

Patientsäkerhet 

Patientsäkerhetsberättelse Region Norrbotten 2024



Datum:
Upprättad av: Annica Blomqvist
Ansvarig: Pia Näsvall, Hälso- och sjukvårdsdirektör
Diarienummer:

Inledning

Patientsäkerhetsberättelsen är en sammanställning av Region Norrbottens systematiska patientsäkerhetsarbete för 2024 och är ett lagkrav enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Underlag för Region Norrbottens övergripande patientsäkerhetsberättelse är divisionernas redogörelser och inhämtade beskrivningar från områdesansvariga. Regionens patientsäkerhetsberättelse redovisar strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen utgår från föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och Socialstyrelsens handlingsplan för patientsäkerhet (2020). Den inkluderar även informationssäkerhet och strålsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Regionstyrelsens styrmått.....	6
Organisation och ansvar.....	7
Stödfunktioner	7
Samverkan regionen och kommunen	8
Informationssäkerhet.....	10
Strålskydd	10
En god säkerhetskultur.....	12
Säkerhetskulturmätning.....	12
Etiska rådet.....	12
Uppföljning av åtgärdsplan efter lex Maria anmälan	12
Säkerhetskultur i det dagliga arbetet.....	12
Adekvat kunskap och kompetens	14
Patienten som medskapare	17
1177 e-tjänster	17
Min vård Norrbotten	18
Stöd och behandling.....	18
Lokala Programområden/Lokala arbetsgrupper	18
SPOT, Specialistpsykiatriskt omvårdnadsteam	18
Nationell patientenkät	19
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	21
Öka kunskap om inträffade vårdskador	23
Utredning allvarlig händelse som medfört eller kunnat medföra vårdskada.....	23
Trycksår	24
Vårdrelaterade infektioner	25
Fallskador	26
Månadsmätningar av följsamhet till basala hygien- och klädregler	27
Suicid och suicidförsök	28
Tillförlitliga och säkra system och processer	30
Ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbetet.....	30
Avvikelsehanteringsprocessen	30

Patientrelaterade avvikelser	31
Utredning av allvarliga händelser i samband med Lex Maria	31
Antibiotikaförskrivningen.....	32
Suicidbedömning.....	32
Läkemedelshantering.....	33
Säker vård här och nu.....	34
Vårdprevention	34
Underbemanning i vården	34
Riskhantering.....	34
Verktyg för riskhantering	35
Inrapporterade risker i avvikelshanteringssystemet	35
Riskanalys	36
Stärka analys, lärande och utveckling	37
Markörbaserad journalgranskning sluten somatisk vård	37
Lex Maria	38
Tillsynsärenden.....	38
Löf-ärenden	38
Avvikelser	39
Klagomål och synpunkter	39
Klagomål inkomna till Patientnämnden.....	40
Öka riskmedvetenhet och beredskap	42
Läkemedelsgenomgång och läkemedelsstöd	42
Fördjupade läkemedelsgenomgångar.....	42
Läkemedelberättelse.....	43
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	43
Utmaningar.....	43
Mål och strategier 2024	44
Mål handlingsplan för patientsäkerhet.....	44
Planerade aktiviteter 2025.....	44
Bilaga Strålskyddsbokslutet.....	46
Divisionernas patientsäkerhetsberättelser 2024	46
Referenser	46

SAMMANFATTNING

2024 har inom samtliga verksamheter i Region Norrbotten präglats av förberedelser inför det nya journalsystemet Cosmic. Redan hösten 2023 påbörjades detta arbete, och har sedan fortsatt under hela året, till driftsättningen 23 november i år. Det förberedande arbetet har krävt stora arbetsinsatser av verksamhetens personal, och påverkat vården genom omprioriteringar och minskad tillgänglighet. Efter införandet har det fortsatt att behövas stora arbetsinsatser, prioriteringar samt ökade ledtider på varje vårdtillfälle. Detta var dock väntat och planerat inför. Det är oklart om och iså fall hur och i vilken omfattning detta har påverkat och kommer att påverka patientsäkerheten.

Samtliga divisioner beskriver bitvis stora och svåra utmaningar med bemanning och kompetens. Regionen har minskat bemanning via inhyrd personal, och ökat insatser för att rekrytera ny personal samt att bibehålla personal och därigenom kompetens. Regionen har även startat ett eget bemanningscentrum, med fastanställd personal som arbetar på flexibel bas, och inom flera verksamheter. Det har hitintills fallit väl ut, men fortsatt rekrytering pågår.

En stor utmaning för kommande år blir att rekrytera personal med rätt kompetens och utbildning samt att bibehålla personalen som redan finns.

Personalbristen påverkar antal vårdplatser negativt, och det märks inom slutenvården genom minskat antal tillgängliga vårdplatser. Det medför bland annat ett högre tryck på akutmottagningar och primärvård. Detta påverkar patientsäkerheten negativt, då tillgängligheten för patienter minskas, och prioriteringar och omprioriteringar i vården behöver göras. Minskat antal vårdplatser medför också ett ökat antal av så kallade "satellitpatienter" på andra avdelningar. Det kan påverka patientsäkerheten, då specifik kompetens eventuellt saknas hos personalen.

Många verksamheter beskriver svårigheter med att arbeta systematiskt med patientsäkerhet, främst på grund av ovan nämnda orsaker. Men verksamheterna beskriver ändå att patientsäkerhetsarbete bedrivs inom divisionerna genom att förbättra arbetssätt, förändra flöden, införa och använda ny teknik och nya lösningar, genom samverkan och samarbete och genom att öka patienters och anhörigas delaktighet.

Inför 2024 så avslutades nationella punktprevalensmätningar, PPM, avseende Basala hygien och klädrutiner, BHK, via Sveriges kommuner och regioner, SKR. Denna avveckling skedde pga. politiska beslut 2023. Även Markörbaserad journalgranskning, MJG, via SKR har avvecklats under 2024 av samma orsak. Detta innebär att varje region måste uppjobba ett eget sätt för att kunna kontrollera patientsäkerheten inom dessa områden. Region Norrbotten står i startgroparna för detta arbete, och under 2025 kommer detta arbete att fortsätta.

Patientsäkerhetsarbetet under 2025 kommer troligen att påverkas av Cosmic, och införandet inom alla fronter. Trots att verksamheterna behöver anpassa sig till nya arbetsmetoder och hantera två journalsystem, kommer de att arbeta aktivt för att säkerställa patientsäkerheten. De kommer att fokusera på att minska väntetider och ledtider samt identifiera eventuella brister i systemet för att ha möjlighet att åtgärda dem. Personalen kommer att lära sig mer om det nya journalsystemet genom att arbeta i det dagligen. Genom att vara medvetna om eventuella patientsäkerhetsrisker, så kan risker elimineras innan dessa inträffar. Detta ger förutsättningar för en tryggare vårdmiljö under 2025.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet/andelen vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1–3 §

De övergripande patientsäkerhetsmålen har sin utgångspunkt i Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024. Utifrån den har Region Norrbotten utarbetat en regional patientsäkerhetsplan 2020–2024. Dessa handlingsplaner ligger som grund för patientsäkerhetsarbetet i Region Norrbotten, och även som grund för denna patientsäkerhetsberättelse.

Regionstyrelsens styrmått

I Regionstyrelsens plan (2022–2024) tydliggörs att regionen ska bedriva ett systematiskt säkerhetsarbete inom organisationen. Genom systematiskt patientsäkerhetsarbete förebyggs vårdskador och konsekvenser av inträffade vårdskador mildras.

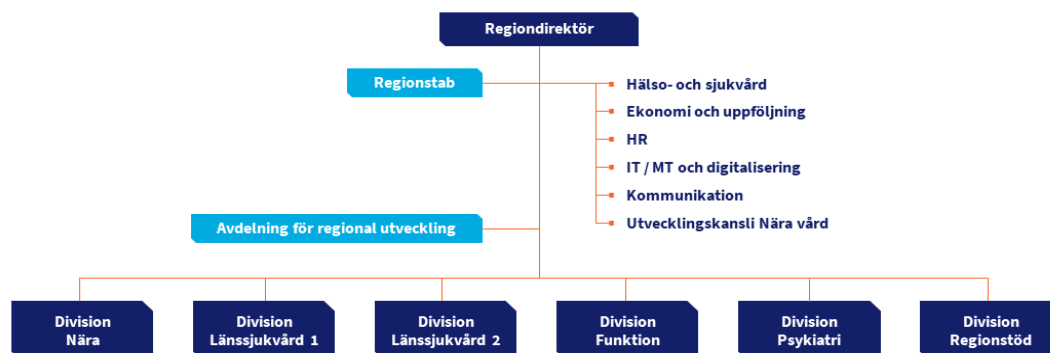
Styrmått i Regionstyrelsens plan:

- Andelen vårdskador, sluten somatisk vård ska minska till under 5 procent 2024.
- 100 procent av utskrivna patienter i målgruppen 75 år och äldre med mer än 5 läkemedel ska ha fått en läkemedelsberättelse 2024.
- Målet för 2024 är högst 245 antibiotikarecept per tusen invånare.

Organisation och ansvar

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

Region Norrbotten består av sex divisioner, regionsgemensamma avdelningar och en regionstab.



Regiondirektören är regionens högste tjänsteman och leder verksamheten och ansvarar för att organisationens arbete bedrivs med kvalitet. Hälso- och sjukvårdsdirektören har ett funktionsansvar för frågor som avser hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet och att arbetet samordnas och följs upp. Regiondirektören fastställer Patientsäkerhetsplanen för Region Norrbotten och ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete som ska användas och anpassas för att fortlöpande planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra patientsäkerheten.

Kunskapsstyrningsrådet fastställer mål och mått på regionnivå samt den handlingsplan med åtgärder som utgår från Patientsäkerhetsplanen. Kunskapsstyrningsrådet ansvarar också för att det finns en uppföljningsprocess med koppling till Patientsäkerhetsplanen på regionnivå, divisionsnivå och verksamhetsnivå.

Verksamhetschefen/ verksamhetsområdeschefen ansvarar för det systematiska patientsäkerhetsarbetet i den egna verksamheten/ verksamhetsområdet samt att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god vård. Verksamhetschefen/ verksamhetsområdeschefen ansvarar också för att uppföljning, rapportering och att egenkontroll sker i befintlig ledningsstruktur. Medicinsk ledningsansvarig (MLA) finns i vissa verksamheter med ett tydligt uppdrag att jobba med patientsäkerhet.

Medarbetarna ansvarar för att rapportera händelser, tillbud och risker samt för att delta aktivt i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. All hälso-, sjukvårds- och tandvårdspersonal ansvarar också för att utföra sitt arbete på ett sätt som är säkert för patienterna. Arbetet ska utföras så att det stämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet för att patienterna ska få en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård.

Stödfunktioner

Patientsäkerhet

Organisatoriskt under regiondirektörens avdelningar finns Hälso- och sjukvårdsavdelningen som inrymmer enheten Vårdsäkerhet där Patientsäkerhet är ett av fem team (de andra teamen är Vårdhygien, Smittskydd, Läkemedel samt Strålsäkerhet). Här finns chefläkare med Lex Maria ansvar. Vidare finns patientsäkerhetsstrateg, utvecklingsledare Synergi, och Lex Maria handläggare. Chefläkaren ansvarar för anmälningar och utredningar kopplade till lex Maria, förutom detta deltar de i att sprida lärande och utgör stöd för verksamheterna i patientsäkerhetsarbetet. Patientsäkerhetsstrategen har det övergripande samordnande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet,

ledningssystemet men även för att tillsammans med övriga i gruppen planera, leda samt följa upp det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Vårdhygien

Vårdhygien ansvarar för att stödja vårdgivaren i det vårdhygieniska arbetet genom att arbeta strategisk och operativt med att förebygga uppkomst och spridning av smitta och vårdrelaterade infektioner (VRI). Vidare ingår ansvar för utbildning och egenkontroll av vårdhygienisk standard enligt gällande lagar och föreskrifter. På Vårdhygien arbetar sex hygiensjuksköterskor och hygienläkare.

Smittskydd

Smittskydd Norrbotten är en länsövergripande myndighet som har det samlade ansvaret för att överse, planera, organisera och leda smittskyddet i vårt län. Region Norrbotten är en viktig aktör i länets smittskydd, inte bara i den egna verksamheten utan även till stöd för många andra samhällssektorer i att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas. Nyckelaktörer inom Region Norrbottens smittskyddsarbete är Vårdhygien, Infektionskliniken, Strama Norrbotten, det mikrobiologiska laboratoriet, de antibiotikaansvariga läkarna på sjukhus och hälsocentraler samt, i primärvården, smittskyddets kontaktläkare. På smittskydd arbetar smittskyddsläkare samt tre smittskyddssjuksköterskor.

Patientnämnden

Patientnämnden är en oberoende och opartisk instans och har en huvudsaklig uppgift att på ett lämpligt sätt hjälpa patienter och närstående att föra fram klagomål och synpunkter till vårdgivare, samt att få klagomål och frågor besvarade. Patientnämnden är en av två ingångar för Norrbottens befolkning att förmedla synpunkter och klagomål till regionens och kommunernas vårdverksamheter. Synpunkterna ligger till grund för vårdens kvalitets- och förbättringsarbete. Uppdraget är lagstadgat och definieras i lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården, lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1 128), lagen om rättspsykiatrisk vård (1991:1 129), smittskyddslagen (2004:168).

Samverkan regionen och kommunen

Kunskapsstyrningsrådet

Kunskapsstyrningsrådet ska säkerställa att Region Norrbotten bedriver en evidensbaserad, säker, jämlik och kostnadseffektiv vård. Varje lokalt programområde (LPO) ska ha ett helhetsperspektiv på vården inom sitt/sina områden och säkerställa att Region Norrbotten bedriver en evidensbaserad, säker, jämlik och kostnadseffektiv sjukvård inom dessa områden. Varje LPO fattar beslut om vårdens inriktning och uppdrag, prioriterar vårdens resurser och följer upp kvalitet och resursbruk inom det egna området.

Lokala programområden (LPO)/Lokala arbetsgrupper (LAG)

Målet för de lokala programområdena (LPO) är att säkra samverkan och sammanhang i patientförloppet mellan olika vårdnivåer, samt medverka till ett adekvat och effektivt resursutnyttjande. LPO beslutar om prioriteringar inom sitt område och tillsätter lokala arbetsgrupper (LAG) där det finns behov för att utreda, planera, implementera eller följa upp det operativa arbetet

Lokal Samverkansgrupp (LSG) för Patientsäkerhet

LSG Patientsäkerhet är en del av kunskapsstyrningen i hälso- och sjukvården och representerar den lokala nivån i kunskapsstyrningsorganisationen. Samverkansgruppens uppdrag är att samordna och stödja regionens arbete med patientsäkerhet, att ansvara för att följa upp handlingsplanen för patientsäkerhet samt rapportera och återkoppla till Kunskapsstyrningsrådet.

Samverkan regionen och kommunen

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

Region Norrbotten och Norrbottens kommuner har gemensamma riktlinjer för samverkan gällande samordnad individuell planering (SIP) för att säkerställa samordnad vård, stöd och omsorg av god kvalitet och hög patientsäkerhet.

