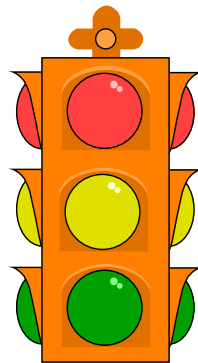




Patientsäkerhetsberättelse för Norrbottens läns landsting

År 2015



Datum 2016-02-29

Veronika Sundström, Landstingsdirektör

Innehållsförteckning

<u>Sammanfattning</u>	<u>2</u>
<u>Övergripande mål och strategier</u>	<u>3</u>
<u>Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet</u>	<u>3</u>
<u>Struktur för uppföljning/utvärdering</u>	<u>6</u>
<u>Uppföljning genom egenkontroll</u>	<u>8</u>
<u>Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet</u>	<u>10</u>
<u>Samverkan för att förebygga vårdskador</u>	<u>17</u>
<u>Risikanalys</u>	<u>18</u>
<u>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet</u>	<u>19</u>
<u>Klagomål och synpunkter</u>	<u>20</u>
<u>Sammanställning och analys av klagomål och synpunkter</u>	<u>21</u>
<u>Samverkan med patienter och närstående</u>	<u>24</u>
<u>Resultat</u>	<u>25</u>
<u>Övergripande mål och strategier för kommande år</u>	<u>31</u>

Sammanfattning

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

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

Landstinget har sedan 2008 deltagit i nationella mätningar och därmed satt fokus på patientsäkerhetsarbetet. Arbetet har medvetandegjort vikten av att följa basala hygienrutiner och klädregler, att hålla hög städskvalitet, göra riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring och munhälsa samt depressioner som kan leda till ökad självskadebeteende. Införandet av kommunikationsmodellen SBAR/Teach-back pågår och förväntas leda till en säkrare överrapportering, kommunikations- och informationsöverföring.

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

Riskbedömningar och riskanalyser genomförs i det dagliga arbetet men även i arbetet med avvikelshantering. Utbildning i patientsäkerhet har genomförts i en av divisionerna och förväntas leda till en ökad riskmedvetenhet.

Under året har en regional patientsäkerhetskonferens arrangerats i landstinget. Konferensen hette ”Patients säkerhet – vårt ansvar” och syftet var att inspirera verksamheterna i det systematiska patientsäkerhetsarbete.

Fokus på följsamhet till åtgärdspaket vårdrelaterade urinväginfektioner och blåsöverfullnad visar på positiva resultat. Patient- och närståendes medverkan ökar successivt och arbetet med en handlingsplan kopplat till strategin för patient- och brukarmedverkan ska påbörjas i samverkan med Kommunförbundet Norrbotten.

Patientsäkerhetsarbetet styrs till stor del genom hög följsamhet till avvikelshanteringsprocessen, engagerad ledning på *alla* nivåer samt medarbetarnas allt bättre kompetens inom patientsäkerhetsområdet. Landstinget har som en åtgärd inriktat mot ledningen engageman, startat med att genomföra patientsäkerhetsronder. Medarbetarnas vilja att göra rätt bidrar till att patientsäkerheten har satts högt på agendan.

Övergripande mål och strategier

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

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

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

Den röda tråden i lanstingets styrdokument leder till patientsäkerhetsmålet som är att succesivt minska antalet vårdskador.



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

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

För att nå målet att succesivt minska antalet vårdskador har landstinget identifierat områden med delmål och aktivitet;

- Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete ska utvecklas och användas för att planera, leda och följa upp verksamheten. Brister i avvikelshanteringsprocessen ska säkerställas och åtgärdas.
- Patienter och närståendes medverkan i patientsäkerhetsarbetet ska öka.
- Vården ska präglas av en patientsäkerhetskultur som kännetecknas av patienters, närståendes, chefer, ledare och medarbetares delaktighet och medverkan.

- Vårdrelaterade infektioner ska upptäckas, riskbedömmas och förebyggas.
- Svårbehandlande infektioner och resistensutvecklingen av multiresistenta bakterierna ska minskas.
- Vårdskador och risker för vårdskador ska identifieras och förebyggas genom vårdpreventivt arbetssätt.
- Överbeläggningar och utlokaliserade patienter ska minska.
- Kunskap och kompetens inom patientsäkerhet förbättras på alla nivåer inom landstinget.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Landstingsfullmäktige

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

- *Styrdokument: Strategisk plan*

Landstingsstyrelsen

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

- *Styrdokument: Landstingsstyrelsens plan*

Landstingsdirektören

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

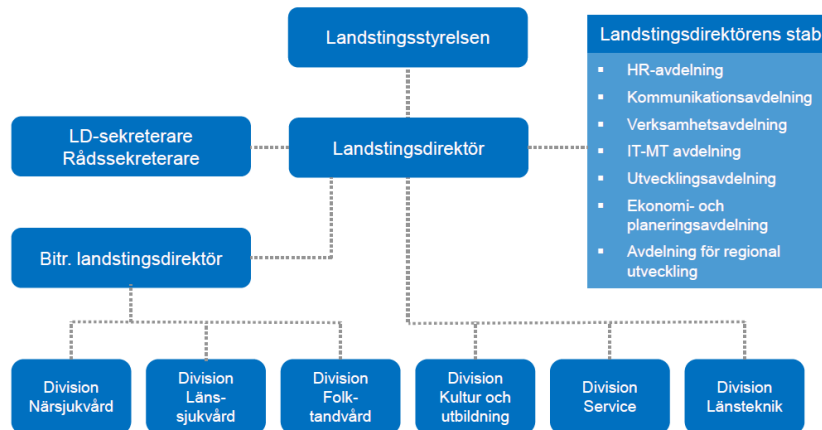
Landstingsdirektörens stab består av fem avdelningar med olika inriktningar inom hälso-, sjuk-, och tandvård. Stabernas uppdrag är att stödja landstingsdirektören i styrning och ledning och har ett funktions- och samverkansansvar inom respektive område gentemot linjeorganisationen.

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

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

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

Driftsorganisation



Patientsäkerhetsrådet

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

Exempel på arbete i patientsäkerhetsrådet:

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

Chefläkarkollegiet

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

Läkemedel

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

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

Styrgrupp läkemedel ett beslutande landstingsövergripande forum. Styrgruppen ansvarar bl.a. för att mål och uppföljning finns i med verksamheternas verksamhetsplaner.

Samverkan och stödfunktioner

Landstingets lokala Stramagrupp, Patientnämnden, Vårdhygien, förvaltningsgruppen för avvikelshantering, Infektionsverktyget, Läkemedelssenhetsen, Smittskydd, Hälsoinformatik, Informationssäkerhet, Vårdadministrativa system, Service och Allmän säkerhet utgör samarbetspartners/stöd och har ett nära samarbete med patientsäkerhetsrådet.

Divisionschef

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

Länschef/Närsjukvårdschef/Verksamhetschef

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

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

Lokala nätverk i patientsäkerhet

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

Exempel från verksamheten;

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

Hälso-, sjukvårds- och tandvårdspersonalen

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

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet utgår från landstingets ledningssystem. I ledningssystemet finns rutiner som ska utgöra ett stöd för uppföljning och utvärdering. Strategin för patientsäkerhet anger strategiska områden och i handlingsplanen för patientsäkerhet beskrivs aktiviteter och mål inom de olika områdena. Handlingsplan för patientsäkerhet ligger till grund för förbättringsaktiviteter baserade på den systematiska uppföljningen. Förbättringsarbeten kan även initieras i patientsäkerhetsrådet eller på divisions-/verksamhets-/enhetsnivå utifrån resultat som kontinuerligt återkopplats under året. Divisionerna kan samverka och gemensamt besluta att genomföra förbättringsarbeten.

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

Vårdskador identifieras och registreras enligt landstingets generella riktlinjer för avvikelshanteringsprocessen. Uppföljning av vårdskador sker även genom sammanställning och analys av resultat från markörbaserade journalgranskning hel- och halvår. Ärenden inkomna från Inspektionen för vård och omsorg (IVO), lex Maria och Patientnämnden återkopplas och följs upp.

Säker läkemedelshantering; Uppföljningsparametrar som mäter säkerhetsnivån i läkemedelsprocessen är avvikelser inom läkemedelshanteringsprocessen, kvalitetsgranskning av läkemedelshantering och andel personer i riskgrupper med läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse.

Trycksår, fall, undernäring och munhälsa följs upp via Senior alert, punktprevalensmätningar och genom journalgranskning. Förutom nationella mätningar följs förekomst av trycksår varje kvartal. Resultaten analyseras och återkopplas i ordinarie linjeorganisation.

Antibiotikaföreskrivning analyseras av Strama Norrbottens läns landsting (Strama NLL) månatligt. Återkoppling till verksamheten ske via utsedda antibiotikaansvariga läkare och till styrgrupp läkemedel, patientsäkerhet samt till landstingsdirektören. En kontinuerlig utvärdering av insatsernas effektmål sker via Strama NLL med stöd från Smittskyddsläkaren, Vårdhygien, Mikrobiologiska laboratoriet, Infektionssektionen samt Läkemedelsenheten.

Exempel från divisionerna;

- I division Länssjukvård finns tre utskott. I omvårdnadsutskottet redovisa processresultat på mikronivå för att identifiera behov av förbättringsområden.
- Inom division Närsjukvård redovisas ett flertal mål och resultat på divisionens webb i uppföljningsportalenen PLUse.
- Folktandvårdens ledningssystem utgör grunden för hur verksamheten ska leda, planera följa upp och utvärdera tandvården.
- Inom division Länsteknik följs vårdavvikelserna upp av utsedda avvikelseansvariga och via särskilda teknikronder och säkerhetsdialoger i samarbete med vårdverksamheten.

Uppföljning genom egenkontroll

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

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

Anpassa och utveckla ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete

- Handläggningstider för avvikelser
- Utrednings- och handläggningstider lex Maria ärenden
- Uppföljning av avvikelserregistrering kopplat till lex Maria ärende och enskildas klagomål
- Egenkontroll av vårdskador avseende kvalitét utredning

God patientsäkerhetskultur

- Patientsäkerhetberättelsen
- Uppföljning av avvikelser avseende antal och kvalitét.
- Egenkontroll av utförda utbildningsinstater exempelvis patientsäkerhetsutbildning mot patientsäkerhetssamordnare i Närsjukvården.
- Under 2015 genomfördes en pilot patientsäkerhetsrond

Patient- och närståendemedverkan

- Landstinget har sedan 2011 varit anslutet till Nationell Patientenkät. Syftet med enkäten är att använda resultaten i det egna förbättringsarbetet. Under våren 2015 har mätningar genomförts inom primärvård för femte gången och akutmottagning för andra gången.

