

Patientsäkerhetsberättelse Region Norrbotten 2017



Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	6
Struktur för uppföljning/utvärdering	9
Uppföljning genom egenkontroll	9
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	15
Samverkan för att förebygga vårdskador	21
Risikanalys	23
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	25
Avvikelser.....	25
Informationssäkerhet	26
Klagomål och synpunkter	28
Sammanställning och analys	32
Samverkan med patienter och närstående	32
Resultat	33
Strukturmått	34
Processmått	36
Resultatmått	41
Måluppfyllelse	46
Övergripande mål och strategier för kommande år	46

Sammanfattning

Patientsäkerhetsarbetet i Region Norrbottens utgår från regionens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och regionens strategiska mål. Patientsäkerhetsberättelsen bygger på strategin för patientsäkerhet, handlingsplanen för patientsäkerhet och divisionernas patientsäkerhetsberättelser. Exempel från verksamheterna finns inlagda i textrutorna eller som beskrivande infällda citat. Nytt för 2017 är att området informationssäkerhet ska ingå i patientsäkerhetsberättelsen.

Sammanfattningsvis visar resultaten att de uppsatta målen inte uppnås. Identifierade vårdskadeområden för regionen är vårdrelaterade infektioner (VRI) och blåsöverfyllnad. Behandling med kateter i urinblåsan orsakar 80 procent av de vårdrelaterade urinvägsinfektion (VUVI). Förbättringsarbete pågår i verksamheterna mot vårdrelaterade urinvägsinfektioner och blåsöverfyllnad. Trycksår utgör fem procent av regionen upptäckta vårdskador. Trots åtgärder riktade mot att förebygga trycksår har resultatet inte förbättrats. Det systematiska arbetet med att identifiera och åtgärda problem och risker måste intensifieras för att ge resultat i rätt riktning. Bland medarbetarna finns en uttalad vilja och medvetenhet att arbeta för ökad patientsäkerhet. Möjliga orsaker är en ansträngd personalsituation samt tillgång till disponibla vårdplatser, vilket vårdpersonal tar upp som ett problem vid patientsäkerhetsronder. Viktigt är också att stärka kunskap om patientsäkerhet och sträva mot ett förebyggande arbetsätt med riskbedömningar i fokus. För flera av vårdskadeområdena finns evidensbaserade åtgärdsprogram som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tagit fram. Effekten av att arbeta med åtgärdsprogram har visats sig positiv.

Vanligaste orsaken till att patienter och närstående lämnar synpunkter på vården är att brister i vård och behandling följt av brister i information och kommunikation. Brister i vård och behandling handlar om tillgänglighet, försenad undersökning/behandling eller diagnos.

Patientsäkerhetsarbetet under året har inriktas på vårdprevention och att tidigt upptäcka risker samt förbättra kvalitén på utredning av händelser och avvikelser. Införandet av ”Gröna korset”, en metod som ger möjlighet till daglig visualisering av vårdskador, risk för vårdskador skapar ett underlag till förbättringar. En övergripande vårdpreventiv anvisning är framtagen och utveckling av dokumentation av riskbedömningar och insatta åtgärder i regionens vårdadministrativa journalsystem (VAS) har utvecklats. Försatt arbete med att implementera verktyg för kommunikation och patient-/närstående medverkan pågår i verksamheterna. En databas har utvecklats för att höja och underlätta registrering och visualisering av resultaten av följsamhetsmätningarna till hygienföreskriften. Databasen planeras tas i full drift under 2018. Kvalitén på utredningar och avvikelser har förbättrats och metoder för att snabbt kunna reagera på resultat och ge möjlighet att styra det kontinuerliga förbättrings- och patientsäkerhetsarbetet underlättas genom att fler verksamheten börjat använda förbättringstavlor, styrtavlor och verktyg för visualisering och uppföljning av avvikelser i realtid.

Övergripande mål och strategier

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

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

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

Det övergripande patientsäkerhetsmålet är vårdskador ska ligga under 5 procent.



En effektiv verksamhet med god kvalitet

En säker och kunskapsstyrd verksamhet
En hög säkerhetskultur som genomsyrar verksamheten



En säker och kunskapsstyrd verksamhet

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



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



Ledningssystemet och Handlingsplan patientsäkerhet

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

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

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

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

Område	Mål	Mål	Mål
Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete	Alla Lex Maria, Enskildas klagomål och PaN-ärenden registreras som en avvikelse.	Handläggningstider för utredningar enligt Lex Maria ska hållas (2 månader) och kvalitén för händelseanalyser förbättras.	Fortsatt införande och utveckling av Nationellt IT-stöd för Händelseanalys (NITHA).
Patientsäkerhetskulturen.	Regionen ska delta i patientsäkerhetskulturmätning och arbeta aktivt med resultatet inom de områdena med lågt index.	Höja svarsfrekvensen i mätningarna. Öka avvikelserapporteringen. Högsta ledningens stöd ska förbättras.	Upplevelsen av att arbetsbelastningen och personaltätheten ska utvecklats i positiv riktning. Ökad användning lämpliga verktyg i kommunikations och informations överföring.
Patient/närstående medverkan	Patient/närstående medverkan ska öka. Synpunkter/klagomål från patient/närstående ska tas tillvara i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.	Patient/närstående medverkan i risk- och händelseanalyser.	Patient/närstående medverkan i utformning av information till patienter och närstående.
Vårdrelaterade infektioner (VRI)	Andelen vårdrelaterade infektioner (VRI) ska vara < 5 procent.	Följsamhet till hygienföreskrifter ska vara 100 procent.	Antibiotikaförskrivningen i öppen och sluten vård ska minska.
Trycksår	Ingen patient som vårdas i regionen ska drabbas av ett undvikbart trycksår under sin vårdtid.	Minst 90 procent av patienter över 70 år ska ha en dokumenterad riskbedömning gjord inom 24 timmar efter inläggning.	100 procent av riskpatienter ska ha minst två förebyggande åtgärder insatta.
Vårdskador	Vårdskador ska ligga på högst 5 procent i journalgranskning.		
Vårdpreventivt arbet	SKL:s åtgärds paket ska användas för att förebygga vårdskador.	Risker för vårdskador ska identifieras och förebyggas.	

Område	Mål	Mål	Mål
Överbeläggningar	Överbeläggningar och utlokaliserade patienter ska minska.		
Kunskap och kompetens	Kunskap och kompetens inom patientsäkerhet ska förbättras på alla nivåer inom regionen.		

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Regionfullmäktige

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

- *Styrdokument:* Strategisk plan

Regionstyrelsen

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

- *Styrdokument:* Regionstyrelsens plan

Regiondirektören

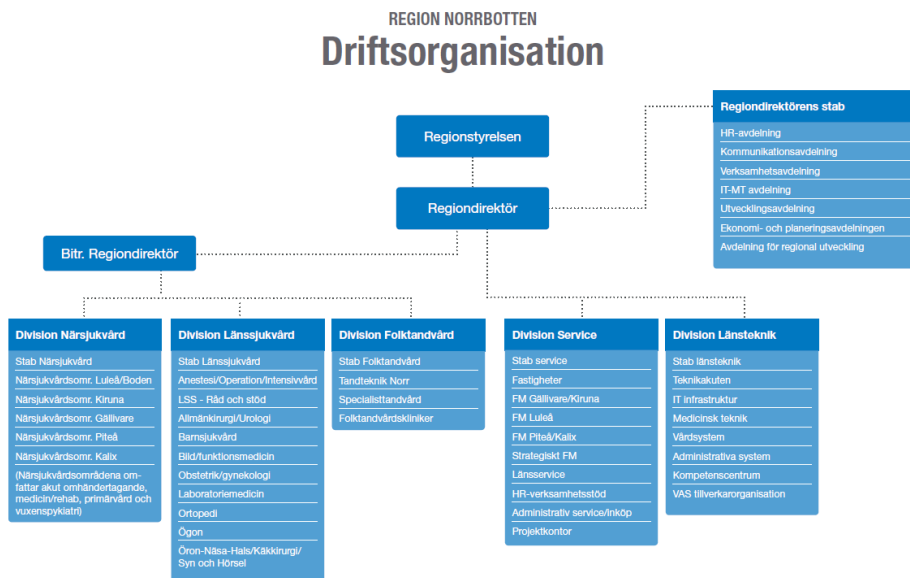
Regionens driftorganisation består av regiondirektören med stab. Regiondirektören har det övergripande ansvaret för att de fastställda målen uppnås och att beslutade åtgärderna genomförs.

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

- *Styrdokument:* Regionplanen

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 regiondirektörens stab.

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



Patientsäkerhetsrådet

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

Exempel på arbete i patientsäkerhetsrådet:

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

Chefläkarkollegiet

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

Läkemedel

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

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

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

Vårdhygien

Vårdhygiens länsövergripande roll riktar sig till slutenvård, primärvård, tandvård och kommuner i länet. Hygiensjuksköterskorna har förutom enskilt områdesansvar för de olika länsdelssjukhusen med intilliggande kommuner och hälsocentraler ett delat strategiskt ansvar för verksamheterna på Sunderby sjukhus.

Målet för den vårdhygieniska verksamheten är att stödja vårdgivaren i att förebygga uppkomst och spridning av vårdrelaterade infektioner. Det innebär stöd i arbetet enligt patientsäkerhetslagen och i den egenkontroll som enligt Socialstyrelsen ingår i vårdgivarens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Kunskapsstyrning

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

Samverkan och stödfunktioner

Samverkan, samarbetspartners/stöd med nära samarbete med patientsäkerhetsrådet;

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

Styrgrupp för invånartjänster

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

Etiska rådet

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

Divisionschef

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

verksamhet. Regiondirektören fastställer divisionsplanen efter dialog med berörda divisionschefer.

Länschef/Närsjukvårdschef/Verksamhetschef

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

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

Lokala nätverk i patientsäkerhet

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

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 kvalitets- och patientsäkerhet fastställs i dialog mellan medarbetare och närmaste chef i anslutning till medarbetarsamtal.

Exempel från verksamheten;

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

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

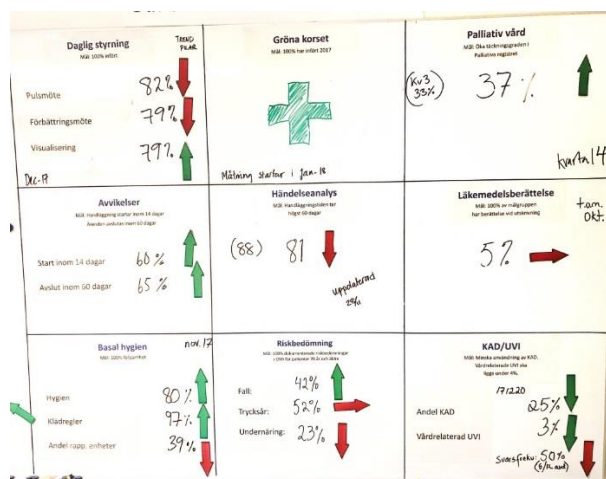
Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet utgår från regionens kvalitetsledningssystem för patientsäkerhet. I ledningssystemet finns rutiner som ska utgöra ett stöd för uppföljning och utvärdering. Strategin för patientsäkerhet anger strategiska områden och i handlingsplanen för patientsäkerhet beskrivs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

Områden	Struktur för uppföljning	Återkoppling av resultat
<ul style="list-style-type: none"> • Patientsäkerhetskulturmätning, • Markörbaserad journalgranskning (MJG). • Nationell Patientenkät (NPE). • Punktprevalensmätningarna (PPM) för VRI, trycksår och följsamhet till hygienföreskrifterna (BHK). 	<p>Sammanställs i särskilda resultatrapporter/resultatpresentationer i samband med mätning/analys.</p> <p>Resultaten bryts ned från regionövergripande nivå till divisions-, verksamhets och enhetsnivå.</p>	<p>Kommuniceras i ledningsgrupper på olika nivåer.</p> <p>Rapporter via webben.</p> <p>Regiondirektörens rapport till styrelsen.</p> <p>Tertial-, hel- och halvårsrapporter till styrelsen.</p> <p>PS-berättelsen.¹</p>
<p>Handlingsplan</p> <ul style="list-style-type: none"> • patientsäkerhet • patient- och brukarmedverkan 	En gång per år	PS-berättelsen.
<p>Avvikelse, vårdskador, risker, tillbud.</p> <p>Trycksår</p> <p>VRI</p> <p>Följsamhet till BHK.</p>	Varje tertial/hel- och halvår.	<p>Förbättrings-/styrtavlor.</p> <p>Verksamhets- och divisionsrapporter.</p> <p>Regionstyrelse samt hel- och halvår till fullmäktige.</p> <p>PS-berättelsen</p>
<p>Klagomål och synpunkter från Pat/närstående (avvikelse)</p> <p>Enskilda klagomål (IVO)</p> <p>Lex Maria händelser.</p> <p>Suicid (själv mord)</p> <p>Sammanställning av halvårsresultat för MJG</p>	Regionövergripande analys varje halvår.	<p>Rapporteras i regiondirektörens rapport till styrelsen.</p> <p>PS-berättelsen</p> <p>Patientsäkerhetsrådet</p>
<p>Månadsobservationer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Följsamhet till hygienföreskrifter (BHK). • KAD/VUVI 	Följs varje månad av verksamhetsutvecklare i divisionerna på divisions-, verksamhets- och enhetsnivå.	<p>Rapporter via webben/i realtid visualiseras med trender för verksamheten.</p> <p>Förbättrings- och styrtavlor.</p>