Region Norrbotten fortsätter samverkan med Norrbottens kommuner för att effektivisera och kvalitetssäkra avvikelsehandläggningen mellan vårdgivarna. Samverkan syftar till att förändra arbetssätt så att kommunerna kan rapportera in sina avvikelser digitalt direkt till regionens avvikelshanteringssystem och till rätt berörd verksamhet. I dagsläget skickas avvikelседokumenterna med post vilket ofta innebär långa handläggningstider med risk för bristande patientsäkerhet.

Handläggningsöverenskommelser

Handlingsöverenskommelse (HÖK) är en överenskommelse inom Region Norrbotten, mellan en eller flera enheter. Det kan också vara med andra aktörer som kommun, skola, polismyndighet och liknande. HÖK beskriver övergripande vem som gör vad inom ett definierat medicinskt område. Det pågår ett arbete med att utmönstra HÖK för att i stället skapa en motsvarighet genom lokala tillägg, bland annat avseende ansvarsfördelning och lokala remissrutiner, i Nationellt kliniskt kunskapsstöd (NKK).

Nära vård

Det är en pågående omställning av hälso- och sjukvårdssystemet i hela Sverige. Omställningen, som benämns Nära vård, innebär att vården ges där individen är. Genom att komma närmare individen ökar möjligheterna för individens delaktighet i sin vård. Vården och omsorgen utgår från individens behov och förmågor, för att på bästa sätt främja hälsa. En stärkt primärvård utgör basen i den nära vården. Primärvården ska tillhandahållas av både kommun och region. Den specialiserade vården behöver ställa om till öppnare vårdformer och erbjudas på nytt sätt. Nära vård är ett arbete som påbörjats, och som fortgår.

Samordning vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Patienterna med samordningsbehov vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska få med sig en gemensam patientinformation från inblandade aktörer. Patienten ska få information om bland annat befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivningen och har införts i syfte att säkerställa att det finns ett mottagande förberett när patienten skrivs ut samt för att minska risken för onödiga återinskrivningar i slutna vård. I samordnad planering ingår processerna kring samordnad individuell plan, samordnad vårdplan och samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Samordning Medicinteknik och vårdverksamheter

Patientsäkerhet för Drift- och systemförvaltning innebär att stödja vårdverksamheter inom regionen och verka för patientsäkerhet genom att tekniskt säkra tilldelade medicintekniska produkter och medicinska informationssystem som används inom Region Norrbotten vid diagnostisering, behandling och övervakning. Det är angeläget att etablera ett gott samarbete med vårdverksamheterna. Detta uppnås genom tecknande av särskilda överenskommelser där man reglerar ex tillgänglighet, förebyggande underhåll, akutservice, teknikronder mm. I detta ingår även att genomföra teknikronder samt arbeta med avvikelser.

Samverkans forum

Nationell samverkansgrupp (NSG) för patientsäkerhet

Norra Sjukvårdregionala samverkansgruppen (RSG) för patientsäkerhet

Lokal Samverkansgrupp (LSG) för patientsäkerhet inom Region Norrbotten

Regionens Etiska rådet - Samverkan i etiska frågor

Samverkansberedningen för hälso- och sjukvård, omsorg och skola (POLSAM)

Norra sjukvårdsregionförbundet (NRF)
Samverkansgrupper kopplade till NRF: Regionala läkemedelsrådet
Nationell samverkansgrupp (SHINE) för avvikelshanteringssystemet Synergi Life

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1

Informationssäkerhet följs upp på en övergripande nivå inom Region Norrbotten gällande loggkontroller, sekretess informationssäkerhetsklassningar av system samt uppdatering av regionens personuppgiftsbiträdesavtal. Arbetet med åtgärdsplan efter senaste revision är under framtagande.

Rutin med tillhörande utbildningsmaterial för genomförandet av informationssäkerhetsklassningar kopplat till SKR:s KLASSA-system är framtagna. Systemförvaltningen har fortsatt givits i uppdrag att informationssäkerhetsklassificera IT-stöd. Arbeta har påbörjats för att säkra informationssäkerhet i regionens valda projektmodell. Den uppföljning av informationssäkerheten som genomförts är genomgång av informationssäkerhetsarbetet i regionen på en övergripande nivå gällande loggkontroller, sekretess, informationssäkerhetsklassning av system samt uppdatering av regionens personuppgiftsbiträdesavtal. En uppföljande granskning av informations-/cybersäkerhetsrevision är gjord under året. Riskanalys och konsekvensbedömning har genomförts med patientsäkerhetsperspektiv på övergripande nivå gällande införande av Framtidens VårdInformationssystem (FVIS-projekt) Cosmic.

Uppföljning har genomförts på tidigare identifierade risker, vilka har adresserats med aktiva åtgärder:

- Särskilda stickprovskontroller har genomförts för att säkerställa efterlevnad avseende behandling av personuppgifter mot leverantörer. Uppföljningsarbetet har genomförts i samverkan mellan centrala funktioner för informationssäkerhet, dataskydd samt IT och medicinsk teknik.
- Regionen fortsätter att fokusera på uppföljning kopplat till de förvaltningsobjekt som där behandling av personuppgifter förekommer. Syftet är att säkerställa lämplig säkerhet för personuppgifterna, inbegripet skydd mot obehörig eller otillåten behandling och mot förlust, förstöring eller skada genom olyckshändelse, med användning av lämpliga organisatoriska och-/ eller tekniska säkerhetsåtgärder.

Åtgärder:

- För att möjliggöra Region Norrbottens regelefterlevnad av dataskyddsförordningen har en ny dataskyddsorganisation beslutats.
- Framställt rutin för anskaffning, utveckling och förändring av informationssystem.
- Vidareutvecklat anvisningar, rutiner och utbildningsmaterial gällande informationssäkerhetsklassning.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 kap. 13 §

Under 2024 har Region Norrbotten genomfört omfattande och framgångsrika insatser inom strålsäkerhetsområdet. Strålsäkerhetsmyndighetens (SSM) inspektion har tydligt belyst styrkor i arbetet, såsom hög verksamhetsnärlighet av Strålsäkerhet (del av Patientsäkerhetsnheten), strukturerade arbetssätt inom operationsmiljöer och en god strålningsmedvetenhet bland personalen.

Trots detta återstår områden att vidareutveckla för att ytterligare säkerställa långsiktig efterlevnad av krav och riktlinjer.

Se Regionens Strålskyddsbokslut 2024 för detaljer.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

I Region Norrbotten ska det systematiska patientsäkerhetsarbetet vara högt prioriterat, och inriktas på att identifiera risker och förebygga vårdskador. Detta finns beskrivet i Patientsäkerhetsplan Region Norrbotten 2020–2024. Det är av stor vikt att inte bara fokusera på det som redan hänt, utan inrikta arbetet mot att förebygga att det händer igen. Att arbeta med ett icke-skuldbeläggande förhållningssätt och att ta tillvara personalens och patienternas erfarenheter och kunskap är en viktig del i detta arbete. Att erbjuda en god, jämlik, kunskapsstyrd och säker vård så ingen patient drabbas av en undvikbar vårdskada.



Säkerhetskulturmätning

Regionen genomförde säkerhetskulturmätning Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE) i samverkan med HR och medarbetarundersökningen för första gången 2018. En förnyad mätning har genomförts oktober 2024. Jämfört med senaste HSE-undersökningen 2022, så är resultaten överlag något högre nu 2024. Nedan visas sammanfattande resultat gällande patientsäkerhet.

Hållbart säkerhetsengagemang

Medarbetare upplever att de vågar prata om sina misstag, och påtalar när de upplever något är fel. De agerar alltid utifrån de risker de ser, och lär sig av det som fungerar bra på arbetsplatsen. De upplever att de kan få hjälp av andra när de behöver det, och anpassar arbetet så säkerheten bevaras när förutsättningar ändras. De skulle känna sig trygga att ha en närstående som vårdades på arbetsplatsen.

De upplever däremot att de inte alltid får de förutsättningar som kan behövas för att kunna bedriva säker vård. Patienters delaktighet i patientsäkerhetsarbetet skulle också behöva förbättras, uppger medarbetarna.

Etiska rådet

Det finns ett stort intresse för etik och etiska frågor hos medarbetarna i Region Norrbotten. Etiska rådet har under året arbetat strukturerat för att ge utbildning, vägledning och stöd där behovet varit som störst. De ärenden som inkommit har till största del handlat om etiskt stöd vid svåra prioriteringar, vid livsuppehållande åtgärder, vid vård i livets slutskede eller om vilken ambitionsnivå som är etiskt lämplig gällande svårt sjuka patienter.

Etiska rådet har även under året uppmärksammat ett ökat antal beskrivningar om etisk stress hos främst vårdpersonalen. Många etikombud har under året bedrivit ett värdefullt etikarbete. Exempelvis har de genom erhållen kunskap och kompetens gett stöd i etiskt svåra situationer såväl till medarbetare som till chefer.

Uppföljning av åtgärdsplan efter lex Maria anmälan

Som en del i ett lärande och för att stärka säkerhetskulturen, har regionen sedan 2019 påbörjat arbetet med att följa upp de åtgärder som tagits fram i den handlingsplan som är kopplade till alla lex Maria-anmälningar. Uppföljningen sker via en enkät som skickas till verksamheten sex månader efter att beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) kommit. Uppföljningen dokumenteras i avvikelshanteringssystemet.

Säkerhetskultur i det dagliga arbetet

Samtliga verksamheter arbetar med patientsäkerhet genom att identifierade risker, händelser och avvikelser i avvikelssystemet Synergi. De flesta divisioner beskriver att de infört daglig styrning i patientsäkerhetsarbetet. Detta sker genom pulsmöten och förbättringsmöten där medarbetare ges möjlighet att engagera sig i förbättringsarbeten, avvikelser och upptäckta risker. Patientsäkerhet ska finnas

med som en stående punkt på arbetsplatsträffar, där spridning av lärande sker via genomgång av avvikelser, genomförda händelseanalyser och lex Maria-ärenden. Det är av vikt att avvikelser ses som systemfel och inte individfel.

Gröna korset används av de flesta verksamheter för att tidigt identifiera risker och snabbt kunna sätta in åtgärder. Gröna korset är ett verktyg som används vid de dagliga pulsmötena. Här ska medarbetarna upptäcka risker, och eliminera dessa, innan något har hänt.

De flesta verksamhetsområden har hygienombud och resultat från månadsmätningar av följsamhet till hygienföreskriften och klädregler (BHK) lyfts på arbetsplatsträffar.

Inom den psykiatriska vården beskrivs utbildning inom REISMA (Resurser i möte med aggression) samt Safewards. Safewards är en modell som uppmuntrar personal och patienter att arbeta tillsammans för att minska konflikter och skapa trygghet för alla på en psykiatrisk avdelning.

Stegvis vård är ett arbetssätt som ska säkerställa att varje patient får vård vid rätt tidpunkt, vilket förväntas minska risken för vårdskador och förbättra vårdkvaliteten. Detta har man börjat med inom psykiatrisk öppenvård, i slutet av 2024.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Kunskap om patientsäkerhet behöver säkerställas genom kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer.



Verksamheterna rapporterar bemanningssvårigheter som på olika sätt och i olika grad påverkat patientsäkerhetsarbetet under året. Arbete pågår kontinuerligt för att säkra tillgången på personal med adekvat kompetens.

Utbildning inom patientsäkerhetsområdet

I regionen finns ett antal e-utbildningar inom bland annat områdena basal hygien, och utbildningar i hantering och handläggning av avvikelser. E-utbildningarna kan verksamheterna använda vid exempelvis introduktion av nyanställda, för nya hygienobservatörer eller som åtgärd för att höja följsamheten till basala hygien-, och klädföreskrifter. Det finns även Powerpoint-material som kan användas i verksamheterna.

Genomförda utbildnings-, kompetenshöjande insatser från Patientsäkerhet och Vårdhygien under 2024;

- Patientsäkerhet och Vårdhygien i läkarnas BT-utbildning – två omgångar.
- Patientsäkerhet och Vårdhygien i kliniskt basår för nyutbildade och nyanställda sjuksköterskor – två omgångar.
- Patientsäkerhet i ST-utbildningen.
- Patientsäkerhet har hållit MLA-utbildning.
- Patientsäkerhet har hållit patientsäkerhetsdialog mot olika verksamheters nyckelpersoner med patientsäkerhetsansvar.
- Patientsäkerhet har haft utbildning mot ambulans och akutsjukvård, olika verksamheter.
- Patientsäkerhet och Vårdhygien - Sommarvikarier (vård, service).
- Socialstyrelsen nationella webb-utbildning "Säker vård" har introducerats för nyanställda sjuksköterskor i det kliniska basåret och som en del i händelseanalysutbildning och andra patientsäkerhetsutbildningar samt utbildning för avvikelshanterare.
- Vårdhygien har arrangerat 6 forumtillfällen för regionens hygienombud.
- Vårdhygien har utbildat medicinstuderande (vår- och hösttermin 5 och 6).
- Vårdhygien har genomfört utbildningar för personalen i Pajala och Karesuando kommun.
- Vårdhygien har utbildat enhetschefer och hygienombud i 12 av Norrbottens kommuner, samt chefer i 14 kommuner.
- Vårdhygien har utbildat Medicin/Rehabiliteringsavdelning i Kiruna samt nyanställd personal vid vaktmästeriet Kiruna.
- Vårdhygien har utbildat vid Äldreomsorgslyftet i Luleå kommun.
- Vårdhygien har utbildat på enskilda enheter vid regionen.
- Vårdhygien har arrangerat forum för hygienombud och enhetschefer för kommunal verksamhet
- Vårdhygien har utbildat vaktmästeriet på Sunderby sjukhus.
- Riktade utbildningar har under året genomförts i grupp och enskilt till chefer, avvikelseansvariga och handläggningsteam inom området patientsäkerhet, handläggning av avvikelser och systemkunskap i avvikelshanteringssystemet Synergi Life.

Patientsäkerhet har tillsammans med Vårdhygien och Smittskydd definierat flera prioriterade områden för aktiva åtgärder och förbättringar, bland annat behovet av generell kompetensökning vad gäller

systematiskt patientsäkerhetsarbete i verksamheterna, och ökad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler – inte minst för att minska antalet vårdrelaterade infektioner och undvika smittspridning.

Utbildning inom läkemedelsområdet

Regionen är en kunskapsorganisation med stort behov av fortbildning för att hänga med i den snabba kunskapsutvecklingen, inte minst inom läkemedelsområdet. Kunskap om läkemedel och läkemedelsbehandlingar är en grundförutsättning för en patientsäker och kostnadseffektiv sjukvård. Här har producentobunden information en nyckelroll och läkemedelskommittén ett viktigt uppdrag. Läkemedelskommittén har under året uppdaterat sina läkemedelsrekommendationer som är kopplade i journalsystemet. Utbildningar inom läkemedel och farmakologi genomförs regelbundet för BT- och ST-läkare. Likaså genomförs utbildningar med aktuell information inom läkemedelsområdet på olika sjukhusavdelningar. Den årliga utbildningen ”norrländska läkemedelsdagarna” genomfördes för länets läkare.

