalet ärenden in 120 000 varav Förnya recept stod för hälften 60 600 ärenden. 2018 var antalet ärenden in 96033, jämfört med 71649 ärenden år 2017 och 54889 år 2016.
- **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. Den möjliggör att ha ett bättre samtal.
- **Hälsodeklaration inför operation;** En pilot pågår där det är möjligt att logga in på 1177 och fylla i hälsodeklaration inför operation. När formuläret är ifyllt går det in i Provisio (operations journalsystem). Planen är att införa detta i regionen efter genomförd pilot (mål våren 2020).

Etikarbete

Etiska rådets kunskap och kompetens har under 2019 till allra största del efterfrågats av vårdpersonal. De flesta ärenden har handlat om bemötande och respekt för

patientens autonomi och integritet. Men även ärenden om prioriteringar, etik vid livsuppehållande åtgärder, etik vid vård i livets slutskede, eller om vilken ambitionsnivå man ska ha när det gäller mycket svårt sjuka personer. Konsultationerna har skett i form av etiska ronder och etiska analyser. Under år 2019 har 24 nya etikombud utbildats, vilket innebär att etikombuden nu totalt är 160 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.

Övrigt

Hotell Vistet fortsätter sitt förbättringsarbete för att öka patientsäkerheten genom patienternas medverkan i sin egen vård. Innefattar: Patientnära rapportering(PNR) och Hälsosamtal samt Distresstermometer (som erbjuds patienter om de vill). De har gjort ett ankomstsamtals underlag för att använda vid dessa samtal. Underlaget har förbättrats något under året och finns dokumenterat i www.genombrott.se.

Årets Kvalitet och Patientsäkerhetskongress arrangerades i samverkan med och under inflytande från patient- och närståenderepresentanter som också ansvarade för att introducera föreläsarna under dagen och leda paneldebatten.

Patient/närstående medverkar i händelseanalysarbetet genom att ges möjlighet att skriva ned eller berätta om sin upplevelse av händelsen samt att ge förslag på åtgärder som hade kunnat förhindra händelsen. Detta sker även när patienter/närstående lämnar sina klagomål till verksamheten.

Två representanter för patient/närstående har ingått i regionens Patientsäkerhetsråd under 2019.

Kunskap och kompetens

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.

Beroendet av inhyrd personal behöver minska, både ur ett patientsäkerhets- och ekonomiskt perspektiv.

Eventuella Resultat

- Förenklat koncept för kompetensförsörjningsplaner är framtaget med möjlighet att aggregera resultaten.
- Utbildning i förändringsledning
- Utbildning i arbetslivsinriktad rehabilitering

- Breddat arbete med karriärvägar

Förbättringar/genomförda åtgärder

Arbete pågår i verksamheterna med uppdatering av kompetensförsörjningsplaner. Arbetet beräknas vara färdigställt i de flesta verksamheter under första kvartalet 2020. Kompetensförsörjningsplanerna är ett strukturerat sätt att arbeta med bemanning och kompetens, 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.

Region Norrbotten har genomfört omfattande aktiviteter för att utveckla chef- och ledarskapet inom regionen. Aktiviteterna bidrar även till att främja nätverket och erfarenhetsutbytet mellan regionens chefer. Ledardagar för samtliga chefer inom regionen har genomförts med syfte att förankra målbild 2035 och strategin för framtidens hälsa och vård.

En förutsättning för att regionen ska lyckas med målbild 2035 är att regionens chefer aktivt styr utvecklingsarbetet i nära samarbete med chefskollegor, verksamhetsutvecklare och medarbetar. Detta både i det dagliga arbetet och i olika grupperingar för att uppnå effektiva flöden, säkra kompetensförsörjningen, en ekonomi i balans samt en god arbetsmiljö. För att ge cheferna bättre förutsättningar att förstå och kunna leda detta omfattande förändringsarbete på ett betryggande sätt har utbildning i förändringsledning erbjudits alla regionens chefer. Utbildningen är finansierad av Omställningsfonden. Utbildningen erbjöds alla regionens chefer under 2019.

Regionen har under 2019 med goda resultat deltagit i ett utvecklingsprojekt kring minskad sjukfrånvaro finansierat av SKR med fokus både på förbättrad samverkan mellan regionen som arbetsgivare och vårdgivare, stöd till individer i riskzonen samt arbetsplatsnära stöd. Regionens chefer har även erbjudits utbildning i arbetslivsinriktad rehabilitering.

Arbetet med att skapa karriärvägar har fortsatt och utökats till fler yrkesgrupper.

Utbildningar, konferenser och nätverk

Fördjupad utbildning i systematiskt patientsäkerhetsarbete avslutades våren 2019. Utbildningen är i sex delar. I utbildning deltog även patientnämnden, chefläkare, Vårdhygien med flera. Efter utbildning så erbjuds deltagare att delta i nätverks-träffar.

En patientsäkerhetsutbildning för chefer och ledare med inriktning på chefs roll och ansvar i patientsäkerhetsarbetet, gällande lagar och föreskrifter som styr patientsäkerhetsarbetet, säkerhetskulturen samt metoder och verktyg som utgör stöd i patientsäkerhetsarbetet.

Vårdhygien har under året återkommande utbildningar i vårdhygien, i egenkontroll av vårdhygienisk standard till chefer samt har deltagit i diverse utbildnings-sammanhang inklusive i regionens Kvalitet och Patientsäkerhetskonferens.

För andra året i rad arrangerades Region Norrbotten konferensen Kvalitet & Patientsäkerhet. Det är en sammanslagning av de tidigare konferenserna Utvecklingskraft och Patientsäkerhetskonferensen. Mer än 300 deltog på plats och konferensen kunde följas ute i länet via video.

Regionens nätverk för Markörbaserad journalgranskning träffas två gånger per år och består av granskare från somatisk slutenvård samt öppen/slutenvård inom psykiatri.

Vårdpreventivt arbete

Regionen deltar i de årliga nationella mätningarna för vårdrelaterade infektioner och trycksår. Vårdskador följs även genom granskning av journaler enligt metoden för markörbaserad journalgranskning. Inom verksamheterna genomförs riskbedömning för fall, trycksår, undernäring blåsöverfyllnad och munhälsa på patienter 70 år och äldre vid in- och utskrivning från slutenvården. Dokumentationen sker i det vårdadministrativa journalsystemet. I oktober 2019 infördes sökordet Blåsöverfyllnad som en värdetabell i den vårdadministrativa journalen (VAS). Detta möjliggör för verksamheterna att dagligen kunna följa antalet riskpatienter via regionens uppföljningsportal.

Vårdrelaterade infektioner

Division När- och Länssjukvård beskriver att förbättringsarbeten pågår mot vårdrelaterade urinvägsinfektioner och urinkateterrelaterade urinvägsinfektioner som är en vanlig vårdskada i regionen.

Minska antibiotikaförskrivningen

Arbetet med kvalitetsuppföljning av antibiotikaförskrivning i regionen enligt strategidokumentet ”Antibiotikapolicy i Region Norrbotten” 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. ”AntibiotikaSmart”, en webbutbildning med kunskap om bakterier, antibiotikaresistens och rationell antibiotikabehandling, har tagits fram av Strama Stockholm och ligger nu som ett digitalt stöd på vårdportalen A-Ö.

Infektionsverktyget

Fortsatt implementering av Infektionsverktyget (IV) pågår, involverade är Vårdhygien, Strama 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. Under 2019 har regionen börjat följa upp vårdrelaterade infektioner och vårdrelaterade urinvägsinfektioner systematiskt på regionövergripande nivå månadsvis.

Vårdhygien i det vårdpreventiva arbetet

Patientsäkerhet och Vårdhygien samverkar i det förebyggande arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner och öka följsamheten till föreskriften om basal hygien i vård och omsorg. Under 2019 har Patientsäkerhet och Vårdhygien bidragit till utveckling av ny riktlinje, process och struktur avseende mätning av följsamhet till basala hygienrutiner i syfte att öka antalet deltagande enheter i månadsobservationer av följsamhet till basala hygienföreskriften.

Vårdhygien fungerar som stöd till verksamheterna, till vårdgivaren regionalt och organisatoriskt i att förebygga uppkomst och spridning av vårdrelaterade infektioner samt med att minska spridningen av antibiotikaresistens.

Under 2019 har Vårdhygien bevakat och följt upp totalt 282 nya antibiotikaresistenta fall och smittspårat 76 nya fall av MRSA och 3 nya fall av ESBL carba. För 203 fall av ESBL (som inte är smittspåringspliktig) initierades omedelbara åtgärder och adekvat handläggning inom slutenvården. I samverkan med upphandlingsenheten, länsservice och materialkonsulter har Vårdhygien bistått med rekommendationer i enlighet med evidens, litteratur och krav enligt svensk standard (SIS, EN SS) i regionala upphandlingsprocesser. Vårdhygien har i samverkan med berörda projektaktörer, drift och fastighetsansvariga granskat ritningar kommit med rekommendationer gällande bakgrund av krav för bygghälsa- och vårdhygien samt med hänsyn till vårdens flöden.

Återkommande årlig aktivitet är stöd till vården för handläggning av säsongsinfluensa, vinterkräksjuka och även fall av c. difficile. Inom dessa områden bevakas och efterfrågas följsamhet till rutiner. Eventuella avvikelser följs upp. Avvikelse-rapportering i Synergi rekommenderas då avsteg från handläggning som förebygger smittspridning sker. Genomförda utbildningsinsatser redovisas under rubriken ”Kunskap och kompetens”

Trycksår

Trycksåren har ökat i regionen och under 2019 har både Länssjukvården och Närsjukvården arbetat mot verksamheterna för att stödja det förebyggande arbetet mot trycksår. Andelen trycksår var högst på länssjukhuset i länet och där har man arbetat divisionsövergripande. Mätningar av trycksår har skett månadsvis och nätverksmöten med deltagare från alla slutenvårdsavdelningar i syfte att finna gemensamma arbetssätt. Verksamheterna inom Närsjukvården har infört ”SeUpprönder” på alla slutenvårdsenheter. Gemensamma utbildningsinsatser i området har genomförts under året. Inom Länssjukvården har verksamhetsområde ortopedi arbetat framgångsrikt med trycksårsförebyggande åtgärder. Verksamheterna har fått hjälp med att ta ut statistik för att kunna utvärdera och följa upp sitt arbete.

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 informat-

ionsmaterial har spridits till länet och kampanjen uppmärksammades i media. Regionen har medverkat de två senaste åren.

Övrigt

Vid Tandvårdscentralen i Luleå pågår sedan mars 2019 pilotprojektet Direkten med målet att öka tillgängligheten till tandvård där patienten ska få den tandvård som behövs under besöket, utförd på rätt vårdnivå. Nya uppföljningsmått som stödjer förändrade arbetssätt med fokus på patientflöde har tagits fram. Preventionsprogram för att stötta norrbottningarna i att främja sin munhälsa.

Risikanalys

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

Att analysera risker är ett framåtsyftande 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. I regionens ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete finns anvisning och rutin för hur risker ska hanteras och hur riskanalys ska genomföras. Den metod som används vid riskanalys är Healthcare Failure Mode Effect Analysis (HFMEA). Regionen har även en rutin för riskindivider som utgör en risk för patientsäkerheten.

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, blåsöverfyllnad, ohälsa i munnen och undernäring.

Riskbedömningsinstrument;

- Modifierad Nortonskala vid bedömning av trycksår.
- Downton Fall Risk Index (DFRI) vid bedömning av fallrisk.
- Undernäring - Åtgärder för att förebygga (Sveriges Kommuner och Regioners åtgärdspaket) och Mini Nutritional Assessment (MNA) för nutrition .
- ROAG munvårdsbedömning (ohälsa i munnen).
- Riskidentifiering av blåsöverfyllnad och UVI; *Vårdrelaterade urinvägsinfektioner - åtgärder för att förebygga (SKRs åtgärdspaket)och Vårdhandboken vid behandling med kateter.*

Bedömnings-/riskbedömningsskalor som stöd i den kliniska bedömningen;

- National Early Warning Score (NEWS och NEWS2).
- Löfs checklista för säker kirurgi.