Vårdrelaterade infektioner ska upptäckas, riskbedömmas och förebyggas.

- Nationell punktprevalens mätning Vårdrelaterade interjektioner (VRI) och följsamhet till basala hygien- och klädpolicy (BHK)
- Månadsmätningar BHK och vårdrelaterade urinvägsinfektioner.
- Vårdhygien har under 2015 utarbetat ett underlag för egenkontroll av vårdhygienisk standard inom folktandvården som en del av verksamheternas kvalitets – och ledningssystem.
- Vårdhygien har genomfört riktade vårdhygieniska ronder inom slutenvården och kommunala vård- och omsorgsboenden i kommunerna som en del av verksamheternas kvalitets – och ledningssystem.
- Egenkontroll inom städverksamheten dagligen utifrån checklista och sex internkontroller per år av enhetschef.

Antibiotika förskrivningen

- Stramgruppen har följt upp och analyserat det lokala resistensläget i öppen- och slutenvård månadsvis.
- Infektionsverktyget; Ett mindre antal verksamheter tar ut rapporter ur verktyget men än är inte kvaliteten det bästa.

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

- Antal, typ och allvarlighetsgrad för avvikelser

- Markörbaserad journalgranskning genomförs på landstingsövergripande nivå, klinisk nivå och inom psykiatriska verksamheter
- Nationell punktprevalens mätning trycksår en gång per år och förekomst trycksår varje kvartal
- Förekomst av urinkatetrar följs varje månad.
- Säker läkemedelshantering; Verksamheterna genomför uppföljning av upprättande lokala rutiner för läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse på relevanta vårdenheter samt följer upp i vilken utsträckning detta görs. Ansvarig är verksamheterna via verksamhetsutvecklarna.
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering i landstingets verksamheter sker via egenkontroll med checklista samt besök med genomgångar från Läkemedelshanteringsgruppen.

Överbeläggningar

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

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

- Enkätuppföljning och utvärdering av patientsäkerhetsutbildning inom närsjukvården.
- Enkätuppföljning av landstingets patientsäkerhetskonferens

Övrigt

Exempel från divisionernas arbete;

- Folkandvården; Samtliga kliniker ska årligen gå igenom checklistan protokoll för självgranskning av ledningssystemet som ett led i utvärderingen av det systematiska kvalitetsarbetet. Checklistan är uppdelad i olika delar med frågor som berör medarbetare/lokal ledning. Om man inte klarar kraven inom något område rapporteras detta till Folkandvårdens ledning. Om flera kliniker har problem inom samma område görs handlingsplaner för hela divisionen
- Länssjukvården; Bild och funktionsmedicin genomför kontroll av följsamhet till rutiner för patientstrålskydd som gonadskydd, kontroll om eventuell graviditet samt hur kompression vid ländryggsröntgen tillämpas rapporteras in till Strålskyddmyndigheten varje månad.
- Länsteknik; Inom verksamhetsområdet Medicinsk Teknik sker uppföljning av kvalitetsaktiviteter kontinuerligt samt årsvis vid uppföljning av kvalitetsplan.
- Närsjukvården; Aktiv klinikledning med möte 3 ggr/vecka. Två korta och ett långt för att följa rutiner och avvikelser. Händelseanalysgrupp med deltagare från alla enheter som har uppdrag att utreda och föreslå förändringar. Bevakning av rutiner och analys av dessa vid avvikelser, ifall de behöver förändras.
- Service; En gång per år gör miljökontoret i respektive kommun anmälda eller oanmälda kontroller för att se att samtliga avdelningar har ett egenkontrollprogram och att rutinerna efterlevs.

Nationella kvalitetsregister och öppna jämförelser

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

Tillsyn inom patientsäkerhetsområdet

Under året har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomfört 10 tillsyner.

Verksamhet	Antal av tillsyn
Landstingsövergripande	1
Uppföljning åtgärder av tillsyn av patientsäkerheten i samband med anställning av läkare med vikariatsförordnande enligt SOSFS 2000:6	1
Primärvård	3
NLL:s patientsäkerhetsarbete för Arjeplogs och Arvidsjaurs HC.	1
Samverkan kommun-landsting SIP	1
Tillsyn av uppföljningen gällande SIP vid HC, Gällivare	1
Rättspsykiatri	2
Användandet av elektroniska tjänster för patienter	1
Tillsyn gällande tillgång till specialistsjukvård och specialistläkare	1
Psykiatri	2
Tillsyn av psykiatri i Piteå gällande kompetens och bemanning	1
Tillsyn av gemensam bakgrundslinje	1
Barn- och ungdomspsykiatri Kiruna	1
Samarbete kommun-landsting	1
Ambulanssjukvård	1
Tillsyn av patientsäkerheten vid beslut om förändrad vårdnivå vid ambulanssjukvården Kiruna	1
Medicin-Rehab	1
Missförhållanden i vården, GVE sjukhus	1
Totalsumma	11

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Anpassa och utveckla ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete Strategi för patientsäkerhet

En patientsäkerhetsstrategi för landstinget beslutades mars 2015. Till strategin har en handlingsplan tagits fram. Syftet med strategin och handlingsplanen är att stödja det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Förbättra patientsäkerhetskulten i organisationen.

Utifrån handlingsplanen för patientsäkerhetskultur har följande aktiviteter under 2015 genomförts;

1. *Högsta ledningens stöd*; I december 2015 genomfördes landstingets första patientsäkerhetsrond (pilottest) vid Tandvårdens Kompetenscenter barnspecialiteter i Luleå. Ronden var givande enligt representanter för högsta ledningen och den besökta verksamheten. Återkoppling av resultat har i ledningsgrupper på olika nivåer ökat och både landstingsdirektör och landstingsstyrelsen efterfrågar resultat.
2. *Arbetsbelastning och stress*; Vårdnära service är ett pilotprojekt som har pågått sedan oktober 2014 och syftar till att identifiera uppgifter inom vården som servicepersonal kan utföra för att i förlängningen frigöra vårdpersonal till vård. Under 2015 har projektet utökats från sex till åtta avdelningar vid två sjukhus i länet med totalt 33 anställda. HR-sidan har arbetat strategiskt med rekrytering på bred front vad gäller hälso- och sjukvårdspersonal. Landstinget träffar studenter på sjuksköterskeprogrammet under olika perioder och alltid de som läser sista terminen, termin sex. Landstinget är ute och träffar högstadies- och gymnasieungdomar i ett strategiskt perspektiv. Ett arbete med att skapa strukturer kring kompetensväxling och hur kompetens ska tillvaratas

hos nyanlända pågår för att ytterligare säkerställa en optimalt bemanning.

3. *Brister i Avvikelsehanteringsprocessen*; IT-stödet Synergi för patientrelaterade avvikelser har uppgraderas i mars 2015. I den nya versionen finns ett förbättrat gränssnitt samt möjligheten att konfigurera uppföljning av resultat med en så kallad "Dashboard". En översyn av avvikelsehanteringsprocessen och avvikelseorganisationen är genomförd under 2015 som lett till en ny anvisning för avvikelsehanteringsprocessen. Som stöd i processen för avvikelseansvariga har en ny roll "avvikelsehandläggare" tagits fram. Syftet är att höja kvalitén och effektivisera processen.

Landstinget medverkar i en nationell arbetsgrupp som arbetar med rekommendationer för patientsäkerhetskulturmätningar samt utvecklingen av en gemensam enkät patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Öka patient- och närståendemedverkan

Patient- och brukarmedverkan

En gemensam strategi för Patient- och brukarmedverkan har tagits fram och är beslutad 2015. Den har utarbetats i samarbete med kommunerna. Syftet är att genom samverkan på flera nivåer och mellan huvudmännen, stärka och stimulera ökad patient- och brukarmedverkan i vård och omsorg i Norrbotten. Målet är att patienter och brukare medverkar aktivt på individ-, verksamhets- och systemnivå för att uppnå ökad kvalitet, effektivitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst, utifrån patientens/brukarens perspektiv.

Etik och bemötandefrågor

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

Etikombud finns sedan 2011. De erhåller fortlöpande utbildning i vårdetik samt har regelbundna nätverksträffar. Med sin kunskap och kompetens kan de på ett systematiskt sätt identifiera, analysera och lyfta fram etiska frågeställningar och etiska problem på sin arbetsplats. De underlättar värdegrundsarbetet och höjer den etiska medvetenheten och kompetensen hos sina kollegor, och därmed höjs även patientsäkerheten i svåra etiska situationer. De etiska ombuden är nu 140 till antalet och fördelade över alla verksamheter.

Ett etiskt råd beslutades 2013 att införas av landstingsstyrelsen. Det övergripande målet med det etiska rådet är att etiska frågor är förankrade och integrerade såväl i styrning som i hela vårdverksamheten inom Norrbottens läns landsting. Det etiska rådet är ett rådgivande organ, utan beslutsfunktion. Det etiska rådet är tvärprofessionellt och representerar olika verksamheter och olika geografiska områden inom Norrbottens läns landsting.

1177 vårdguiden

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

Journal via nätet

Under 2015 har förberedelser genomförts för införandet av journal via nätet. Förberedelserna har bestått i ett stort antal dialoger med verksamheten och framtagande och beslutande av regelverk. Bland annat har en informationsfilm producerats; [Jeanette om journal via nätet](#)

Tolkning på distans för hörselskadade

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

Minska andelen vårdrelaterade infektioner (VRI)

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

Följsamhetsmätningar och PunktPrevalensMätningar (PPM)

Följsamhetsmätningar till basala hygienrutiner och klädregler har genomförts en gång i månad inom öppen- och slutenvård. Under året har merparten av klinikerna inom Folktandvården kommit igång och patienthotellet har påbörjat införandet av följsamhetsmätningarna och kommer att medverka i 2016 års nationella mätningar.

Landstinget har deltagit i de nationella punktprevalensmätningarna för vårdrelaterade infektioner och följsamhet till basala hygienrutiner.

Förbättringsarbete

Under 2014-2015 har divisionerna Läns- och Närsjukvård arbetat med fokusområde vårdrelaterade urinvägsinfektioner och blåsoverfyllnad. Utbildningar, nätverksträffar och månadsmätningar av andelen patienter med urinkateter och urinvägsinfektioner har fortsatt under 2015 och görs varje månad. Läns gemensamma rutiner är framtagna och implementering pågår.