¹ Patientsäkerhetsberättelsen

Områden	Struktur för uppföljning	Återkoppling av resultat
Antibiotikaförskrivning	Analyseras av Strama Region Norrbottens månatligt.	Återkoppling till verksamheten sker via utsedda antibiotikaansvariga läkare och till styrgrupp läkemedel, patientsäkerhet samt till regiondirektören.
Infektionsverktyget	Ett mindre antal verksamheter tar ut rapporter ur verktyget.	Verksamhetsnivå
Vårdpreventivt arbetssätt Trycksår, fall, undernäring, munhälsa, blåsdysfunktion.	Följs upp via särskild funktion i journalsystemet.	Återkopplas på division-/enhetsnivå via rapporter.
Läkemedelsberättelser	Datauttag från journalsystemet.	PS-berättelsen
Patientrelaterade avvikelser, vårdskador, risker, tillbud med mera.	I realtid	Alla verksamhetschefer har tillgång till avvikelser inom sitt verksamhetsområde via avvikelshanteringssystemets "Dashboard". Förbättringstavlor/Gröna korset/Arbetsplatsträffar och i det dagliga arbetet
Patientsäkerhetsronder	Minnesanteckningar till berörd verksamhet	Åtgärdsplan för uppföljning.
Utbildningsinsatser	Utvärderas	Underlag för förbättringar.
Öppna jämförelser	Strateg för kunskapsstyrning tillsammans med enheten för analys och planering, analyserar och presenterar resultat.	Regiondirektören.

- Avvikelser rörande läkemedel och kvalitetsgranskning av läkemedelshantering och andel personer i riskgrupper med läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse.
- Data från regionens vårdadministrativa system på överbeläggningar och utlokaliserade patienter överförs till regionens datalager där de presenteras i grafer på verksamhets- och enhetsnivå.
- Inom området kunskapsstyrning genomför Expertgrupper även GAP analyser av Nationella riktlinjer samt följer med i kunskapsutvecklingen inom respektive diagnosområde. Expertgrupperna redovisar sina analyser för Sjukvårdens ledningsgrupp (SLG).
- Exempel på uppföljning/styrtavla från Division Länssjukvård.



Uppföljning genom egenkontroll

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

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa	Kommunikation av resultatet
Ledningssystemet för systematisk kvalitetsarbete	1 gång per år	Checklista för egenkontroll. 2017 gjort en GAP-analys	Patientsäkerhetsrådet.
Avvikelsehanteringsprocessen. <ul style="list-style-type: none"> Handläggningstider < 61 dagar. Kvalité på ärendetyp negativ händelse. 	Varje tertiäl/år och via dashboard i realtid.	Avvikelsehanteringsystemet Synergi. Dashboard i Synergi	RD-rapport ² PS-berättelsen ³
Lex Maria processen <ul style="list-style-type: none"> Handläggningstider 2 månader. Att varje lex Mara har en registrerad avvikelse. 	Varje halvår	Egen uppföljning och avvikelsehanteringsystemet.	RD-rapport PS-berättelsen

² Regiondirektörens rapport till styrelsen

³ Patientsäkerhetsberättelsen

Egenkontroll	Omfattning	Källa	Kommunikation av resultatet
Händelseanalysprocessen. Vårdskador avseende kvalitet utredning	Varje halvår	NITHA (nationellt IT-stöd för händelseanalyser).	Patientsäkerhetsrådet.
Patientsäkerhetskulturen.	Mätning vart 3:e år	Nationell databas och egen enkät	Särskild resultatrapport publicerad på webben RD-rapport.
Följsamhet till basala hygienrutiner	Punktprevalensmätning (PPM) 1 gång/år Regionens egen uppföljning 1 gång/månad	Nationell databas för PPM-mätningar. Egna formulär samt databas under utveckling.	Särskild resultatrapport Webben. RD-rapport. Delårsrapport. Delårs- och årsrapport. PS-berättelsen
Hygienronder	Sex st. inom slutenvården	Vårdhygien	PS-berättelsen
Journalgranskning	70 journaler/månad inom somatisk slutenvård Påbörjat även inom psykiatriin öppen- och slutenvård.	Markörbaserad journalgranskning Punktprevalensmätningarna 1 g/år	Särskild resultatrapport. Webben. RD-rapport. Delårs- och årsrapport. PS-berättelsen.
Kvalitetsgranskning av läkemedelshandtering		Egenkontroll med checklista.	Återkopplas vid besök med genomgångar från Läkemedelshandteringsgruppen.
Uppföljning av upprättade lokala rutiner för läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse på relevanta vårdenheter samt följer upp i vilken utsträckning detta görs.	Ansvarig är verksamheterna via verksamhetsutvecklarna		

Exempel från verksamheten;

- Årligen ska klinikerna genomföra en självgranskning av Ledningssystemet och lägga in resultatet på N: samt återkoppla till staben om problem finns att leva upp till innehållet.

Tillsyner inom patientsäkerhetsområdet

Under året har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomfört 17 tillsyner jämfört med 14 stycken 2016. Flest tillsynsärende berör Närsjukvården.

Tillsynsärenden 2017	Antal
Länssjukvård	1
Ögon	1
Egeninitierad tillsyn avseende vårdgivar- och uppföljningsansvar beträffande patient som sökt vård vid ögonmottagningen	1
Länssjukvård/Närsjukvård	1
Ortopedi	1
Nationell tillsyn jämlik vård - Personer med funktionsnedsättning	1
Länsteknik	1
Medicinsk teknik	1
Tillsyn av egentillverkad medicinsk produkt (medicinsk central gasanläggning)	1
Närsjukvård	14
Länets Akutmottagningar	5
Tillsyn av patientsäkerheten för patienter som vårdas kvar på akutmottagningen i väntan på vårdplats.	5
Medicinkliniken	1
Tillsyn egenkontroll av samverkan för att säkerställa att multistjuka äldre patienter som vårdas i ordinärt boende får den vård som behövs.	1
Primärvård	3
Nationell tillsyn jämlik vård - Personer med funktionsnedsättning	1
Tillsyn egenkontroll av samverkan för att säkerställa att multistjuka äldre patienter som vårdas i ordinärt boende får den vård som behövs.	1
Tillsyn hur händelser hanteras i berörda verksamheters ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och hur samverkan bedrivits	1
Psykiatri	3
Tillsyn gällande personlig bedömning vid förlängning av fastspänning med bälte mer än fyra timmar	1
Tillsyn patient som vårdats med tvång utan lagstöd	1
Tillsyn patientsäkerheten i samband med att läkare som anställts med vikariatsförordnande inte arbetar självständigt på akutmottagningen	1
Rättpsykiatri	1
Tillsyn avseende uppföljning av användandet av tvångsåtgärder.	1
Vuxenpsykiatri	1
Tillsyn av hur RN säkerställer jourverksamheten vid Psykiatri Piteå, som en del i den psykiatriska jourlinjen för östra Norrbotten	1
Totalsumma	17

Revisionsrapporter 2017

I revisionsrapporten ”Granskning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet (november 2017)” framkom att regionstyrelsen inte säkerställer att det region-

övergripande eller verksamhetsnära kvalitetsförbättringsarbetet avseende patientsäkerhet baseras på systematiska och dokumenterade riskanalyser vilket leder till att styrelsen inte kunnat fatta beslut inom området baserat på sådana riskanalyser. Revisionen pekar även på en otillräcklig avvikelshantering i verksamheterna samt att kvalitetsarbetet bedöms vara reaktiv på grund av att risker och riskanalyser inte används för proaktivt riskplanera och styra patientsäkerhetsområdet.

Övrigt

Medicinsk strålningsfysik/Bild- och funktionsmedicin

Under 2016-2017 har Strålsäkerhetsmyndigheten genomfört extern inspektion av Region Norrbottens röntgenverksamhet vid Sunderby sjukhus. Myndigheten identifierade ett mindre antal brister och förelade Regionen att ta fram en orsaksanalys samt en åtgärdsplan. Arbetet med dessa har skett över VO- och divisionsgränserna. Myndigheten avslutade inspektionen december 2017. Arbetet med åtgärder fortlöper under 2018.

Laboratoriemedicin

Under 2017 har Swedac och Läkemedelsverket inspekterat verksamheten. Inspektionerna resulterade i förnyade tillstånd för att bedriva verksamheten. Resultaten av inspektionerna kommuniceras på APT-möten och ledningsgruppsmöten.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2



En verksamhetsmodell för Region Norrbotten är framtagen. Den är till för cheferna och ska användas tillsammans med medarbetare för att utveckla verksamheten.

Under 2017 har ett flödesprocessarbete startat i regionen. Målet är att minska slöseriet ut ett patientperspektiv och att dokumenterade processer med utsedda processledare med tvärprofessionella team.

Anpassa och utveckla ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete

Regiondirektören har gett i uppdrag att tydliggöra det regionövergripande ledningssystemet, där ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete ingår. Uppdraget syftade till att skapa en ram och struktur för hur ett sammanhållet ledningssystem ska se ut för Region Norrbotten. En arbetsgrupp har bildas och arbetet har påbörjats och beräknar pågå under 2018. En GAP-analys är genomförd av det befintliga kvalitetsledningssystemet anpassat för patientsäkerhet. Det har

framkommit att det uppfattas otydligt var beslut tas, vem som är högsta ledning samt hur roller och ansvar är fördelade.

Under 2017 har arbetet i verksamheterna fortsatt med att arbeta fram rutiner för avvikelshantering, riskhantering, patientrelaterade avvikelser, hantering av klagomål och synpunkter och egenkontroll. Rutiner finns upprättade inom de flesta verksamheterna.

Förbättra patientsäkerhetskulten i organisationen.

Regionen medverkar i en nationell arbetsgrupp som arbetar med rekommendationer för patientsäkerhetskulturmätningar samt utvecklingen av en gemensam enkät för patientsäkerhet och arbetsmiljö. Senaste mätningen av patientsäkerhetskulturen genomfördes december 2016. Resultatet visade att de prioriterade områden har förbättras, vilket kan kopplas till de åtgärder och aktiviteter utifrån handlingsplanen som pågår/är genomförda. Men fortfarande finns behov av ytterligare förbättringsåtgärder

Högsta ledningens stöd; Sedan december 2015 har regionen genomfört patientsäkerhetsronder i verksamheten med regiondirektören och biträdande regiondirektören. Under 2017 har sex patientsäkerhetsronder genomförts.

1. Länsklinik ortopedi Sunderby sjukhus
2. Länsklinik OB/Gyn kliniken Sunderby sjukhus
3. Bild och funktionsmedicin Sunderby sjukhus
4. Folktandvården Gällivare
5. Länsklinik Ögon Sunderby sjukhus
6. Folktandvården Piteå

Förutom patientsäkerhetsronder med hösta ledningen har divisionscheferna inom division Service och Division Närsjukvård genomfört divisionsövergripande patientsäkerhetsronder i sina verksamheter Återkoppling av resultat sker i ledningsgrupper på olika nivåer. Regiondirektören och bitr. regiondirektören prioriterar aktiviteten och efterfrågar resultat.

Exempel från verksamheten;

- Division Service; Patientsäkerhetsronder av divisionschefen, har organiserats av patientsäkerhetsnätverket i divisionen. De har genomförts på alla enheter i divisionen för att öka patientsäkerhetsmedvetenheten. Som grund för ronderna har vårdens struktur för patientsäkerhetsrond använts. Förbättringspunkter har framkommit på alla enheter och för en del punkter har åtgärd beslutats och ansvarig för åtgärd utsetts på plats. Övrigt har divisionschefen sedan tagit upp som punkter på verksamhetsdialogerna.
- Ögon; Patientsäkerhetsronden var ett bra avstamp för att stärka patientsäkerhetskulturen bland medarbetarna. Det finns en stor medvetenhet och engagemang till förbättringar gällande risker som uppmärksammas. En förenklad form av checklista används på kataraktoperationer för att undvika att misstag sker.
- Division Närsjukvård; Divisionschefen har genomfört 35 ronder under 2017 fördelat över hela länet. Ronderna har varit uppskattade och de har även genererat i förbättringsarbeten.