Åtgärder riktade mot patientsäkerhetsrisker

Läkemedel

Under 2019 har förberedelserna för ny läkemedelsförsörjning 2020 påbörjats redan i januari och intensifierats under året. Uppdraget att sköta läkemedelsförsörjningen övergår under våren 2020 från Apoteket till ApoEx. Uppdraget inkluderar distribution av läkemedel till sjukhus samt primärvård och folktandvård, tillverkning av cytostatika, vätskevagnshantering, förrådstjänst läkemedel och sakkunnigtjänst samt kvalitetsansvar radiofarmaka. Övriga tjänster relaterat till läkemedelsförsörjningen bedrivs liksom tidigare i egen regi. Inför övergången har riskanalys genomförts och särskilda beredskapsåtgärder med förstärkt lagerhållning och beredskap kommer att vara möjliga för att förebygga brist på läkemedel och därmed patientsäkerhetsbrister.

December 2019 färdigställdes en krisplan för hur läkemedelsförsörjningen kan säkras till länets 6 000 patienter som får dosdispenserade läkemedel via dosapotek. Läkemedelsleveranser i dospåsar varannan vecka till dessa patienter kan upphöra om dosapoteket, dosordinationssystemet eller transportkedjan drabbas av störningar eller stopp. Krisplanen har tagits fram i samverkan med regionens vårdkvalitetsenhet, sjukvårdande verksamheter och beredskapsorganisation, länets alla kommuner samt länets apotek

Mot bakgrund av riskkartläggningen 2018 genomfördes en fördjupad förstudie för att ta fram underlag för ett förbättringsarbete med mål att minska riskerna i patientflöden mellan akut-, intensiv- och övrig sjukhusvård. Beslut om genomförande av identifierade åtgärder i förstudien tas under 2020.

Under året har också en del förbättringar, korrigeringar av risker och integrationer av säkerhetshöjande information gjorts i journalsystemet läkemedel för att öka patientsäkerheten. Exempelvis har säkerheten och användbarheten förbättrats vid ordinationer av dosdispenserade läkemedel i systemet Pascal.

Remisshantering

Både i avvikelsehanteringssystemet, i ett tillsynsärendet och i flera klagomål har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) riktat kritik mot vårdgivare för remisshantering i regionen. En analys av remissflödet genomfördes där risker i hantlingsprocessen identifierades. De risker som framkom var främst i de moment som kräver manuell bevakning eller hantering. Utifrån detta har en regionövergripande anvisning för remisshantering och en rutin för bevakning av remisser tagits fram i slutet av 2018. Anvisningen ska utgöra underlag och stöd för upprättande av lokala rutiner. Under 2019 har följsamheten till anvisningen följts upp.

Övrigt

Utbildning av verktyget Gröna korset har genomförts inom divisionerna (hälso-, sjuk och tandvård samt inom Service på patienthotellet) och merparten av enheterna är igång med metoden.

Inom Länssjukvården har kirurgverksamheten utvecklat verktyget Gröna korset med det som de kallar ”Gröna brevet” ett sätt att återkoppla och sprida lärande av

händelser, risker och tillbud till medarbetarna på enheten. Ett arbetssätt som börjar sprida sig i övriga verksamheter.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Allvarlig vårdskada eller allvarliga tillbud ska lex Maria anmälas och händelseanalys genomföras. Syftet med en händelseanalys är att uppfylla anmälnings- och utredningsansvaret av 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.

Identifierade brister

- IVO har i sju tillsynsärenden granskat lex Maria utredningar eller följt upp åtgärderna efter en anmälan.
- Handläggningstiderna för utredningarna är långa och det har noterats att när fler verksamheter är involverade ökar handläggningstiderna
- Suicid och diagnostiska fel är de vanligaste orsakerna till lex Maria anmälan

Åtgärder

Sprida lärande av utredda händelser/vårdskador

Under året har fokus varit på att sprida lärdomar om utredda suicid och diagnostisk fel.

- Chefläkare med lex Maria ansvar har deltagit och återkopplat lex Maria ärenden i divisionsledningsgrupperna.
- Patientsäkerhet i AT-utbildningen.
- Erfarenheter av händelseanalyser och lex Maria händelser runt suicid i Norrbotten har presenterats av chefläkare på regionens Kvalitet och Patientsäkerhetskonferens 2019.
- Spridning av Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) material om lärdomar av händelseanalyser som berör riskområde Diagnostiska fel.
- Särskilt föreläsningblock om diagnostiska fel samband med regionens Kvalitet och Patientsäkerhetskonferens.

Förbättra och stödja utredningsarbetet

Händelseanalysprocessen har uppdaterats;

- Processkarta för händelseanalys framtagen.
- Checklista uppdragsgivare av händelseanalys är reviderad och uppdaterad.
- Checklista för kvalitetsgranskning av händelseanalys.
- Vägledning slutrapport händelseanalys.
- Vägledning för arbetsgång händelseanalys.
- Ny blankett för uppdrag händelseanalys.
- Uppdaterad rutin för händelseanalys och informationsbroschyr för lex Maria.

Uppföljning av åtgärdsplan lex Maria

Under 2019 har arbete påbörjats med att följa upp lex Maria händelser sex månader efter beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Uppföljning via enkäter har testats och under andra halvåret 2019 har regionen startat med att besöka berörd/berörda verksamheter och följt upp åtgärdsplanen och effekterna av föreslagna åtgärder.

Lex Maria Suicid

Chefläkare med lex Maria ansvar har med utgångspunkt från en nationell rapport om suicid tittat på åtta suicidärenden från regionen och analyserat de åtgärder som föreslagits. Återkommande är att suicidrisk inte har penetrerats, och/eller inte dokumenterats. Uppföljning har försenats eller uteblivit. Kommunikation mellan individer och enheter har inte fungerat, patienten har trillat mellan stolar-na.

Kostnader vårdskador

Utifrån de vårdskador som framkommit i markörbaserad journalgranskning har en kostnadsberäkning utifrån KPP (kostnad per patient) genomförts i Länssjukvården. Den visade att vårdskadorna inom länssjukvården kostade ca 50 miljoner kronor. Resultatet av denna beräkning är presenterad för divisionens alla chefer samt för regionens Patientsäkerhetsråd.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Underlaget för årets informationssäkerhetsarbetet ute på sjukhusen och klinikerna har ökat avsevärt, vilket upplevs genom ökad medvetenhet kring övergripande mål och åtgärder samt engagemang. Regionens informationssäkerhetsstrategi ser väldigt positivt på detta.

Uppföljning gällande information om sekretessregler och signering av sekretessbevis vid nyanställning har ökat markant sedan förtydligandet av bestämmelserna om den inre sekretessen enligt patientdatalagen (2008:355) 4 kap 1 § skrevs om av regionens dataskyddsombud.

Övriga uppföljningar;

- Lokala introduktioner till informationssäkerhet och lokala rutiner ökar över regionen.
- Tillträdeskontroll till lokaler har genomförts efter önskemål från säkerhetsenheten.
- Enskilda system innehållande patientuppgifter har uppmärksammat om att automatisera deras rutiner för åtkomstkontroll av användarbehörigheter.

Risikanalyser genomförs i dagsläget med ett fokus på personal och organisatoriska förändringar (Människa-Teknik-Omgivning MTO). Det finns en utvecklingspotential att inkludera efterlevnad av nyare lagstiftning som dataskyddsförordningen i verksamheternas riskanalyser för att kontrollera skyddet av patientuppgifter och dess behandling.

De noterade förbättringsåtgärderna som har genomförts under året har baserats på rekommendationer i samband med förundersökningar av regionens ledningssy-

stem för informationssäkerhet. Där har tyngden legat på styrdokument och administrativa säkerhetsåtgärder i form av personuppgiftsbiträdesavtal.

Länsteknik har en pågående implementering av ett logganalysverktyg som kommer att resultera med att regionen kan automatisera tidigare manuella loggranskingar, och kan därmed öka antalet granskningar och samtidigt frigöra tid för vårdpersonalen.

Exempel på övriga förbättringar är;

- Rutiner för att förbättra sekretesskyddet av inkommande handlingar och otillåten avlyssning har förbättrats med mindre lokalförändringar

Gällande regionens interna och externa skydd mot olovlig åtkomst så har regionen sedan implementeringen av ett sårbarhetsanalys-verktyg genomfört mellan 5-10 interna utvärderingar. Schemaläggning av ytterligare utvärderingar är resurs och kommunikationsberoende och kommer att adresseras under årets initiala månader av regionens informationssäkerhetsstrateg.

Det externa skyddet mot olovlig åtkomst utvärderades inte 2019. Ett sk penetrationstest skulle fördelaktigt vara lämpligt att genomföra först efter att idrifttagandet av logganalysverktyget skett, som en kvalitetsstämpel av verktyget och dess tillhörande tjänst.

Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Resultatet och analysen beskrivs från de nedbrutna målen och aktiviteterna för patientsäkerhet 2019.

Egenkontroll

Antibiotikaförskrivningen ska minska

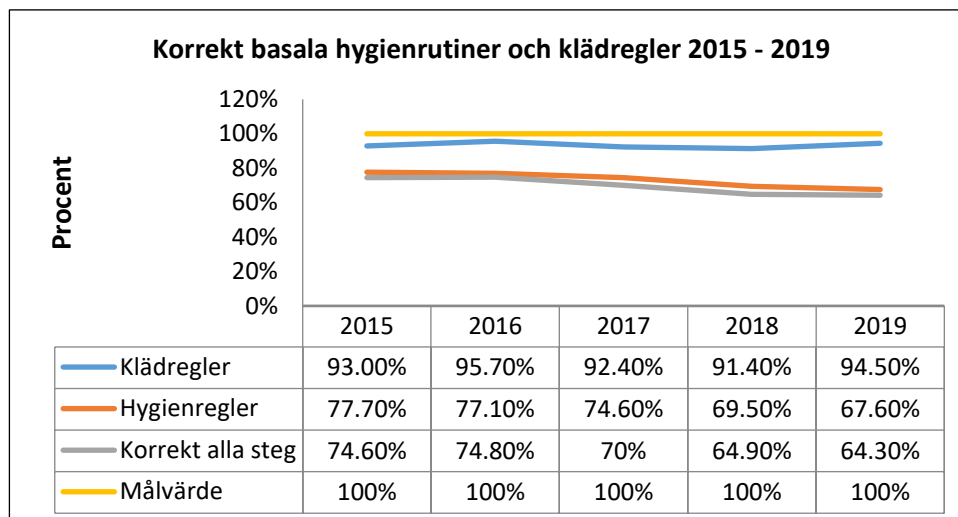
Det nationella målet och regionens mål var 250 recept per 1000 invånare.

Försäljningen av antibiotika i öppenvård fortsätter att minska i länet. Antalet recept per 1000 invånare har gått ner från 290 (2018) till 277 (2019), det vill säga en minskning på 4,5 %. Norrbottens öppenvård förskriver färre antibiotikarecept än riksgenomsnittet, men fortsatt betydligt mer än övriga regioner i norra Sverige.

Antibiotikaförbrukningen i slutenvården har en annan och mer negativ trend. Förbrukningen räknat i dygnsdoser per producerat vårddygn har i Norrbottens slutenvård 2019 jämfört med 2018 ökat med 4 %. Ökningen 2014-2019 är 30 %. Regionens ambitioner med stringent antibiotikaanvändning (Strama) i slutenvården synes inte nå fram.

Följsamhet till basala hygien- och klädrutiner (BHK) korrekt samtliga steg

Målet var 100 procent korrekt för alla steg.



Källa; Nationell databas för PPM-mätningar

I Norrbotten är det desinfektion före patientnära arbete samt korrekt användande av plastförkläde som har de lägsta resultaten.