Yrkeskompetens och bemanning

Yrkeskompetens och bemanning är en av de grundläggande förutsättningar för en säker vård. Kompetensförsörjningen är en av flera samverkande faktorerna som påverkar riskerna för vårdskador. Vidare behövs kunskap om patientsäkerhet på alla nivåer i organisationen.

Kliniska basår

Kliniska basår för nyanställda/nyutexaminerade sjuksköterskor erbjuds i Region Norrbotten. Basåret består av tre delar som tillsammans ska bidra till färdighetsträning, professionell utveckling och en god arbetsmiljö.

- Strukturerad och förstärkt arbetsplatsintroduktion
- Utbildning som omfattar
 - Omhändertagande av den akut sjuka patienten
 - Patientsäkerhet
 - Äldres vård och hälsa
 - Vår verksamhetsmodell
- Mentorsamtal i grupp

Innehållet i Kliniskt Basår uppdateras fortlöpande baserat på utvärderingar från deltagare, chefer och utbildare. Utbildningen har genomförts i två omgångar under 2024.

Inhyrd bemanning

Aktiviteterna för att minska beroendet av inhyrd bemanning och därigenom minska kostnaderna är ett högprioriterat område för regionen. Genom att minska inhyrd bemanning uppnås minskade personalkostnader, ökad trygghet och kontinuitet för patienter men det förväntas även bidra till en bättre arbetsmiljö för regionens medarbetare, förutsatt att rekrytering av egen personal lyckas.

Bemanningscentrum, BMC

2024 startade regionen en egen personalpool med fast anställda grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor samt undersköterskor. Uppdraget är att stötta regionens vårdverksamhet med bemanning av personal samt ersätta personal vid frånvaro. BMC har anställt sjuksköterskor och undersköterskor, men fortsatt rekrytering pågår.

FVIS- Cosmic

Under 2024 infördes ett nytt patientjournalsystem i Region Norrbotten, Cosmic. Arbetet med Framtidens VårdInformationsStöd, FVIS, och införandet av Cosmic berörde alla vårdverksamheter och var det största införandet Region Norrbotten hade under 2024. Riskanalys är gjord från Patientsäkerhet, utifrån ett

patientsäkerhetsperspektiv inför införandet. Cosmic infördes på bred front inom Region Norrbotten 23 november 2024.

Divisionerna beskriver att året präglats av införandet av Cosmic. Sedan hösten förra året har förberedande arbete pågått inför Cosmic-införandet. Vården har fått avsätta tid till utbildning av personal samt planering för nya rutiner och arbetsätt inför detta. Detta har inneburit en prioritering och planering av övrigt arbete, och haft en stor påverkan på delar av vården. Utbildning av Cosmic för både vårdpersonal samt stödfunktioner har skett under 2023 samt 2024.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Patienter, brukare och närstående erbjuds möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet, och görs delaktiga i den egna vården samt medverkar i utvecklingsarbeten.

1177 e-tjänster

1177 är en samlingsplats för olika typer av digitala tjänster som ger förutsättningar för ökad delaktighet och medskapande i vården. Regionens verksamheter verkar aktivt för att öka tillgängligheten till kontakt med vården via 1177:s tjänster.

Inloggningsportal och e-tjänster för invånare

Inloggningsportalen stödjer säker inloggning och kommunikation mellan invånare och vården. Via e-tjänster kan invånare initiera kontakt med vården för att förnya recept eller andra vårdbehov, ge synpunkter och klagomål på vård. Mottagningar kan även skapa eget utbud av e-tjänster. Användandet av e-tjänster/invånartjänster fortsätter att öka. Cirka 80 % av norrbottningarna har någon gång loggat in. Utbudet har breddats och fortsätter att utvecklas.

Inloggningsportalen erbjuder även uthopp till andra digitala tjänster som finns inom regionens utbud.

Vårdinitierade ärenden

Vården kan initiera kontakt med invånare genom ett så kallat omvänt ärendeflöde. Exempel på detta omvända ärendeflöde är den enkät för smittspårning, påminnelsebrev eller annan information som skickas ut till en invånarens inkorg i 1177. Med en enkät kan även information om exempelvis förhållningsregler bifogas. Omvänt ärendeflöde medför att invånare snabbare kan medverka i sin vård. Vården får också information om invånaren har konto på 1177 samt om invånaren har tagit del av meddelandet.

Journalen

Sedan juni 2016 har invånare direktåtkomst till journalinformation via 1177. Information visas från alla verksamheter med några få undantag. Den information som är tillgänglig i 1177 journalen är; journalanteckningar, vårdkontakter, läkemedel, svar på blodprover (kemlab), provsvar för covid-19, RS virus och influensa, vaccinationer, SIP (samordnad individuell plan). Journalen är en uppskattad tjänst av invånare.

Tidbok

1177 tidbok (Webbtidbok) är tillgänglig på hälsocentralerna, där invånaren i varierande utsträckning kan se sina bokade tider till vården, av- och omboka eller boka tid (varierar för olika mottagningar). Webbtidbok är även tillgängligt för mammografi, cervix-screening och bokning av blodgivning. Att själv kunna boka, av- och omboka vårdtider är mycket efterfrågat av invånare, och bidrar till minskad administration i vården.

Egen provhantering

Under pandemin i månadsskiftet oktober/november 2020 startades 1177 Egenprovhantering med möjlighet för invånare att beställa och utföra självtest för pågående covid-19. Invånaren beställer test-kit via 1177. Provsvar kommer via egen provhantering i 1177 och finns också tillgängligt i Journalen. Efter pandemin har egenprovtagning för klamydia/gonorré införts i regionen. Test-kit beställs/hämtas på exempelvis ungdomsmottagning och registreras sedan av invånaren själv efter provtagning.

Kontakt med Patientnämnden och vårdgarantienheten

Det möjligt att ta kontakt med patientnämnden och vårdgarantienheten genom att logga in på 1177. Underlättar för invånaren att ställa frågor, lämna synpunkter och klagomål på vården samt för regionens handläggning av ärenden.

Formulärhantering

Med 1177 formulärhantering kan vården skicka ut formulär till invånare inför ett besök eller som uppföljning efter vård. Formulärhanteringen omfattar nationella formulär som kvalitetssäkras i samarbete med SKR. Regionen kan även skapa egna formulär samt prenumerera på formulär som finns i annan region. Formulär är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet och ökar kvaliteten på vårdbesöket. Invånare ges möjlighet till reflektion över sin situation vilket bidrar till tydligare anamnes och bättre medverkan. Vårdpersonal som tagit del av svaren har bättre förutsättningar att möta patienten.

Min vård Norrbotten

Min vård Norrbotten omfattar medicinsk triagering, egenvårdsråd, invånar- och vårdgivarinitierad chatt med hälsocentraler, vårdgivarinitierade videosamtal samt uthopp till 1177. Min vård Norrbotten ger invånare kontakt med vården där de är, direkt i mobil, surfplatta eller dator. Invånare kan söka vård dygnet runt och får kontakt med sin hälsocentral eller 1177 under närmaste bemanningstid. Invånare som söker vård i Min vård Norrbotten svarar på medicinska frågeformulär, kan skicka bild och film, och har inför chatten format sin anamnes som vårdpersonal tar del av. Den medicinska triageringen kan även resultera i anpassade egenvårdsråd för invånare att ta del av utan någon inblandning av vården. Sedan återinförandet av chatt till hälsocentralerna har antalet invånare som använder Min vård Norrbotten ökat. I början av 2025 införs ett kompletterande chattval för övriga vårdfrågor som ska förenkla för invånare att nå vården, ex få svar på prover och andra undersökningar, boka tid, mm.

Appen Min vård Norrbotten ska vara norrbottningens ingång till digital vård. Målet är att förenkla för invånare genom att samla utbudet på digitala vårdtjänster. Fortsatt utveckling sker med Invånarens medverkan via de behov och synpunkter som inkommer via en Feed-back funktion i appen samt en referensgrupp som ska starta under 2025.

Stöd och behandling

Stöd och behandling (SoB) möjliggör att invånare/patient kan få sin behandling på distans genom att arbeta i program. Patienten deltar aktivt i sin vård genom att ta del av information, genomföra uppgifter, registrera och följa upp resultat. Vårdpersonal är stödjande i patientens arbete. De flesta program innehåller en meddelande funktion där patienten enkelt kan få kontakt med sin behandlare. SoB ökar tillgänglighet till vård i Norrbotten.

SoB omfattar bland annat program för KBT vid psykisk ohälsa, sömnsvårigheter, artros, levnadsvanor, föräldrainsformation och utbildning, vårdplan vid cancer. Under året har utbudet av stöd- och behandlingsprogram ökat genom samverkan med andra regioner och utveckling av egna program. Ett s k öppet program finns tillgängligt för norrbottningar att själv starta utan att först ha kontakt med vården. Vid utveckling av region egna program är invånare/patienter delaktiga i utformningen av innehåll.

Lokala Programområden/Lokala arbetsgrupper

I lokala programområden och lokala arbetsgrupper kommer patient- och närståendemedverkan att ske för att belysa deras perspektiv på hälso- och sjukvården inom aktuellt område. Detta kan ske exempelvis i arbetet med att införa de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen i regionen.

SPOT, Specialistpsykiatriskt omvårdnadsteam

SPOT infördes hösten 2024 som testverksamhet inom Piteå sjukhus upptagningsområde. Genom att erbjuda snabb och flexibel vård i patientens hemmiljö kan SPOT- teamen identifiera och hantera problem

innan de eskalerar, vilket kan minska risken för akuta försämringar och behovet av sjukhusinläggning. SPOT kan också öka patientsäkerheten genom att involvera och stödja patientens närstående och skapa en starkare stödstruktur runt patienten.

Nationell patientenkät

Nationell patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården.

Resultaten används för att förbättra och utveckla vården utifrån ett patientperspektiv, samt vara ett underlag för jämförelser mellan vårdenheter och ett redskap för styrning och ledning. Enkäterna innehåller frågor om patienternas upplevelser inom sju olika områden: *Helhetsintryck*, *Emotionellt stöd*, *Delaktighet och involvering*, *Respekt och bemötande*, *Kontinuitet och koordinering*, *Information och kunskap*, samt *Tillgänglighet*. Utifrån svaren poängsätts varje område på en skala mellan 0 – 100 poäng, där högre poäng är bättre.

De undersökningar som är obligatoriska genomförs vartannat år. Vissa undersökningar görs udda år och andra jämna år. Nedan presenteras resultat från de senast gjorda obligatoriska undersökningar som genomfördes i slutet av 2023 och i början av 2024.

Primärvård 2023

Svarsfrekvens för 2023 års mätning av primärvården var 43,8 procent i Norrbotten, vilket är 1 % högre än riksgenomsnittet. Norrbottens svarsfrekvens har också ökat sedan föregående mätning 2021. Ser man till samtliga svar bland vuxna inom de olika besöksformerna (läkare och sjuksköterska, fysiska besök och distansbesök) så visar resultatet att Norrbotten ligger i nivå med riket med undantag för *Kontinuitet och koordinering* där Norrbotten ligger på 68,5 poäng och genomsnittet för Sverige är 72. Detta är också det område där Norrbotten får lägst poäng och poängen har minskat något jämfört med mätningen 2021. Det område där Norrbotten får högst poäng är *Respekt och bemötande* med 85,7 poäng. För *Helhetsintryck* når Norrbotten 79,8 poäng totalt vilket är ett relativt oförändrat resultat jämfört med föregående mätning.

Besök till sjuksköterska får högre poäng än besök till läkare generellt. Fysiska besök får generellt högre poäng än distansbesök. Den kategori som får högst betyg är fysiska besök till sjuksköterska med 85,6 inom *Helhetsintryck* och 88,5 inom *Respekt och bemötande*, båda i nivå med riket.

Specialiserad psykiatrisk öppen- och slutenvård (VUP, BUP, rättspsykiatri) 2024

Psykiatriundersökningen är uppdelad i sex mätningar: vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri och samtliga dessutom uppdelade i öppenvård respektive slutenvård. Vid 2024 års mätning så var det för få respondenter som svarade på enkäten för BUP slutenvård samt rättspsykiatri öppen- respektive slutenvård. Dessa mätningar redovisas därför inte. Gemensamt för de mätningar som redovisas nedan är Norrbottens resultat generellt inte skiljer sig från riksgenomsnittet, samt att de högsta poängen från patienterna återfinns inom området *Respekt och bemötande*.

Barn- och ungdomspsykiatri öppenvård

Resultatet för BUP öppenvård ligger i nivå med riket. Poängen för *Information och kunskap* samt *Tillgänglighet* tenderar att vara lägre, men är inom felmarginalen. Poängen för *Helhetsintryck* är 74,4 och det är en ökning jämfört med föregående mätning (69,9) som gjordes 2022. Högst poäng finns inom *Respekt och bemötande* (84,1). Svarsfrekvensen har också ökat från 23,7 procent från förra mätningen till 26,5 procent detta år.

Vuxenpsykiatri öppenvård

Resultaten ligger överlag i nivå med riksgenomsnittet. Poängen för *Helhetsintryck* är 72,1 vilket är höjning jämfört med 2022 (69,6). Högst betyg erhålls inom *Respekt och bemötande* med cirka 81 poäng för både kvinnor och män. Svartfrekvensen var 26,5 procent vilket är lägre än riksgenomsnittet på 31,1 procent.

Vuxenpsykiatri slutenvård

Svartfrekvensen var 27,3 procent, vilket är högre än riket som hade 23,8 procent. I övrigt skiljer sig inte resultatet för Norrbotten från övriga riket. Poängen för *Helhetsintrycket* blev 66,8. Högst poäng fick områdena *Respekt och bemötande* (77,3), *Tillgänglighet* (76,8) och *Emotionellt stöd* (74,6). Jämförelse med föregående mätning kan inte göras då Norrbotten hade för få svarande 2022.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Uppföljning genom egenkontroll fokuserar på uppföljning av de strategiska målen i regionen, patientsäkerhetsmål och mål/aktiviteter i handlingsplan. Återkoppling sker på övergripande nivå, i linjeorganisationen, i vissa fall verksamhets-/enhetsnivå och via LSG Patientsäkerhet. Både region- och divisionsövergripande resultat presenteras på webben. Inom vissa verksamheter sker verksamhets-specifika egenkontroller vilka redovisas i respektive divisions patientsäkerhetsberättelser.



Under 2024 så avslutades nationella punktprevalensmätningar, PPM, avseende Basala Hygien och Klädrutiner, BHK, via Sveriges Kommuner och Regioner, SKR. Denna avveckling skedde pga. politiskt beslut 2023. Även Markörbaserad journalgranskning via SKR har avvecklats under 2024 av samma orsak. Nu är det upp till varje region att utarbeta nya arbetsätt för att genomföra kontroller gällande patientsäkerhet.