Exempel från verksamheten;

- Uppvakningsenheten i Sunderbyn har infört Gröna korset (visuell metod) för att dagligen följa hur ofta det förekommer att patienter har blåsoverfyllnad > 500 ml.

Vårdhygien

Under 2015 har en rutin för handläggning av MERS CoV virus i enlighet med folkhälsomyndighetens rekommendationer utarbetats och reviderats och uppdaterats vissa vårdhygieniska handlägningsrutiner inom slutenvård och mot kommunal hälso- och sjukvård mot bakgrund av en omvärldsanalys.

Vårdhygien har också medverkat att ta fram en handlägningsöverenskommelse (HÖK) vid infektion och smittsam patient mellan flyktingmedicinska enheten och specialistvården i landstinget. Vidare har Vårdhygien medverkat i utbildningsinstanser och föreläsningar vilka redovisas under rubriken "Resultat"

Minskad antibiotikaförskrivningen

Arbetet med kvalitetsuppföljning av antibiotikaförskrivning i landstinget enligt strategidokumentet "Antibiotikapolitik i Norrbottens Läns Landsting" har fortgått under året. Intensiteten i arbetet har dock hämmats, dels av

personalförändringar på Smittskyddsenheten där Strama NLL har sin position men även på grund av krångel i samband med införandet av Infektionsverktyget.

Tyvärr ses en ökning av antibiotikaförskrivningen i länets öppenvård under 2015 jämfört med 2014 vilket är ett trendbrott. Även i slutenvården ses (statistik t.o.m. 30 september) en ökad förskrivning och här ligger länet redan högt i nationell jämförelse vilket synes omotiverat och oroväckande.

I förbättringsarbetet bör ingå nytänk kring organisation och funktion för Strama NLL som då också i förlängningen gör att Strama framgent kan ge ett bättre stöd till det arbete de Antibiotikaansvariga läkarna har till uppgift att utföra. En nystart för kvalitetssäkring med stöd av Infektionsverktyget i både sluten- och öppenvård framför allt i form av förbättrat användarstöd planeras.

Infektionsverktyget

Infektionsverktyget är breddinfört i hela landstinget sedan hösten 2014. Under 2015 har arbetet med att skapa förvaltning av Infektionsverktyget pågått och från att vara ett pilotprojekt under ledning av vårdhygien kommer förvaltningen under 2016 att övergå till STRAMA i samband med att funktionscentrum infektion bildades. En mindre antal verksamheter tar ut rapporter ur verktyget men än är inte kvaliteten det bästa.

Förvaltningen kommer via nätverk att arbeta med utbildning av superanvändarna, stödja förskrivarna på de enheter som ordinerar antibiotika så att de behärskar Infektionsverktyget och kan ta ut rapporter för analys och uppföljning av antibiotika och vårdrelaterade infektioner.

Vårdpreventivt arbetssätt

Fall, trycksår, undernäring och munhälsa

Arbetet med att förebygga fall, trycksår och undernäring har pågått sedan 2007. Under 2015 har divisionerna följt målen i handlingsplanen för trycksår via den nationella punktprevalensmätningen (PPM) trycksår samt via journalgranskning som genomförts 27 maj, 2 september och 2 december. Tryckutjämnande madrasser är upphandlade och utbildning på madrasserna har genomförts på alla sjukhus i länet. Regelbundna nätverksträffar genomförs i syfte att stödja verksamheterna i deras fortsatta arbete med trycksårsprevention.

Slutenvård deltar i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert, som visar på både riskbedömningar och insatta åtgärder. Nätverk för kontaktpersoner i verksamheterna har skapats för att lyfta området ytterligare. Syftet är att ge stöd i det vårdpreventiva arbetet, möjlighet till erfarenhetsutbyte och information.

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

En ny mall för dokumentation i landstingets vårdadministrativa journalsystem (VAS) är framtagen och syftar till att få en likvärdig dokumentation i länet samt förhindra dubbeldokumentation och möjlighet att ta ut statistik direkt från VAS.

Kommunikation och informationsöverföring

Implementeringen av verktyg för säker kommunikation och informationsöverföring, SBAR och Teach-back fortgår i organisationen. Vissa verksamheter har kommit igång och anpassat verktygen medan vissa precis har påbörjat införandearbetet. Utbildningsinsatser har genomförts under året

Behovet av ett stöd för struktur och regelverk kring dokumentstyrning/hantering i verksamheten har lett till att ett dokumenthanteringssystem (VIS – verksamhetens informationssystem) har utvecklats i landstinget under ett antal

år. Dokumenthantering för vården, VIS vård, ska göra vårdrelaterade dokument, rutiner och patientinformation som ligger utanför journalsystemet, tillgänglig inom hela landstinget. Dokumenthanteringssystemet ska säkerställa kvalitet i och med att granskning och godkännande av sakkunnig krävs. Dokumenten ska revideras årligen och uppdateras med senaste evidens. På varje nivå i landstingets hälso- och sjukvård ska de viktigaste vårdprocesserna beskrivas med avseende på vad som ska göras, när det skall göras och vem som ska göra det. Aktiviteterna under året har varit att fortsätta överföra befintliga rutiner från verksamheterna till VIS, kvalitetsäkra informationsflödet och utbilda VIS-användare i verksamheterna.

Förstärkt utskrivning

Arbete med säkerställande av utskrivningsprocessen fortgår i samverkan med kommun och primärvård. Läkemedelsberättelser och PINF är ett prioriterat utvecklingsarbete som skall leda till tryggare och uppdaterade patienter efter avslutad vårdtid. Det skrivs omvårdnads epikriser i både VAS och Meddix som medföljer patient vid utskrivning.

Suicidprevention

Landstinget följer antalet självmord och självmordsförsök. Antalen självmord 2015 är färre än 2014. Manligt kön dominerar. Fem personer är yngre än 25 år och även här dominerar männen. Två personer äldre än 65 år. Under 2014 påbörjades förbättringsåtgärder som suicidchecklista och suicidstegen, förbättringar i journaldokumentationen, vårdprogrammet för suicidprevention uppdaterats och utbildningar riktade mot vårdgrannar, främst primärvården genomfördes. Under 2015 har det systematiska förbättringsarbetet fortsatt och lokala handlingsprogram för suicidprevention har tagits fram. I Sunderbyn permanentades projektet med Trygg vårdövergång under hösten 2015 som en direkt produkt av deras lokala suicidpreventiva handlingsprogram. Vårdprogrammet suicid inom vuxenpsykiatri uppdaterades dec 2015 och psykiatri har ett eget nätverk.

Ett samarbete med lex Maria läkarna har inletts och det ger en kvalitetssäker och uppdaterat kunskap (varje månad) om vad som sker i länet och psykiatri i länet. Detta har lett till att ledningen har agerat direkt på data och erbjudit utbildning och stöd till orter där suicid förekommer.

Markörbaserad journalgranskning

Markörbaserad journalgranskning är en utveckling av metoden strukturerad journalgranskning. Vid markörbaserad journalgranskning sker ett slumpmässigt urval av patientjournaler varje månad, journalerna granskas sedan systematiskt och speciella markörer identifieras som tyder på att en skada/vårdskada kan ha inträffat. Under 2015 har landstinget arbetat med markörbaserad journalgranskning övergripande på alla sjukhus i länet och på klinknivå inom länsklinik kirurgi och på medicin-rehab vid Kiruna sjukhus. Fyra team inom psykiatri har gått utbildningen och påbörjat journalgranskning i sina verksamheter.

PunktPrevalensMätningar (PPM)

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

Säker Läkemedelshantering

Ordination är den del i läkemedelshanteringsprocessen där flest avvikelser återfinns. En orsak till avvikelserna beror på brister i hanteringen av ordinationsverktyget för dosdispenserade läkemedel, Pascal, samt informationsöverföringen till landstingets journalsystem. Ordinationsverktyget har förbättrats under året och fungerar nu effektivare och säkrare än tidigare. Förskrivarstödet Janus har införts i VAS vilket på flera sätt bidragit ökad patientsäkerhet i läkemedelsförskrivningen. Utöver detta har ett flertal mindre teknikjusteringar gjorts i journalsystemet vilket förbättrat säkerheten. Landstinget har genomfört kvalitetsgranskning av hälso- och sjukvårdens läkemedelshantering. Det är en förebyggande och utvecklande åtgärd i och med att verksamheterna får förslag på vad som behöver förbättras i samband med att resultatet av granskningen presenteras.

Läkemedel

Länssjukvården bedriver ett förbättringsarbete med Närsjukvården för att förbättra läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelser. Detta ska resultera i en fullständig och korrekt läkemedelslista till patienten. Andra sjukvårdande verksamheter får tillgång till vad syfte och mål är med läkemedelsbehandlingen och eventuella ordinationsändringar. Under året har underlag för tillförlitlig statistik tagits fram. Länsgemensam rutin för hur arbetet ska genomföras och dokumenteras har processats i divisionerna.

Patientnära läkemedelsstöd

För att förbättra patientsäkerheten i läkemedelsanvändningen, hos de patientgrupper där behovet är störst har landstinget, sedan 2012, egna klinikapotekare som genomför fördjupade läkemedelsgenomgångar och ger stöd i vårdteamen både på sjukhusen och i primärvården. Eftersom klinikapotekare bidrar till förbättrad patientsäkerhet kommer landstinget under 2016 att utöka funktionen, så att fler verksamheter får tillgång till den.

Trygg hemma

2014 påbörjades ett utvecklingsarbete "Trygg hemma", tillsammans med kommunerna som fortsatt under 2015. Syfte är att omhänderta de äldre och multisjuka personernas behov. Insatserna sker i öppenvård för att undvika att patienter som med fördel kan vårdas i hemmet förvärras i sin sjukdom och hamnar på sjukhus. Arbetsprocessen innebär att sjuka äldre tryggas i hemmet med hjälp av stärkta insatser i form av att en samordnad individuell plan upprättas, en fast vårdkontakt utses och en läkemedelsgenomgång genomförs. Införandet sker i samverkan mellan primärvård och kommun och leder fram till att en lokal, gemensam rutin för omhändertagande av sjuka äldre utformas.

Överbeläggningar

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

Patienthotellet

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

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

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

Kunskap och kompetens

Patientsäkerhetsrådet i Norrbottens läns landsting har den 2 och 3 december arrangerat landstinget patientsäkerhetskonferens, ”*Patientens säkerhet – vårt ansvar*”. Sammanlagt deltog under de två dagarna totalt cirka 400 deltagare, Drygt två tredjedelare var på plats i Luleå landstingshuset och resterande medverkade via video ut i länet.