Patient och närståendemedverkan ska öka

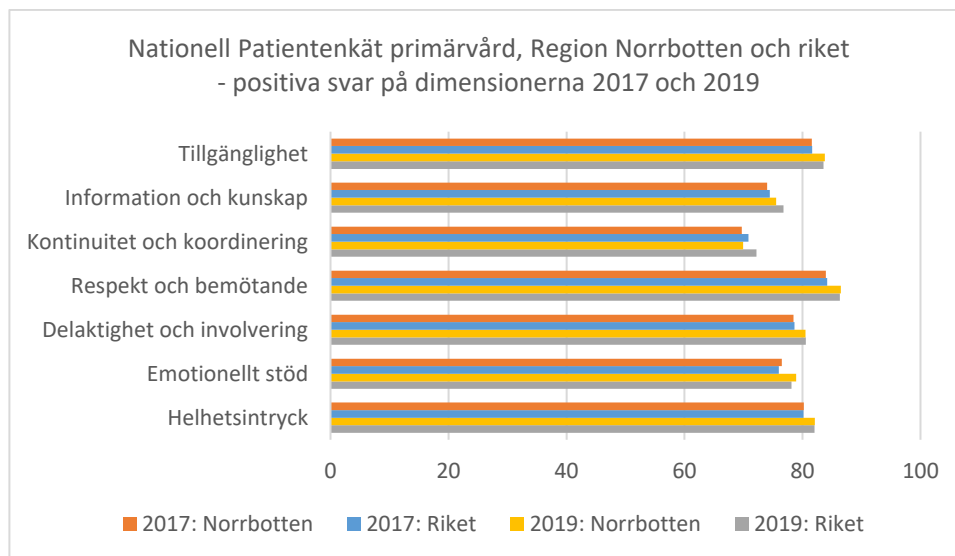
Fast vårdkontakt

Mål	Resultat 2018	Resultat 2019
Minst en utsedd fast vårdkontakt i samband med upprättande av samordnad individuell plan	88 %	79 %

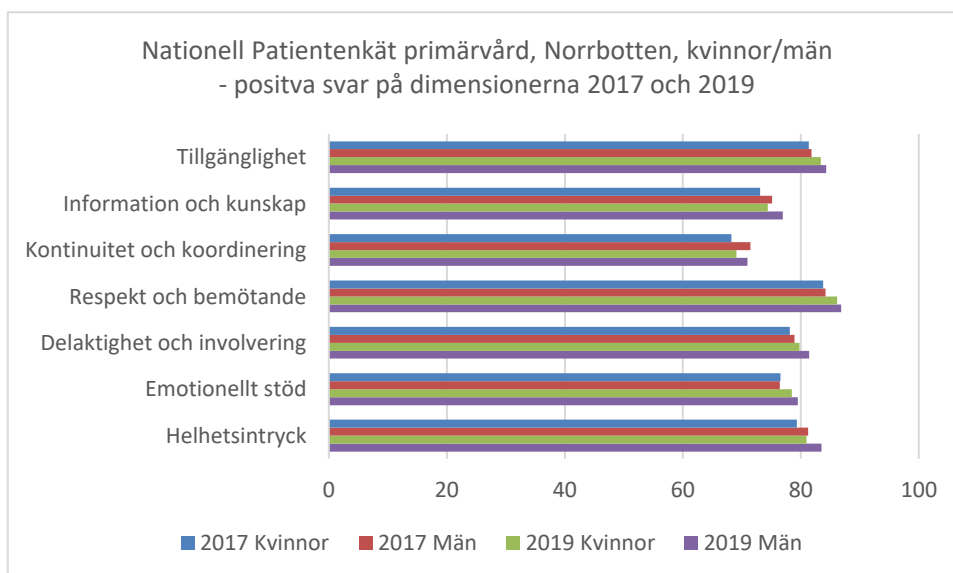
Nationella patientenkäten för primärvård

Nationell Patientenkät skickades ut till patienter i hela Sverige som besökt en läkare eller en sjuksköterska på en hälso-/vårdcentral under september månad 2019. I Norrbotten svarade 4864 personer på frågor om upplevelsen av sina besök och den stora majoriteten var positiva. Både nationellt och för Norrbotten specifikt så har svarsfrekvensen ökat och upplevelsen av besöken har förbättrats inom samtliga dimensioner, jämfört med samma mätning år 2017. För Norrbotten ses de högsta resultaten inom respekt och bemötande samt tillgänglighet. Respekt och bemötande är också den dimension som ökat mest. Den dimension som ligger lägst är upplevelsen av kontinuitet och koordinering.

Av enkätsvaren avsåg 55 procent kvinnor och 45 procent män. Mäns upplevelse är generellt mera positiv jämfört med kvinnors och de ligger också högre inom alla dimensioner, även om skillnaderna är små. Sett till åldersgrupper så har äldre en mera positiv upplevelse än yngre. Resultaten har dock förbättrats inom alla åldersgrupper, jämfört med samma mätning 2017. Nämda skillnader har inte analyserats vidare ännu.



Källa; NPE-databas 2019

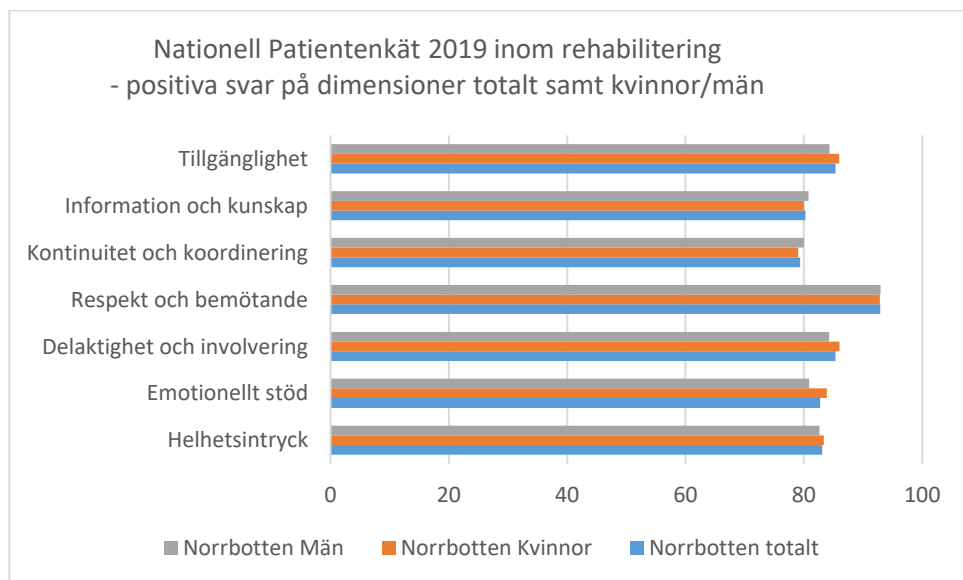


Källa; NPE-databas 2019

Nationell patientenkät - rehabilitering inom primärvård och öppen specialiserad somatisk vård 2019

Norrbotten har även genomfört Nationell Patientenkät för besök inom rehabilitering hos arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut, kurator, dietist, psykolog eller logoped under september månad 2019. I Norrbotten svarade 1735 personer på frågor om upplevelsen av sina besök och i likhet med primärvårdsmätningen så var den stora majoriteten positiva. Svarsfrekvensen har ökat och upplevelsen av besöken har förbättrats inom samtliga dimensioner, jämfört med samma mätning år 2017. Även här ses de högsta resultaten inom respekt och bemötande samt tillgänglighet. Den positiva upplevelsen av respekt och bemötande ligger på närmare 93 procent. Lägsta resultaten ses inom kontinuitet och koordinering. Den dimension som ökat mest är emotionellt stöd, följd av kontinuitet och koordinering.

Av enkätsvaren avsåg 62 procent kvinnor och 38 procent män. Kvinnors upplevelse ses mera positiv jämfört med mäns inom dimensionerna helhetsintryck, emotionellt stöd, tillgänglighet samt delaktighet och involvering. I övrigt är skillnaderna små. Sett till åldersgrupper så har äldre en mera positiv upplevelse än yngre. Resultaten har dock förbättrats, jämfört med samma mätning 2017. Nämda skillnader har inte analyserats vidare ännu.



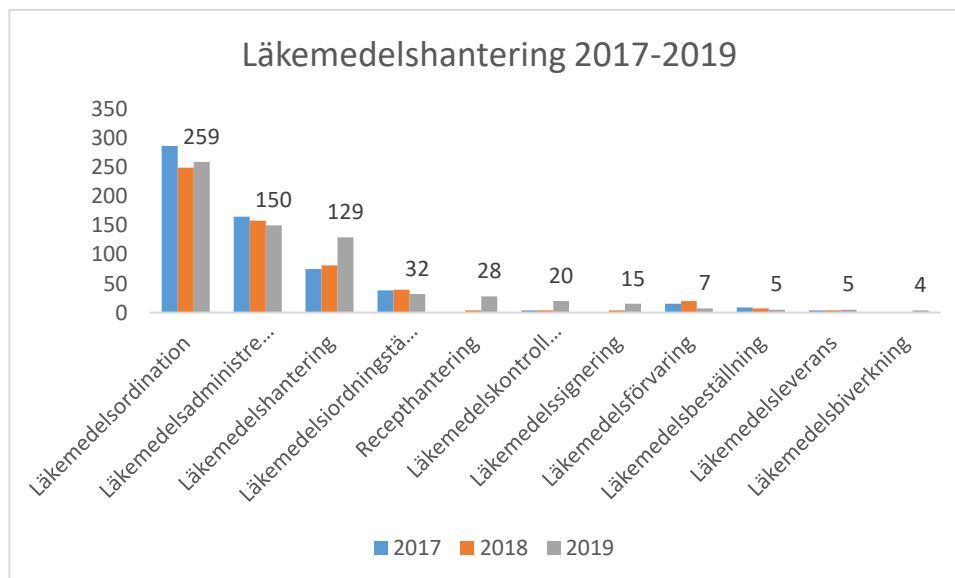
Källa; NPE-databas 2019

Läkemedel

Målet för 2019 har uppnåtts, det vill säga att 60 procent av målgruppen har fått en läkemedelsberättelse vid utskrivning. Det är en förbättring med sju procent jämfört med föregående år. Förekomsten av läkemedelsberättelse i journalen varierar stort beroende på inom vilken verksamhet vården skett.

Mål	2019
Läkemedelsberättelse 60 procent	3 810 berättelser som motsvarar 63 %. Berättelserna är jämt fördelat mellan kön

Antal patienter 75 år eller äldre med minst fem läkemedel, som har en i primärvården med sökord journalförd läkemedelsgenomgång, var 8 300 stycken. Det motsvarar 35 procent av hela målgruppen jämnt fördelat mellan könen. Det är en ökning med en procent jämfört med föregående år. Resultatet i olika närsjukvårdsområden i regionen varierar stort. Målet för 2019 var att 50 procent av målgruppen under året ska ha fått minst en läkemedelsgenomgång, journalförd med sökord, vid kontakt med vården.



Källa; Synergi 2019

Antalet rapporterade läkemedelsrelaterade avvikelser gällande läkemedelshandtering var 614 stycken under 2019. Det är en ökning med 9 procent jämfört med 2018. Flest avvikelser utgörs som tidigare år av läkemedelsordination samt administrering/överlämnande av läkemedel. Vårdskada inträffade i 97 avvikelser (andel 16 %). Det är en svag minskning jämfört med tidigare år. 30 vårdskador var behandlingskrävande.

Följsamhet till styrande anvisningar

Anvisningen för systematiskt patientsäkerhetsarbete

Granskning av följsamhet till regionens anvisning för systematiskt patientsäkerhetsarbete har genomförts och från och med 2018 har en enkät tagits fram för att systematisera kontrollen. I granskningen valdes handläggning av allvarlig vårdskada dödsfall ut. Sammanfattningsvis kan sägas att kvalitén på handläggningen och följsamheten till anvisningen har ökat och dokumentationen har förbättrats.

Resultatet visar;

- 100 procent av granskade avvikelser vårdskada dödsfall är riskbedömda – ökning från 97 procent 2018.
- Nästan 100 procent av vårdskada dödsfall har skickats till berörd verksamhetschef – ökning från 42 procent 2018.
- 73 procent av vårdskada dödsfall har skickats till chefläkare för lex Maria bedömning – ökning från 45 procent 2018.
- 40 procent av händelserna har blivit en lex Maria anmälan efter bedömning av chefläkare – ökning från 28 procent 2018.
- I 100 procent av lex Maria anmälningarna har händelseanalys genomförts och alla händelseanalyser är gjorda i det nationella IT-stödet för händelseanalys (Nitha).

- För alla ärenden i skadetyper vårdskada dödsfall, både de som blev lex Maria och de som inte blev lex Maria har det i 60 procent av fallen genomförts en händelseanalys – ökning från 33 procent 2018.
- 70 procent har bifogat åtgärdsplan – ökning från 40 procent 2018.
- I 95 procent var händelsebeskrivningen skriven så inga namn eller data kunde göra att involverade personer kunde identifieras – ökning från 90 procent 2018.