Arbetsbelastning och stress; I regionen finns en kompetensförsörjningsplan som är framtagen som ett stöd till cheferna i arbetet med kompensationsförsörjningsplaner och HR-sidan har arbetat strategiskt med rekrytering på bred front vad gäller hälso- och sjukvårdspersonal.

Vårdnära service (VNS) och arbetet med kompetensväxling inom vården fortsätter och en metod/mall för hur verksamheterna ska uppgiftsväxla är framtagen.

Brister i Avvikelsehanteringsprocessen; Alla enheter har tillgång till sin egen statistik via sin dashboard och utbildningar har fortsatt för avvikelsehanterare. Utbildning till rollen som patientsäkerhetssamordnare i närsjukvården har bidragit till att öka patientsäkerheten

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Följsamhetsmätningar

Följsamheten till hygienföreskriften mäts varje månad. Under 2017 har en utveckling av en databas för registrering och datauttag utvecklats. Databasen har börjat användas av närsjukvården och folktandvården. De enheter som mäter har hög följsamhet men signaler har kommit att antalet deltagande enheter sjunker. Under våren 2018 kommer verksamheterna att börja använda verktyget på bred front.

Förbättringsarbete vårdrelaterade urinvägsinfektioner (VUVI) och blåsoverfyllnad

Sedan 2014 pågår förbättringsarbeten i divisionerna Läns- och Närsjukvård som fokuserar på vårdrelaterade urinvägsinfektioner (VUVI) och blåsoverfyllnad. Utbildningar, nätverksträffar och månadsmätningar av andelen patienter med urinkateter och urinvägsinfektioner har fortsatt under 2017 och görs varje månad. Dock har svarsfrekvensen varit låg i mätningarna.

Vårdhygien har genomfört ett flertal hygienronder i länet inom primärvård Piteå, Boden, slutenvård och SÄBO i Luleå och Boden.

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

Minskad antibiotikaförskrivningen

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

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

tika och vårdrelaterade infektioner. När det gäller infektionsverktyget, så har resultatuttag påbörjats under 2017.

PunktPrevalensMätningar (PPM)

Regionen har deltagit i de nationella PPM-mätningarna av trycksår, basala hygienrutiner och klädregler samt vårdrelaterade infektioner (VRI).

Markörbaserad journalgranskning

Under 2017 har regionen arbetet med markörbaserad journalgranskning inom somatiskt slutenvård på alla sjukhus i länet och på kliniknivå inom länsklinik kirurgi och på medicin-rehabiliterings avdelningen vid Kiruna sjukhus. Nytt för 2017 är att granskning av journaler inom psykiatri öppen- och slutenvård har påbörjats och regionen ingår i en nationella granskning som ska sammanställas i en nationell rapport som kommer under våren 2018.

Säker Läkemedelshantering

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

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

November 2016 kom en ny version av ordinationsverktyget för dosdispenserade läkemedel, Pascal. Bristen i denna version orsakade bortfall i informationsöverföringen till regionens journalsystem. För att förhindra ofullständiga läkemedelslistor uppmanades länets förskrivare att alltid dubbelkontrollera läkemedelslistan i journalsystemet med Pascal. Efter en utvecklingsinsats åtgärdades bristen mars 2017 och ingen patient hade kommit till skada. Utöver denna åtgärd har ett flertal mindre teknikutjusteringar gjorts i journalsystemet vilket förbättrat säkerheten. Regionen har under året 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.

Vårdpreventivt arbetssätt

En regionövergripande anvisning för vårdpreventivt arbetssätt är framtagen som omfattar fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen och blåsöverfyllnad. Vårdpreventivt arbete syftar till att upptäcka patienter med risk för vårdskador och att snabbt sätta in förebyggande åtgärder. I divisionerna pågår implementering av anvisningen.

Dokumentation av riskbedömningar och insatta åtgärder i regionens vårdadministrativa journalsystem (VAS) har utvecklats. Syftet är att få en likvärdig dokumentation i länet, ge stöd i det vårdpreventiva arbetet, samt förhindra dubbel-

dokumentation och möjlighet att ta ut statistik direkt från VAS. Nätverk för kontaktpersoner i verksamheterna har skapats för att lyfta området ytterligare och att ge möjlighet till erfarenhetsutbyte och information. Under 2017 har arbete pågått med att ta fram mallar för uppföljningar, datauttag och rapporter.

SEUPP rundor är införd på flera enheter i närsjukvården. SEUPP är en strukturerad omvårdnadsrunda som utförs med bestämda tidsintervaller. SEUPP är en minnesregel/mental checklista där S-står för symtom (smärta, oro, ångest, illamående) E-Elimination, U-undvika undernäring/vätskebrist, P-position (vändningar/förflyttningar etc.) P-placement (har patienten tillgång till de tillhörigheter som behövs, ex ringklocka, hörapparat etc.). Genom regelbunden tillsyn och bedömning av omvårdnadsbehovet utifrån SEUPP så blir patienterna tryggare, vårdskador minskas och arbetsmiljön bli lugnare.

För att kartlägga nuläget och ta reda på orsaken till ökningen av andelen trycksår har en journalgranskning av alla patienter med trycksår under PPM-mätningen genomförts inom division Länssjukvård. Därefter har dialog med berörda enheter förts samt förbättringsarbete initieras.

”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.

Under vecka 40 medverkade Region Norrbotten i Socialstyrelsens kampanjvecka ”Balansera mera” för att förebygga fall och fallskador. Socialstyrelsens kampanjmaterial har spridits till verksamheten för att användas i väntrum och sjukhusentréer. Kampanjmaterialet kommer även att användas även under resten av året. Regionen har tagit fram egna vykort med balansövningar för spridning i och roll-up; s som bygger på kampanjmaterialet.

Gröna korset är en metod som ger en möjlighet till daglig visualisering av vårdskador och risk för vårdskador samt skapar ett underlag till förbättringar. Målet är att verksamheterna i tid ska upptäcka risker och förbättra patientsäkerhetskulturen. Under 2017 har samtliga verksamheter inom division Länssjukvård infört Gröna korset. Även inom division Närsjukvård pågår implementering.

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 regionen under ett antal år. Dokumenthantering för vården, VIS vård, ska göra vårdrelaterade dokument, rutiner och patientinformation som ligger utanför journalsystemet, tillgänglig inom hela regionen. Dokumenthanteringssystemet ska säkerställa kvalitet i och med att granskning och godkännande av sakkunnig krävs. Dokumenten ska revideras årligen och uppdat-

eras med senaste evidens. På varje nivå i regionens 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, kvalitetssäkra informationsflödet och utbilda VIS-användare i verksamheterna.

Arbetet med användandet av distansöverbyggande teknik som ett verktyg för bättre kommunikation har fortsatt under året. Målet är att öka användningen av digital teknik för att underlätta möten mellan vårdpersonal och mellan vårdpersonal och patient. Fler och fler verksamheter erbjuder vissa typer av besök via Skype och/eller Polycom.

Kunskap och kompetens

Den 12 september arrangerade Patientsäkerhetsrådet en regional patientsäkerhetskonferens. Temat var ”Patientsäkerhet ombord – alla kan medverka”. I Regionhuset och ute i länet på videolänk deltog cirka 200 personer. Huvudtalare vara Marianne Törner som forskar om säkerhet i organisationer ur ett organisationspsykologiskt perspektiv med fokus på säkerhetsklimat och säkerhetskultur.

Patientsäkerhetsutbildning; I regionen finns en grundläggande patientsäkerhetsutbildning. Utbildningsmaterialet finns på webben. Flera verksamheter som exempelvis Service och Folk tandvården har anpassat utbildningsmaterialet till sin verksamhet.

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

Kunskapsstyrning; Inom området kommer nu kunskapsstöd i form av Nationellt Kliniskt Kunskapsstöd för Primärvården att införas. Syftet med införandet är att öka förutsättningarna för medarbetare att ge en säker och jämlik vård. Avseende uppföljning görs även analyser av Öppna Jämförelser (ÖJ) och ett nytt system Primärvårdskvalitet för uppföljning i primärvård, kommer att införas i regionen.

Resultatet av expertgruppers analyser, och resultat uppföljningar ska initiera till utveckling och förbättringsarbete som sker med stöd av divisionernas verksamhetsutvecklare och Utvecklingsavdelningen. Under hösten 2017 har expertgrupper presenterat sina analyser ur ett regionövergripande perspektiv och i diskussion med divisionsledning fastställt mål och mått för kommande verksamhetsår.

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

Exempel från verksamheten;

- Översyn och en fördjupning av befintlig utbildning för Vårdnära service medarbetare som påverkar patientsäkerheten. Fördjupade kunskaper inom kost och lokalvård har införts i utbildningen. Så också fördjupning i arbets-miljö för att VNS ska få en fördjupad förståelse för vårdpersonal och patienter samt utbildning i "Hot och våld" och "Bemötande av dementa patienter".
- Närsjukvården; Vi genomför löpande grundläggande utbildning i patientsäkerhet "Patientsäkerhet för Alla" för vår personal, där det bl.a. ingår information om hur och varför man ska rapportera avvikelser i Synergi. Detta innebär ett mer aktivt patientsäkerhetsarbete och bättre patientsäkerhetskultur på arbetsplatser.
- Länssjukvården; Personalen har genomfört web-baserad utbildning om geriatriska patienter.
- På den gemensamma sidan Patientsäkerhet i Folkandvården finns samtliga händelser som tagits upp i Folkandvårdens ledningsgrupp som "Månadens avvikelse" samt lex Maria-händelser samlade. De tre anmälningarna enligt lex Maria har presenterats kortfattat för samtliga medarbetare på divisionens Insida. Samt fördjupat som Månades avvikelser. Flera verksamhetsområden har skapat sär-skilda avvikelseridor för att sprida lärdomar och förhindra återupprepning av felhändelser.
- Patienthotellet; Pulsmöten genomförs 2 ggr dagligen där risker/tillbudssituationer tas om hand enligt Gröna korset med hela arbetslaget. Varannan vecka sker förbättringsträffar för att fånga upp och åtgärda de problem/behov som finns utifrån gästerna/patienterna.
- Länsteknik; I projektet "Breddinförande av vård på distans inom NLL" har ett telemedicinkoncept tagits fram för akutomhändertagande och installation-er har gjorts i akutrum på hälsocentralerna i Övertorneå, Överkalix och Haparanda samt på en akutexpedition på Kalix sjukhus.

Överbeläggningar

Rutindokument för överbeläggningar/utlokaliserade patienter har tagits fram inom vissa verksamheter som stöd till övriga verksamheter för att stärka patientsäkerheten.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

I Region Norrbotten finns en länsstyrgrupp som är samverkansgrupp mellan länets kommuner och regionen. 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.

Samordnad individuell plan och fast vårdkontakt

Under 2016 genomfördes en uppföljande revision gällande "Samordnad individuell plan och fast vårdkontakt" Region Norrbotten har efter det tillsammans med Norrbottens Kommuner blivit beviljade medel från EUs strukturfond för att utveckla ett processbaserat IT-stöd, flexibla arbetsprocesser och arbetsflöden anpassade till den nya lagstiftningen "Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård", den nya lagen från 1 januari 2018. Förändrings- och förankringsarbetet bedrivs genom projektet Min plan som pågår 2016-2018 med syfte att säkerställa att processerna blir implementerade och normaliserade i den dagliga verksamheten samt att öka den enskildes delaktighet i processen och tillgänglighet till sin samordnade plan genom utveckling av invånartjänst via 1177 Vårdguiden.