Landstingets grundläggande patientsäkerhetsutbildning är uppdaterad. Utbildningsmaterialet finns på webben. Flera verksamheter som exempelvis Service och Folk tandvården har anpassat utbildningsmaterialet till sin verksamhet.

För andra året i rad har två utbildningar för lokala patientsäkerhetsamordnare genomförts i Division Närsjukvård. Utbildningen består av åtta steg; säkerhetskultur och uppdrag, lagstiftning, ärendehandläggning i i avvikelshanteringssystemet Synergi, klagomålshantering och patientmedverkan, Lex Mariaprocessen, händelseanalys, samt systematiskt förbättringsarbete. Deltagarna kom att omfatta 15-18 personer per utbildning, där ett stort antal arbetar i chefsposition med ansvar för patientsäkerhet. Dessa erbjuds efter utbildningen handledning vid uppdrag att utföra händelseanalyser. Deltagarna erbjuds möjlighet att delta via videokonferens vid utbildningar och nätverksträffar.

Upprättat rutin för patientsäkerhetsarbete Enhetschefen har gått patientsäkerhetsutbildning Deltagande i flera händelseanalyser internt och tillsammans med andra kliniker

E-Learning

E-Learning plattformen driftsattes under 2014 och utgör därmed ett stöd för verksamhetschefer som i framtiden vill följa upp vilka medarbetare som gått en önskad utbildning. Under året har redaktionen primärt producerat e-Learning kopplat till moderniseringen i journalsystemet VAS.

Övrigt

Exempel från divisionernas arbete;

- Folktandvården; Divisionen har under året infört ett koncept för kontinuerligt förbättringsarbete, Frisk-Team- Lean, i samtliga verksamheter där avvikelser ses som ett verktyg för förbättringar. Folktandvårdens ledningsgrupp har påbörjat arbetet med att identifiera, definiera och utveckla flöden och vårdprocesser inom tandvården.
- Länssjukvården; Hälsöfrämjande arbete. Inom två av divisionens verksamhetsområden har ett arbete påbörjats kring levnadsvanor. Alla patienter som opereras blir tillfrågade om tobaksvanor och får även ta del av foldern "tobaksfri inför operation" och hänvisas till primärvården för rökavvänjning. I det operations-planeringsverktyg som ska införas under hösten 2016 (Provisio) kommer det att vara möjligt att dokumentera tobaksvanor.
- Länsteknik; I projektet "Breddinförande av vård på distans inom NLL" har ett telemedicinkoncept tagits fram för akutomhändertagande och installationer har gjorts i akutrum på hälsocentralerna i Övertorneå, Överkalix och Haparanda samt på en akutexpedition på Kalix sjukhus.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

I Norrbotten finns en länsstyrgrupp som är samverkansgrupp mellan länets kommuner och landstinget. Målet för samverkan är att den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i sjukvård, omsorg och skola ska tillgodoses av huvudmännen. Enskilda med behovsanpassade insatser ska få möjlighet att leva självständigt och under trygga förhållanden och bli bemött med respekt för sitt självbestämmande och sin integritet.

Fler aktiviteter runt samverkan;

- Fortsatt samverkan runt "Strategi för patient- och brukarmedverkan" mellan landstinget och Kommunförbundet Norrbotten.
- Flera gemensamma händelseanalyser har genomförts i samverkan mellan flera verksamheter och divisioner då patienten haft flera vårdkontakter. Ett viktigt tillfälle till kunskapspridning.
- Smittskyddsläkaren är från 2016 organisatoriskt placerad på Landstingsdirektörens stab och Hälso- och sjukvårdsenheten vilket är en mer ändamålsenlig placering jämfört tidigare som också kan leda till framtida samordningsvinster.
- Länsteknik och vårdverksamheter tecknar särskilda överenskommelser som omfattar rutiner för samarbete.
- Samverkan sker mellan Länsteknik, Medicinsk Teknik och övriga medicintekniska avdelningar i Norrland kring avvikelshantering.
- Folktandvården och övrig hälso- och sjukvården har för att säkra ett korrekt omhändertagande etablerat samverkan och vårdkedjor för vissa diagnoser/behandlinger.
- Samverkan sker mellan Vårdhygien och Division Service vid upphandling av lokalvård.
- Basutbildning i vårdhygien för kommunens personal.
- Tillsammans med kommunerna pågår gemensamma utvecklingsarbeten, exempelvis "Trygg hemma".
- Samverkan mellan psykiatrin och primärvården gällande suicidprevention.
- Norrbottens strokevårdprogram är utarbetat i samverkan mellan Norrbottens läns landsting och länets kommuner

- Alla verksamheter har ett nära och bra samarbete med Patientnämnden och dess verksamhet. Patientsnämndens ledamöter får regelbundet utbildning i patientsäkerhet.
- Samordnad plan vid utskrivning med en processkarta som ska utgöra ett stöd vid utskrivning från slutenvården.
- Myndighetssamverkan mot våld i nära relationer.
- Samverkansorganet privata vårdgivare.
- Ambulanssjukvården samverkar med ett antal myndigheter, organisationer och företag.
 - SOS Alarm
 - Ambulanssjukvården Västerbotten
 - Ambulanssjukvården Finland, Norge
 - Polismyndigheten
 - Sjöfartsverket
 - Räddningstjänsten
- Regionalt Cancercentrum Norr (RCC Norr)
- Samverkan med Västerbottens läns landsting (VLL) rörande landstinget patienter som vårdas i VLL.

Risikanalyser

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Att analysera risker är ett framåtsyftande arbete för att vidta förebyggande åtgärder innan något har hänt. Alla risker ska rapporteras i avvikelshanteringssystemet och allvarlighetsgraden bedömmas. I landstingets ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns rutin för hur risker ska hanteras och riskanalys genomföras. Den metod som används vid riskanalys är Healthcare Failure Mode Effect Analysis.

Under 2015 har landstinget inte genomfört riskanalysutbildning.

Sammanlagt har cirka 26 riskanalyser genomförts under 2015 vilket är ungefär lika många som 2014. Inför semesterperioden 2015 genomfördes en övergripanden länsgemensam riskanalys av patientsäkerheten.

Exempel på genomförda riskanalyser;

- Tanvårdsbesök med ej dokumenterad journal
- Patientrisker när bastesten inte är utförd ortoped, Sy
- Id-märkning av ortopedpatienter i Sunderbyn
- Riskanalys inför utökad dagkirurgisk verksamhet vid operationsavdelningen Piteå
- Omorganisation av enhetschef för sekreterargruppen i länsklinik ögon.
- Inrätta funktionsrum för bättre patientflöden på ögonmottagningen i Sunderbyn
- Patientrisker om neddragning verksamheten på ögonmottagningarna
- Inför flytt av gynnningens lokaler på Gällivare sjukhus
- Gynekologiska operationer i lätt narkos
- Riskanalys inför sommarperioden 2015
- Ett antal riskanalyser har gjorts inom projektet Vårdnära service. Många arbetsmoment har överförts på servicepersonal som har till uppgift att vara vaksam på risker.

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

Exempel från verksamheten;

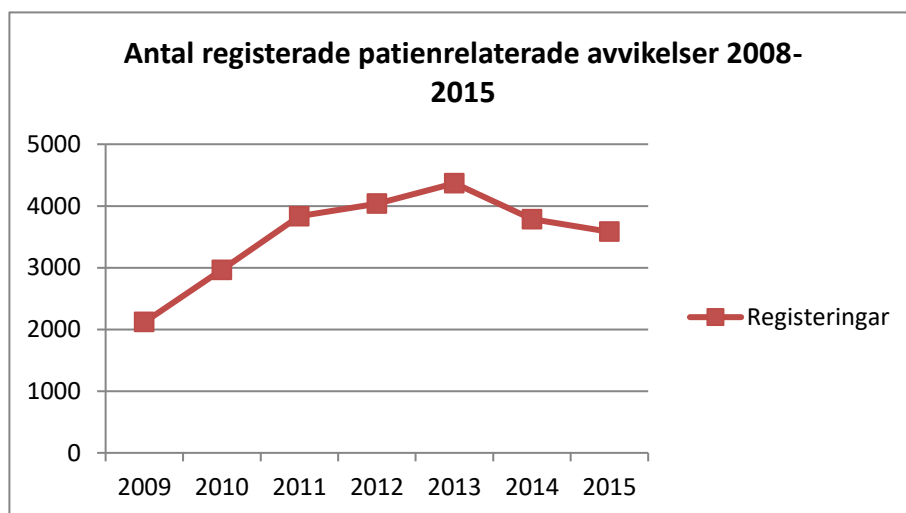
- Folk tandvården; Riskbedömningsstödet R2 startar automatiskt vid undersökning gjord av tandläkare och tandhygienister på samtliga barn - och vuxenpatienter.
- Inom Länsteknik; Riskanalyser utförs vid t ex kombination av medicintekniska produkter som inte har angivits som kompatibla av tillverkaren,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

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

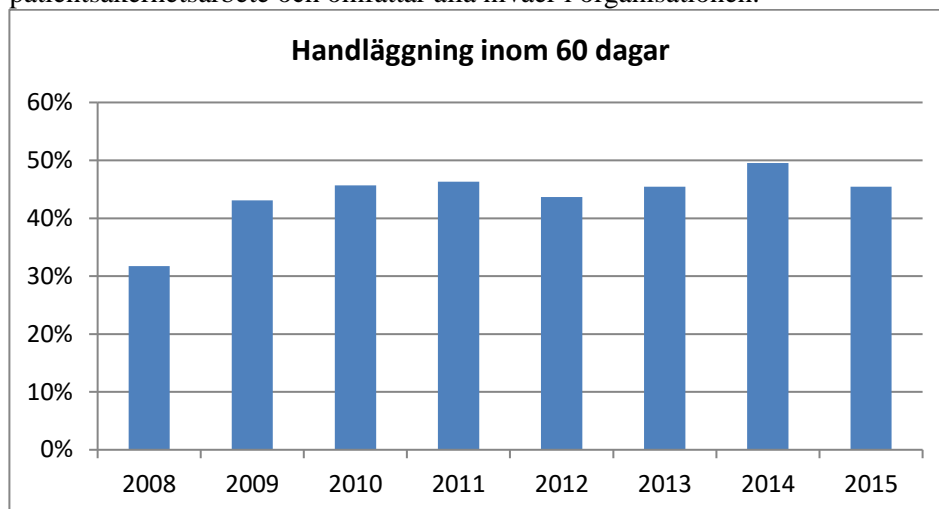
Alla medarbetare ska ha kunskap om rapporteringsskyldigheten och ett utbildningsstöd finns på landstingets webb, "Grundläggande patientsäkerhetsutbildning". I ledningssystemet finns även "Generella riktlinjer för avvikelshanteringsprocessen" samt körkort för upprättande av lokala rutiner. Avvikelse rapportering ligger till grund för landstingets förbättrings- och utvecklingsarbete på alla nivåer. Sedan 2008 finns IT-stödet Synergi för rapportering och analys av avvikelser, förbättringsarbete och lärande. IT-stödet ska även stödja verksamheterna som har i uppdrag att riskhantera händelser och observationer. Arbetet syftar till att trygga säkerhet och kvalitet i verksamheten och är en viktig del i organisationen för en hög säkerhetsmedvetenhet, ett lärande, för att kunna identifiera risker och vidta förbättringsåtgärder. Antalet registrerade avvikelser 2015 har minskat jämfört med tidigare år. Trenden visar registrerade händelser, tillbud och risker.