Anvisningen för remisshantering

Under första halvåret 2019 gjordes en uppföljning av hur implementerad anvisningen och rutinen är. Uppföljningen gjordes i form av en enkät som skickades ut till verksamhetschefer. Resultatet visade att anvisningen och rutinen var känd, att arbete pågår med att upprätta lokala rutiner men att det i flera verksamheter fanns väldigt många obesvarade remisser som ligger långt tillbaka i tiden. Behov finns av att gå igenom listan för obesvarade remisser och kontrollera om de fortfarande är aktuella.

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 damt för att kunna identifiera risker och vidta förbättringsåtgärder. Avvikelse rapportering ligger till grund för regionens förbättrings- och utvecklingsarbete på alla nivåer.

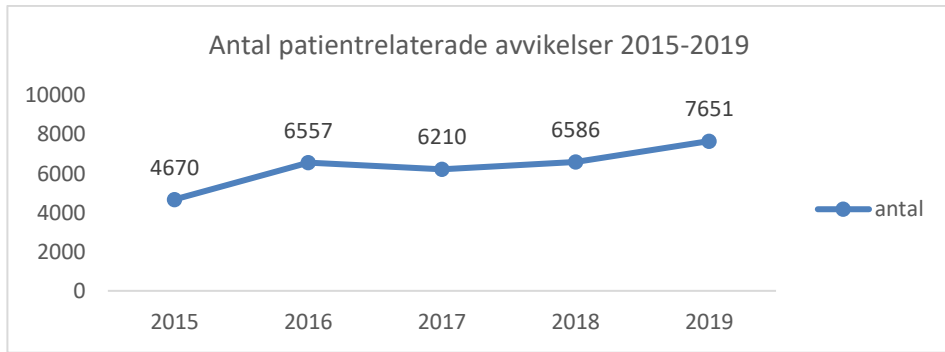
Avvikelsehanteringsprocessen

2018 noterades att vårdrelaterade infektioner, trycksår och blåsöverfyllnad inte registrerades och rapporterades i avvikelsehanteringssystemet men identifierades som stora vårdskadeområden i journalgranskning och vid de årliga återkommande nationella mätningarna.

För att utvärdera avvikelsehanteringsprocessen följs;

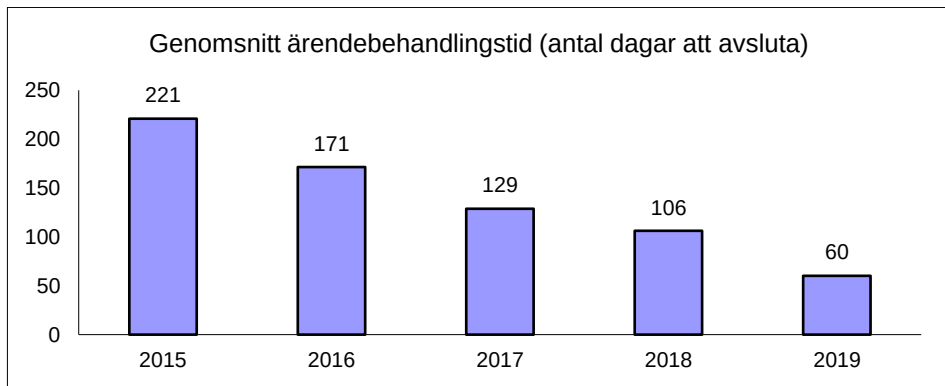
- Antal avvikelser totalt, per ärendetyp (vårdskada, tillbud och risk).
- Handläggningstider och genomsnittliga handläggningstider.
- Kvalitén på handläggningen
- Målet är att avvikelser ska öka, kvalitén förbättras och handläggningstiderna för avvikelser hållas. De rapporterade avvikelserna är fördelade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

Antalet avvikelser är fler 2019 jämfört med 2018.



Källa Synergi 2019

Ärendehandläggningstiderna förbättras och ligger i genomsnitt på 60 dagar. Det finns dock en stor spridning vad gäller handläggningstider. Noteras bör att vissa ärenden inte kan avslutas beroende på om åtgärderna är kortsiktiga eller långsiktiga.



Källa; Synergi 2019

Alla Lex Maria ska vara registreras som en avvikelse

Samtliga lex Maria ärenden är registrerade i avvikelshanteringssystemet Synergi. I Synergi är det hittills 34 ärenden som är klassificerade som lex Maria ärenden, men 104 som har rapporterats till Chefläkare för bedömning. 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 vanligaste förekommande patientrelaterade avvikelserna 2019 för ärendetyperna negativ händelse (vårdskada), risk och tillbud. Ärendetyper förbättringsarbete är inte inkluderad.

Händelse/iakttagelse alla ärendetyper	Antal 2018	Antal 2019
Vård- och behandling	1925	1808
Information/kommunikation	680	722
Läkemedel	539	571
Lab relaterat	523	566
Fall	472	491

Händelse/iakttagelse alla ärendetyper	Antal 2018	Antal 2019
Administration	450	396
Övrig händelse/ iakttagelse	295	347
Samverkan mellan enheter	275	226
Utrustning/produkt	227	206
Vårdplanering	270	175
Bemötande	141	131
Trycksår	61	120

Källa; Synergi 2019

Under vård och behandling har de flesta avvikelserna anknytning till brister i den medicinska vården, behandlingar av olika slag och till omvårdnaden.

Ärendetypen förbättringsarbeten motsvarar cirka 20 procent av den totala andelen avvikelser. I tabellen nedan är ärendetypen förbättringsförslag inte inkluderad.

Ärendetyp	Andel av ärendetyp 2018	Andel av ärendetyp 2019
Risk	21 %	23 %
Tillbud	47 %	47 %
Vårdskada	31 %	30 %

Källa; Synergi 2019

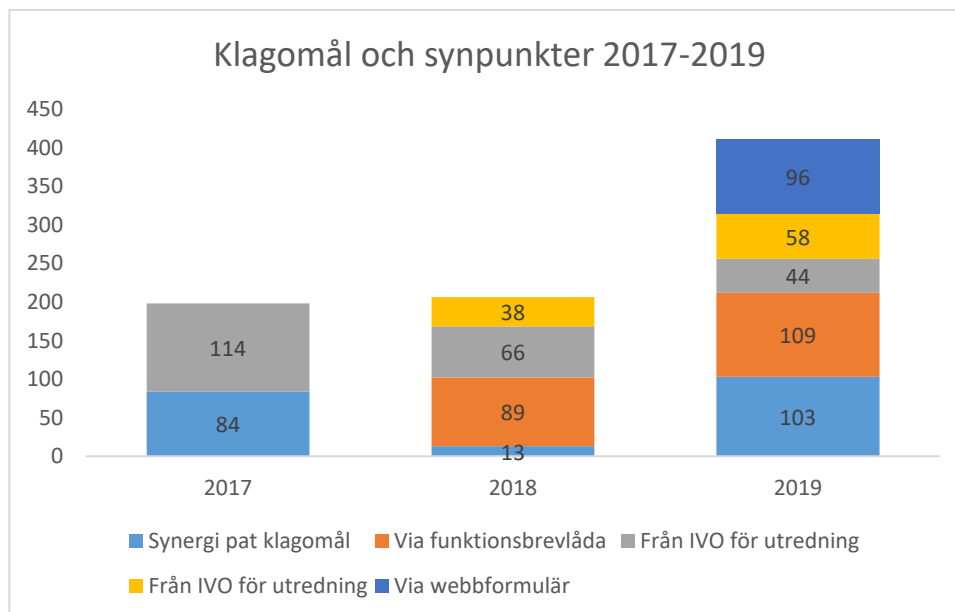
Analys

Målet att avvikelserapporteringen ska öka har uppnåtts. Dessutom ses en förbättring av handläggningstider och kvalitén på avvikelserna. De åtgärder som genomförts i form av stöd och utbildning riktade mot verksamheten tolkas som effektiva. Uppföljningen av följsamhet till styrdokument visar att åtgärder pågår med att utarbeta lokala rutiner och att förbättringsarbeten pågår eta med förbättringar i verksamheterna.

Klagomål och synpunkter

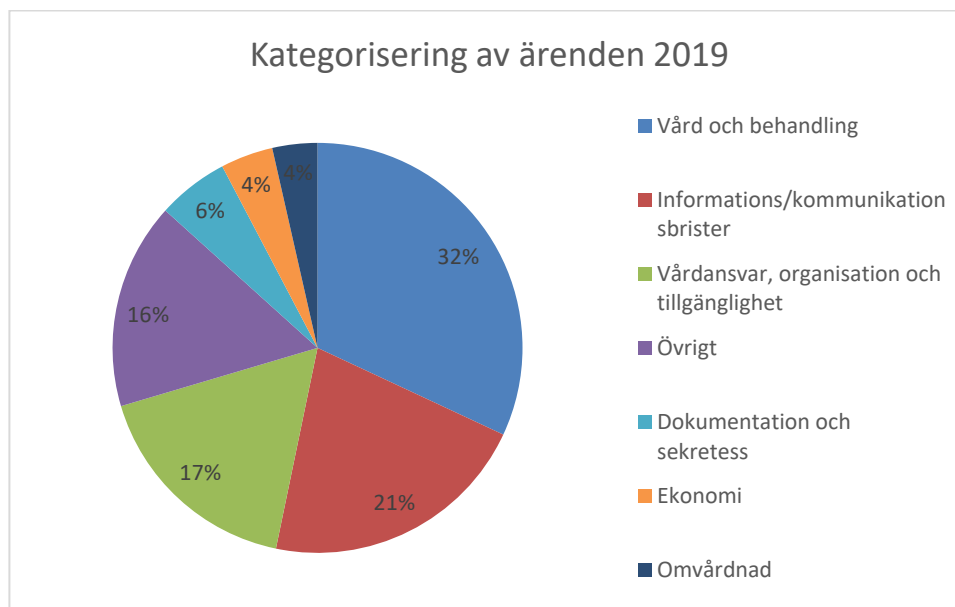
Klagomål och synpunkter

Alla klagomål och synpunkter från patienter och närstående registreras och dokumenteras i IT-stödet Synergi för avvikelshantering oavsett om de fångas upp av verksamheterna, kommer via regionens funktionsbrevlåda, via webbformulär, från IVO eller patientnämnden. I maj 2019 driftsattes det nya webbformuläret som innebär att patienter och närstående anmäler sitt klagomål/synpunkt direkt i avvikelshanteringssystemet. Totalt har 338 klagomål och synpunkter registrerats och handlagts i avvikelshanteringssystemet under 2019.



Av de klagomål som IVO lämnat över till verksamheten för utredning är 32 av 38 (84 procent) registrerade som en avvikelse. Det är en förbättrad registrering med nästan 40 procent jämfört med 2018 (47 procent).

Av de klagomål som IVO utreder är 60 av 66 (91 procent) registrerade som en avvikelse. Det är en förbättrad registrering med 23 procent jämfört med 2018 (68 procent).



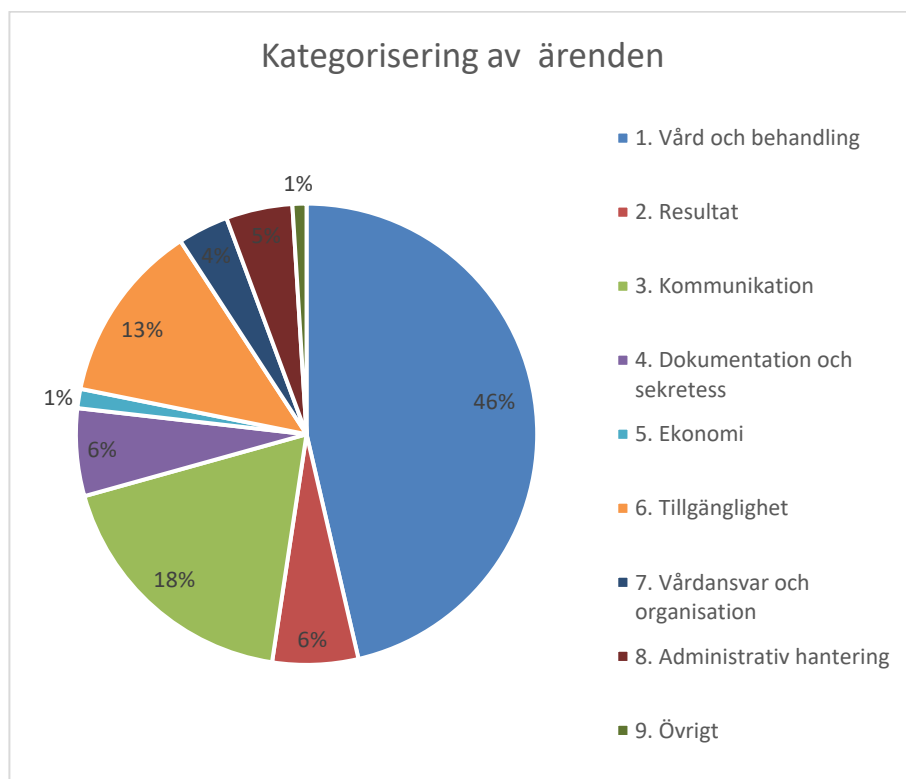
En tredjedel av inkomna klagomål (32 procent) ligger i kategorin vård och behandling.