Under 2017 har förändrings- och förankringsarbetet som bedrivs genom projektet Min plan fortskridit med syfte att säkerställa att processerna för samordnad indi-

viduell planering i öppenvården samt samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård blir implementerade och normaliserade i den dagliga verksamheten. Med anledning av ny lagstiftning som rör utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som trädde i kraft 1 januari 2018 har Region Norrbotten tillsammans med Norrbotten Kommuner tagit fram förnyade samverkansriktlinjer. Dessa har beslutats av Regionstyrelsen att antas likväl som styrelsen för Norrbotten Kommuner godkänt och rekommenderat kommunerna i länet att anta dem. Gemensamma riktade informationsinsatser till olika målgrupper, chefer, superanvändare, utförare och medborgare, är gjorda. Särskild tyngdpunkt har lagts vid fast vårdkontakt, samordningsansvar och egen planering. Detta med anledning av de brister i arbetet med fastvårdkontakt som revisionsrapporten från 2016 visade. För cheferna har också vikten av att följa implementeringsprocesserna och följsamheten i processerna legat. Detta för att tidigt kunna upptäcka behov av riktade insatser i samband med breddinförandet till de enheter som så behöver. Även gemensamma utbildningsinsatser har genomförts som en förberedelse inför det planerade breddinförandet som sker under februari 2018. Under våren 2017 genomfördes också en pilot i skarp drift vid åtta vårdavdelningar, fyra hälsocentraler samt två kommuner där de nya arbetsprocesserna och nya IT-stödet testades och utvärderades. Utifrån utvärderingen och nya lagen har sedan samverkansriktlinjerna utformats. Arbeta med att öka den enskildes delaktighet i processen och tillgänglighet till sin samordnade plan har också varit centralt. En förstudie har genomförts och ett lösningsförslag finns framtaget. En nationell tjänst planeras utvecklas under 2018 för att kunna tillgängliggöra planen för den enskilde via invånartjänst 1177 Vårdguiden.

Samverkan i etiska frågor

Samverkan kring etik har skett inom regiondirektörens stab med bland annat patientnämnden, patientsäkerhet och folkhälsocentrum. Diskussioner har exempelvis förts kring etiska frågeställningar gällande patientärenden, sociala medier, barnkonventionen, jämställdhetsarbete och framtagande av ny sekretessrutin.

Strategisk samverkan för samarbete och utbyte i olika kunskapsfrågor har under 2017 skett med Karolinska Institutet, Region Skånes etiska råd, Etiska rådet i Östergötland och Västerbottens läns landstings etiska grupp. En nationell styrgrupp för svenska etiknätverk är tillsatt där ordförande i Region Norrbottens råd är utvald att delta som en av fyra ledamöter.

Presentationer om etikarbetet i Region Norrbotten har efter förfrågan skett ute i delar av Sverige; Västerbottens läns landsting, Region Jönköping, Landstinget Västernorrland, Karolinska universitetssjukhuset samt Sveriges Kommuner och Landsting.

Internt

- CEPS tränar återupplivning av barn tillsammans med Ob-Gyn och narkosläkare.
- Överenskommelse är gjord mellan Barn- och ungdomshabiliteringen, för hur de patienter/brukare som har behov av Vuxenhabilitering, ska få en smidig

uppstart hos oss. En samverkan som fortsätter utifrån att behov och förutsättningar hos våra patienter ständigt förändras.

- Mammografiverksamheten har deltagit i bröstcancer ”Ide gala”, där patienter och närstående deltog för att utveckla vården. Samverkan och idéer mellan bröstcancerföreningen (BRO), politiker, verksamheter, patienter och närstående utbyttes.
- Under 2017 har ett fortsatt arbete skett med förbättrad cancerrehabilitering genom utveckling av teamarbete, gemensamma rutiner samt fortsatt utveckling av checklistor för att förbättra rehabilitering för cancerpatient.

Externt

- Nätverksarbete med vårdgrannar inom kommuner och Regionen, Norrbus och samordnade vårdplaneringar (SIP).
- Samverkan med länets kommuner i att ta fram en gemensam strategi för sam
- Fortsatt arbete med ledtider till Huvud-Hals tumörer har kortats bl. a genom gemensamt arbete inom RCC, LCC ansvariga processledare och kontaktsjuk-sköterskor.
- Hjälpmedelskonsulentverksamhetens uppdrag är att erbjuda stöd till förskrivare i förskrivningsprocessen, både inom regionen och inom alla kommunerna i länet. Samverkan sker mellan Länservice och Hjälpmedelskonsulentverksamheten
- Strategen deltar även i den Regionala (Norra regionen) Samverkansgruppen för Kunskapsstyrning inom norra regionen (RSK) för samarbete och utbyte i olika kunskapsstyrnings-frågor exempelvis samordning av GAP analyser av Nationella riktlinjer.

Risakanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

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

Risker identifieras via;

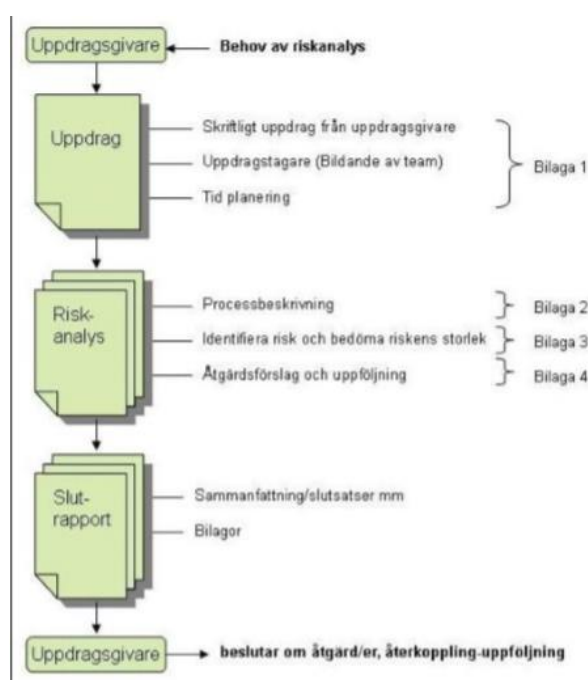
- Förbättringstavlor på enhetsnivå/divisionsnivå
- Gröna korset.
- Risker och tillbud registrerade i avvikelshanteringssystemet.
- Lex Maria ärenden, Patientnämndsärenden, klagomål och synpunkter inkomna från patient/närstående och från IVO.
- Genomförda tillsyner av IVO.
- Alla patienter som är 70 år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

Riskbedömningsinstrument som används;

- Modifierad Nortonskala- (trycksår)

- Downton Fall Risk Index (DFRI) (för fall)
- Undernärning - Åtgärder för att förebygga (Sveriges Kommuner och Landstings åtgärds paket) och Mini Nutritional Assessment (MNA) för nutrition
- ROAG munvårdsbedömning (ohälsa i munnen).
- Riskidentifiering av blåsoverfyllnad och UVI; *Vårdrelaterade urinvägsinfektioner - åtgärder för att förebygga (SKL;s åtgärds paket) och Vårdhandboken vid behandling med kateter.*

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



Sammanlagt har cirka 30 riskanalyser genomförts 2017.

	2015	2016	2017
Antal riskanalyser	26	40	30

Exempel på genomförda riskanalyser och riskbaserat arbet;

- Neddragning av vårdplatser inför sommaren.
- Inför sommaren, flytt till nya lokaler, ombyggnation, förändrade arbetssätt.
- Risk och konsekvensanalys kring en förändring av IVA-platser i länet och hur en förändring av läkarbemanningen skulle påverka befolkningen i länet.
- Under 2017 har en riskanalys genomfört i samband med öppnade BB-eftervård på Hotell Vistet i Sunderbyn.
- Risk- och säkerhetsanalys vid införande av nytt röntgeninformationssystem och bildarkiv (RIS/PACS) har genomförts.
- Under 2017 har riskanalyser genomfört avseende centralisering av blod-komponentberedning samt för avveckling av beredskapen i länet i samarbete med närsjukvården.
- Riskanalys för slutstädning vid misstänkt smitta har genomförts av Vårdnära service (VNS) i Sunderbyn.

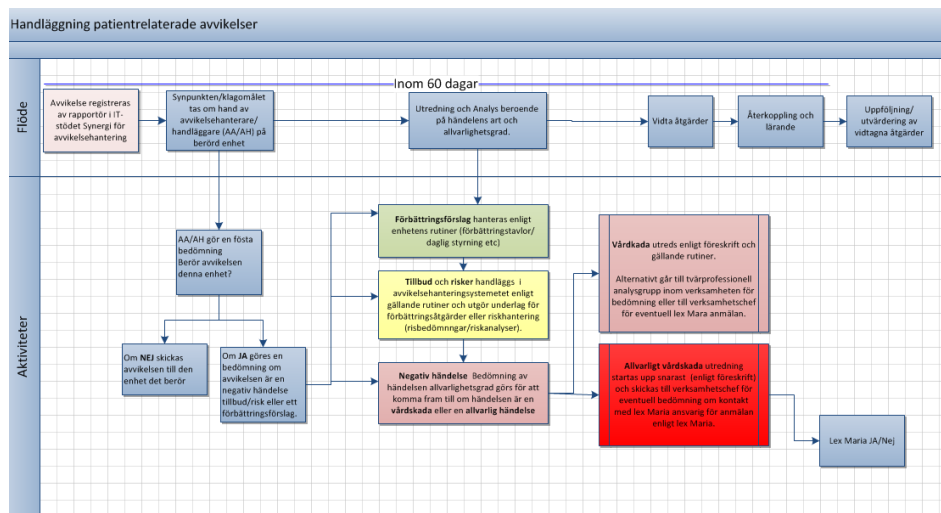
- Riskanalys på kostenheten PÅS har åskådliggjort hur allt ifrån utrustningsbrister till medarbetarnas sätt att kommunicera med varandra kan påverka produktionen och därmed patientsäkerheten.
- Alla driftsättningar av VAS sker med hjälp av utvecklad validering och driftsättningsprocess. Användning av nya rutiner och framtagen check-lista säkrar att alla moment går igenom såsom bedömning av behovet, riskanalyser, användartester, utbildning samt ger ett underlag för beslut om driftsättning.
- För att säkra funktionalitet genomförs systematiska förebyggande under-håll och riskanalyser på tilldelade medicintekniska produkter och medicinska informationssystem. Detta arbetssätt innebär att akuta insatser har minimerats vilket innebär att utrustningar och systemen är säkrare att användas.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

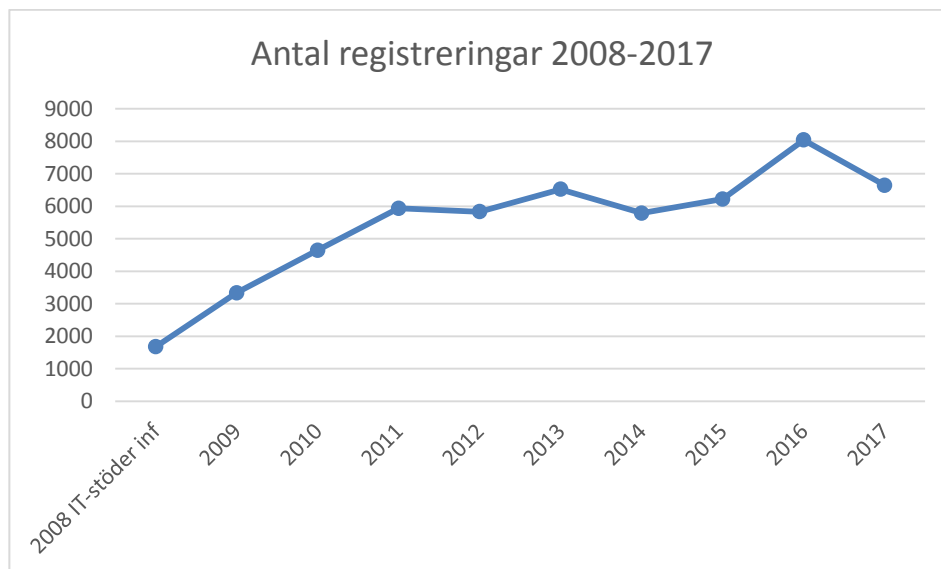
Avvikelse

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



Totalt finns 6 664 registrerade patientrelaterade avvikelser 2017. Av dessa är ungefär 24 procent värdsador, 40 procent tillbud och 18 procent identifierade risker. Resterade avvikelser har bedömts vara förbättringsförslag. Att antalet av-

vikelser ökar ses som positivt och tyder på en ökad patientsäkerhetskultur bland hälso-, sjuk och tandvårdspersonalen.



Källa; Synergi 2018

Exempel från verksamheten;

- Division Service: Under 2017 genomfördes en stor upphandling av förbrukningsvaror t.ex. EKG elektroder och infusions slangar. Några av dessa visade sig vara icke fungerande och farliga. Användarna larmade med avvikelser och samtal, Synergi var ett bra stöd för att konkretisera händelsen för leverantören. Förändringar för att minska risker framöver har vidtagits och en del frågeställningar ska arbetas vidare med.