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Månadsmätningar BHK	1 gång per månad	Egenutvecklad databas för registrering av observationer som presenteras i regionens uppföljningsportal
Egenkontroll av vårdhygienisk standard	1 gång per år	Protokoll
Egenkontroll av systematiska patientsäkerhetsarbetet	1 gång per år	Protokoll
Patientsäkerhetsronder	Enligt plan	Protokoll
Avvikelser	3 gånger per år	IT-stödet Synergi för avvikelshantering
Vårdskador	3 gånger per år	IT-stödet Synergi för avvikelshantering
Vårdrelaterade infektioner	1 gång i månaden	Infektionsverktyget
Antibiotikaförskrivning	Löpande samt 1 gång per år	Folkhälsomyndigheten Infektionsverktyget
Vårdpreventivt arbetssätt, riskbedömningar och förebyggande åtgärder	Kontinuerligt riktad mot daglig styrning inom slutenvården	Uppföljningsportalen; uttag från omvårdnadsdokumentationen i journalsystemet
<ul style="list-style-type: none"> - Fall - Trycksår - Blåsöverfyllnad - Munhälsa - Nutrition 	3 gånger per år övergripande nivå	Uppföljningsportalen
Patientenkäter	Enligt nationell överenskommelse 1–3 per år	Nationell databas NPE

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbete	1 gång per år	Checklista för egenkontroll.
Avvikelsehanteringsprocessen - Handläggningstider - Kvalité på ärendetyp negativ händelse.	1 gång per år	Avvikelsehanteringssystemet Synergi Kvalitetsgranskning med hjälp av enkät.
Lex Maria - Handläggningstider 2 månader. - Att varje lex Maria har en registrerad avvikelse.	4 gånger per år	Kvalitetsuppföljning av avvikelser via protokoll/enkät,
Klagomålsprocessen - Kvalité handläggningen - Svar till anmälaren inom 4 veckor.	1 gång per år.	Kvalitetsuppföljning av slumpmässigt utvalda ärenden från inkomna klagomål (vårdgivaren, IVO och Patientnämnden).
Händelseanalysprocessen - Uppföljning av arbetsprocessen	4 gånger per år (halvår)	Egen uppföljning och NITHA (nationellt IT-stöd för händelseanalyser).

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Har vården varit säker

Här beskrivs identifierade områden som är relevanta inom organisationen och hur regionen arbetar med att förbättra dem.

Utredning allvarlig händelse som medfört eller kunnat medföra vårdskada

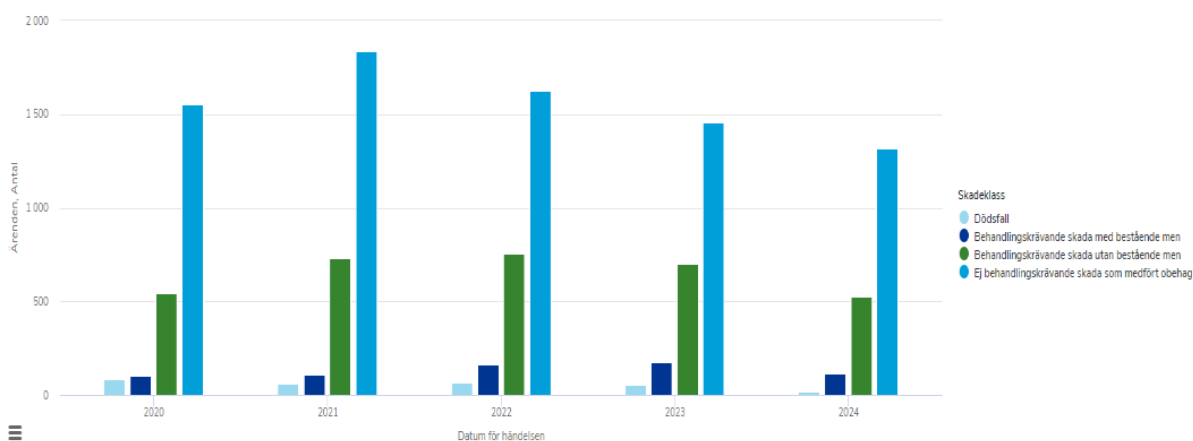
Vårdskador identifieras via;

- Rapporterade avvikelser.
- Inkomna klagomål och synpunkter
 - o Klagomål och synpunkter direkt till vårdgivaren
 - o Klagomål från IVO
 - o Patientnämndsärenden

Oavsett varifrån händelsen rapporteras dokumenteras alla rapporter och klagomål i regionens IT-stöd Synergi för avvikelshantering. Det är händelsens allvarlighetsgrad som avgör handläggning och utredning. Alla allvarliga händelser/tillbud ska gå till verksamhetschef för kännedom och bedömning hur händelsen ska utredas och om chefläkare ska kontaktas för bedömning om lex Maria-anmälan.

Under 2024 har 1 971 vårdskador rapporterats i avvikelshanteringssystemet Synergi. Det finns alltid en viss eftersläpning i handläggningen så 2024 års siffror är preliminära. Jämfört med tidigare år ses ingen avvikelse vad gäller antalet vårdskador.

Andelen allvarliga vårdskador (dödsfall och skador med bestående men) ligger 2024 på 6,6 procent, vilket är en liten minskning jämfört med tidigare år. De flesta vårdskadorna är lindriga och ger ringa eller inga bestående men.



Källa: Synergi dec 2024

Av 39 lex Mariaanmälningar dec 2023-nov 2024 har IVO i 16 ärenden begärt kompletteringarna på de inskickade utredningar. 2023 var det 25 kompletteringarna. Flertalet kompletteringar rörde brister i analysarbetet. Efter dialog med chefläkare, samordningsansvariga och händelseanalysledare har under 2024 påbörjats ett samarbete med att inför varje händelseanalys ha ett uppstartsmöte, med uppdragsgivare,

händelseanalysledare och chefläkare. Detta för att vid behov tydliggöra uppdraget, eventuellt komplettera informationen samt öka förståelsen för processen i verksamheten. Efter genomförd analys sker möte med samma deltagare för att avrapportera och kvalitetssäkra analysen. Under 2024 har händelseanalyser ersatt de flesta internutredningar. Dessa bägge förändringar har ökat kvaliteten i händelseanalyserna, och minskat antalet kompletteringar från IVO.

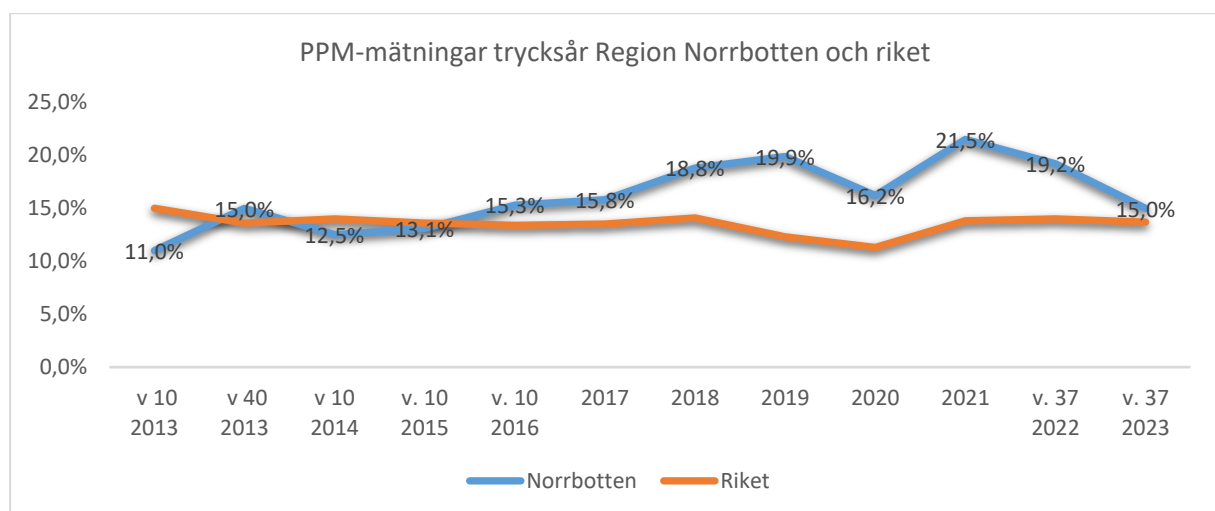
En stor andel äldre avvikelser har under året utretts och avslutats men det är fortsatt oroande att regionen har en mängd avvikelser i avvikelshanteringssystemet som är i registrerat läge. Vilket innebär att det är oklart om dessa avvikelserapporter har genomgått en första bedömning eller omhändertagits och allvarliga vårdskador/tillbud kanske inte har uppmärksammats.

Trycksår

De nationella punktprevalensmätningarna, PPM, via SKR har slutat genomföras under 2024, pga. övergripande politiska beslut. Därför redovisas nedan 2023 års mätning.

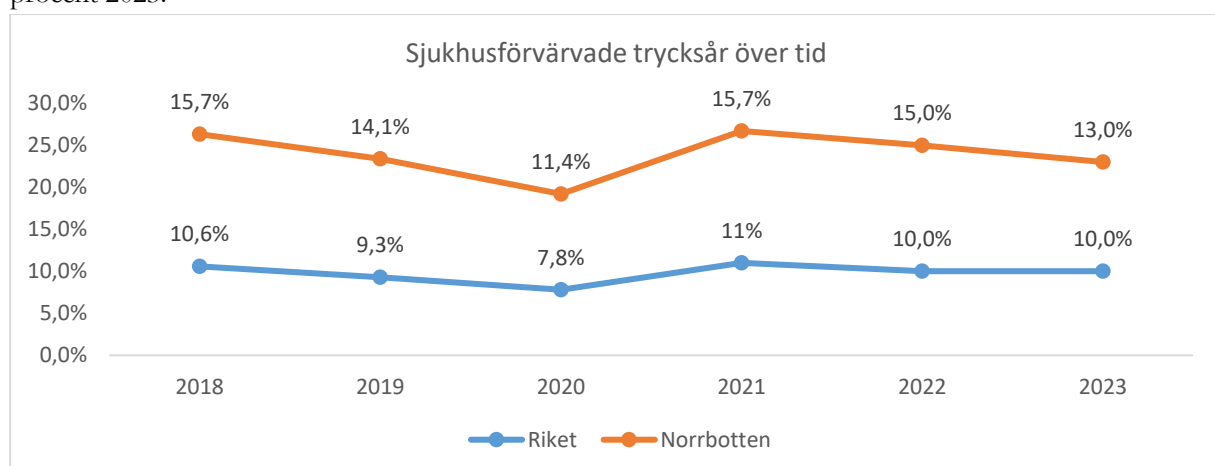
Mål: Förekomsten av trycksår ska årligen minska. Målet i handlingsplanen är att andelen trycksåren och andelen sjukhusförvärvade trycksår ska minska med 5 procent.

Resultat: På länets sjukhus hade 15 procent de inläggande patienterna trycksador eller trycksår vid 2023 års nationella mätning. I riket låg motsvarande siffra på 13,7 procent.



Källa: Nationell databas för punktprevalens-mätningar 2023

Andelen trycksår som uppkommit under sjukhusvistelsen låg på 15 procent 2022 och har minskat till 13 procent 2023.



Källa: Nationell databas för punktprevalens-mätningar 2023

Andelen kvinnliga patienter med trycksår låg på 13,2 procent och för männen låg andelen trycksår på 16,8 procent.

Analys av resultat: Andelen trycksår har minskat med fyra procent 2023. Andel sjukhusförvärvade trycksår har också minskat med 2 procent. Trycksår är ett av det större vårdskadeområdet i regionen. Män drabbas i större utsträckning vilket även observerats vid tidigare mätningar. Andelen patienter med risk för trycksår är hög i regionen jämfört med andra regioner vilket visar på vikten av tidig riskbedömning och insättande av förebyggande åtgärder.

Åtgärd: Fokus bör ligga på att i verksamheten höja kunskapen om trycksår och hur trycksår ska förebyggas, och att särskilja patienter med risk att utveckla trycksår. Men även att upptäcka trycksår hos patienter tidigt och genom rätt omhändertagande minska risk för att trycksåret blir värre, samt öka chans för att trycksåret läker.

Uppföljning av åtgärd: Trycksårsfrekvens, åtgärder och det förebyggande arbetet följs upp på verksamhetsnivå och diskuteras på arbetsplatsen för att utvärdera om effekt och trycksårsförekomsten minskar. På övergripande nivå inom regionen kommer arbete att påbörjas avseende nya mätmetoder för trycksår, när punktprevalensmätningarna nationellt upphört.

Vårdrelaterade infektioner

De nationella punktprevalensmätningarna, PPM, via SKR har slutat genomföras under 2024, pga. övergripande politiska beslut. Därför redovisas nedan 2023 års mätning.

Från nationellt håll rekommenderas regionerna att 2023 medverka i den europeiska punktprevalensmätningen av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning (ECDC PPM) vid akutsjukhus. Folkhälsomyndigheten koordinerade arbetet i dialog med Strama, Nationell samverkansgrupp patientsäkerhet (NSG patientsäkerhet), Vårdhygien och SKR. Mätningarna genomfördes under april-maj 2023 och 54 sjukhus deltog vid samtliga 21 regioner i Sverige.

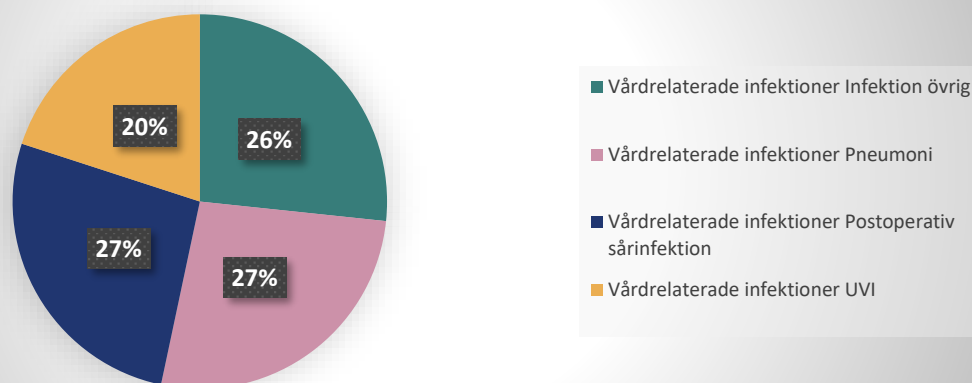
Mål: Regionens mål är att förekomsten av vårdrelaterade infektioner (VRI) ska minska med 5 procent. Senast uppmätta resultat var 14,2 procent VRI 2022.

Resultat: För Region Norrbotten genomfördes ECDC-mätning vid Sunderby sjukhus. Resultatrapport och analys är ännu inte färdigställd men preliminärt ses att regionens resultat speglar det nationella resultatet på drygt 11 procent patienter med en pågående VRI.

I de tidigare nationella PPM-mätningarna som omfattade hela regionen hade 14,2 procent av patienter en pågående VRI 2022.

I markörbaserad journalgranskning visar det senaste resultatet (2022) att VRI är den största vårdskadegruppen. Det var vårdrelaterade lunginflammationer som var den största vårdrelaterade infektionstypen. Andelen vårdrelaterade urinvägsinfektioner låg på samma nivå som tidigare resultat.