De vanligaste tre underkategorierna:

- Missad försenad eller utebliven diagnos.
- Läkemedel.
- Undersökning/utredning/behandling.

Patientnämnden

Antal ärende till Patientnämnden har ökat med sju procent (54 ärenden) jämfört med 2018. Totalt registrerade patientnämnden 821 ärenden 2019 varav 757 ärenden riktades till vården i Region Norrbotten. Av patientnämndens ärenden är 182 av 757 (24 procent) registrerade som en avvikelse.



Knappt hälften (46 procent) av alla inkomna ärenden har inordnats i kategorin ”vård och behandling”.

De vanligaste tre underkategorierna:

- Behandling (32 procent).
- Undersökning/utredning (32 procent).
- Diagnos (17 procent).

Analys

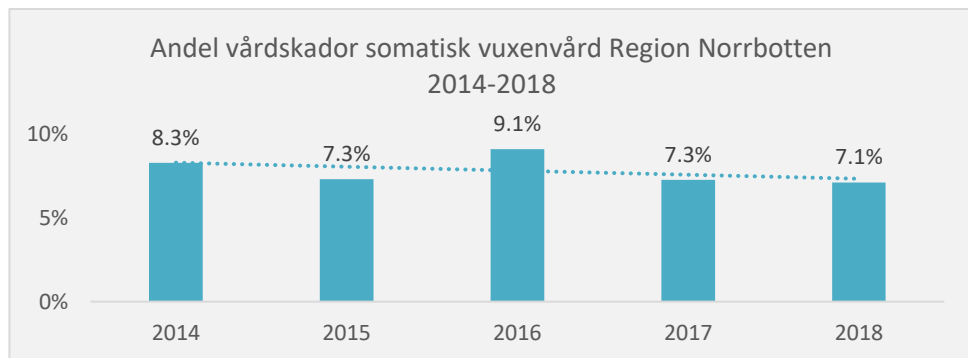
Klagomål som kommer direkt till vårdgivaren har ökat och under 2019 har regionen lyckats med en enhetlig struktur för att omhänderta klagomål och göra det lätt för patienter och närstående att framföra sina klagomål. Handläggningen av klagomål har också förbättrats. I och med att regionen nu kategoriserar klagomål på samma sätt som patientnämnden kan jämförelser och aggregerande analyser göras. Antalet klagomål från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har minskat vilket var förväntat utifrån de lagförändringar som genomfördes 2018. Reg-

ionen behöver förbättra registrering av patientnämndens ärenden och ärenden från LöF i avvikelshanteringssystemet för att få en samlad bild av vilka områden som behöver förbättras.

Händelser och vårdskador

Vårdskador

Målet för 2019 var vårdskador under 6,5 procent inom somatisk vuxenvård.



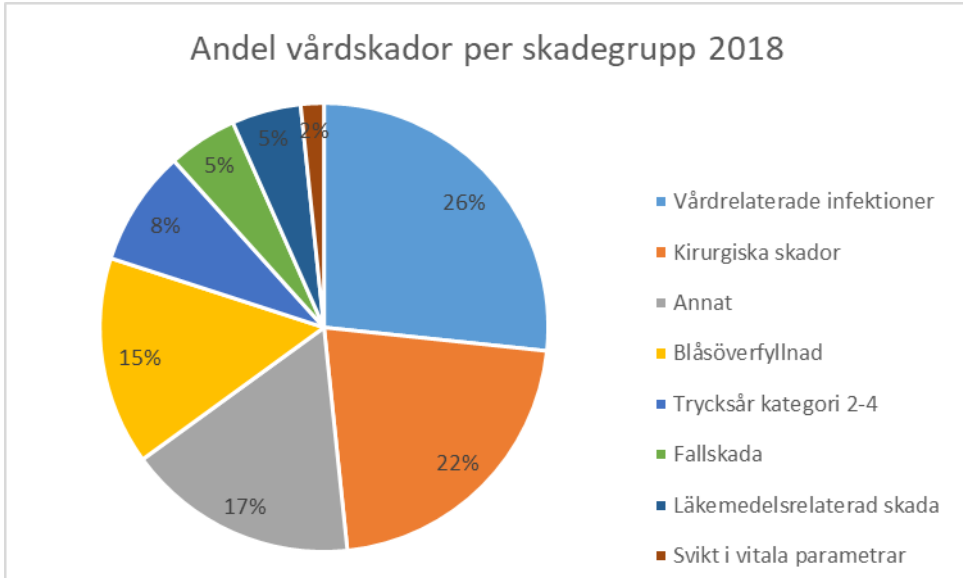
Källa; Nationell databas för markörbaserad journalgranskning 2019

Andelen vårdskador har minskat även om inte målet för 2019 nåddes. Andelen vårdtillfällen med vårdskador har också minskat från 6 procent 2017 till 5 procent 2018. Det är fler kvinnor än män som drabbas av en vårdskada.

Andel kvinnor med vårdskada	Andel män med vårdskada
62 procent	38 procent

Källa; Databas för markörbaserad journalgranskning

Kvinnor drabbas i större utsträckning än män av kirurgiska komplikationer och reoperation medan männen dominerar i gruppen vårdrelaterad lunginflammation och svikt i vitala parametrar. Av de patienter som drabbas av vårdskada är det ca 10 procent som har fler än en vårdskada. I Norrbotten ligger andelen vårdskador hos utlokaliserade (vårdas på annan enhet än aktuell specialitet) på ca 9 procent jämfört med ca 5 procent för patienter som inte varit utlokaliserade. I resultatet ses även att de utlokaliserade patienterna löper högre risk att drabbas av mer än en vårdskada. En vårdskada innebär i snitt en förlängd vårdtid på 5-6 vårddygn.



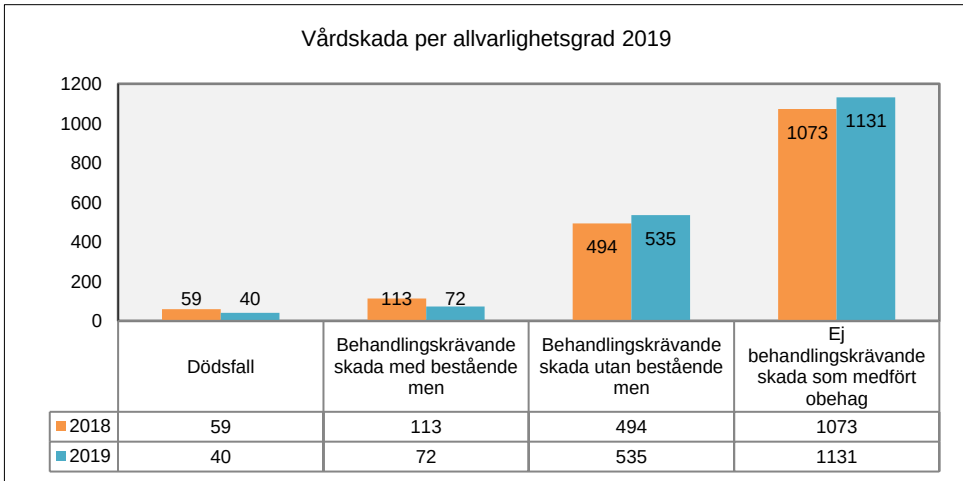
Källa databas för markörbaserad journalgranskning

I gruppen vårdrelaterade infektioner är det urinvägsinfektioner och postoperativa infektioner som dominerar.

För kirurgiska skador är det reoperation som är den vanligaste vårdskadan.

Registrerade vårdskador i avvikelshanteringssystemet

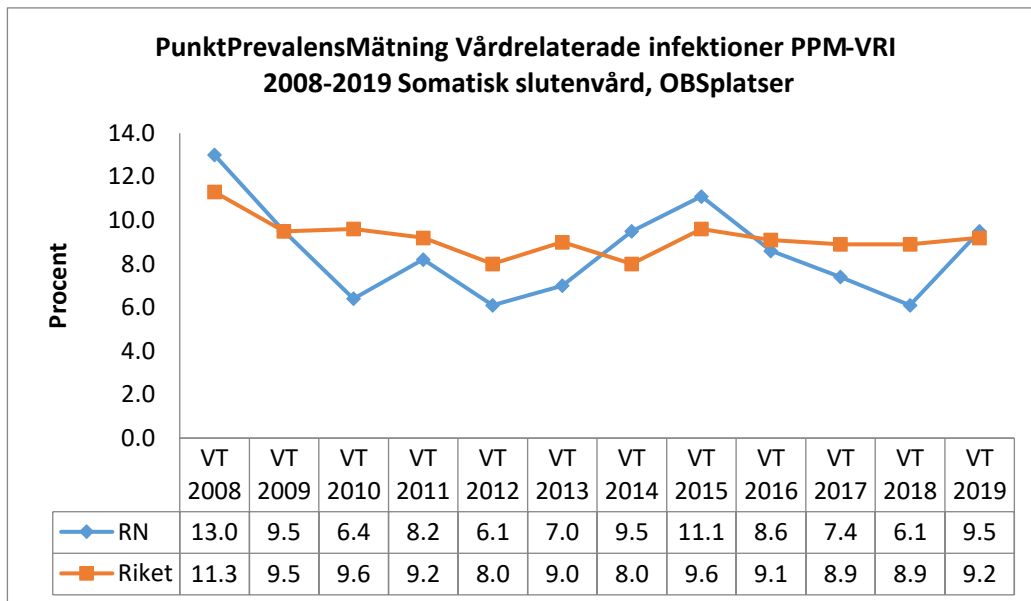
Totalt har 1778 antal vårdskador rapporterats i regionens avvikelshanteringssystem 2019. Det är något fler än 2018 då 1739 vårdskador rapporterades. De allvarligaste vårdskadorna har minskat jämfört med tidigare år och störst ökning ses kategorin ”Ej behandlingskrävande skada som medfört obehag”.



Källa; Synergi 2019

Vårdrelaterade infektioner (VRI) ska vara under 5 procent.

2019 års resultat från de nationella mätningarna visade en ökning av andelen VRI från 6,1 procent 2018 till 9,2 procent 2019.

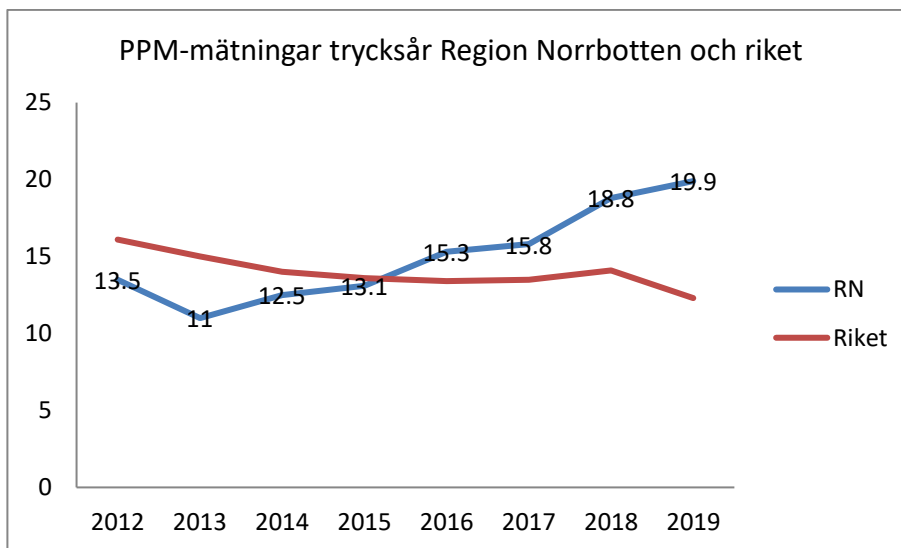


Källa; Nationell databas för PPM-mätningar

Till skillnad från tidigare år så står kvinnorna för en något högre andel VRI jämfört med männen. Andel kvinnor med VRI för 2019 är 10,8 procent och för männen ligger värdet på 8,5 procent. Andelen patienter med riskfaktor i Norrbotten ligger på 53,3 procent jämfört med riket där andelen patienter med riskfaktorer var 47,2 procent.