En kvalitetshöjning av avvikelshantering ses med bättre kvalitet i hanteringen av avvikelser. Brister finns dock fortfarande i handläggningstider av avvikelser varför detta ska följas som mål i under 2018.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården; 7 kap. Patient-säkerhetsberättelse

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

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

- Under verksamhetsåret har det huvudsakliga informationssäkerhetsarbetet på central nivå arbetat med:
 - Uppdatering av rutin för utredning av journalintrång
 - Etablering av rutin och samarbetsgrupp för informationssäkerhetstänk vid upphandling av IT-system
 - Inventering och åtgärdsplan för implementeringen av Dataskyddsförordningen
- Under verksamhetsåret har det huvudsakliga informationssäkerhetsarbetet på operativ nivå arbetat med:
 - På grund av bristande central ledning och styrning har det operativa arbetet stått still under året.

Uppföljning och analys av informationssäkerhetsarbetet

Under verksamhetsåret har inga riskanalyser genomförts inom informationssäkerhetsområdet, detta beror på:

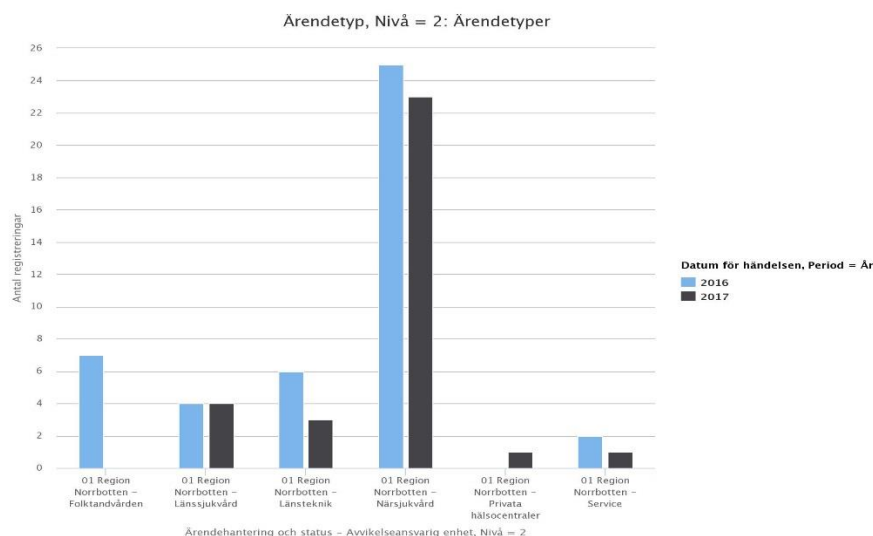
- Avsaknad av rutiner i verksamheten gällande systematisk granskning och uppföljning inom informationssäkerhetsarbetet
- Avsaknad av tydligt uppdrag till verksamheten
- Avsaknad av operativa rutiner, uppföljning, åtgärder
- Ansvarig tjänst vakant under 4 månader
- Bristfällig styrning och ledning
- Bristfällig kommunikation till verksamheten

Under verksamhetsåret har följande incidenter som påverkat informationssäkerheten och som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada inträffat:

- Post har stulits från sjukhusens vårdinrättningar
- Felsändning till patient med skyddad identitet

Uppföljningar som gjorts och förbättringsåtgärder som har vidtagits.

- Gällande posthantering har samtliga vårdcentraler och sjukhus vidtagit åtgärder för förvaring och placering av sin posthantering. Posten står nu i utrymme som är oåtkomlig för medborgare/patient.
- Gällande felsändningen upprättades en avvikelse, interna rutiner säkerställdes och berörd extern myndighet informerades om incidenten. Patient meddelades.



Källa Synergi; Antalet avvikelser 2016-2017 Informationssäkerhet

Sammanfattning resultat

Utvärderingen från den centrala ledningen av informationssäkerhetsarbetet är att verksamhetsåret 2017 har visat en hel del brister inom både det strategiska och operativa informationssäkerhetsarbetet där åtgärder för att säkerställa kvaliteten och kontinuiteten av informationssäkerheten ligger högt prioriterat inför 2018. I förbättringsarbetet ingår en uppdatering av de riktlinjer och policys som styr och kravställer regionens informationssäkerhetsarbete men även ökad kommunikation och förbättrad styrning och ledning till regionens verksamheter. Arbetet med implementeringen av dataskyddsförordningen och kommunikationen om lagändringen till regionens medarbetare och implementeringen av flertalet säkerhetshöjande åtgärder kommer ligga högt i prioritering och implementeringen för kommande verksamhetsår.

Klagomål och synpunkter

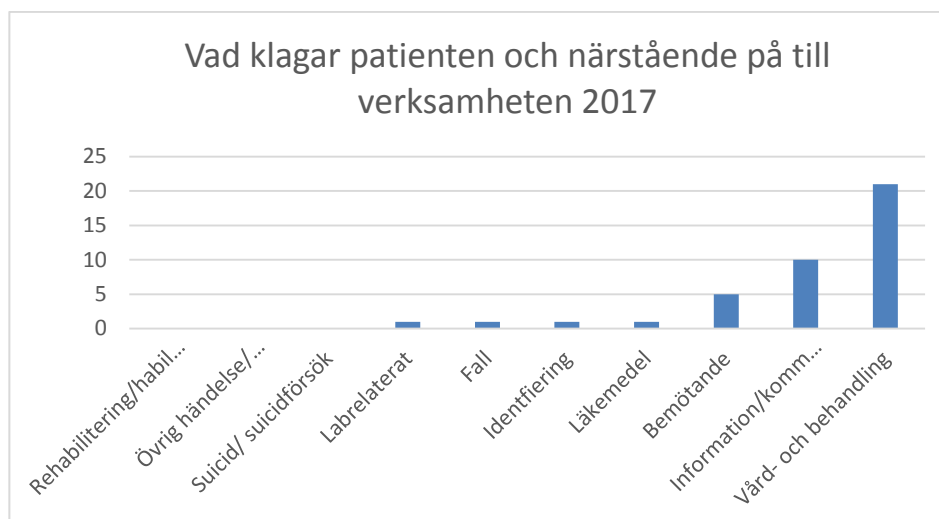
SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6

Klagomål och synpunkter som kommer direkt till verksamheten

För 2017 ses en avsevärd förbättring främst inom division närsjukvård, av följsamheten till att registrera klagomålsärenden i avvikelsehanteringssystemet. Det underlättar för verksamheten i handläggningen och att identifiera problemområden för att sedan vidta förbättringsåtgärder.

Klagomål och synpunkter från patient och närstående

Totalt finns 40 rapporterade avvikelser som kommer från patienter och närstående som framfört synpunkter och klagomål direkt till verksamheten. Av dessa var 67 procent bedömda som en vårdskada, 30 procent tillbud och 3 procent identifierade risker.

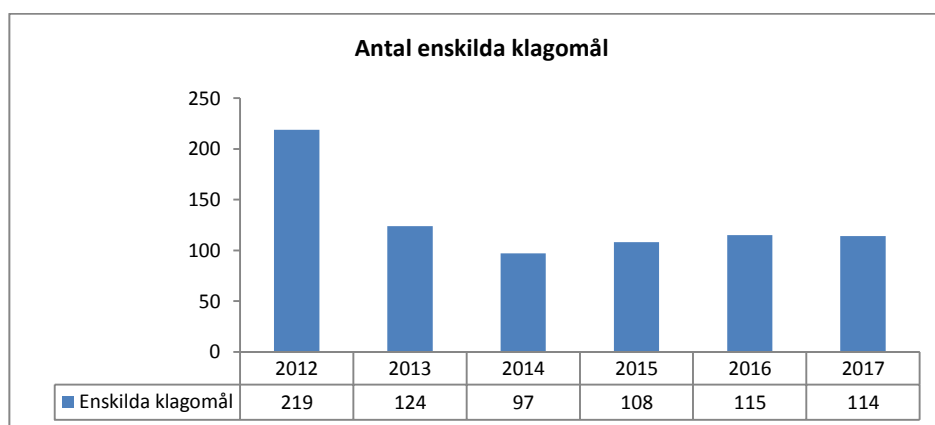


Källa: Databasen Synergi Jan 2017.

Enskilda klagomål

Till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), kan patient eller närstående anmäla om de upplever brister i patientsäkerheten 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 2017 har regionen handlagt 114 enskilda klagomål från patient/närstående anmälda till IVO. Av dessa ärenden är 43 avslutade och i 16 av de avslutade ärendena har kritik riktats till regionen och dess verksamheter. Ungefär tre till fyra ärenden har lett till att IVO öppnat ett tillsynsärende eller en inspektion. 88 (77 procent) av klagomålen är registrerade i avvikelshanteringssystemet och handlagda som en avvikelse. Vilket är bättre jämfört med 2016 då 75 procent av klagomålen hade avvikelshanterats



Källa: Uppgifter från regionens uppföljning 2017

Antalet klagomål har inte ökat jämfört med 2016. Flest klagomål riktas till verksamheterna primärvård, kirurgi och ortopedi.

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



Källa: Uppgifter från regionens uppföljning

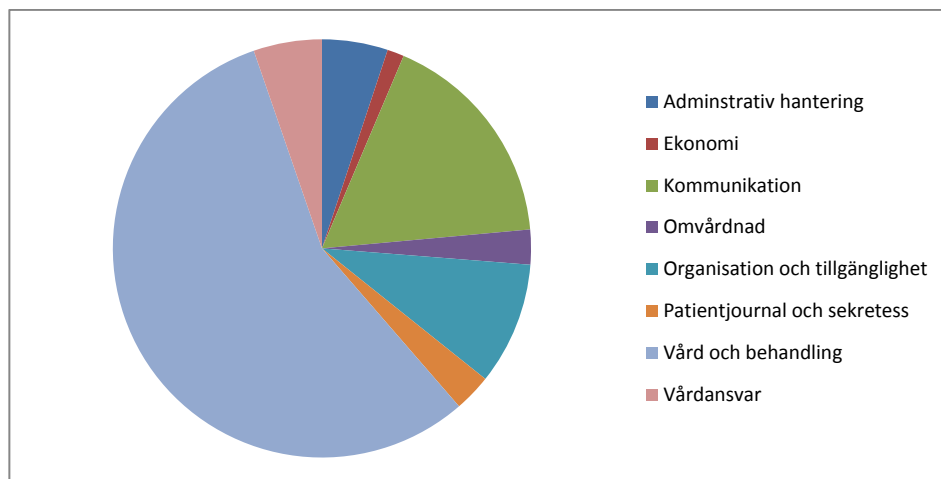
Fyra enskilda klagomål var även föremål för en lex Maria anmälan och två var också anmälda till Patientnämnden.

Patientnämndsärenden

Totalt sett så har patientnämnden (PaN) registrerat 1003 ärenden under 2017. Det är en ökning jämfört med föregående år (814 ärenden 2016). Könsskillnaderna har ökat jämfört med föregående år.

År	Kvinnor/män	Totalt
2015	57 procent kvinnor/43 procent män	714
2015	62 procent kvinnor/38 procent män	814
2016	55 procent kvinnor/45 procent män.	814
2017	63 procent kvinnor/37 procent män	1003

Flest patientnämndsärenden finns inom kategorin vård och behandling. Sedan följer brister i kommunikation och organisation och tillgänglighet. Alla kategorier har ökat förutom ekonomi. Främst ses ökningen inom vård och behandling, administrativ hantering samt organisation och tillgänglighet.



Källa; Patientnämndens uppföljning 2017.

Främst ses ökningen inom akut omhändertagande, primärvården och psykiatri för Närsjukvården. Utifrån huvudkategori är det administrativ hantering (brister rörande kallelser, remisser, intyg, prov och provsvar, recept m m) som har den största ökningen.

Inom länssjukvården ses ökningen inom allmänkirurgi/urologi, bild- och funktionsmedicin samt obstetrik och gynekologi. Utifrån huvudkategori är det organisation och tillgänglighet samt kommunikation som har den största ökningen.