Källa: Databasen Synergi feb 2016.

Målet är att varje ärende ska handläggas inom 60 dagar, vilket uppfylls till 45 procent 2015. Resultatet pekar inte på någon förbättring utan ligger ungefär som tidigare år. Flest avvikelser ses inom kategorin vård- och behandling följt av information och kommunikationsöverföring. En

fungerande avvikelshanteringsprocess är en förutsättning för ett effektivt patientsäkerhetsarbete och omfattar alla nivåer i organisationen.



Källa: Databasen Synergi feb 2016.

För att förbättra handläggningstiderna och kvalitén på handläggningen har en förändring av Avvikelseorganisationen påbörjats i slutet av 2014 och pågått under 2015. Förändringen innebär att koncentrera handläggningen av avvikelser till färre ärendehandläggare. Detta förväntas ge en bättre kvalitet och underlätta handläggningen. Den nya rollen avvikelsehandläggare (AH) kan även ha till uppgift att leda händelse- och riskanalysarbete som är nära förknippat med avvikelshantering. För närvarande är det Folk tandvården som har sjösat den nya avvikelseorganisationen.

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

Utrednings och anmälningsansvar

En översyn av organisationsstruktur för händelseanalysprocessen har genomförts på grund av långa utrednings- och handläggningstider för lex Maria ärenden. Syfte var att säkra en hög kompetens, korta ned handläggningstiderna, höja kvalitén på händelseanalyserna och uppföljningen av beslutade åtgärder.

Klagomål och synpunkter

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

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

Om/när patienten lämnat sitt klagomål enligt Enskilda klagomål till IVO ska verksamhetschefen ha sådana rutiner att begärda handlingar, journaler och yttranden med mera skickas till IVO inom den tid som angetts samt att

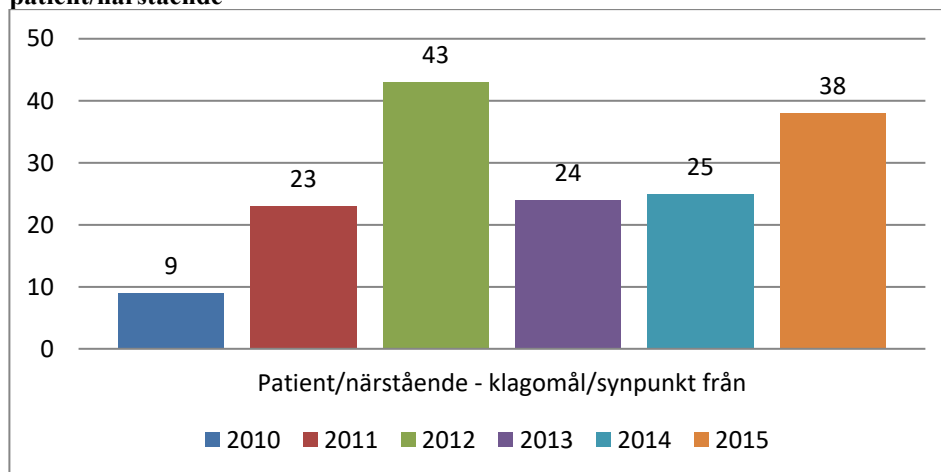
klagomålet registreras i avvikelshanteringssystemet. IVO gör sedan utredningen och beslutet skickas till berörda enheter. Klagomålet ska även registreras om en avvikelse.

Sammanställning och analys av klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

Anmälningar/klagomål om fel i vården handlar om informations- och kommunikationsbrister, dåligt bemötande och önskemål/felaktig/missad diagnos eller missad vård och behandling. En stor andel av anmälningarna/klagomålsärendena bottnar även i brister i kontinuitetet och problem i vårdens övergångar. Fortfarande är suicid den största bakomliggande orsaken till lex Maria anmälan. Observerats har att samma händelse kan vara både ett ärende i Patientnämnden, enskilt klagomål och en lex Maria anmälan. Vidare ses en underregistrering av klagomål och synpunkter i avvikelshanteringssystemet. Behov av en struktur för utredning och utbildning i metoden för risk- och händelseanalys har också uppkommit från verksamheterna.

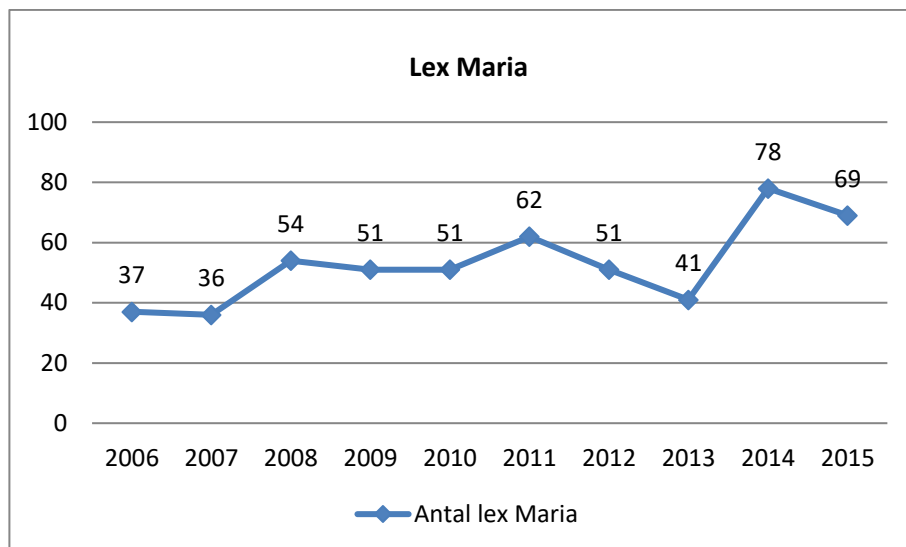
Synpunkter och klagomål inkomna direkt till verksamheten från patient/närstående



Källa: Databasen Synergi feb 2016.

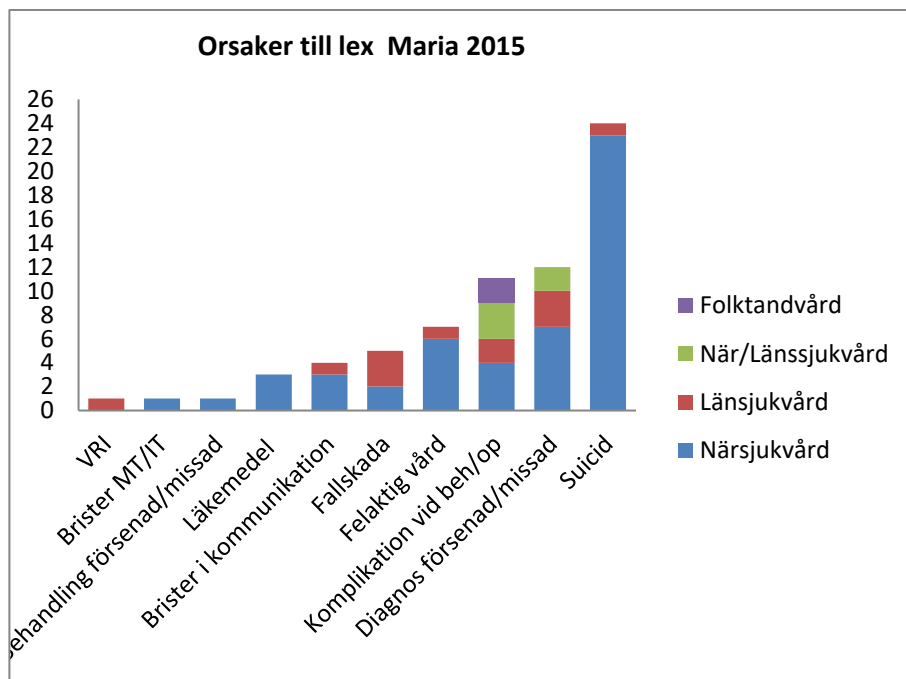
Lex Maria

När en allvarlig händelse/vårdskada inträffar ska en bedömning göras om händelsen ska anmälas och utredas enligt föreskriften om lex Maria. Under 2015 är det något färre lex Maria ärenden jämfört med 2014. Hälso- och sjukvården har anmält 67 ärenden och Folk tandvård två ärenden. Av de anmälda 69 ärenden har utredning slutförts under 2015 i 45 fall och anmälan enligt lex Maria är inskickad. Till 2016 kommer 24 lex Maria ärenden att överföras för fortsatt handläggning/händelseanalys.



Källa: Uppgifter från Chefläkarna med lex Maria ansvar

Närsjukvården har flest antal ärenden vilket överensstämmer med 2014 och antalet ärenden är flest vid kusten. Suicid/suicidförsök utgör en tredjedel av alla ärenden vilket är samma som för 2014. Alla suicid ska anmälas enligt lex Maria där patienten haft kontakt med vården inom 4 veckor. Efter suicid kommer försenad eller missad diagnos dock endast en försenad cancerdiagnos jämfört med tio 2014. Antalet ärenden relaterade till läkemedelshantering har minskat jmf med 2014. Könsfördelningen för lex Maria ärenden är 56 % män och 44 % kvinnor. Inom åldersgruppen 51-65 år och 66-80 år är det betydligt fler ärenden som rör män och över >80 fler kvinnor.