Trycksår ska minska

Målet för 2019 var trycksår högst 10 procent.



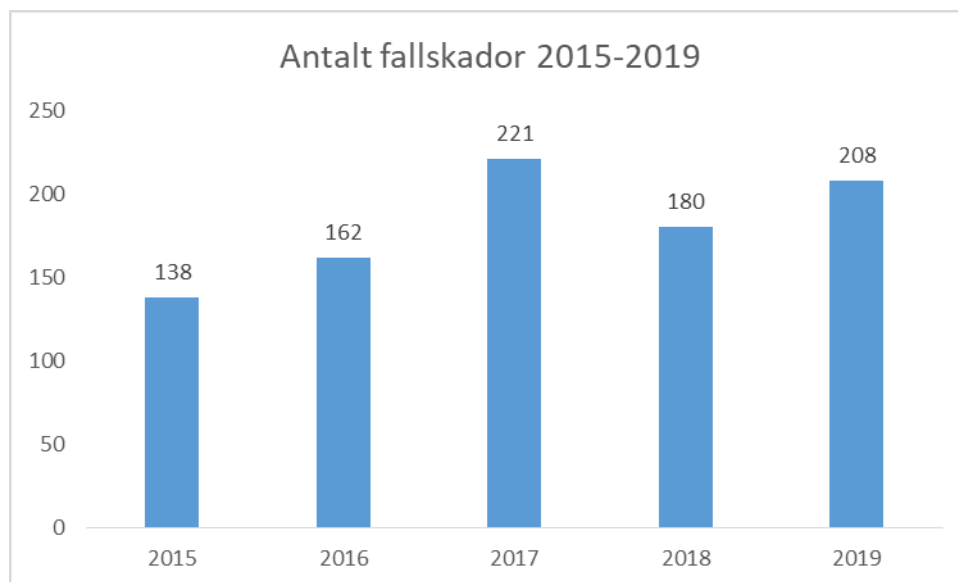
Källa; Nationell databas för PPM-mätningar

Resultatet av årets mätning i Region Norrbotten visade en andel trycksår på totalt 19,9 procent. Det är en ökning från föregående år med 1,1 procent och resultatet är 7,6 procent högre än resultatet för riket totalt. Andel med trycksår uppdelat på kön var 18,8 procent kvinnor och 21,1 procent män.

Andelen trycksår som uppkommit under sjukhusvistelsen har sjunkit jämfört med föregående år, för Norrbotten specifikt och även för riket totalt. För Norrbottens del ligger andelen sjukhusförvärvade trycksår på 14,1 procent, jämfört med 15,3 procent föregående år. För riket har siffran sjunkit från 10,6 procent till 9,3 procent vid årets mätning.

Fallskador ska minska

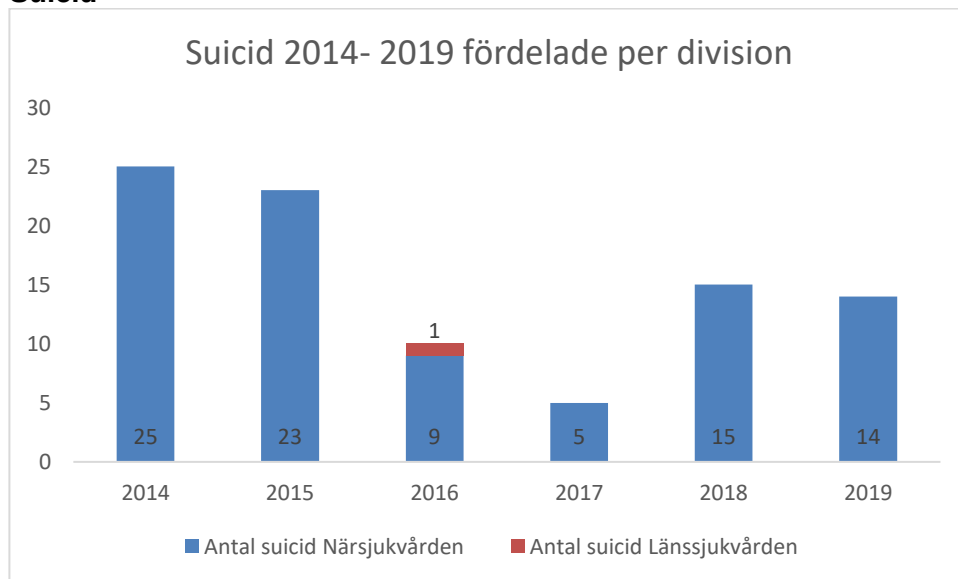
Målet var att antalet fallskador ska minska och vara under 150 för 2019.



Källa Synergi 2019

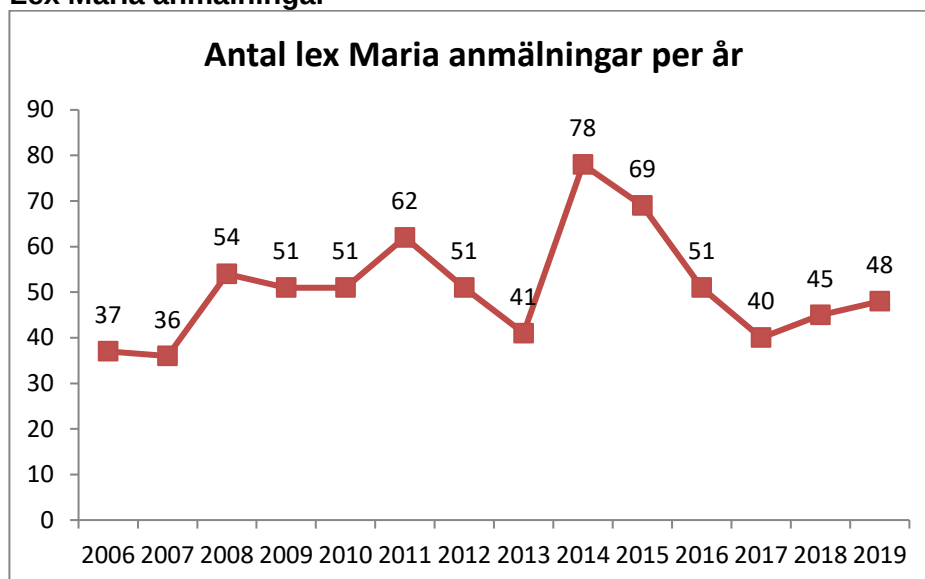
Av totalt 208 registrerade fallskador var 125 män och 82 kvinnor. Det är bland männen fallskadorna ökat. Sju fallskador har lex Maria anmälts.

Suicid



Källa; Lex Maria statistik 2019

Lex Maria anmälningar



Källa; Egen uppföljning 2019

156 ärenden har under året skickats till Chefläkare med lex Maria ansvar för bedömning om lex Maria anmälan.

Division	2018	2019
Folktandvård	2	1
Läns/Närsjukvård	5	1
Länssjukvård	4	12
Närsjukvård	34	34
Totalsumma	45	48

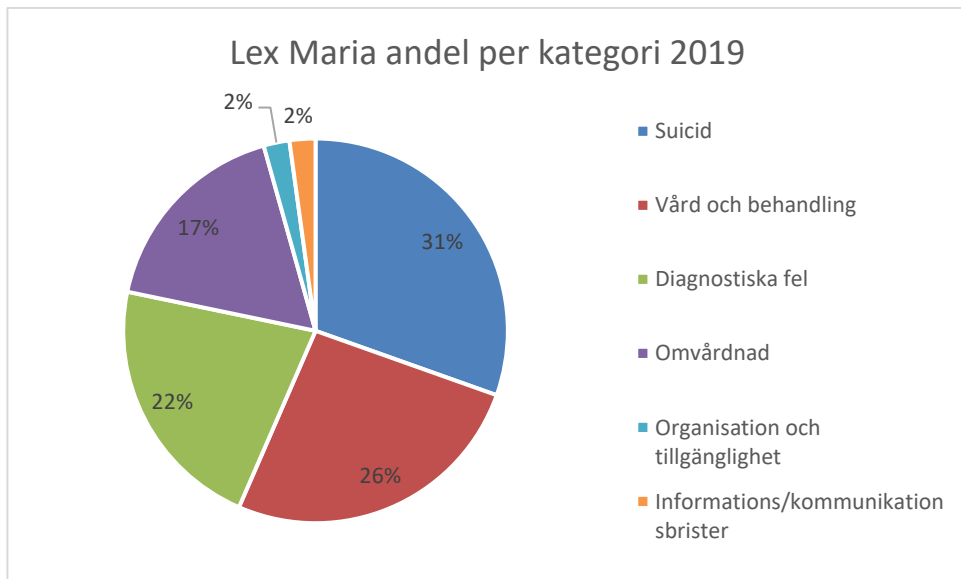
Närsjukvården har flest antal ärenden och då främst inom psykiatri och primärvård. Det ses också en ökning i antal ärenden som berör flera verksamheter.

Handläggningstider lex Maria

Handläggningstiderna för utredning av lex Maria har förbättrats men fortfarande klarar regionen inte målet två månader.

År	Medel	Längsta	Kortaste
2018	5,8 månader	15 månader	2 månader
2019	5,1 månader	10 månader	< 1 månader

Handläggningstiderna beräknas från beslut om lex Maria anmälan till anmälan skickas in. För 2019 är ännu inte alla ärenden klara.



Källa; Egen uppföljning 2019

Tillsynsärenden

År	Antal tillsynsärenden
2017	17
2018	16
2019	24

Källa; Egen uppföljning

Under året har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomfört 24 tillsyner. Flest tillsynsärenden berör primärvården, psykiatri och akutmottagning.

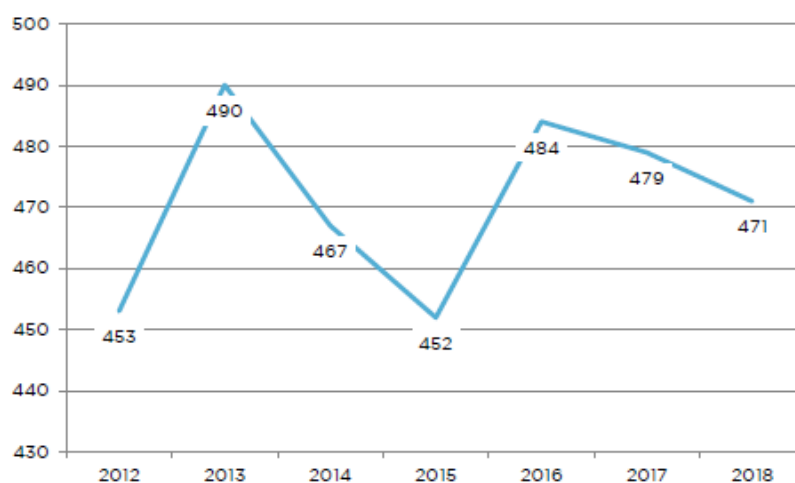
- Flest tillsynsärenden (sju stycken) var riktade mot lex Maria ärenden där IVO har synpunkter på utredningen eller följer upp åtgärder kopplade till utredningen.
- IVO har granskat om vårdplatsbristen påverkar patientsäkerheten för patienter på akutmottagningen där beslut om inläggning tagits.
- Tillsyn för att följa upp vårdgivarnas vidtagna åtgärder gällande klagomål på hälso- och sjukvården och hur vårdgivarna följer upp och handlägger klagomål och synpunkter.
- Digitala vårdtjänster/vårdmöten med fokus på strategi och uppföljning av patientsäkerhet och kvalitet.
- Tre ärenden var nationella tillsyner. En berörde patientsäkerheten för utlokaliserade patienter. Två tillsyner var riktades mot barn med psykisk ohälsa samt risker att drabbas av brister i samordning av vård och omsorg samt en osammanhängande vårdkedja.
- Tillsyn gällande förförskrivning av läkemedel. Där får regionen i beslutet kritik för hanteringen av förberedelser av recept. IVO menar att regionen tillåter så kallad förförskrivning av recept vilket leder till att dokumentationen av läkemedelsförskrivningen blir bristfällig och behandlingen inte går att följa. Regionen har, som en åtgärd riktad mot detta, upprättat en övergripande anvisning som underlag för lokala rutiner.