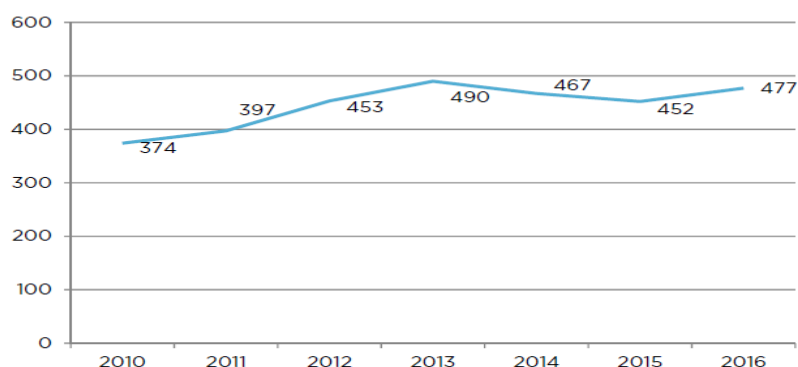
Exempel från verksamheten;

- OB/Gyn; När vi får in ett patientnämndsärende till oss inom ob/gyn så gör verksamhetschefen den första bedömningen om vem som ska kontakta patienten. Vi har patientnämndsansvariga barnmorskor och sjuksköterskor som oftast får uppdraget att i första hand kontakta patienten som lämnat in ett patientnämndsärende och utifrån det samtalet antingen boka in en tid eller på lämpligaste vis hjälpa patienten vidare alternativt avsluta ärendet, för att minska risker framöver har vidtagits och en del frågeställningar ska arbetas vidare med.

Anmälningar till Patientförsäkringen LÖF

En skadeanmälan ska göras till Patientförsäkringen LÖF när en patient anser sig ha drabbats av en skada under sin vårdtid. För att få ersättning från LÖF måste skadan ha gått att undvika. Antalet anmälningar till LÖF är något högre 2016 jämfört med 2015. För 2017 saknas statistik

4.1 Antal anmälningar hos LÖF 2010-2016 för Region Norrbotten



Källa: Patientförsäkringen LÖF

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

Vård och behandling samt kommunikation/information är stora områden inom alla instanser. För både enskilda klagomål och PaN-ärenden är primärvård, kirurgi och ortopedi de verksamheter som har flest ärenden. Samma gäller för försenad eller missad diagnos, felaktig vård och brister i kommunikationen samt komplikationer i samband med behandlingar eller operationer. Intressant skulle vara att undersöka om det rör sig om samma klagomål som hamnat hos flera olika instanser eller om det är helt olika klagomål. För att utveckla gemensamma analyser och kunna göra jämförelser är samverkan mellan vårdgivaren och patientnämnden betydelsefull. Viktigt är även att utveckla och att se över kategoriseringen av händelser så de överensstämmer i bägge handläggningssystemen.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

	<p>Individnivå - varje möte med varje individ</p> <p>Patient/brukare ska vara välinformerade utifrån sina förutsättningar och ha inflytande över vård, behandling, stöd och andra insatser</p>
	<p>Verksamhetsnivå – sjukhus, hälsocentral, klinik, avdelning</p> <p>Medverkan i utvecklingen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten exempelvis vid process- och utvecklingsarbeten, händelseanalyser eller brukarrevisioner</p>
	<p>Systemnivå – landstingsövergripande, divisioner</p> <p>Medverkan i ledning och styrning av organisationen som helhet innebär delaktighet på övergripande nivå</p>

I

Norrbotten finns sedan december 2016 en handlingsplan för patient- och brukarmedverkan som grundar sig på den läns gemensamma strategin. Spridning av

handlingsplanen skulle enligt beslut ske i linjen. Uppföljning av i vilken grad implementering i regionen har skett kommer att följas upp i patientsäkerhetsberättelsen från och med 2018.

Under 2017 har regionens Läns pensionärsråd och Tillgänglighetsråd provat ett nytt arbetssätt med gemensamma möten som ska utvärderas innan årets slut. Avsikten är att råden ska vara delaktiga i utvecklingsarbeten och projekt på övergripande nivå under pågående process. Den 30 november genomfördes en temadag om "Framtidens hälso- och sjukvård" för ledamöter i råden där avsikten varit att lyssna in organisationernas synpunkter inför framtiden. På alla sjukhus i länet finns patientråd där verksamhetsnära frågor diskuteras. Under 2017 har en översyn inletts kring uppdrag och representation.

Nationella patientenkäter (NPE)

Regionen/landstinget har sedan 2011 varit anslutet till Nationell Patientenkät (NPE). Syftet med enkäten är att använda resultaten i det egna förbättringsarbetet. På grund av byte av enkätleverantör genomfördes mätningar senare än beräknat under hösten 2017. Under november månad har mätningar genomförts på besök hos Primärvårdens läkare och sjuksköterskor samt inom rehabilitering inom Närsjukvården slutna och öppna vård. Resultatet av enkäterna publiceras under 1:a kvartalet 2018 och analysarbetet påbörjas

Invånartjänster

En strategi för invånartjänster i regionen 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 beslutad av regiondirektören. 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. En intern kampanj för att öka kunskapen hos medarbetarna om 1177 vårdguiden är under framtagande. Syftet är bl.a. att medarbetarna ska kunna vägleda om möjligheterna med e-tjänster/invånartjänster.

1177 vårdguiden på telefon

För närvarande pågår införandet av nationell lösning för 1177 vårdguiden på telefon med planerad driftstart i slutet av februari 2018. Övergången innebär en möjlighet till samverkan inom norra region och nationellt samt delta i den utvecklingen av sjukvårdsrådgivning som sker. Detta har inte varit möjligt med dagens lösning. (t.ex. vid driftstörningar) Även möjligheten till uppföljning underlättas (och är kvalitetssäkrad).

Journal via nätet

Sedan juni 2016 har norrbottningarna direktåtkomst till journalinformation via e-tjänsterna på 1177. Den information som är tillgänglig är journalanteckningar, vårdkontakter, läkemedelslistan i VAS, svar på blodprover samt vaccinationer. Arbetet fortgår med att tillgängliggöra fler informationsmängder och de verksam-

heter som idag är undantagna (barnsjukvården och vuxenpsykiatri). Målbilden är att vid utgången av år 2020 har alla invånare tillgång till all elektronisk information om sig själv.

I dagsläget har ca 42 000 norrbottningar loggat in i e-tjänsterna på 1177 för att ta del av sin journalinformation via tjänsten. Det motsvarar ca 48 % av de som någon gång loggat in i e-tjänsterna på 1177. I snitt sker 800 inloggningar per dag i Journalen. Av dessa är ca 60 per dag förstagångsbesökare. Det finns ett stort behov av kommunikationsinsatser både internt och externt för att öka kännedomen om Journal via nätet.

Webbtidbok

Ett pilotprojekt för införande av webbtidbok har genomförts. Fyra hälsocentraler, en ungdomsmottagning och två specialistkliniker är nu tillgängliga via webbtidbok (totalt 12 mottagningar). Mammografin i länet blir från och med januari 2018 tillgänglig för webbokning. Beslut är fattat i utvecklingsrådet om att tillsätta resurser för att starta ett omfattande införande av webbtidbok under 2018. En efterfrågad e-tjänst från invånarna/patienterna som möjliggör en ökad tillgänglighet och delaktighet/ansvar. Webbtidbok är i stor utsträckning förenat med utveckling av arbetssätt varför resurser i form av verksamhetsnära stöd i form av coacher/verksamhetsutvecklare kommer att finnas under införandet.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått

Organisation

- Stramagruppen, Smittskydd och Vårdhygien och förvaltningsgruppen för Synergi arbetar systematiskt med information, utbildning, uppföljning och stöd till verksamheten.
- Patientsäkerhetsråd med representanter från divisionerna och stödfunktioner till patientsäkerhet.
- Etiskt råd som har till uppgift att utveckla och utgöra stöd inom etikområdet till verksamheterna med utvecklingsdirektören som övergripande ansvarig.

Metoder

- Journalgranskning enligt metoden för markörbaserad journalgranskning inom slutna somatiskt vård och inom psykiatrisk vård.
- Risk- och händelseanalyser enligt metoder som beskrivs i handbok för Riskanalys och händelseanalys (Sveriges Kommuner och landsting, 2015).

Stödsystem

- Nationellt IT-stöd för händelseanalyser (Nitha) infördes 2016.
- Infektionsverktyget breddinfördes 2014.
- IT-stödet Synergi för handläggning av avvikelser infördes 2008.
- Databas för registrering av månadsobservationer av följsamhetsmätningar av hygienföreskrifter

Utbildning

- Utbildning i Nitha har genomförts, samt utbildning i riskanalys.
- Patientsäkerhetsutbildning – grundläggande utbildning och patientsäkerhetsutbildning i åtta steg. Utbildningen omfatta hela regionen sedan hösten 2016 och bedrivs nu på övergripande nivå. Ca 1300 personer har under året fått grundläggande utbildning i patientsäkerhet. 15 personer har genomgått utbildning till patientsäkerhetssamordnare i 8 steg.
- Vårdhygien har under 2016 genomfört över 230 utbildningar framförallt inom ämnesområdena basala hygien- och klädrutiner (BHK), handläggning av multiresistenta bakterier och blodsmitta. Utbildningarna har individualiserats utifrån varje målgrupps behov. Under 2016 har utbildningsinsatserna skett till sjuksköterskor, undersköterskor, AT läkare, medicinkandidater, sjuksköterskestuderande, Vårdnära service projekt, medarbetare i lokalvård på entreprenad och i egen regi, sommarvikarier inom vård och lokalvård, chefer på olika nivåer, läkare i olika specialiteter, SÄBO, hemtjänstpersonal och hjälpmedelskonsulenter inom när- och länssjukvård, infektionssjukvården, hälsocentralerna, service och kommun. Dessutom har hygiensjuksköterskorna föreläst på Miljödagen, konferensen ”Att förebygga vårdskador”, temadag infektion ”Skydda Antibiotikan” och på regionens Patientsäkerhetskonferens.
- Flera av verksamheter har under 2017 haft utbildningar kring patientsäkerhet och Gröna korset på divisionsnivå.
- Utbildningsdagar i avvikelseprocessen och IT-stödet Synergi.
- Inom Länssjukvården har en utbildning i fyra delar i hur man bedriver patientsäkerhetsarbete ur ett chefsperspektiv genomförts i början av året. Lagar och författningar, Region Norrbottens patientsäkerhetsstrategi, patientsäkerhetskultur och chefens ansvar när det värsta har hänt är de områden som berörts.
- Utbildning i Teach-back och SBAR till några av divisionens verksamheter har genomförts under 2017. LÖF- checklista för säker operation används inom OP-verksamheter.
- Medicinsk strålningsfysik håller utbildningar i strålsäkerhet för personal som arbetar med strålning inom hela Region Norrbotten, detta för att stärka kunskapen och medvetenheten om risker med strålning.
- Utbildning i riskhantering. 6 medarbetare har genomgått utbildning i riskhantering för medicintekniska produkter och system.
- I Region Norrbotten finns en grundläggande etikombudsutbildning som består av åtta steg; etisk teori, lagar och styrdokument, värdegrund, professionellt förhållningssätt, etisk reflektion, etisk rond och etisk analys. Under året utbildades 23 nya etikombud och är därmed 174 till antalet

Verksamhetsspecifika utbildningar;

- Utbildning i att förhindra stora bristningar i samband med förlossning där både slutenvården och öppenvården deltog och i november månad fick slutenvården en fördjupad utbildning.
- Trakeotomiansvariga sjuksköterskor ÖNH i länet och vård-chefen har genomfört fortsatt utbildning inom Trakeotomi-vård.
- En utbildningsinsats har utförts vid fysioterapin samt till en utsedd IVA sjuksköterska runt vården av IVA-patienter.
- Utbildningar i Pro Act (utbildning för vård av den akut sjuke patienten) har genomförts och IVA har under 2017 utbildat ca 100 medarbetare vid Sunderbyn.
- Folk tandvården; Ett utbildningsmaterial i röntgenkalibrering har tagits fram och används på klinikerna. Nya debiteringsövningar är framtagna för att underlätta och förbättra följsamheten till

taxeanvisningarna. Utbildningspaket (PowerPoint) har tagits fram kring avtryck & index som åtgärd efter avvikelser.

- Utbildnings- och nätverksträffar i Patientsäkerhet/Synergi genomförs fortlöpande när nya chefer/avvikelsehandläggare tillträder

Konferenser

- Etikseminarium ”Etik i sociala medier” – 25 oktober.
- Regional Patientsäkerhetskonferens ”Patientsäkerhet ombord – alla kan medverka”.
- Temadag om det nya klagomålssystemet – 13 december.