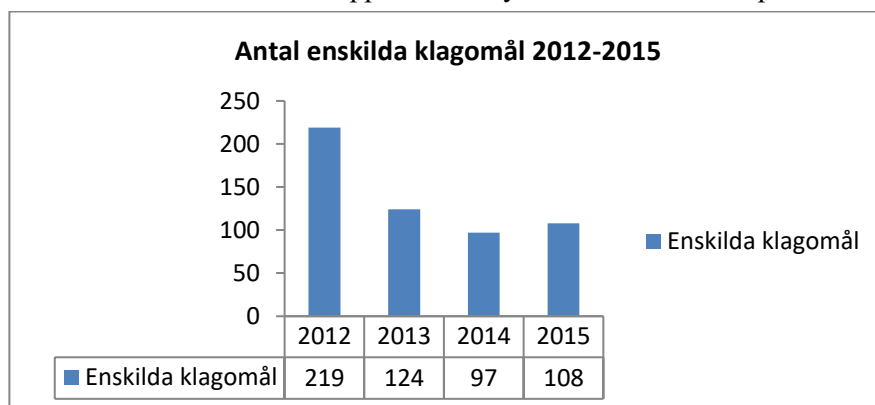


Källa: Uppgifter från Chefläkarna med lex Maria ansvar

Enskilda klagomål

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

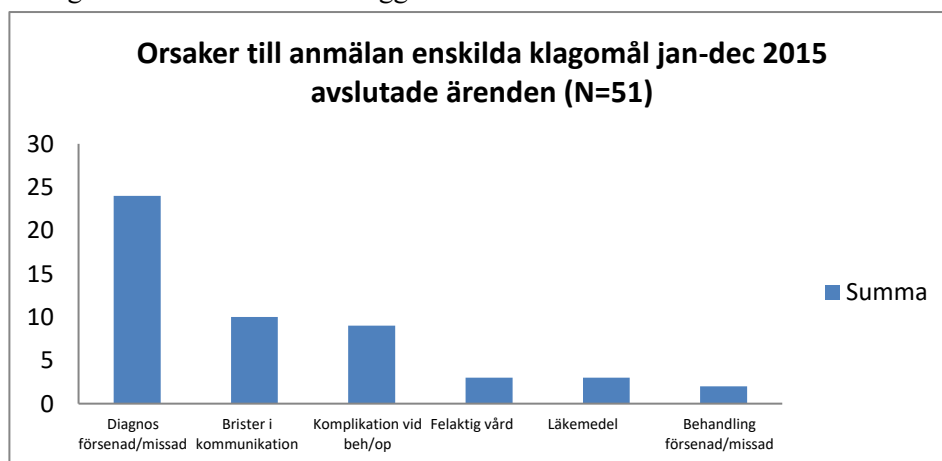
Under 2015 har landstinget handlagt 108 enskilda klagomål anmälda till IVO. Av dessa ärenden är 58 avslutade och i 21 av de avslutade ärendena har kritik riktats till landstinget och dess verksamheter. Ungefär tre till fyra ärenden har lett till att IVO öppnat ett tillsynsärende eller en inspektion.



Källa: Uppgifter från landstingets egen uppföljning

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

Vanligaste orsaken till att patienter/närstående vänder sig till IVO med klagomål på vården är försenad eller missad diagnos följt av brister i kommunikationen och komplikationer i samband med behandlingar eller operationer. Brister i kontinuitet och samordning av vårdinsatser är också vanligt förekommande bakomliggande orsaker.



Källa: Uppgifter från landstingets egen uppföljning

Patientnämndsärenden (PaN)

Totalt sett har PaN en ökning från 714 ärenden 2014, till 814 ärenden 2015. Det är en större andel kvinnor som har framfört synpunkter jämfört med

förra året (62 % 2015 och 57 % 2014). Ärendeökningen återfinns främst inom närsjukvården (443 ärenden 2015 jämfört med 351 ärenden 2014) och då inom verksamhetsområden psykiatri, medicin och rehabilitering (Kiruna, Kalix, Piteå och Gällivare närsjukvårdsområde gemensamt) samt primärvården. Största minskningen till antalet ärenden hos primärvården ses hos Haparanda och Arvidsjaurs hälsocentral. De flesta ärenden återfinns inom områdena vård och behandling (ffa felaktig och utebliven behandling) följt av kommunikation. Inom kategorin vårdansvar (ffa info/samverkan inom/mellan enh) samt administrativ hantering (enbart kallelse/remiss/intyg) som har ökat.

Patientförsäkringen LöF

En skadeanmälan ska göras av en patient som anser sig ha drabbats av en skada under sin vårdtid. För att få ersättning från patientförsäkringen måste skadan ha gått att undvika. Antalet anmälningar till Patientförsäkringen LöF ligger på ungefär samma nivå 2015 som tidigare år.

Anmälningår	Skadeår	Totalt	Ersatta	Ej ersatta	Under handläggning
2013	1984-2013	490	194	290	6
2014	1977-2014	467	169	260	38
2015	1998-2015	447	104	169	174
Totalt	1977-2015	1 404	467	719	218

Källa: Patientförsäkringen LÖF

Händelseanalyser

Enskilda ärenden IVO och Patientnämndsärenden ska i första hand hanteras lokalt i verksamheten och handläggas i avvikelssystemet.

Verksamhetschefen ansvarar för att ge uppdrag om utrednings/händelseanalys och eller ta kontakt med lex Maria ansvarig läkare för bedömning om anmälan enligt lex Maria. Till de flesta lex Maria anmälningar finns en händelseanalys i utredningsmaterialet. Under 2015 finns registrerat 55 genomförda händelseanalyser jämfört med förra året då 63 analyser registrerades. Landstinget är inte ansluten till det nationella IT-stödet för händelseanalys (NITHA) men planer finns på att ansluta sig.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patientens roll och erfarenhet spelar en central roll i utveckling av verksamheten. Under 2015 har en övergripande strategi för patient- och brukarmedverkan tagits fram i samverkan mellan landstinget och Kommunförbundet Norrbotten. Sedan lång tid tillbaka har patientnöjdhet mätts på olika sätt och resultatet ska utgöra underlag för förbättringsarbete. Samverkan sker även med patientföreningar och genom att patienter/närstående erbjuds möjlighet att medverka vid händelseanalyser. Dock har former för medverkan i riskanalyser ännu inte nåtts och det finns mycket kvar att göra innan förhållningssätt, rutiner och arbetssätt bekräftar vad patienter och närstående tänker, tycker och upplever.

Exempel från verksamheten;

- Ob/Gyn har som mål att ändra rondstruktur och rapportering under 2016. Målet är att allt görs tillsammans med patienten för att undvika att missförstånd eller att felaktighet. I detta ingår Patientinformation (PINF) som vi ger till patienten vid hemgång med en sammanfattning av vården.
- Patienterna involveras i de implementerade vårdprocesserna inom länssjukvården i samband med besök på vårdavdelningar och mottagningar genom patientenkäter som ger information om hur patienterna uppfattar sin delaktighet, given information kring läkemedel, undersökning, behandling och uppföljning.
- Inom kompetenscentrum rehabiliteringsmedicin pågår ett försök att involvera patienterna genom att erbjuda deltagande i ledningsmöte. Detta arbetssätt har lyfts upp och förmedlats inom närsjukvårdsområdet.
- Många hälsocentraler har idag förslagsbrevlådor där patienter anonymt kan lägga sina förslag och klagomål
- Inom Ob-Gyn deltar "Proffspatienter" i undervisning och handledning av läkarstuderande.
- Folk tandvården har tagit fram en blankett för patientklagomål som syftar till att stimulera patienterna till att lämna synpunkter på verksamheten och att öppna för en dialog.

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

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått

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

Genomförda utbildningsinsatser

- Regional patientsäkerhetskonferens – Patientens säkerhet - vårt ansvar
- Patientsäkerhetsutbildning – två omgångar varav en omgång varav en av utbildningarna var riktad mot psykiatri i länet (Närsjukvården)
- Markörbaserad journalgranskning – utbildning för klinkgranskningsteam inom psykiatri
- Den 22 april 2015 inbjöds all personal i Hälso- och sjukvårdsdivisionerna att ta del av framgångsrika processarbeten inom NLL. Förmiddagen inleddes med information från tre stora områden där man arbetat målmedvetet och ihärdigt för att få till processer som i slutändan gagnar patienten och förkortar lidanden och väntetider. De områden som presenterades var:
 - Standardiserade vårdförlopp
 - Carere-projektet inom gynekologi
 - Colon-cancer (tjocktarmscancer).
- Verksamhetsspecifikt patientsäkerhetsarbete. Marion Lind, sakkunnig i patientsäkerhetsfrågor vid Stockholm läns landsting, har under rubriken "När beteenden blir en patientsäkerhetsrisk" föreläst för alla medarbetare vid An-Op-IVA i Sunderbyn, Länssjukvårdens chefer, inbjudna från Närsjukvården och patientsäkerhetsrådet.
- De flesta verksamheterna har förutom allmän information fått fördjupad information om den nya Patientlagens innehåll.

- ProAct-utbildning, kompetensutveckling.
- Palliativ webb-utbildning – mål att alla på vårdavdelningen ska genomgå denna.
- Vårdprevention och Senior Alert till sommarvikarier (Närsjukvården)
- Förstärkt utskrivning (Närsjukvården)
- Trygg hemma (Närsjukvården)
- Senior Alert och samordnad individuell vårdplan – ca 120 personer (Närsjukvården)
- Synergi – avvikelshanteringssystemet
- Samtliga nyanställda genomgår under de två första åren en traineutbildning inom folkandvården. Vid första utbildningstillfället är patientsäkerhet och avvikelser ett huvudtema. De sex filmerna rörande ”Grundläggande patientsäkerhetsutbildning för Folkandvården” ingår som en obligatorisk del i introduktionen av nyanställda och ansvarig chef ska verifiera att den anställde genomgått utbildningen via särskild checklista.
- VIS-utbildningar
- Etiska ombud på enheterna
- Enligt processplan för återkommande aktiviteter utbildat AT läkare, T6 och T7 medicinstuderande i basala hygienrutiner, blodsmitta och preoperativ handhygien
- Enligt processplan för återkommande aktiviteter utbildat servicepersonal inom vårdnära service (Kalix och Sunderby sjukhus) och lokalvårdare i länet i basala hygienrutiner, rengöring och desinfektion vid känd smitta och risker för smittspridning
- Genomfört riktade akuta föreläsningar till vårdpersonal vid särskilda patientfall med risk för smittspridning (smittsam TBC och multiresistenta bakterier såsom MRSA och ESBL – Carba)
- Föreläst till personal inom slutenvården, tandvården och kommunala boenden om basala hygienrutiner, smitta och smittspridning, multiresistenta bakterier, vinterkräksjuka, influensa, rengöring och desinfektion av vårdmiljö och gods.
- I FCI:s processplan besökt och föreläst tillsammans med smittskydds enheten riktat till personal inom asyl- och flyktingmedicin