Löf-ärenden

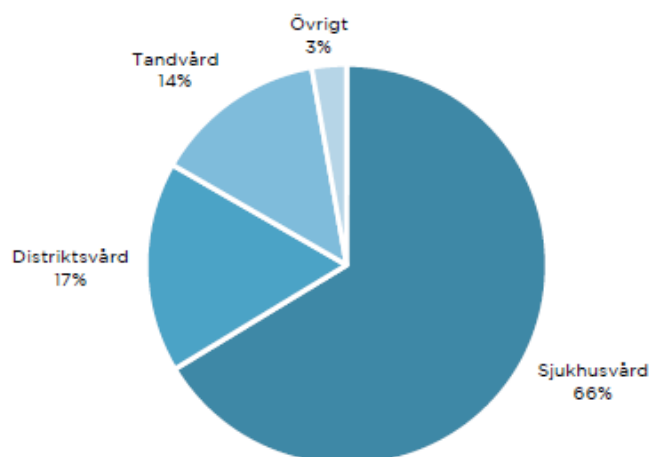
En skadeanmälan ska göras till Löf när en patient anser sig ha drabbats av en skada under sin vårdtid. För att få ersättning från LÖF måste skadan ha gått att undvika. Preliminära uppgifter för 2019 är att det till Region Norrbotten inkommit sammanlagt 332 anmälningar (alla verksamheter; sjukhus, primärvård, psykiatri och tandvård). Anmälningarna av skada som skett under tiden 1990-2019.

Sista januari låser Löf 2019 års siffror varför de siffror som presenteras för 2019 kan variera något. Till och med oktober är 47 ärenden ersatta, 92 inte ersatta och 193 under utredning/handläggning. Nedan presenteras statistik fram till och med 2018.

5.1 Antal anmälningar hos Löf 2012-2018 för Region Norrbotten



5.2 Anmälningar uppdelade efter verksamhetsområde 2012-2018 för Region Norrbotten



Källa; Löf 2019

Analys

Andelen vårdskador har minskat något. Det är en högre andel kvinnor än män som drabbas av en vårdskada. Vanligast förekommande vårdskadegrupp är vårdrelaterade infektioner, kirurgiska skador och blåsöverflyllnad. Andelen trycksår har ökat och nästan två av tio patienter inom slutna somatiska vård drabbas av ett eller flera trycksår. Glädjande är att se att andelen sjukhusförvärvade trycksår minskat och att det förebyggande arbetet med riskbedömningar av patienter med ökad risk ökat och att förebyggande åtgärder ökat. Ökat fokus på skadetyp trycksår, kan innebära att dokumentation av vårdskador har förbättrats och att fler vårdskador därför dokumenteras i journalen och registreras i avvikelserapporteringen.

Vårdrelaterade infektioner (VRI) har ökat och under året har Patientsäkerhetsrådet i samverkan med vårdhygien och divisionerna fokuserat på att förbättra följsamheten till föreskriften om basal hygien i syfte att medvetandegöra vikten av att förebygga. De vanligaste VRI är urinvägsinfektioner och postoperativa sårinfektioner. För dessa skadeområden finns kunskap om förebyggande åtgärder och evidensbaserade åtgärdsprogram.

Antalet registrerade vårdskador och lex Maria anmälningar är något fler i år jämfört med föregående år vilket tolkas som en ökad benägenhet och kunskap om vad som ska rapporteras. Resultatet visar att chefläkare med lex Maria ansvar kontaktas i större utsträckning för att göra bedömning om lex Maria anmälan ska göras, vilket är positivt.

Antalet tillsynsändanden har ökat vilket tolkas som en naturlig följd av tillsynsmyndighetens förändrade uppdrag relaterat till lagförändringarna gällande klagomålshantering.

I nationella rapporter (SKR, 2019) beskrivs att kostnaderna i form av extra vård dagar för patienter med vårdskador uppgår till cirka 8 miljarder kronor per år på nationell nivå. Det är 12 procent av den totala kostnaden för somatisk sjukhusvård. Vidare står det att nästan 7 av 100 belagda vårdplatser används för vård av patienter, där vårdtiden förlängts på grund av en vårdskada vanligtvis en VRI. Division Länssjukvård har gjort en beräkning på kostnader för vårdskador i divisionen. Just nu pågår ett arbete med att försöka göra en beräkning för 2019 års resultat för hela regionen.

Risikanalys

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

Risker registrerade i avvikelshanteringssystemet

Totalt har 1436 risker rapporterats 2019 vilket är fler jämfört med 2017 (1414) och 2018 (1409). Det motsvarar nästan 20 procent av totalt antal registrerade avvikelser. Vanligaste risken är relaterat till händelser som rör vård och behand-

ling, Lab-relaterat avvikelser och brister i kommunikationsinforationsöverföring. I tabellen ses de tio högst rapporterade riskerna 2018.

Riskområde	2017	2018	2019
Vård- och behandling	424	286	284
Information/kommunikation	178	175	239
Labrelaterat	71	181	199
Läkemedel	151	140	140
Administration	128	123	133
Övrig händelse/ iakttagelse	106	105	114
Samverkan mellan enheter	95	96	83
Utrustning/produkt	119	115	77
Vårdplanering	73	64	45
Identifiering	16	22	30

Källa; Synergi 2019

Riskens allvarlighetsgrad	Andel
Katastrofal	3 %
Betydande	12 %
Måttlig	30 %
Mindre	54 %

Källa; Synergi 2019

Division	Antal	Andel
Folktandvården	43	15 %
Länssjukvården	26	9 %
Närsjukvården	61	22 %
Närsjukvården Luleå/Boden	150	54 %
	280	100 %

Källa; Synergi 2019

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

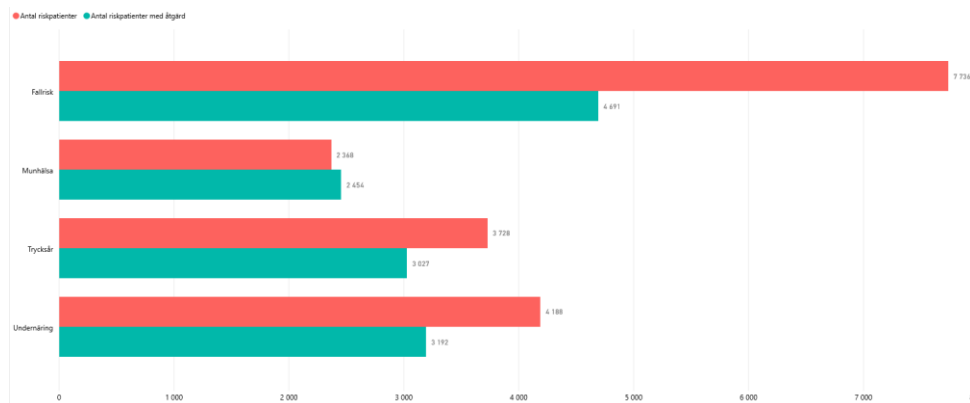
Dokumentation mäts vid in- och utskrivningen från regionens vårdadministrativa journalsystem (VAS). Resultatet kan följas upp från enhets- till regionövergripande nivå på regionens "Uppföljningsportal". September 2019 infördes blåsöverfyllnad som riskområde. Därför finns inget tidigare resultat för det riskområdet.

Riskområde	Andel Riskbedömningar				Andel riskpatienter	
	Inskrivning		Utskrivning			
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Fall	53 %	62 %	36 %	49 %	71 %	72 %
Munhälsa	57 %	40 %	37 %	33 %	28 %	34 %
Trycksår	49 %	63 %	32 %	50 %	32 %	34 %
Undernäring	33 %	55 %	23 %	43 %	42 %	44 %
Blåsöverfyllnad Okt-dec 2019		26 %		19 %		

Källa; Uppföljningsportalen/Riskbedömningar 2019

Resultatet visar att riskbedömningar ökat inom alla riskområden förutom för munhälsa. Andelen riskpatienter har också ökat.

Bilden visar hur många av riskpatienterna som fått förebyggande åtgärder.



Källa Uppföljningsportalen 2019

Risikanalyser

Sammanlagt har 16 risikanalyser rapporterats för 2019.

	2015	2016	2017	2018	2019
Antal risikanalyser	26	0	30	12	NS 5 ² LS 11 ³

Analys

Det riskförebyggande arbetet i verksamheterna har förbättras. Främst genom att använda verktyg som ”Gröna korset”, ”SeUppRonder” och daglig styrning för att identifiera risker, händelser och tillbud. Andelen riskbedömningar av patienter med risk för trycksår, blåsöverfyllnad, fall, undernäring och munhälsa ökar och fler riskpatienter får förebyggande åtgärder insatta. Ett ökat antal registreringar, av vårdskador tolkas som en ökad medvetenhet om vikten att rapportera.

Mål och strategier för kommande år

Region Norrbottens mål för 2020 är att andel vårdskador, slutet somatisk vård ska vara under 6,5 procent.

Utmaningarna inför 2020 är;

- Socialstyrelsens handlingsplan för patientsäkerhet behöver brytas ned och anpassas för att konkretisera regionens egna åtgärder i syfte att stärka patient-säkerhetsarbetet.

² Närsjukvården

³ Länssjukvården

- Öka patient- och närstående medverkan i patientsäkerhetsarbetet.
- Särskilt fokus behövs för att minska andelen trycksår och vårdrelaterade infektioner.
- Fortsatt arbetet med att följa upp och förbättra patientsäkerhetsprocesserna främst mot att minska handläggningstider för lex Maria ärenden och höja kvalitén på utredningar, avvikelser och klagomålsärenden.
- Fortsatt utveckling av klagomålshanteringen.
- Öka riskbedömningar och förebyggande åtgärder till patienter med risk för vårdskador. Öka användandet av verktyg och evidensbaserade åtgärds paket för att förebygga vårdskador.
- Höja kunskap och kompetens inom patientsäkerhetsområdet.

Divisionernas patientsäkerhetsberättelser

[Patientsäkerhetsberättelse Division Folk tandvård](#)

[Patientsäkerhetsberättelse Division Närsjukvården 2019](#)

Patientsäkerhetsberättelse Division Länssjukvård

[Patientsäkerhetsberättelse Division Service](#)

[Patientsäkerhetsberättelse Division Länsteknik](#)

[Patientsäkerhetsberättelse Division Luleå/Boden](#)

[Patientsäkerhetsberättelsen NO Kiruna/Gällivare](#)

[Patientsäkerhetsberättelsen NO Kalix](#)

[Patientsäkerhetsberättelsen NO Piteå](#)

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

Arbetet med att implementera den nya strålskyddslagen (SFS 2018:396) samt nya föreskrifter från Strålsäkerhetsmyndigheten fortsätter och kommer fortskrida under 2020.

Relevant dokumentation gällande strålsäkerhet är nu integrerad 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. Arbetet är färdigställt och inväntar publicering. Målsättningen är att detta skall finnas på plats under 2020.

Nationella QC-projektet är ett gemensamt initiativ från alla regioner och landsting i Sverige, ett arbete för säkerställande av bibehållen prestanda/funktion efter service eller underhåll av röntgenutrustning. Det drivs av en styrgrupp där varje region har en representant.

Region Norrbotten är representerade som kvalitetsgranskare och arbetsgruppsledare.

Under 2019 har viktbaserad bestämning av administrerad aktivitet till patienter av radioaktivt läkemedel Tc-99m införts för skelettscintigrafi, hjärtscintigrafi, reno-

grafi samt lungscintigrafi på nuklearmedicin. Detta innebär att patienter med lägre vikt får mindre mängd stråldos än tidigare.

Strålsäkerhetsmyndigheten har under november 2019 utfört inspektion av den nuklearmedicinska verksamheten i Region Norrbotten. Regionen har ännu inte erhållit inspektionsrapporten.

Uppföljning och analys av strålsäkerhetsarbetet

Intern revision

I samarbete med övriga säkerhetsområden i Regionen har Medicinsk strålningsfysik deltagit i ett pilotprojekt avseende intern revision där enheten, samt två ytterligare pilotenheter ute i verksamheterna, har reviderats av oberoende parter som utgjorts av representanter från annat säkerhetsområde.