Vårdrelaterade infektioner från markörbaserad journalgranskning 2022



Källa: Databas Markörbaserad journalgranskning 2023

Analys av resultat: Vårdrelaterade infektioner (VRI) är det största vårdskadeområdet i regionen och området följs via mätningar, journalgranskning och via avvikelser. Det är vårdrelaterade urinvägsinfektioner och postoperativa sårinfektioner som är de vanligaste vårdskadeområden. Alla typer av VRI orsakar förlängd vårdtid. Upp till 50–60 procent av VRI bedöms vara undvikbara genom strikta basala hygien- och klädrutiner (BHK) och förebyggande åtgärder.

Orsaker som anges kunna öka förekomsten av VRI inom divisionerna är att det kan ha varit svårare att upprätthålla patientsäkerheten på grund av personalbrist på vissa ställen. Även omorganisationen anges kunna vara en bidragande orsak. Antalet VRI som registreras i avvikelshanteringssystemet är till antalet få vilket avviker från det som identifieras vid journalgranskning och mätning. Underrapportering bedöms vara en av orsakerna.

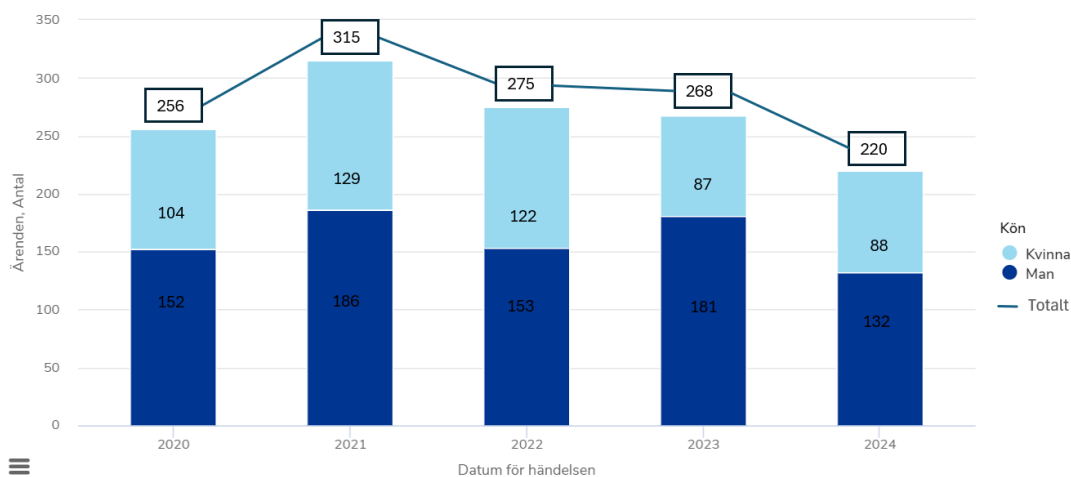
Åtgärd: Hög följsamhet till basala hygien- och klädregler. Riskbedöma och förebygga VRI med evidensbaserade åtgärder. Ny vägledning för vårdhygieniskt arbete är framtagen och behöver implementeras. Utbildning, kompetenshöjning för att kvalitetssäkra mätningarna och höja kunskapsnivån i verksamheten. Divisionerna beskriver att de ser ”Gröna korset” som ett viktigt verktyg för att förebygga vårdskador och identifiera patientsäkerhetsrisker.

Uppföljning av åtgärd: Inom regionen och divisionerna följs resultaten upp på olika nivåer. Uppföljning förekommer på verksamhetsområdesnivå samt vid tertialrapportering och i samband med patientsäkerhetsberättelsen. På övergripande nivå inom regionen kommer arbete att påbörjas avseende nya mätmetoder för VRI, när punktprevalensmätningarna nationellt upphört.

Fallskador

Mål: Minska antalet vårdskador på grund av fall hos patienter som är ineliggande på sjukhus. Målet för 2024 är då att antal fallskador 2024 ska vara mindre än föregående år vilket var 268 fallskador. Personer med risk för fall ska identifieras och förebyggande åtgärder sättas in.

Resultat: Totalt är det 220 fallskador registrerade i avvikelshanteringssystemet 2024. Av totalt antal fallskador var det 88 kvinnor och 132 män. Dock föreligger en viss fördröjning av antalet fallskador eftersom det fortfarande finns avvikelser som inte är handlagda och klassificerade.



Källa: Synergi december 2024

Analys av resultat: Fallskada är en vanlig orsak till lex Maria-anmälan. Antalet fallskador är något lägre jämfört med förra året. Under 2024 är det 6 fallskador som är föremål för en lex Maria anmälan. Det är 7 färre jämfört med föregående år. Den vanligaste bakomliggande orsaken till fallskador i utredningarna anges vara brister i kommunikation, information och delaktighet/medverkan av patient/närstående samt bristande tillsyn av patienten i kombination med hög arbetsbelastning

Åtgärd: Informations- och utbildningsmaterial finns framtaget. Införandet av SeUpp-Ronder och utbildning i att riskbedöma och förebygga fall beskrivs pågå i verksamheterna. I regionen ses flest fallskador inom verksamhetsområde internmedicin/rehabilitering/geriatrik.

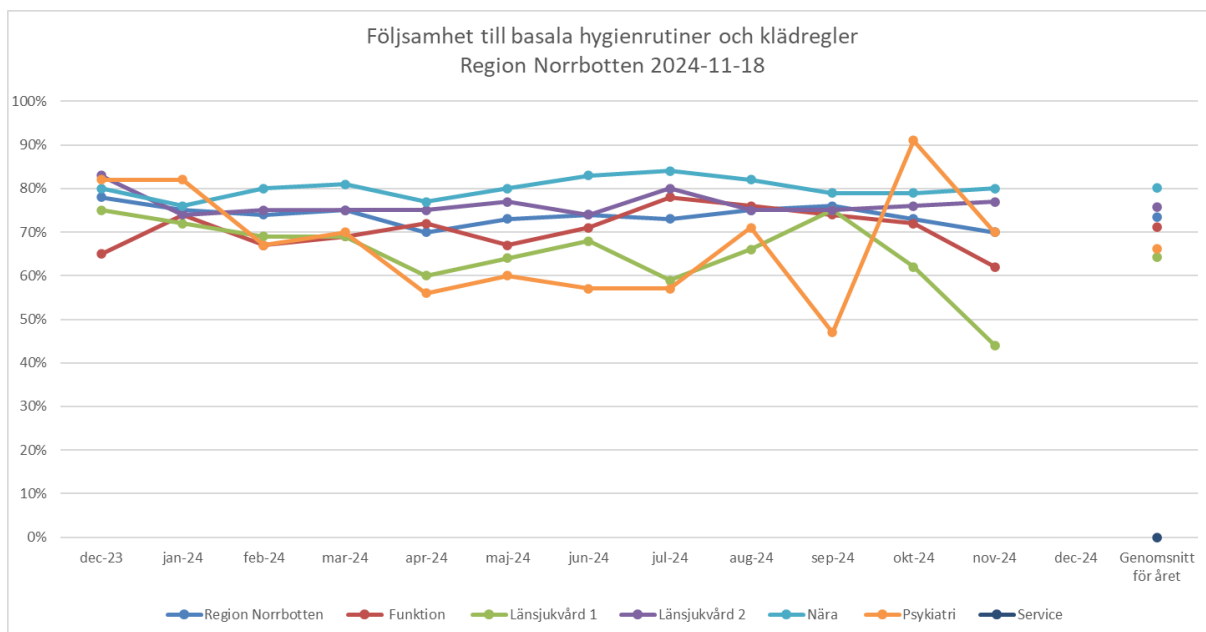
Uppföljning av åtgärd: Viktigt att ha tätare uppföljning av avvikelser, riskbedömningar och insatta förebyggande åtgärder.

Månadsmätningar av följsamhet till basala hygien- och klädregler

Mål: Andel mätande enheter ska öka och följsamhet ska öka med minst 10 procent mot målet 100 procent.

Resultat: Andelen enheter som deltagit i månadsobservationerna var i genomsnitt 72% under 2024, med en variation mellan 50–80%. 50% var i juli, övriga månader mellan 66–80%. Andel mätande enheter ligger ganska konstant runt 70% de senaste tre åren.

Tabellen nedan visar på följsamhet till BHK per division och månad under januari 2024-november 2024. Samt regionövergripande siffror samma tid.



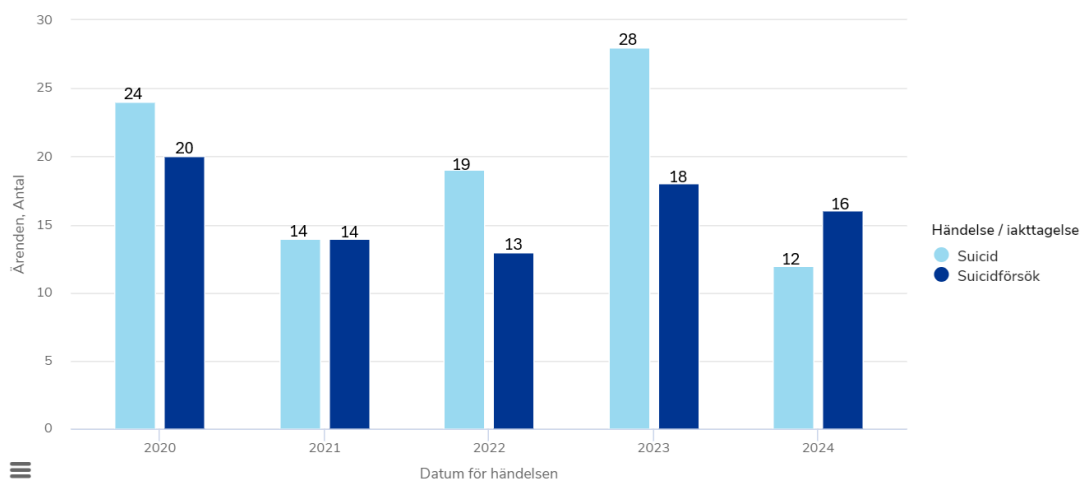
Källa: Databas för månadsmätningar Region Norrbotten, december 2024

Åtgärder: Under året har arbetet med att kvalitetssäkra de interna månadsmätningarna fortgått. Resultat av månadsmätningarna presenteras på ett standardiserat sätt i ledningsgrupper. Alla verksamheter har nu minst ett hygienombud och dessa har fått intern utbildning samt genomgått vårdhandbokens test.

Uppföljning åtgärder: Uppföljning månadsvis, regiondirektörens rapport, per tertial och till patientsäkerhetsberättelsen.

Suicid och suicidförsök

Mål: Minska antalet suicid och fortsätta utreda vårdnära suicid.



Källa: Synergi december 2024

Resultat: Antalet lex Maria anmälningar för suicid är 8 st. år 2024. Detta är en minskning från föregående år då antalet Lex Maria anmälningar för suicid låg på 18 st.

Åtgärder: Sedan 2022 har regionen påbörjat ett långsiktigt och uthålligt arbete med målet att minska antalet suicid i länet. I den länsgemensamma handlingsplanen suicidprevention Norrbotten 2022–2030, har länets 14 kommuner och Region Norrbotten tillsammans med flertalet brukarorganisationer utarbetat länets första gemensamma suicidpreventiva handlingsplan.

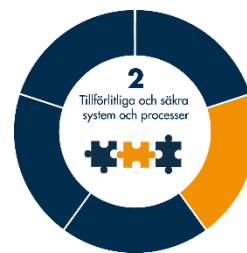
Uppföljning av åtgärd: Arbetet med implementeringen av den Läns-gemensamma suicidförebyggande handlingsplanen har påbörjats och en tidsplan har upprättats för de olika stegen, implementeringsarbetet sträcker fram till 2026. Fokusområden inom barn- och ungdomspsykiatri har under året varit strukturerad suicidriskbedömning, säkerhetsplan, orosanmälan, vårdplan samt ökad samverkan vilket är en viktig del i det suicidpreventiva arbetet. Verksamheten har även under året utarbetat ett suicidpreventivt vårdprogram för barn- och ungdomspsykiatri.

Suicidriskutbildning är obligatorisk för medarbetare inom psykiatri. Utbildningssatsningar på olika nivåer i region, kommun och allmänheten har genomförts– även dessa långsiktiga och uthålliga och ska återkomma flera år framåt.

Akutomhändertagande, mobila akuta psykiatriska team fortsätter samarbetet och åker på samverkanslarm som rör suicid. Under året har samverkan med vårdgrannar utökats och uppdraget inkluderar nu också barn- och ungdomspsykiatriens patienter.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Nedan beskrivs identifierade områden som är relevanta inom organisation och hur regionen arbetar för att förbättra dem.

Ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbetet

Utifrån föreskriften om kvalitetsledningssystem (SOSFS 2011:9), har ett regionövergripande ledningssystem införts i Region Norrbotten. Ledningssystemet omfattar inte bara patientsäkerhet utan i ledningssystemet ingår även de övriga säkerhetsområdena.



Det är ett pågående arbete att utarbeta och uppdatera ledningssystemet. Under 2024 har detta arbete till viss del fått stå, när bl a införande av det nya journalsystem, Cosmic, tagit mycket tid från många enheter. Att helt implementera ledningssystemet till medarbetare är också ett pågående arbete.

Avvikelsehanteringsprocessen

Region Norrbotten använder sig av avvikelsehanteringssystemet Synergi Life för att dokumentera avvikelser vilket är en del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Kontaktpersoner i varje division har tillsatts med uppdrag att fånga upp frågeställningar i verksamheten samt informera, utbilda och bistå avvikelseansvariga vid statistikuttag och rekrytering av objektspecialist är inledd. Ett fokusområde har varit att omhänderta äldre avvikelser och handlägga dessa enligt gällande rutiner.

Integreringen av regionens personalkatalog iHSAk och Synergi har delvis pausats under året eftersom regionen under året bytt journalsystem. En integrering kommer att innebära förbättrad registervård samt vara resursbesparande då det medför att användare till viss del läggs upp/tas bort automatiskt vid nyanställning och/eller avslutad anställning. Fortfarande kvarstår dock en viss manuell handläggning vid registervården även efter att integreringen är genomförd.

Dialoger med berörda är har inletts för att undersöka möjligheterna till att lyfta över systemet i en molnlösning i samband med en uppgradering till en nyare version.

Information, rutiner och anvisningar är uppdaterade för att kvalitetssäkra avvikelsehanteringen i regionen.

Patientrelaterade avvikelser

Totalt antal patientrelaterade avvikelser uppgår 2024 till 8 026 varav 7 172 (89 procent) av dessa avvikelser är avslutade, jämfört med 2023 då det registrerades 8 436 patientrelaterade avvikelser varav 8 176 är avslutade (97 procent).

Status	Ärenden, Antal
● Registrerat	239
● Bearbetning	615
● Avslutat	7 172
Summa 8 026	

Källa Synergi december 2024

Utredning av allvarliga händelser i samband med Lex Maria

Enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) och föreskriften om Lex Maria (HSLF-FS 2017:40) ska utredning och Lex Maria-anmälan göras skyndsamt efter att en allvarlig vårdhändelse inträffat.