Nätverk

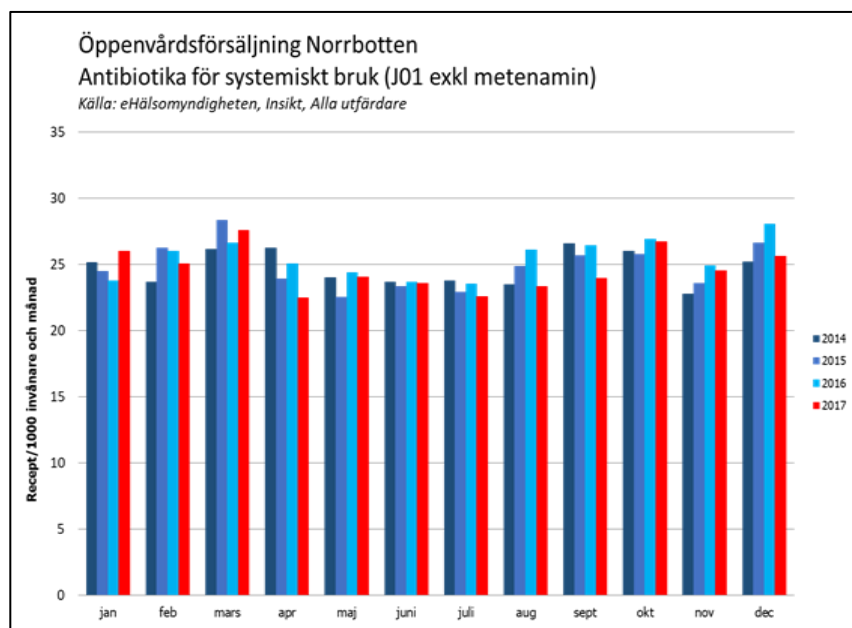
- Nätverksmöten i patientsäkerhet har genomförts.
- Nätverksmöten 2 gånger/år för granskningsteamerna som arbetar med Markör-baserad journalgranskning.
- Länsteknik Medicinsk Teknik samarbetar även nationellt med deltagande i nationella nätverk såsom Säkerhetssamordnare från Medicinsk Teknik och nätverk för System Integrator (SI) med säkerhets frågor som berör medicintekniska produkter och medicinska informationssystem.

Processmått

Antibiotikaförbrukningen

Antibiotikaförsäljningen räknat i antalet recept per 1000 invånare i Norrbottens öppenvård har 2017 jämfört med 2016 minskat från 306 till 295 (- 4 %) vilket är glädjande. Regionens mål – mindre än 250 antibiotikarecept per 1000 invånare och år är dock inte uppnått och fortsatt förbättringsarbete är viktigt.

Karaktären på förskrivna antibiotika/antibiotikaval är relativt god även om det finns förbättringsutrymme även här.



Slutenvårdens totala förbrukning av antibiotika räknat i definierade dygnsdoser per producerat vårddygn fortsätter dock att öka – se bild nedan. Även karaktären

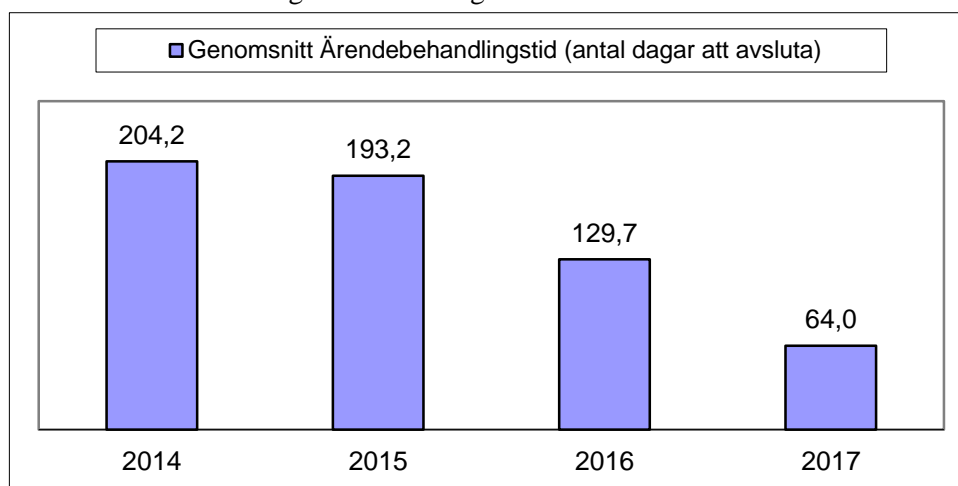
avseende val av antibiotika är till dels olycklig. Användningen av antibiotika som gynnar multiresistenta bakterier, antibiotika med högt selektionstryck, såsom karbapenemer och kinoloner synes användas ogynnsamt frekvent. Vi noterar också ökning av intravenösa cefalosporiner och en kraftig ökning av piperacillin/tazobactam.

Avvikelsehanteringsprocessen

Uppföljningen av avvikelsehanteringsprocessen omfattar följande delar.

- Handläggningstid 60 dagar

Handläggningstiderna har förbättrats avsevärt och 2017 var det 65 procent av ärenden som var handlagda inom 60 dagar.



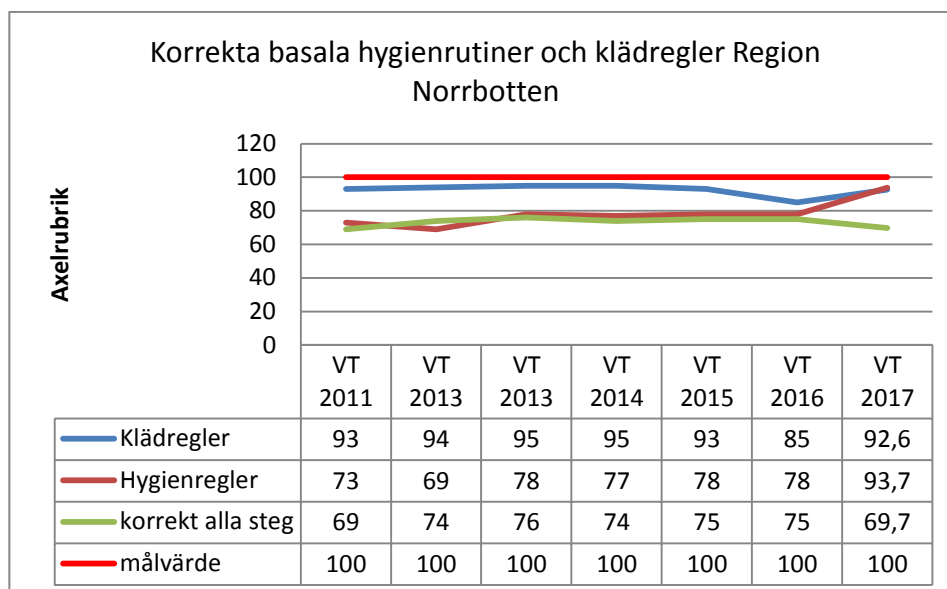
Källa; Avvikelsehanteringssystemet Synergi 2017

- Alla lex Maria ärenden, enskilda klagomål från IVO och Patientnämndsärenden ska vara registrerade som en avvikelse.

100 procent av lex Maria ärenden och enskilda klagomål är registrerade som en patientrelaterad avvikelse. Däremot är det endast 7 procent av patientnämndens ärenden som är registrerade.

Följsamhet till hygienföreskriften

Målet för regionen är 100 procent följsamhet och processen följs genom månadsmätningar och deltagande i de nationella punktprevalensmätningarna. Följsamheten till kläd- och hygienrutinerna har länge varit hög i regionen, men har de senaste två åren minskat liksom antalet enheter som registrerar resultat. Regionens mål på att minst 80 procent av alla avdelningar ska vara aktiva i månadsobservationerna. Desinfektion före rent arbete och användning av plastförkläde är exempel på moment som behöver förbättras. Under senaste åren har antalet enheter som deltar i månadsmätningarna minskat.

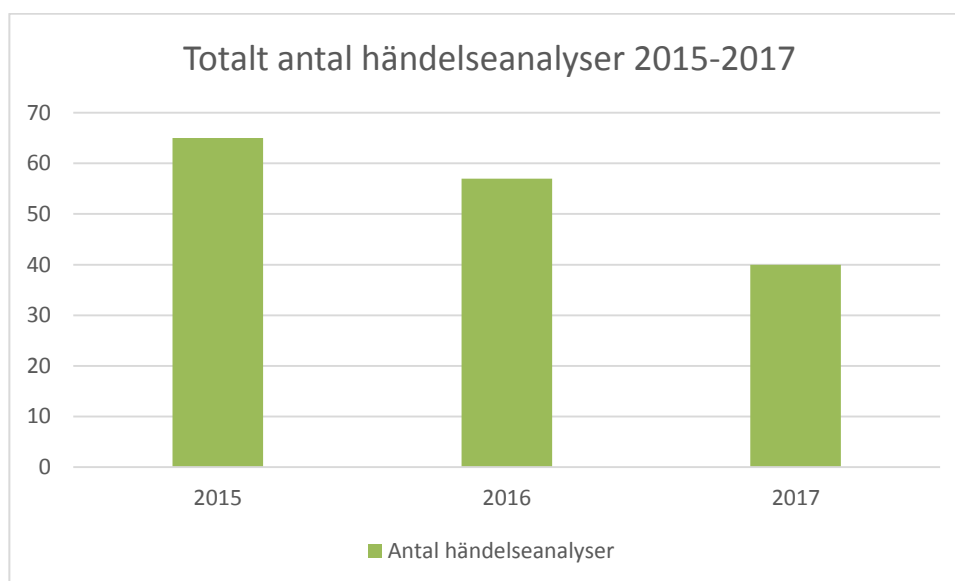


Källa; SKL:s databas 2017

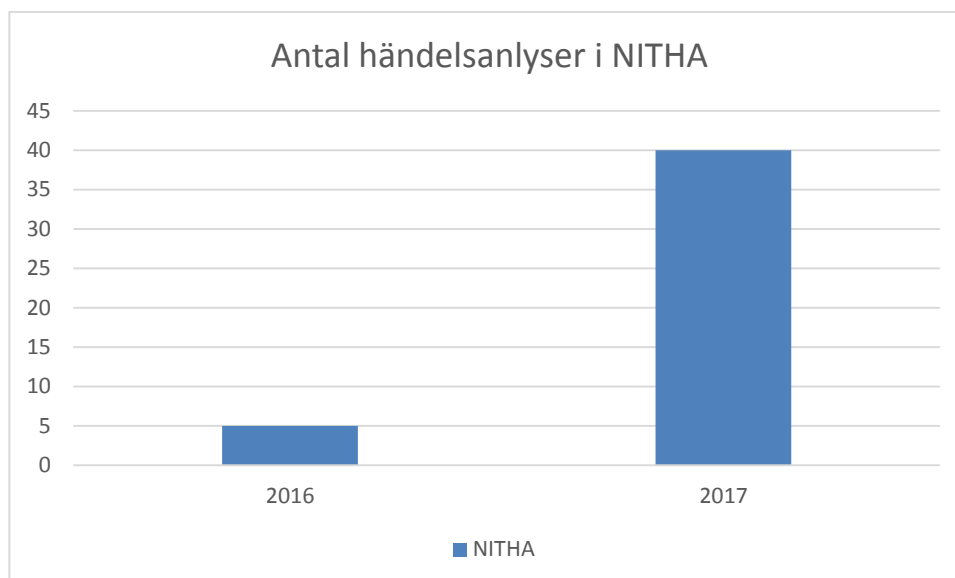
Händelseanalysprocessen

Målet i handlingsplanen var att införa det nationella IT-stödet för händelseanalyser (Nitha) och att kvalitén på händelseanalyser ska höjas. Nitha infördes 2016. Totalt har 40 händelseanalyser genomförts under 2017 och vilket innebär att 100 procent av alla händelseanalyser genomförts i Nitha.

En checklista för händelseanalyser är under utarbetande. Syftet är att höja kvalitén och vara ett stöd i arbetet med händelseanalyser. Det pågår även en uppstart av en teamgrupp tillsammans med chefläkare med lex Maria ansvar som har som syfte att arbeta med granskning och förbättringar av kvalitén av händelseanalyser. Händelseanalyser är också ett kapitel i den patientsäkerhetsutbildning regionen erbjuder medarbetarna. Där ingår i utbildningen metodträning och att aktivt medverka i en händelseanalys.