Nätverksträffar

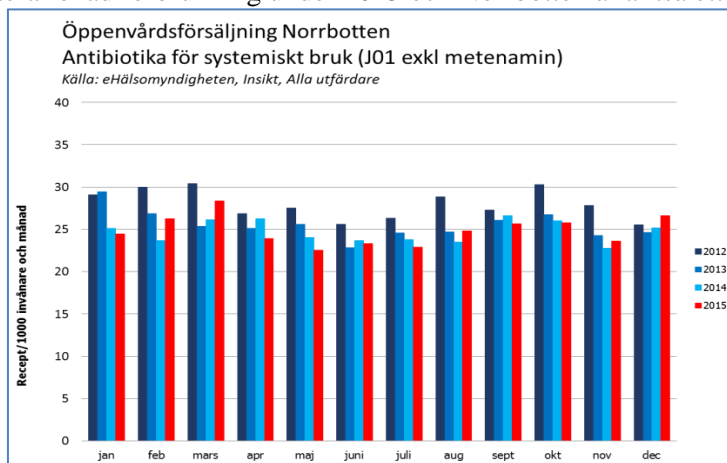
- Hygienobservatörer
- Markörbaserad journalgranskning
- Vårdrelaterade urinvägsinfektioner

Processmått

Antibiotikaförskrivningen

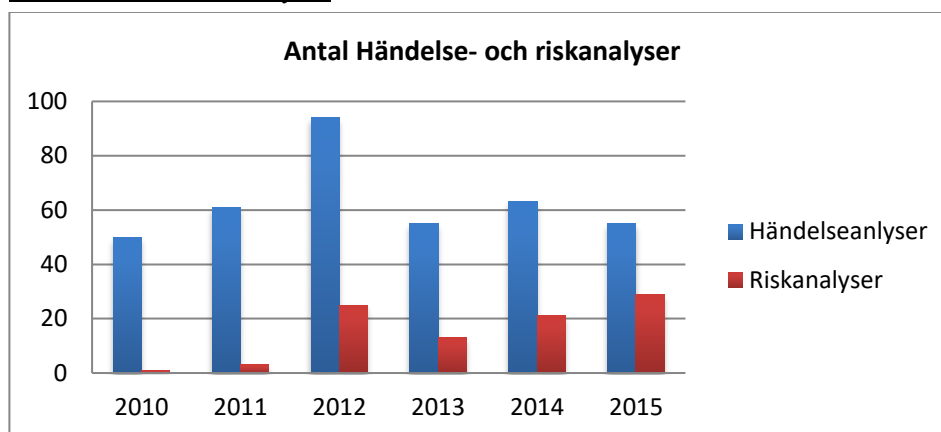
En generell ökning av antibiotikanvändningen har under 2015 kunnat noteras vid länets samtliga sjukhus. Norrbottens läns lansting ligger på en femte plats avseende slutenvårdsförbrukning i en jämförelse bland landsting och regioner i landet. Detta synes ogynnsamt ur resistenssynpunkt. Ökningen sammanfaller i tid med att infektionskliniken veckovisa konsult på länsdelssjukhusen upphört. Samtidigt noteras en ökning av

antibiotikaanvändningen i länets öppenvård. Endast fem landsting i landet rapporterar ökad förbrukning under 2015 och Norrbotten är alltså ett av dem.



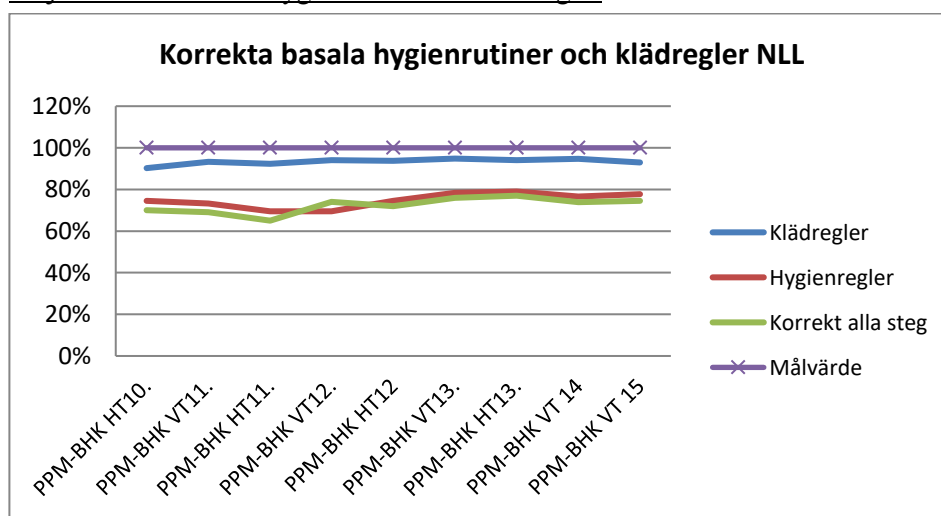
Källa: STRAMA NLL

Risk- och händelseanalyser



Källa: Databasen Synergi feb 2016

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler



Källa: PPM-databasen BHK 2015

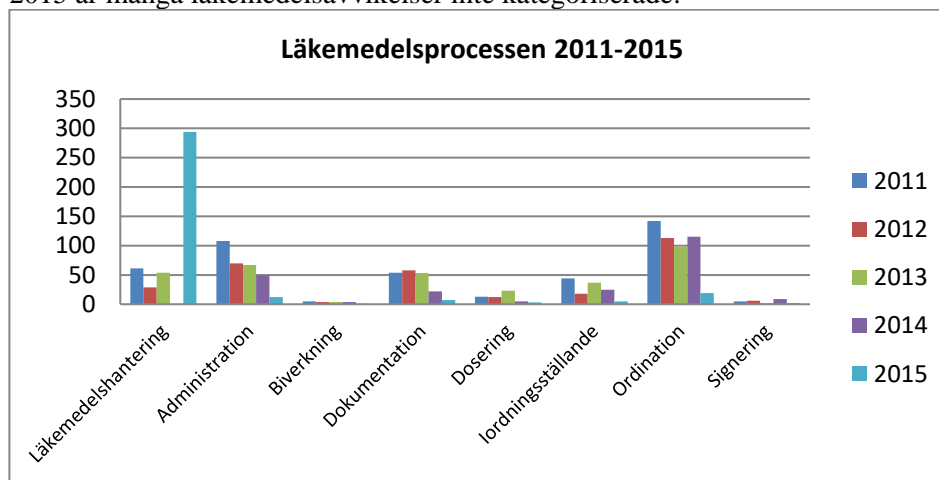
Vårdrelaterade urinvägsinfektioner (VUVI)

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

Läkemedel

Landstingets riktlinjer om läkemedelsberättelse och aktuell läkemedelslista till patient vid utskrivning följs i allt större utsträckning. 47 % av patienter i målgruppen har under 2015 sökordet läkemedelsberättelse i journalsystemet kopplat till sin utskrivning från vårdenheten.

Läkemedelhanteringsprocessen visar flest avvikelser relaterat till ordination. 2015 är många läkemedelsavvikelser inte kategoriserade.



Källa: Databasen Synergi feb 2016

Senior Alert

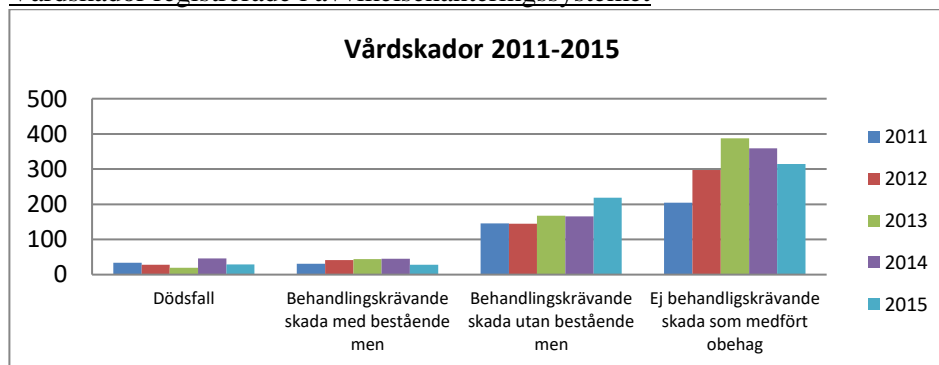
	Andel riskbedömningar 2014	Andel riskbedömningar 2015
Div. Länssjukvård	52 procent	37 procent
Div. Närsjukvård	20 procent	47 procent
Landstinget totalt	48 procent	46 procent

Resultatmått

Infektionsregistrering

Antal infektioner registrerade i verktyget under 2015 var 49 663 stycken.

Vårdskador registrerade i avvikelshanteringssystemet

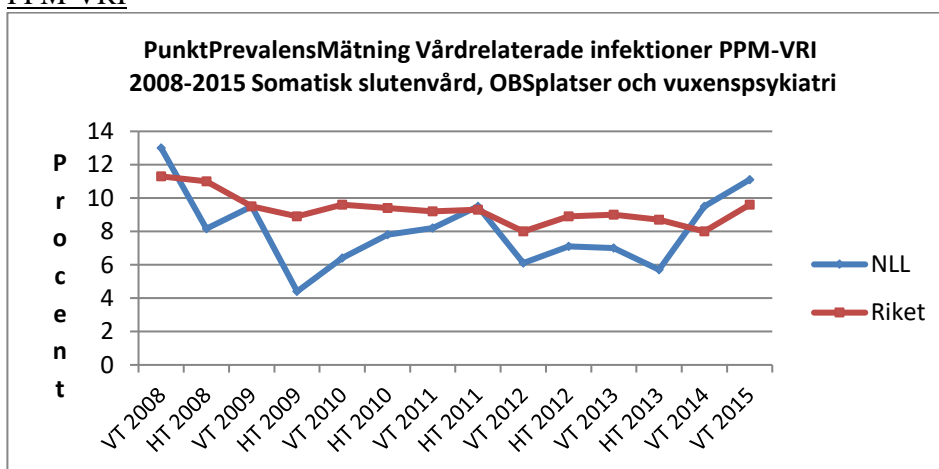


Källa: Databasen Synergi feb 2016

De tio vanligaste förekommande avvikelserna 2015

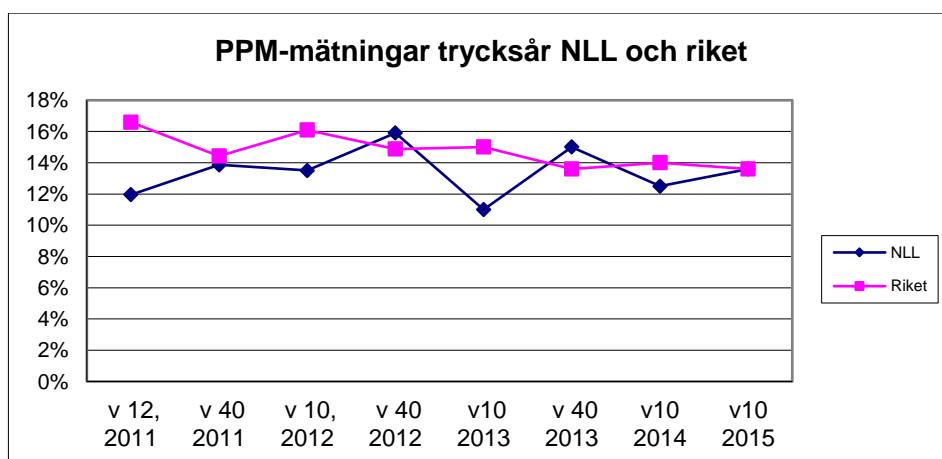
Händelse / iakttagelse	2014	2015	Förändring
Vård- och behandling	565	801	↑
Läkemedel	327	334	↑
Information/kommunikation	44	331	↑
Fall	419	324	↓
Labrelaterat	24	248	↑
Administration	43	245	↑
Vårdplanering	11	111	↑
Dokumentation	634	101	↓
Utrustning/produkt	12	95	↑
Samverkan mellan enheter	22	94	↑