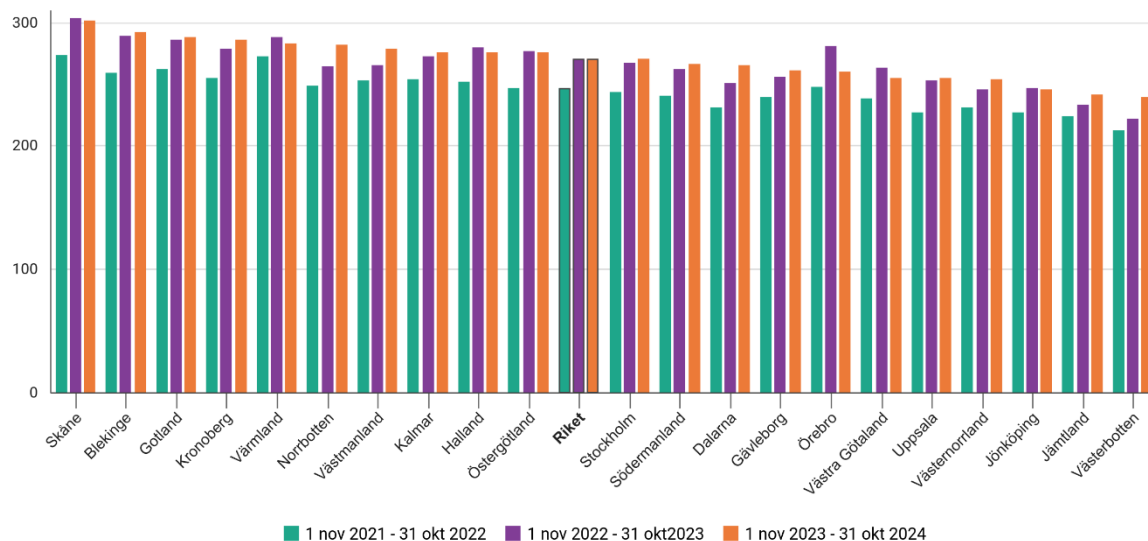
Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Om-fattning	Källa
Alla Lex Maria-ärenden ska registreras som en avvikelse	Uppfyllt; 2022; 98% 2023; 100% 2024; 100%	Handläggningen av lex Maria ärenden i avvikesystemet har förbättrats	Information och utbildning	Uppföljning per tertial och till PS-berättelsen.	Region Norrbotten	Synergi
Handläggningstider för utredningar enligt Lex Maria ska hållas (2 månader) och kvalitén för händelseanalyser förbättras.	Handläggningstid inom två månader. 2022; 17% 2023; 23% 2024; 5% Medelutredningstid i månader. 2022; 7 2023; 6,2 2024; 6,2	Utredningstiderna förbättras. Fortfarande behov av analysledare.	Fortsatt arbete med översyn av arbetssätt. Information och utbildning.	Uppföljning per tertial och till PS-berättelsen.	Region Norrbotten	Synergi och egen uppföljning av ledtider
Antalet kompletteringar på Lex Maria anmälningar ska minska	Antalet kompletteringar. 2022; 20 2023; 26 2024; 16	Kompletteringar minskar	Fortsätta förbättra kvalitén på utredningar.	Uppföljning per tertial och till PS-berättelsen.	Region Norrbotten	Egen uppföljning.

Antibiotikaförskrivningen

Mål; 250 recept per 1000 innevånare

Resultat: För öppenvårdsförskrivning används antalet antibiotikarecept per 1000 invånare och år som ett mått, där har det svåruppnåeliga målet varit 250. Under pandemin nådde hela landet detta mål och för kalenderåret 2021 var siffran för Norrbotten historiskt låga 223. Nu stiger siffran åter till prepandemisk nivå och var 278 för 12-månadersperioden oktober 2023-september 2024.

Försäljning efter region och löpande 12-månadersperiod. Recept per 1000 inv, J01 exkl metenamin



Källa: Bilden visar förskrivning av antibiotika (antal recept), Folkhälsomyndigheten dec 2024

Analys: I öppenvården ökning i paritet med landet i övrigt. I slutenvården har Norrbotten varit topp-4 i landet vad gäller att använda mest antibiotika per capita de senaste åren till och med 2022. För 2023 redovisas dock inga nationella data varför jämförelsen uteblir.

Åtgärder: Från den Nationella arbetsgruppen (NAG) för Strama kom hösten 2023 nya riktlinjer för formella resurser för Stramaarbete där det finns gott om utrymme för ökning. Infektionskliniken behövs för stöd i antibiotikaanvändningen i slutenvård. Kvartalsvisa rapporter från infektionsverket går ut till antibiotikaansvariga läkare i framför allt öppenvården. Övergripande statistik redovisas en gång per år via Smittskyddets Smittsant och via årliga mötet med antibiotikaansvariga.

Suicidbedömning

Strukturerad suicidbedömning ingår i ett systematiskt sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete som ska vara en naturlig del av patientmötet i primärvården.

I Division Nära är målet att antal/andel patienter med misstänkt depression eller ångestsyndrom som genomgått en strukturerad suicidbedömning ska öka.

Resultat: Under perioden januari 2024 till oktober 2024 hade 5% av patienter med diagnos misstänkt depression i primärvården, fått en åtgärds kod för strukturerad suicidsbedömning. Föregående år var motsvarande siffra 8% och året innan 4%.

Analys av resultat: Förutsättningen för uppföljning av andel strukturerade suicidbedömningar är att den kopplas till rätt sökord i journalsystemet. Det finns en risk att detta inte alltid utförs korrekt och att statistiken därför inte blir tillförlitlig. Under året har det pågått lokala arbeten med att se över och implementera dokumentationsrutiner. Nytt journalinformationssystem under 2024 kan eventuellt påverka utfallet.

Åtgärd: Enheterna arbetar med åtgärder för att säkerställa ex korrekt dokumentation och ökad kunskap.

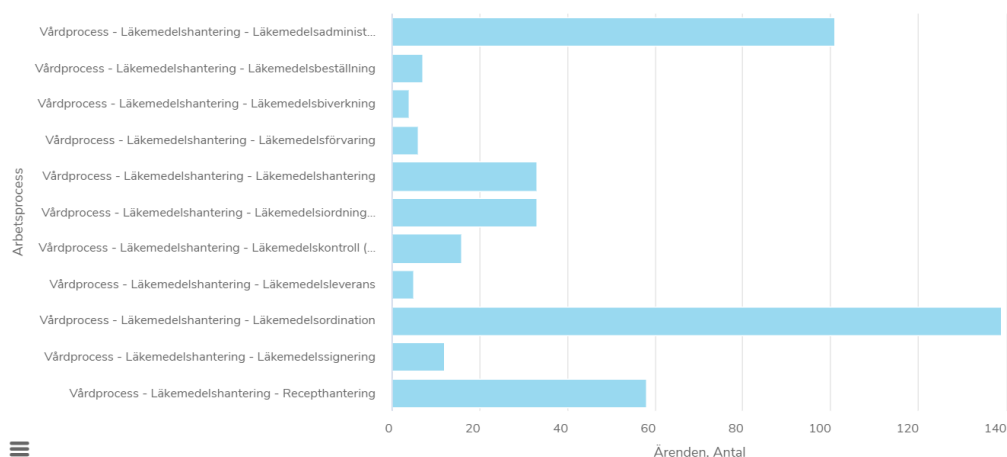
Uppföljning: Uppföljning sker tertial- och årsvis.

Läkemedelshantering

I Region Norrbottens läkemedelsplan finns en övergripande målsättning att regionen ska ha rätt läkemedelsanvändning. Detta innebär att läkemedelsanvändningen ska vara medicinskt ändamålsenlig, säker och jämlik med fokus på värde för patienten. Den ska också vara kunskapsbaserad, resurseffektiv och långsiktigt värdeskapande.

Genomgående utgör brister inom läkemedelsordination, iordningställande och administrering, de vanligaste avvikelserna i sjukvårdens läkemedelshantering.

Bilden visar antal avvikelser per ärendekategori för läkemedel



Källa: Synergi december 2024.

Vårdgivaren ska som ett led i egenkontrollen, enligt 4 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37), säkerställa att hanteringen av läkemedel regelbundet genomgår en extern kvalitetsgranskning. I Region Norrbotten är det beslutat att kvalitetsgranskningen ska utföras en gång per år. Intervallet kan glesas ut till vartannat år för hälsocentraler och mindre läkemedelstunga mottagningar på sjukhus. Syftet är att följa upp att fullgod patientsäkerhet samt arbetssätt enligt föreskrifter och rutiner, upprätthålls i sjukvårdens läkemedelshantering.

Verksamheten genomgår och följer upp årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. Området utvecklas och följs upp av Vårdsäkerhetsenheten team Läkemedel i samråd med verksamheterna.

Kvalitetsgranskningens syfte är att ge verksamheten ett verktyg för att själva fånga upp och åtgärda avvikelser mot gällande författning och rutiner, samt att bidra till ökad patientsäkerhet genom att identifiera och belysa risker i arbetssätt och rutiner.

Granskningen kan även bidra till kostnadseffektiv läkemedelshantering samt förbättrad arbetssituation för vårdpersonalen.

Säker vård här och nu

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



Är vården säker idag?

Regionen ska sträva mot en god säkerhetskultur, en hög medvetenhet, förmåga och flexibilitet på alla nivåer i att uppmärksamma och agera på störningar och minska risken för att patienter drabbas av vårdskador (Patientsäkerhetsplan, 2020).

Vårdprevention

Riskbedömningar av patienter med risk för fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen och undernäring ska ske vid inskrivning och vid utskrivning. För de personer som bedöms vara i riskzonen ska minst två förebyggande åtgärder sättas in. Riskbedömning och förebyggande åtgärder ska dokumenteras. Dokumentation mäts vid in- och utskrivningen från regionens vårdadministrativa journalsystem (VAS). Resultatet kan följas upp på olika nivåer i regionens ”Uppföljningsportal”.

I genomsnitt är det cirka 49 procent av riskpatienterna som får en riskbedömning vid inskrivningen och 46 procent en riskbedömning vid utskrivningen.

Riskområde	Andel Riskbedömningar									
	Inskrivning					Utskrivning				
	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024
Fall	60 %	60 %	54%	55 %	56 %	49 %	50 %	48 %	49 %	51 %
Munhälsa	38 %	37 %	32 %	35 %	36 %	31 %	31 %	29 %	31 %	33 %
Trycksår	63 %	67 %	55 %	56 %	57 %	51 %	51 %	48 %	54 %	55 %
Undernäring	52 %	51 %	46 %	46 %	47 %	43 %	43 %	42 %	42 %	44 %

Källa: Uppföljningsportalen/Verksamhetsstatistik/Riskbedömningar 2024

Fallrisk den vanligaste identifierade risken hos patienter som vårdas inom slutenvården, 42%. Därefter kommer risk för trycksår med 23% och undernäring 22%. Andelen patienter inom slutenvården med risk för problem med munhälsan är 15%.

Underbemanning i vården

Divisionerna belyser att personalbristen inom vården påverkar patientsäkerheten negativt. Detta medför bland annat att vårdavdelningar tvingas minska på/stänga antalet vårdplatser, så att vården kan bedrivas patientsäkert på avdelningarna. Minskade vårdplatser innebär en överbelastning på akutmottagningarna. Detta blir ett stort problem för arbetsmiljön och för patientsäkerheten. I oktober genomförde enheten patientsäkerhet en PIR (patientsäkerhetsrond i realtid) på akutmottagningen i Sunderbyn, och flertalet patientsäkerhetsrisker påvisades genom denna. Svårt sjuka patienter blir kvar på akutmottagningen ibland flera dygn, med ökade patientsäkerhetsrisker. Ökad risk för trycksår, undernäring och ökad fallrisk kunde belysas, liksom att vården upplevdes otrygg och osäker av både patienter, anhöriga och vårdpersonal.

Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

I regionens Patientsäkerhetsplan (2020) står att risker ska identifieras och analyseras för att stärka beredskap och hitta åtgärder för att förebygga vårdskador.

I regionen består riskhanteringen av att rapportera risker i det dagliga arbetet, och att göra riskbedömningar för att identifiera patienter med risk för vårdskador för att förebygga och sätta in förebyggande åtgärder. Att identifiera och handlägga legitimerade yrkesutövare som utgör en risk för patientsäkerheten är också viktigt för att förhindra vårdskador. Att genomföra riskanalys för att upptäcka patientsäkerhetsrisker och risk för vårdskada är av vikt.

Risker ska rapporteras i avvikelshanteringssystemet och allvarlighetsgraden bedömas. Utifrån allvarlighetsgraden hanteras risken enligt regionens anvisning för riskhantering/rutin för riskanalys. I regionens ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete finns anvisning och rutin för hur risker, riskindivider ska hanteras och hur riskanalys ska genomföras. Den metod som används vid riskanalys är Healthcare Failure Mode Effect Analysis (HFMEA).

Verktyg för riskhantering

Risker identifieras via;

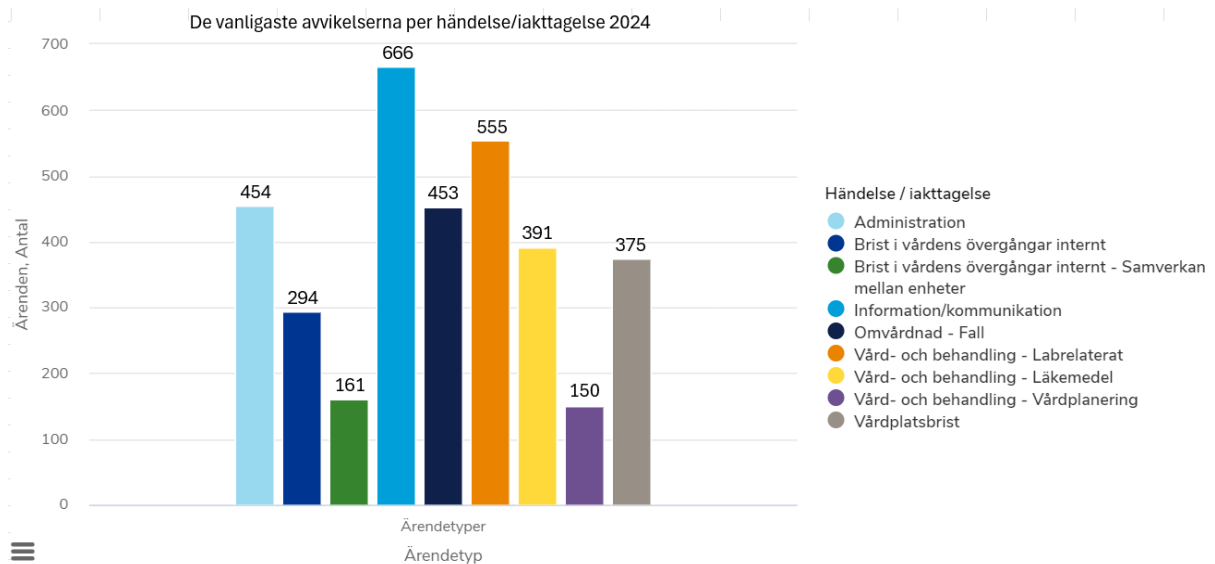
- Förbättringstavlor på enhetsnivå/divisionsnivå och andra visuella verktyg (Gröna korset).
- Risker registrerade i avvikelshanteringssystemet.
- Lex Maria ärenden, patientnämndsärenden, klagomål och synpunkter inkomna från patient/närstående och från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- Lärdomar av genomförda tillsynsärenden av IVO och revisionsrapporter.
- Patientenkäter
- Riskbedömningar vid sjukhusinläggning, på patienter 70 år eller äldre samt övriga patienter med särskild risk via omvårdnadsanamnesen i regionens journalsystem. Riskbedömningen omfattar patienter med risk för fall, trycksår, UVI, blåsöverfyllnad, ohälsa i munnen och undernäring.