Medicinsk strålningsfysik har analogt med ovan även agerat revisor under intern revision av andra säkerhetsområden.

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 2019 har 7 fall rapporterats, enligt tabell 1.

Fall	Genomlysningstid joniserande strålning
1	37,2 min
2	47,4 min
3	1 h 57 min
4	61,3 min
5	44,6 min
6	54,2+56,8 min
7	2 h 7 min

Tabell 1. Långa genomlysningstider för ballongutvidgning av hjärtats kärl 2019.

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.

Under 2019 har ca 90 avvikande genomlysningstider återkopplats till operatörerna.

Diagnostiska standardnivåer röntgen, datortomografi, angiografi samt interventionella procedurer

Enligt Bilaga 1 i SSM:s föreskrifter om medicinska exponeringar (SSMFS 2018:5) ska diagnostiska standardnivåer (DSN) för konventionella röntgenundersökningar, datortomografiundersökningar, samt angiografiska röntgenundersökningar och interventionella radiologiska procedurer rapporteras för varje utrustning där mer än 100 undersökningar utförs per år.

Om DSN för en undersökningstyp ligger utanför de, av SSM fastställda, diagnostiska referensnivåerna (DRN) så ska orsaken utredas och eventuella åtgärder vidtas för att säkerställa att strålskyddet är optimerat. Övre och undre DRN utgörs normalt av 75:e respektive 25:e percentilen av den nationella fördelningen av DSN från en tidigare genomförd pilotstudie.

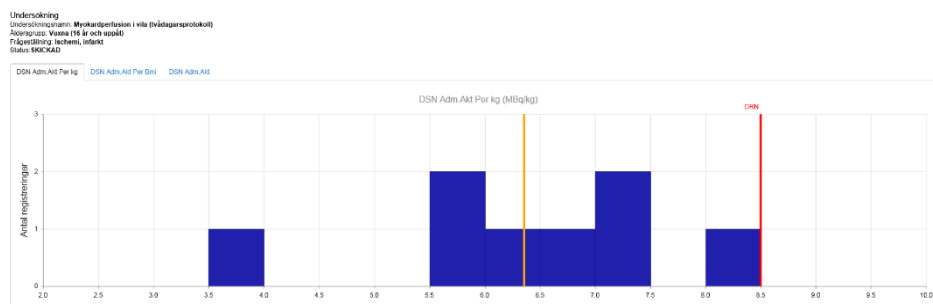
Region Norrbotten har rapporterat in 74 st. DSN för olika undersökningstyper inom röntgen, angiografi samt datortomografi, varav 89 % ligger inom DRN. Detta får anses som klart godkänt med tanke på hur DRN fastställs enligt föregående stycke, och det kan utläsas att Region Norrbotten ligger väl i linje med övriga riket. Analyser för avvikande DSN-värden är genomförda, och i tillämpliga fall även åtgärder.

Som exempel på en undersökningstyp där vi avviker från DRN kan nämnas stående lungor, där 3 av 16 inrapporterade utrustningar ligger över referensnivån på 0,3 Gy_{cm}². Arvidsjaur, Haparanda och Pajala som berörs av ovanstående använder sig av den äldre bildplattetekniken, som endast 6 av 233 utrustningar i Sverige använder sig av för den specifika undersökningstypen. I Haparanda är utrustningen inte i drift i dagsläget på grund av personalbrist.

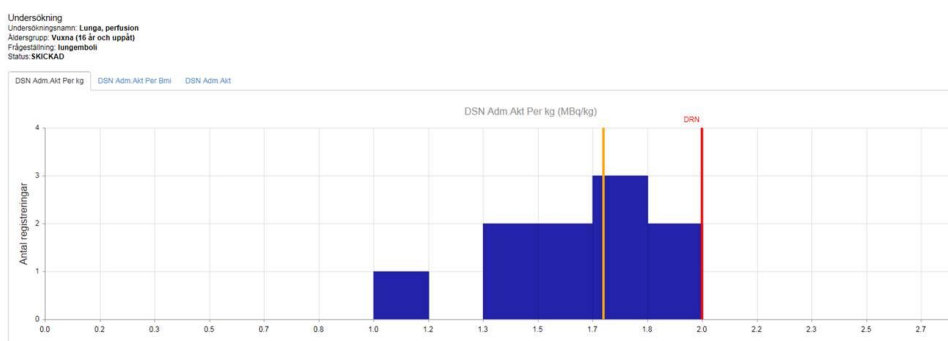
Diagnostisk standardaktivitet – Nuklearmedicin

Enligt Bilaga 1 i SSM:s föreskrifter om medicinska exponeringar (SSMFS 2018:5) ska diagnostiska standardaktiviteter för nuklearmedicinska undersökningar rapporteras för de vanligaste undersökningarna som utförs vid mer än 30 tillfällen per år. Den diagnostiska referensnivån (DRN) kan ses som en övre gräns för när utredning av orsak till överskridande skall göras och fastställs av SSM.

Under 2019 har statistik över injicerad aktivitet av radioaktivt läkemedel Tc-99m till patienter registrerats. Exempel på detta visas i figur 1 och 2 och är ett medeltal av aktivitet till 20 patienter med vikt 50-90 kg.



Figur 1. Rapportering av injicerad aktivitet med radioaktivt läkemedel för undersökning myokardperfusjon i vila. Region Norrbotten ligger på orangea strecket i diagrammet och blå staplar är värden från övriga hittills inrapporterade sjukhus i Sverige.

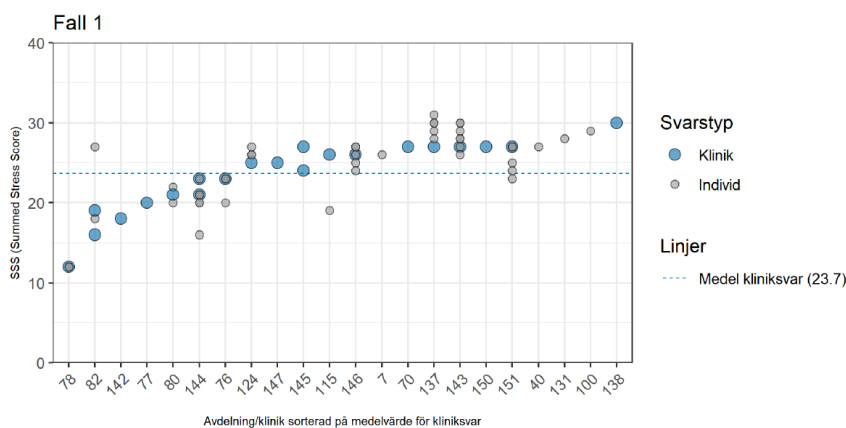


Figur 2. Rapportering av injicerad aktivitet med radioaktivt läkemedel för undersökning lungperfusjon. Region Norrbotten ligger på orangea strecket i diagrammet och blå staplar är värden från övriga hittills inrapporterade sjukhus i Sverige.

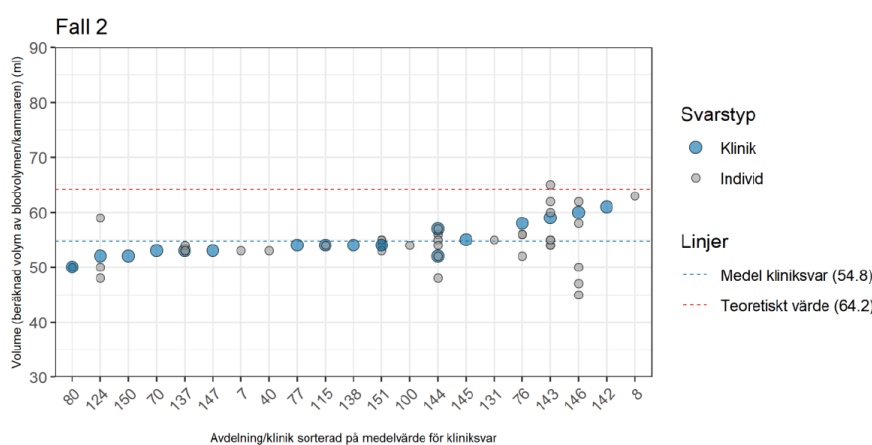
Resultatet visar på att Region Norrbottens injicerade aktivitet av radioaktivt läkemedel till patienter ligger i linje med landets övriga inrapporterade kliniker.

Nationellt kvalitetssäkringsprogram kvantifiering myokardskada

Under 2019 har region Norrbotten deltagit i Equalis nationella kvalitetssäkringsprogram för nuklearmedicin. I år har fokus varit på myokardscintigrafi och det utvärderingssystem som används för kvantitativa värden av infarkt/ischemiskada på myokardiet. Kliniker som deltagit i Sverige fick bearbeta två undersökningar enligt klinisk rutin, gjorda på ett hjärtfantom med olika defekter inlagda. Totalt sett lämnades svar från 24 olika kliniker i Sverige. Resultatet från Region Norrbotten representeras av klinik 100 i figur 3 och 4. Av figurerna kan läsas att resultatet från Region Norrbottens myokardscintigrafiundersökningar ligger i paritet med resultatet från övriga kliniker i landet och tyder på god patientsäkerhet.



Figur 3. Här visas beräknat värde för Summed Stress Score för respektive klinik.



Figur 4. Här visas beräknat värde av vänster ventrikels kammарvolym, beräknat i ml, för respektive klinik.

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. Dessa återkopplas, inom Bild och Funktionsmedicin, till verksamheten månadsvis genom Gröna brevet, där verksamhetens alla avvikelser tas upp.

Endast oplanerade händelser där patientskada kunnat inträffa av joniserande strålning ska rapporteras till Strålsäkerhetsmyndigheten samt andra berörda myndigheter. Under 2019 har inga oplanerade händelser av sådan dignitet inträffat att patientskada kunnat inträffa.

I övrigt har ca 19 oplanerade händelser med joniserande strålning inträffat, de allvarligaste listas nedan:

Mars: Patient kallad för konventionell röntgen ländrygg, blir förväxlad med annan patient med samma förnamn. Undersökning, DT hjärna utförs. Synergiärende och händelserapport skrivs. Rutinen för ID kontroll har brustit i hela flödet.

Mars: Fel patient skickas ned från avdelning till röntgen för att göra en DT us. Patienten hinner genomgå undersökningen innan avdelningen meddelar sitt miss-tag. Genom flera barriärer har rutinen ej följts. Synergiärende är upprättat.

Sommar: Fel patient från avdelning undersöks på DT. Avdelningen skickar fel patient och ID kontroll utförs inte.

September: Fel patient röntgad, personnummer kontrolleras ej vid röntgenavdelningen.

Oktober: Planerad service på gammakamera av leverantör kunde inte utföras pga. att MT inte utfört sin del av servicen enligt avtal.

Oktober: Fel patient blev röntgad, felet upptäcktes direkt och blev åtgärdat.

Kompetens

Under 2019 har Medicinsk strålningsfysik tappat en medarbetare. Annonser för tillsvidarejänst har inte lett till någon nyanställning. Förhoppningen är att fylla den vakanta tjänsten under 2020.

Identifierade risker

Svårigheten att rekrytera legitimerade sjukhusfysiker till Region Norrbotten är ett problem.

Region Norrbotten saknar fortfarande 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 omstrukturera hur kvalitetssäkring av regionens röntgensystem genomförs (ingår i nationella QC-projektet) och hur optimeringsarbeten skall drivas. Se planerade aktiviteter.

Planerade aktiviteter 2020 för att stärka Strålsäkerheten

Region Norrbotten har avtalat med extern leverantör att vara betatestare för ett IT-stöd för stråldosinsamling som möjliggör uppföljning av stråldosdata på patientnivå och upprättande av aggregerade rapporter enligt lag. Driftsättning genomförd och konfigureringsarbeten sker löpande och beräknas genomförda under 2020.

Region Norrbotten har avtalat 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 avseende prestanda och följa förändringar som påverkar den diagnostiska kvaliteten och patientstråldoser. I kombination med första stycket ger detta även en möjlighet att följa upp kvalitetsarbeten genom att koppla parameterförändringar i systemen mot effekt på patientstråldos.

I samarbete med övriga säkerhetsområden i Regionen kommer ett gemensamt egenkontrollprogram för regionens berörda verksamheter utvecklas som ett led i processen för uppföljning av Regionens efterlevnad av lagstiftningen.

Sammanfattning

Strålsäkerheten i Region Norrbotten kan sammanfattas som god.