PPM-VRI



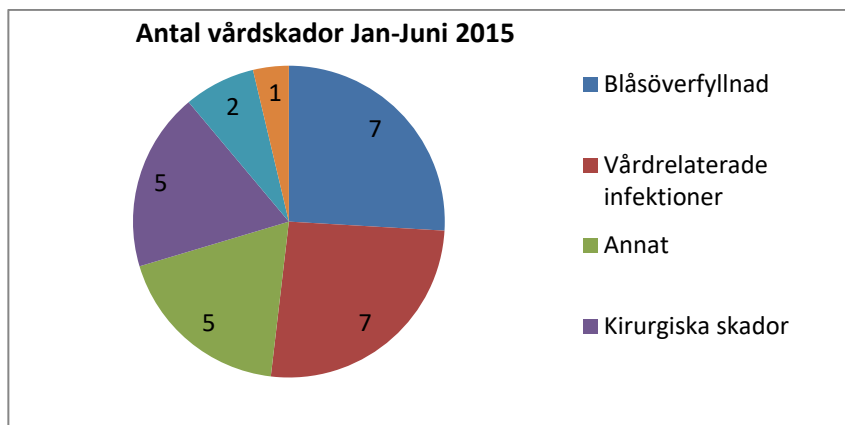
Källa: Databasen Synergi feb 2016

PPM-trycksår



Markörbaserad journalgranskning

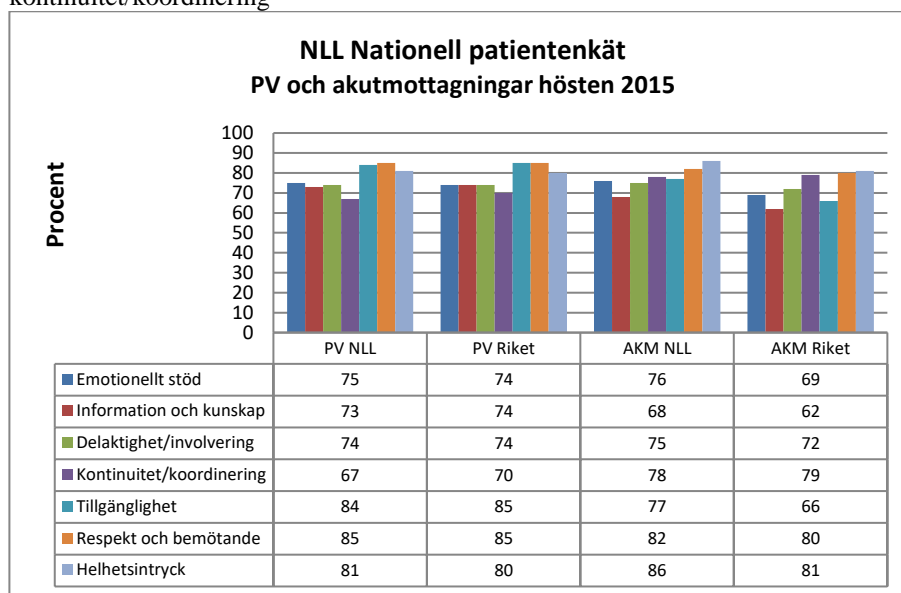
Antal skador per skadegrupp av totalt 362 granskade journaler under januari till juni 2015.



Källa: Databasen Signe 2015

Patientenkät

Under 2015 har undersökningar genomförts inom primärvård och akutsjukvård. Deltagande hälsocentraler från landstinget fick ett gott betyg vad gäller bemötandet, men resultaten visar att patienter är mindre nöjda med kontinuitet och koordinering, något som visar sig även nationellt. Det finns relativt stora skillnader mellan hälsocentraler när det gäller denna aspekt. Stabil personalbemanning är en framgångsfaktor för att förbättra detta, en riktig utmaning för Norrbottens primärvård. Primärvården har haft fokus på att förbättra patienters delaktighet och resultaten visar att Norrbotten nu ligger på riksnivå gällande patientens upplevelse av delaktighet i sin vård. Resultaten nationellt visar att män upplever att deras behov blivit tillgodosedda i större utsträckning än kvinnor, detta stämmer också i Norrbotten. Akutmottagningarna visar ett bättre resultat än riket utom i kontinuitet/koordinering



Måluppfyllelse

Antal läkemedelsgenomgångar per tertial	Högre antal än tertial 3 år 2013	k	▲	↑
		m	▲	↑
Antal läkemedelsberättelser per tertial	Högre antal än tertial 3 år 2013	k	▲	↑
		m	▲	↑
Andel 80 år och äldre med riskfyllda läkemedelsinteraktioner per år ⁵	Lägre än 2 %	k		
		m		
Andel vårdrelaterade infektioner hos inneliggande patienter	< 5 %	k	▼	↓
		m	▼	↓
Andel vårdrelaterade trycksår hos inneliggande patienter	0 %	k	▼	↑
		m	▼	↓
Antal fallskador i samband med vård och behandling	0	k	▼	↓
		m	▼	↑
Riskanalyser	Ökat antal riskanalyser		▼	↓
Bemötande: Andel patienter (individer) som upplever ett gott bemötande ⁴	Minskade skillnader	k	■	→
		m	■	→
Delaktighet: Andel patienter (individer) som upplever delaktighet ⁴	Minskade skillnader	k	■	→
		m	■	→
Information: Andel patienter (individer) som upplever att de fått tillräcklig information ⁴	Minskade skillnader	k	■	→
		m	■	→

▲ Målet har uppnåtts ■ Målet har delvis uppnåtts ▼ Målet har inte uppnåtts
 ↑ Förbättring → Oförändrat ↓ Försämring

Övergripande mål och strategier för kommande år



- Andelen VRI ska visa ett lägre resultat jämfört med 2015 års mätning.
- Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler ska vara minst 90 procent.

- Vid nästa mätning av patientsäkerhetskulturen 2016 ska;
 - Minst 85 procent av personalen ska anse att rapportera händelser är en viktig patientsäkerhets åtgärd
 - Minst 85 procent av personalen ska uppleva ett aktivt stöd från högsta ledningen
 - Minst 70 procent av personalen ska anse att arbetsbelastningen och personaltätheten har utvecklats i positiv riktning
 - 70 procent av personalen ska använda lämpliga verktyg för kommunikations- och informationsöverföring mellan vårdenheter och till patienter samt försäkra sig om att informationen är förstådd.
- Minst 90 procent av patienter över 70 år och på dem som är sängliggande/rullstolsburna/sittande en stor del av dygnet eller av annan anlednings har ökad trycksår-risk, ska en dokumenterad riskbedömning vara gjord inom 24 timmar efter inläggning.
- För 100 procent av patienter med risk för trycksår ska minst två relevanta och dokumenterade förebyggande åtgärder vara insatta.
- Handläggningstider för utredningar av lex Maria och avvikelser ska ske inom tidsramarna.
- Införandet av det Nationella It-stödet för händelseanalys (NITHA) i syfte att förbättra kvalitén och lärandes av händelseanalyser
- Brister i avvikelshanteringsprocessen ska identifieras och åtgärdas.
- Förbättrad uppföljning av klagomål, synpunkter och lex Maria ärenden.
- Fortsatt arbete för rätt nivå på antibiotikaföreskrivning genom behandlingsrekommendationer och uppföljning på forskrivarnivå.
- Kunskap och kompetens inom patientsäkerhet ska förbättras på alla nivåer inom landstinget
- Under 2016 kommer ”Strategin för patient- och brukarmedverkan” att kompletteras med en handlingsplan som ska förtydliga hur man kan arbeta med patient- och brukarmedverkan i verksamheterna. Representanter från brukarorganisationer kommer att delta under hela arbetsprocessen med handlingsplanen. En konferens kommer att anordnas under hösten 2016 där handlingsplanen presenteras och goda exempel lyfts fram.
- Landstinget kommer att arbeta aktivt med ”Tillgängliga samordnade individuella planer” i samverkan med Kommunförbundet Norrbotten, Luleå kommun, Haparanda kommun och Luleå Tekniska Universitet. Syftet är att;
 - ta fram nya arbetssätt för upprättande av samordnade individuella planer
 - anpassa till ny lagstiftning
 - implementera tjänster för överföring av information mellan it-stöd
 - implementera tjänster för meddelandefunktioner mellan it-stöd (SMS-notifieringar)
 - tillgängliggöra planerna för patient och närstående via 1177.se
- Ytterligare en utbildning till patientsäkerhetssamordnare på verksamhetsnivå genomförs under våren 2016.
- Utbildningsinsatser planerade med fokus på suicidprevention.

- Suicidpreventiva dagen – Konsten att rädda liv där inbjudan riktat sig även till blåljusmyndigheter, akutomhändertagande, kommun, primärvård samt psykiatri
- Psykiatrin utbildar under våren 2016 utbildare i suicidprevention och dessa kommer i sin tur att genomföra kaskadutbildningar med början inom psykiatrin och utvidga till Närsjukvården. Dessa utbildningar har fokus på kommunikationen och är ett komplement till vårdprogrammet och statistiska riskfaktorer.