Bedömnings-/riskbedömningsskalor som stöd i den kliniska bedömningen;

- National Early Warning Score (NEWS och NEWS2).
- Löfs checklista för säker kirurgi.
- Riskbedömningsstödet R2 för Folkvandvården är en bedömning av individens riskprofil för att utveckla sjukdomar i munnen värderas vid varje undersökning.
- Inom Division Psykiatri har samtliga slutenvårdsavdelningar under 2024 fortsatt arbetet med implementering av Safewards. Syftet med Safewards är att skapa god, trygg och säker psykiatrisk heldygnsvård genom kunskap, förståelse och samverkan. Modellen identifierar sex riskområden som kan leda till konfliktbeteenden och begränsande åtgärder. Genom social gemenskap, hur man pratar med och om patienter samt stöd vid känslor och svåra situationer är tanken att förebygga riskområden så att dessa inte leder till risksituationer

Inrapporterade risker i avvikelshanteringssystemet

Resultat; 2024 finns 643 allvarlighetsbedömda risker rapporterade. Fortfarande finns 1000 rapporter som inte är allvarlighetsbedömda för 2024. Andelen risker bedömda som katastrofala har minskat från föregående år.



Källa; Synergi, december 2024

Flest risker identifieras inom följande områden:

- Vård och behandling
- Information/kommunikation
- Läkemedel
- Administration/dokumentation
- Labrelaterat

Som bakomliggande orsak anges;

- Avsteg från rutiner/instruktioner/bruksanvisning
- Bristande/avsaknad av kommunikation/samarbete
- Ouppmärksamhet
- Bristande bemanning
- Bristande tillgång till vårdplats

Analys resultat: Andelen allvarligare risker minskar något men övervägande delen av riskerna är måttligt eller mindre allvarliga. Det finns 1000 rapporterade risker som inte är omhändertagna för 2024 vilket kan innebära en förskjutning av antalet bedömda risker och allvarlighetsgrader. Men en hög riskrapportering ökar möjlighet att arbeta proaktivt genom att vidta förebyggande åtgärder.

Åtgärder: De rapporterade riskerna behöver omhändertas så allvarliga risker identifieras.

Uppföljning resultat: Återkommande uppföljning av inrapporterade risker.

Risikanalys

På uppdrag av regiondirektören har en övergripande risikanalys utförts ur ett patientsäkerhetsperspektiv, inkluderat informationssäkerhet, IT-säkerhet och cybersäkerhet utifrån införandet av det nya journalsystemet Cosmic.

De flesta divisioner har gjort risikanalys inför semesterperioden inför sommaren, på grund av nerdragningar av olika skäl och inför nytt journalsystem Cosmics införande.

Ytterligare risikanalys genomförda i divisionerna finns att läsa i divisionernas patientsäkerhetsberättelser.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



I vilken mån förbättras system och arbetssätt utifrån tillgänglig information

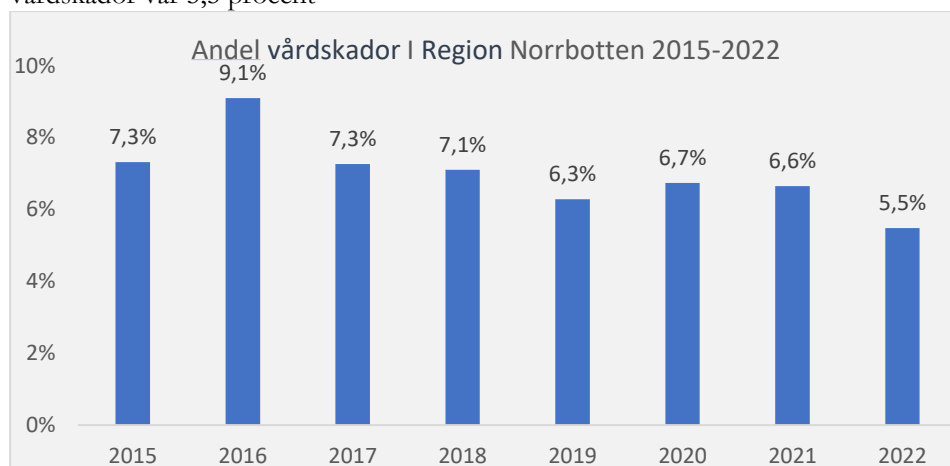
I regionens Patientsäkerhetsplanen (2020) är målet att regionen ska använda information från olika källor för att analysera och sprida lärande av erfarenheter för att utveckla patientsäkerheten.

Markörbaserad journalgranskning sluten somatisk vård

Sedan 2024 så har den nationella markörbaserade journalgranskningen via SKR upphört, därför presenteras 2022 års resultat. 2023 genomfördes ingen markörbaserad journalgranskning.

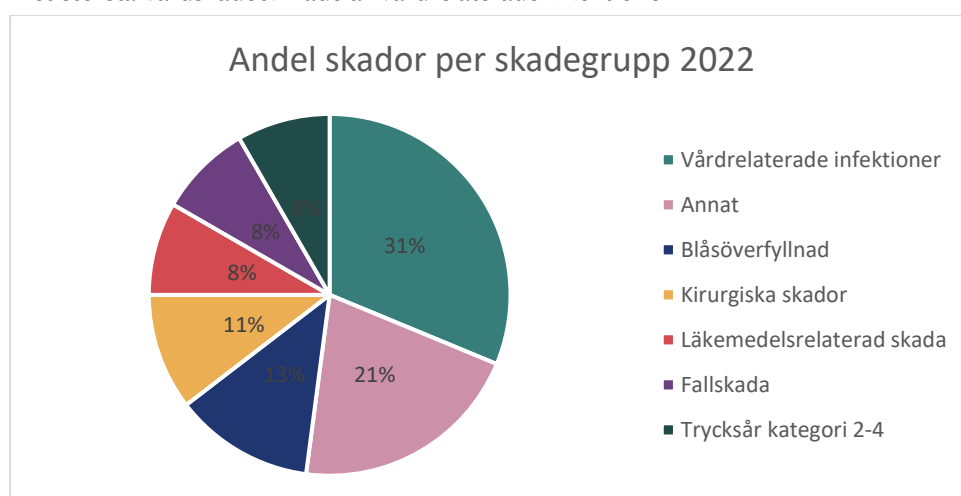
Mål: Andelen vårdskador ska minska och vara <6,5 procent. Granskningen ska också bidra till att öka kunskapen om vårdskador samt bidra till utveckling.

Resultat: Totalt granskades 660 vårdtillfällen 2022. Andelen patienter som drabbades av en eller flera vårdskador var 5,5 procent



Källa: Nationell databas för Markörbaserad journalgranskning 2023

Det största vårdskadeområde är vårdrelaterade infektioner.



Källa: Nationell databas för Markörbaserad journalgranskning 2023

Åtgärder: Resultat är sammanställt och har återrapporterats i kunskapsstyrningsrådet hösten 2023. Resultatpresentationer är publicerad i regionens ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Uppföljning av åtgärder: På övergripande nivå inom regionen kommer arbete att påbörjas avseende nya mätmetoder när markörbaserad journalgranskning nationellt via SKR upphört.

Lex Maria

Resultat: Under dec 2023 till nov 2024 har 39 anmälningar enligt Lex Maria gällande allvarlig händelse gjorts inom Region Norrbotten. 2023 var det 43 anmälningar enligt Lex Maria i regionen.

Vanliga orsaker till Lex Maria anmälan är suicid och suicidförsök, fallskada, försenad eller fördröjd diagnos av olika anledningar samt försenad eller fördröjd behandling av olika anledningar.

Åtgärd: Återrapportering sker i regiondirektörens rapport till styrelsen. Men behov finns av återkoppling även på divisions- och verksamhetsnivå.

Uppföljning åtgärd: Lex Maria handlingsplanen följs upp ca sex månader efter att lex Maria beslutet kommit. För övrigt sker uppföljning via avvikelshanteringssystemet och egen uppföljning.

Tillsynsärenden

Mål: Tillsynsärenden från Inspektion för vård och omsorg (IVO) ska ingå i det systematiska patientsäkerhetsarbetet, bidra till lärandet, registreras och dokumenteras i regionens avvikelshanteringssystem.

Resultat: Under 2024 inkom två nya tillsynsärenden. Sammanlagt genomfördes fyra tillsyner 2024 från IVO.

- Nationell tillsyn för att granska tillgänglighet, jämlik vård, personcentrerad vård, dokumentation vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete inom mödra- och förlossningsvård. Inkom 2023, men fortsatte 2024.
- Nationell tillsyn med syfte att förstärka och utveckla tillsynen av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck. Inkom 2023, fortsatte 2024.
- Tillsyn av psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård i syfte att bidra till en mer personcentrerad och rättssäker vård och omsorg inom den psykiatriska tvångsvården. Tre inrättningar inom regionen granskas. Inkom 2024.
- Nationell tillsyn av primärvården i syfte att främja omställningen till god och nära vård samt att uppmärksamma och förebygga patientsäkerhetsrisker. Tre verksamheter inom regionens upptagningsområde granskas. Inkom 2024.

Åtgärder: Alla tillsynsärenden registrerats som identifierade risker i avvikelshanteringssystemet för att kunna följas upp och ingå i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Uppföljning resultat: Uppföljning av identifierade risker och utvärdering av åtgärder via avvikelshanteringssystemet.

Löf-ärenden

Regionen tar del av den statistik Löf tar ut på anmälda ärenden. Alla ärenden från Löf ska registreras i regionens avvikelshanteringssystem och ingå i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Resultat: Tabellen nedan visar antalet anmälningar hos Löf 2017-sept 2024 för all verksamhet i Region Norrbotten. Siffrorna är ganska konstanta samtliga år 2017–2023. 2024 års siffror indikerar att Löf håller på att handlägga de allra flesta av dessa anmälningar.

Anmälningår	Skadeår	Totalt antal	Ersatta	Ej ersatta	Under handläggning
2017	1978-2017	479	214	265	0
2018	1991-2018	478	213	265	0
2019	1996-2019	476	212	264	0
2020	1992-2020	464	217	244	3
2021	1955-2021	490	219	266	5
2022	1990-2022	479	190	281	8
2023	2008-2023	516	174	276	66
2024 (tom 30 sept)	1985-2024	379	33	66	280

Källa: Löf dec 2024

Avvikelser

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

Region Norrbotten har som mål att avvikelser ska användas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och utgöra underlag för förbättringar. Avvikelse är positivt och det ses som ett tecken på hög säkerhetskultur när hälso-, sjuk- och tandvårdspersonalen rapporterar avvikande händelser. Avvikelse rapporteras och handläggs i regionens IT-stöd Synergi Life. I ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbete finns regionens anvisning för systematiskt patientsäkerhetsarbete som beskriver medarbetarnas rapporteringsskyldighet, handläggning, ansvar och roller. Alla medarbetare ska ha möjlighet att rapportera men även ha kunskap om rapporteringsskyldigheten och som stöd för detta finns ett utbildningsstöd på regionens webb.

Varje enhet har själv möjlighet att ta ut sina egna resultat från avvikelshanteringssystemet. Återkoppling till rapporterande medarbetare sker automatiskt via IT-stödet för avvikelshantering när avvikelser är handlagda. Målsättningen är att enhetens avvikelser även lyfts på arbetsplatsträffar för att skapa lärande.

Mål: Avvikelse ska användas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Resultat: Antalet registrerade patientrelaterade avvikelser har totalt minskat till och med 2023. För 2024 är siffrorna preliminära men det förväntas inte ske stora förändringar i den trenden som ses, vilket pekar på att antalet patientrelaterade avvikelser minskar. Området vårdskada (negativ händelse) motsvarar 22 procent av antalet inkomna avvikelser för år 2024. För tillbud är det 24 procent och för område risk ligger andelen avvikelser på 20 procent. Kön kan endast registreras när vårdskador inträffar vilket innebär att under året har kvinnor förekommit i 52 procent av händelserna och män i 44 procent.

Inom området vård- och behandling återfinns flest avvikelser totalt 3162 där labrelaterade, läkemedel och vårdplaneringar utgör de flesta.

Klagomål och synpunkter

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

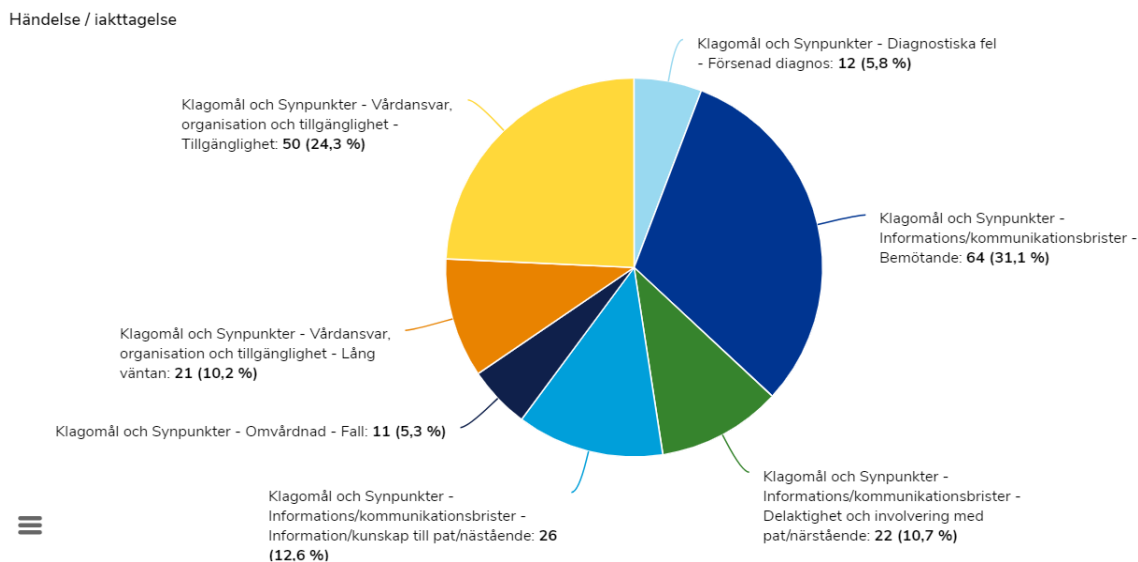
Alla klagomål och synpunkter ska registreras och handläggs i regionens IT-stöd Synergi för avvikelshantering oavsett varifrån de kommer.

- Via webbformulär på 1177.se samt Norrbotten.se
- Via Patientnämnden
- Från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som en begäran om handlingar eller meddelande att klagomålet överlämnas till vårdgivaren
- Via brev eller mejl (funktionsbrevlåda avslutades maj 2024)

- Direkt till vårdpersonalen eller vid telefonkontakt

Resultat: I Synergi finns det totalt 807 avvikelser inom klagomålsprocessen registrerade 2024, men dessa siffror kommer troligen att förändras vartefter verksamheterna handlägger avvikelser som ligger i registreraläge. Av de klagomål som registrerats i avvikelshanteringssystemet 2024 är den vanligaste kategorin på klagomålet brister i information/kommunikation, följt av tillgänglighet.

Under 2024 har regionens revisorer granskat klagomålsprocessen vilket innebär att fokusområden, brister och samverkansformer genomlysas.



Källa Synergi december 2024

Klagomål inkomna till Patientnämnden

Under perioden november 2023-oktober 2024 inkom 811 ärenden till patientnämnden som gällde regionfinansierad vård samt kommunal hälso- och sjukvård. Ärendeströmningen har minskat något jämfört med tidigare period november 2022-oktober 2023 då antalet ärenden uppgick till 851 stycken. Som tidigare år gäller en majoritet av ärendena kvinnor (64 procent).

Störst andel synpunkter och klagomål återfinns i huvudkategorin *Vård och behandling* som utgör 44 procent av ärendena, följt av ärenden som gäller olika brister i kommunikation (20 procent) och tillgänglighet (12 procent). Det har inte skett någon större förändring från föregående period gällande fördelningen av ärenden mellan de olika huvudkategorierna.

Patientnämnden har under perioden särskilt följt ärendeströmningen inom huvudkategorin *Vårdansvar och organisation*, där en fortsatt ökning av ärenden kan ses. Dessa ärenden handlar främst om upplevelsen av bristande samverkan mellan olika vårdenheter, vårdgivare, huvudmän som slutenvård, primärvård eller kommuner. Ärendena handlar också om att patienters upplevelse av behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet inte har tillgodosetts. Detta indikerar att en god och nära vård ännu inte återspeglas fullt ut i dessa patienters erfarenheter.

Klagomål och synpunkter som inkommer till patientnämnden leder till förbättringar i hälso- och sjukvården, vilket kan utläsas av vårdens svar. Patientnämnden har under perioden noterat att vården vidtagit åtgärder på individnivå i 271 ärenden och på övergripande nivå i 244 ärenden. Exempel på vidtagna åtgärder är förändrade rutiner, översyn av bemanning, uppföljande samtal med patient eller närstående, återbetalning av patientavgifter och vidare utredning eller remiss.

Patientnämnden har som målsättning att handläggningstiden för patientärenden ska vara sex veckor. Detta innebär att patienten från det att anmälan inkommit ska få ett svar från vården. Under perioden har 66 procent av patientärendena besvarats inom sex veckor. Motsvarande siffra för föregående period var 61 procent. Patientnämndens handläggningstid påverkas till största del av att vårdverksamheterna inte alltid hinner med att svara inom den angivna svarstiden på fyra veckor.

Under perioden har patientnämnden förordnat stödpersoner till samtliga 25 patienter som har ansökt om det. Stödpersonens roll är en mycket viktig del av det psykiska välbefinnandet hos patienterna. Det är därför viktigt att det finns god tillgång på stödpersoner för att tillgodose alla patienters behov. Patientnämnden noterar ett ökat behov av att rekrytera fler stödpersoner framöver för att säkerställa fortsatt god tillgång.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som *resiliens*.



Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Regionen ska identifiera och analysera risker för att stärka beredskap och hitta åtgärder för att förebygga vårdskador.

Läkemedelsgenomgång och läkemedelsstöd

Läkemedelsgenomgångar och läkemedelsstöd i sjukvården grundar sig på författningen HSLF-FS 2017:37 11 Kap och syftar till att länets patienter ska få rätt läkemedelsbehandling när de behöver den. En läkemedelsgenomgång innebär kartläggning av patientens samtliga ordinerade och använda läkemedel i syfte att säkerställa en korrekt och aktuell läkemedelslista. Det finns två olika läkemedelsgenomgångsmodeller, enkel läkemedelsgenomgång och fördjupad läkemedelsgenomgång.

Mål; Region Norrbotten har som mål att 50 procent av patienterna i primärvården, som är 75 år eller äldre och har minst fem läkemedel, ska ha fått en journalförd läkemedelsgenomgång per år.

Resultat; Under perioden oktober 2023 till oktober 2024 hade 45% av patienter över 75 år med minst fem läkemedel, under året fått en journalförd läkemedelsgenomgång. Det är en ökning från föregående år då motsvarande siffra var 39%. Tio hälsocentraler uppnår målvärde på 50 procent. Samma period föregående år uppnådde endast tre hälsocentraler målvärdet. Sammantaget ses en betydande förbättring gällande läkemedelsgenomgångar under 2024.

Analys: Förutsättningen för uppföljning av andel genomförda läkemedelsgenomgångar är att den kopplas till rätt sökord i journalsystemet. Det kan finnas en risk att detta inte alltid utförs och att statistiken därför inte blir tillförlitligt. Mättet anger inte heller hur och vilken kvalitet genomgången haft. Under året har ett fortsatt arbete pågått med att öka kunskap och säkerställa rutiner för dokumentation. Genomförda läkemedelsgenomgångar är viktiga för patientsäkerheten vid patientens alla kontakter med vården.

Åtgärd: Information och utbildning om hur läkemedelsgenomgångar ska journalföras på korrekt sätt kommer att fortsättas arbetas vidare med. Nytt journalinformationssystem under 2024 kan påverka utfallet, oklart hur.

Uppföljning: Uppföljning tertial- och årsvis. Enheterna arbetar med åtgärder för att säkerställa t ex. korrekt dokumentation och ökad kunskap.

Fördjupade läkemedelsgenomgångar

För att förbättra patientsäkerheten i läkemedelsanvändningen, hos de patientgrupper där behovet är störst, genomför vårdssäkerhetsenhetens apotekare, i samarbete med läkare och annan berörd personal, fördjupade läkemedelsgenomgångar på sjukhusens vårdavdelningar samt i primärvården. En fördjupad läkemedelsgenomgång innebär att problemen med läkemedelsbehandlingen uppmärksammas strukturerat och att åtgärdsförslag tas fram med syfte att förbättra patienternas livskvalitet samt förebygga sjukhusinläggning och andra vårdåtgärder.

Resultat: Under året har apotekare tillsammans med ansvarig läkare genomfört fördjupade läkemedelsgenomgångar på tre vårdavdelningar och på äldreboenden knutna till tre hälsocentraler.

Sammanlagt 434 patienter har fått en fördjupad läkemedelsgenomgång. Förra året genomfördes 572 fördjupade läkemedelsgenomgångar på både sjukhusavdelningar och i öppenvården.

Analys: Sedan pandemiutbrottet 2020 har antalet fördjupade läkemedelsgenomgångar med apotekare sjunkit drastiskt till följd av omdirigering av arbetsuppgifter för vårdsäkerhetsenhetens apotekare. Under 2023 såg vi en ökning. Den minskning vi ser under 2024 kan framför allt kopplas till införandet av nya journalsystemet Cosmic som krävt mycket apotekarresurser.

Åtgärder: Fortsatt arbete under 2025 samt öka antalet fördjupade läkemedelsgenomgångar med apotekare.

Läkemedelsberättelse

Riktlinjerna för läkemedelsberättelse grundar sig på författningen (HSLF-FS 2017:37 11 Kap §15 och §16). läkemedelslista med en läkemedelsberättelse som beskriver syfte och mål med läkemedelsbehandlingen, eventuella ordinationshandlingar och vad patienten kan förvänta sig för resultat. Vid dokumentation i journalsystemet ska läkemedelsberättelsen kopplas till ett sökord för att bli sökbar

Mål: 80% av andel utskrivna patienter i målgruppen 75 år och äldre med mer än 5 läkemedel, som fått en läkemedelsberättelse.

Resultat: För de två första tertialerna år 2024 uppgick antal patienter med sökbar läkemedelsberättelse i journalen till 6896 vilket motsvarar 71% av målgruppen, jämnt fördelat mellan könen.

Analys av resultat: Andelen har minskat med 1% jämfört med föregående år. Målet är 80% innebär detta att regionen inte uppfyllt målet för detta år. Förekomsten av läkemedelsberättelse i journalen varierar stort beroende på inom vilken verksamhet vården skett.

Åtgärd: Försatt uppföljning.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utmaningar

Utvecklingen mot en säker vård sker stegvis. För att ta nästa steg måste utvecklingen bygga på det goda arbete som bedrivs samtidigt som hänsyn måste tas till de utmaningar och förändringar som vården står inför.

- En stor utmaning för kommande år blir att fortsätta rekrytera personal med rätt kompetens och utbildning samt att bibehålla den personalen som redan finns. Om alla tjänster är tillsatta i regionen innebär detta också att alla vårdplatser kan öppnas. Dessa bägge aspekter skulle innebära en väsentligen ökad patientsäkerhet.
- Nytt journalsystem har införts under slutet av 2024 i regionen. Ökade patientsäkerhetsrisker med nytt journalsystem som inte är fullt ut integrerat med övriga system, och delvis förutsätter nya arbetssätt för medarbetare.
- Det nationella stödet med gemensamma nationella uppföljningar och databaser för mätningar upphörde 2024. Regionen behöver utveckla nya verktyg för uppföljning och egenkontroll. Utvecklingen av nya metoder och verktyg inom patientsäkerhetsområdet, ställer ökade krav på kompetens, kunskap och utbildning inom patientsäkerhetsområdet på alla nivåer. Framst finns behov av förbättrade uppföljningssystem för att på ett överskådligt sätt kunna visualisera resultat och trender inom både området patientsäkerhet och vårdkvalitet. Involvera patienter och närstående i patientsäkerhetsarbetet. Detta arbete har dock få stå tillbaka under senare stor del av 2024, pga. införandet av Cosmic har tagit stora resurser. Arbetet sattes igång i slutet av 2024, och kommer att fortgå under 2024.

- På olika organisatoriska nivåer ha kompetens och resurser för analysarbete som kan stödja verksamheten i att ta ut resultat för att kunna arbeta med förbättringsarbeten.
- Den snabba medicinska och tekniska utvecklingen med nya behandlingsmetoder och ny medicinsk teknik, ökad digitalisering och e-hälsa innebär att nya risker måste identifieras och hanteras.
- Att alltid integrera det systematiska patientsäkerhetsarbetet i förändringsarbeten inom regionen.
- Ekonomiska förutsättningar och avvägningar mellan olika mål och olika typer av vårdinsatser och patientgrupper.
- Att i befintlig organisation kunna hitta arbetssätt och en hållbar struktur för att uppfylla de krav som finns på utredningar av allvarliga händelser/tillbud samt förkorta handläggningstiderna. Detta för att framåt öka både effektivitet och kvalitet vid utredningar av allvarliga händelser.
- Det riskförebyggande arbetet måste stärkas och gå mot en hög riskmedvetenhet där risker följs upp, analyseras och struktur finns för att snabbt agera på risker. Bättre uppföljning krävs för att få överblick över aktuella risker och för att sprida lärandet.
- Det finns stor förbättringspotential gällande verksamheternas arbete med årlig egenkontroll av vårdhygienisk standard och egenkontroll av det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Mål och strategier 2024

Mål handlingsplan för patientsäkerhet

Område	Mål
Vårdrelaterade infektioner	Delmål 2024 minska med minst 5 procent
Fallskador	Minska med 5 procent (lex Maria anmälda fallskador)
Följsamheten till basala hygien- och klädföreskrifter (BHK)	100 procent. Delmål 2024 öka följsamhet med i genomsnitt 10 procent
Andel trycksår hos ineliggande patienter och sjukhusförvärvade trycksår	Andelen trycksår ska under 2024 minska med minst 5 procent.
Vårdpreventivt arbete (fall, trycksår, blåsöverfyllnad, munhälsa och undernäring)	Andelen riskbedömningar av personer med risk ska öka med 20 procent. Minst två förebyggande åtgärder till patienter med risk för trycksår ska vara insatta.
Suicid	Visionen är noll suicid. Bidra till att för 2024 ska antalet suicid minskas i jämförelse med föregående år.
Patientmedverkan	I varje händelseanalys ska det tydligt framgå hur patienters/närstående engagemang och åsikter tagits tillvara.

Planerade aktiviteter 2025

- Genomföra analys av patientsäkerhetsarbetet med verktyget ”[analysverktyget för patientsäkerhet](#)”. Ett analysverktyg för att implementera den nationella handlingsplanen och för att identifiera och kunna prioritera insatser.
- Fortsätta verka för att höja kunskap och kompetens inom patientsäkerhetsområdet och implementera Socialstyrelsens nationella utbildning webb-utbildning ”[Säker vård](#)” på chefs- och ledarnivå.

- Verka för att utveckla metoder och verktyg i patientsäkerhetsarbetet med fokus på förbättrade uppföljningssystem för att på ett överskådligt sätt kunna visualisera resultat och trender inom både området patientsäkerhet och vårdkvalitet.
- Följa upp och stötta arbetet med att öka följsamheten till basala hygien- och klädföreskrifter och höja andelen mätande enheter. Arbeta för ett webbaserat system som underlättar för de mätande enheterna.
- Bistå med hjälp vid implementeringen av Vägledningen för vårdhygieniskt arbete.
- Uppdaterar handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet och fortsätta implementeringen av regionens Patientsäkerhetsplan (2020) som bygger på ”Socialstyrelsens handlingsplan för patientsäkerhet 2020–2024. Under vården 2025 kommer Socialstyrelsen att uppdatera handlingsplanen. Då kommer regionen att uppdatera den lokala handlingsplanen för patientsäkerhet.
- Öka patient- och närståendemedverkan i patientsäkerhetsarbetet med fokus på händelseanalyser.
- Förbättra egenkontroll av hygienisk standard och egenkontroll av det systematiska patientsäkerhetsarbetet.
- Fortsatt arbete med att utveckla ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbete samt följa upp och förbättra patientsäkerhetsprocesserna med fokus på att minska handläggningstider för lex Maria ärenden och höja kvaliteten på utredningar, avvikelser och klagomålsärenden.

Bilaga Strålskyddsbokslutet

[Bilaga 1. Regionens Strålskyddsbokslut 2024](#)

Divisionernas patientsäkerhetsberättelser 2024

[Division Funktion](#)

[Division Länssjukvård 1](#)

[Division Länssjukvård 2](#)

[Division Nära Folktandvård](#)

[Division Nära Primärvård](#)

[Division Psykiatri](#)

Referenser

[Region Norrbottens Patientsäkerhetsplan, \(2020\).](#)

[Region Norrbottens Handlingsplan för patientsäkerhet 2022–2023.](#)

[Socialstyrelsens handlingsplan ”Agera för säker vård”, \(2020\).](#)