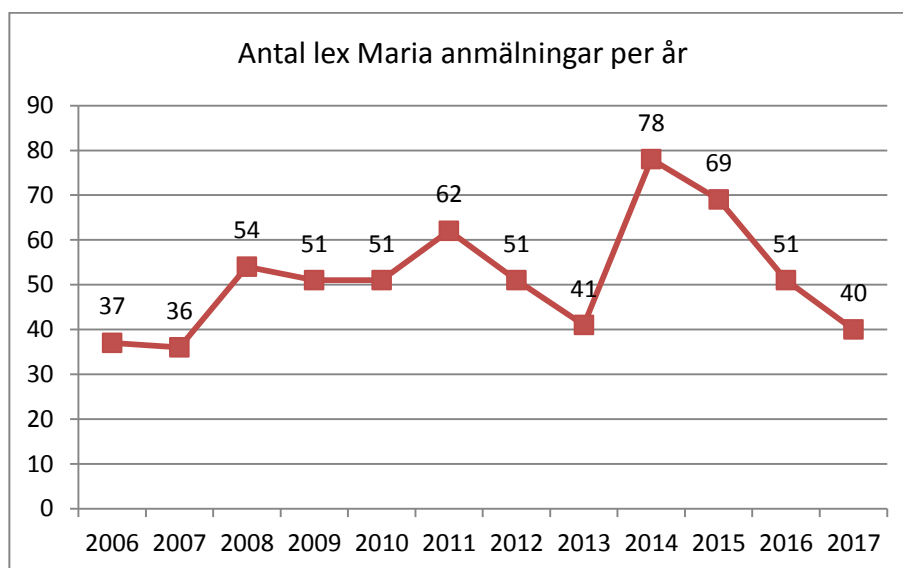
Källa: RN uppföljning av processen händelseanalys



Källa; NITHA 2018

Lex Maria processen

Antalet lex Maria anmälningar 2017 var 40 stycken vilket är något färre jämfört med 2016. Vanligaste bakomliggande orsaker var försenad/missad diagnos och självmord. Samtliga ärende har en registrerad avvikelse.

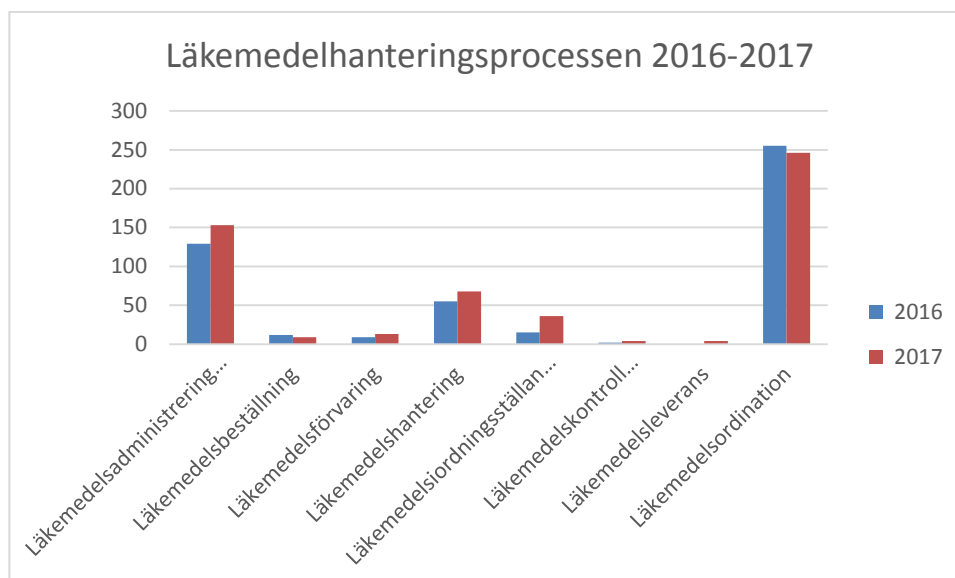


Källa: Uppgifter från regionens lex Maria statistik

68 procent av lex Maria ärendena var utredda inom två månader från lex Maria kännedom, jämfört med 62 procent 2016.

Läkemedelhanteringsprocessen

Läkemedelhanteringsprocessen visar flest avvikelser relaterat till ordination. Antalet avvikelser för iordningställande av läkemedel har fördubblats jämfört med förra året. Läkemedelshanteringsgruppen kommer att analysera vad det kan bero på.



Källa; Synergi 2018

Läkemedelsberättelse

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

Andel med läkemedelsberättelse totalt

År	Kön	Antal med 5 ATC och VTF	Antal med LM-berättelse	Andel med LM-berättelse
2017	K	3 446	1 833	53%
2017	M	2 835	1 624	57%

Mellan 2016 och 2017 ses en tydlig ökning för år 2017.

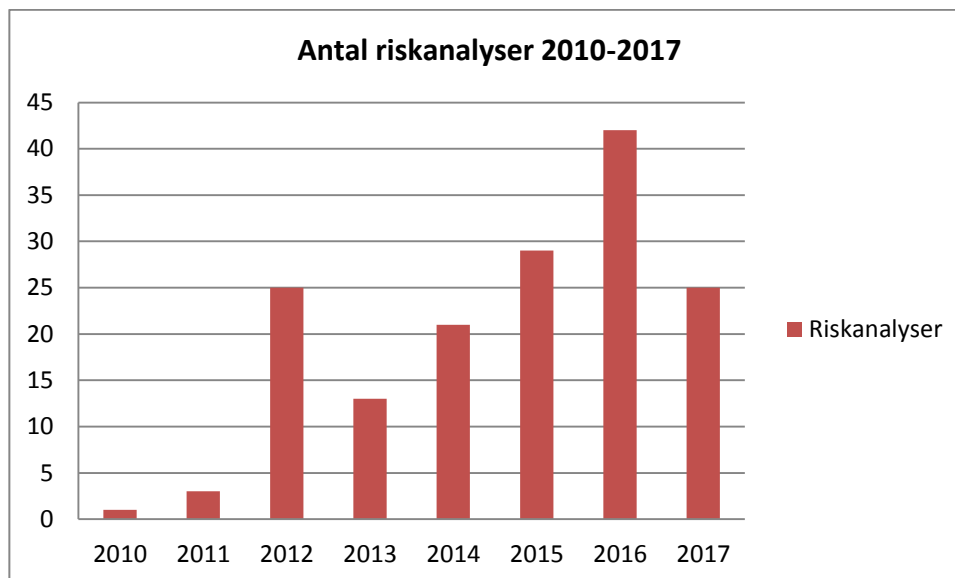
Andel med läkemedelsberättelse per division och år

År	Kön	Antal med 5 ATC och VTF	Antal med LM-berättelse	Andel med LM-berättelse
2016	K	3 613	1 762	49%
2016	M	2 947	1 484	50%

Risikanalysprocessen

I den revisionsrapport som granskade det systematiska patientsäkerhetsarbetet framkom att regionstyrelsen inte säkerställer att det regionövergripande eller verksamhetsnära kvalitetsförbättringsarbetet avseende patientsäkerhet baseras på systematiska och dokumenterade riskanalyser. Riskanalyser, riskbedömningar och förbättringsåtgärder görs i verksamheterna men regionen brister i återkoppling och återrapportering och alla riskanalyser är inte dokumenterade i avvikelse-

hanteringssystemet vilket leder till svårigheter att följa upp antalet genomförda riskanalyser. Behov finns att se över strukturen för riskanalysprocessen.

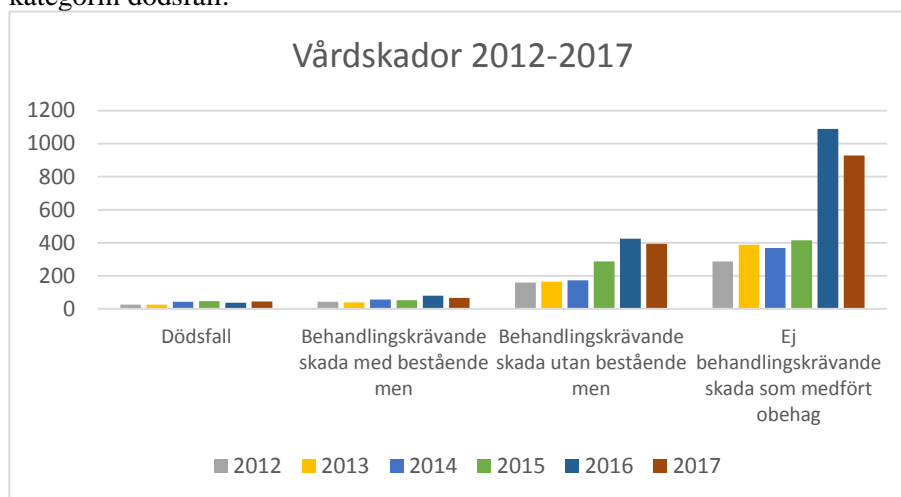


Källa: RN uppföljning från divisionernas patientsäkerhetsberättelser

Resultatmätt

Vårdskador registrerade i avvikelshanteringssystemet

Totalt finns 1 433 vårdskador registrerade i avvikelshanteringssystemet. Patienter som begått självmord och varit i kontakt med sjukvården inom en fyra veckor före dödsfallet, är den patientgrupp som dominerar den allvarligaste vårdskadekategorin dödsfall.



Källa: Databasen Synergi Jan 2017

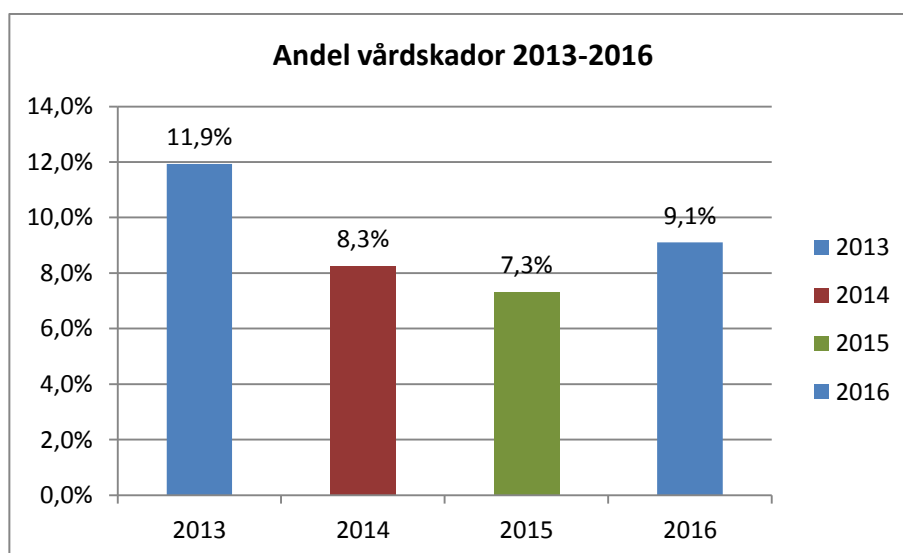
De tio vanligaste förekommande avvikelserna 2017.

Händelse/iakttagelse	Antal registreringar
Vård- och behandling	1765
Information/kommunikation	882

Händelse/iakttagelse	Antal registreringar
Övrig händelse/ iakttagelse	609
Administration	563
Läkemedel	519
Fall	465
Lab relaterat	383
Utrustning/produkt	325
Samverkan mellan enheter	304
Vårdplanering	288
Bemötande	122

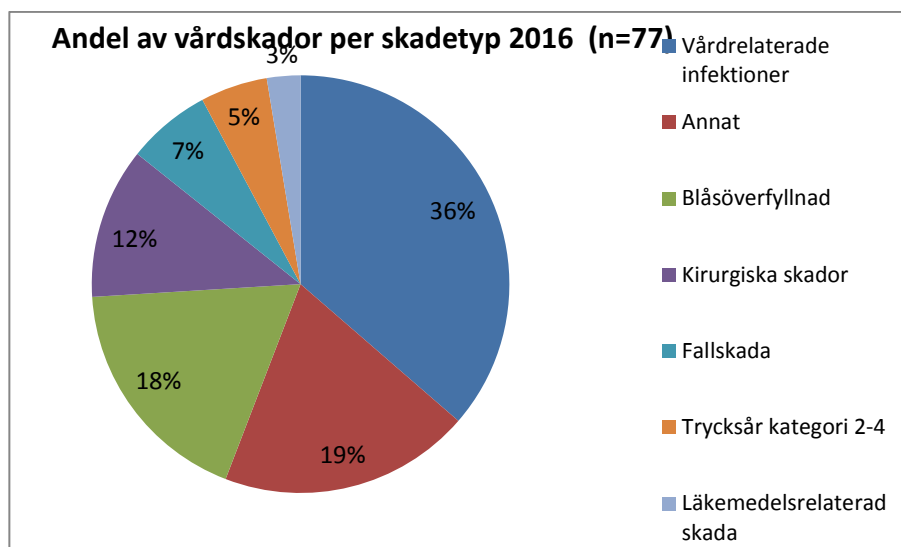
Markörbaserad journalgranskning

Även om andel vårdskador var högre 2016 var andelen allvarligare vårdskador färre än föregående år. Av de patienter som drabbats av vårdskador var det en som bedömdes vara permanent. Övriga vårdskador var av övergående art men krävde vård eller åtgärder.



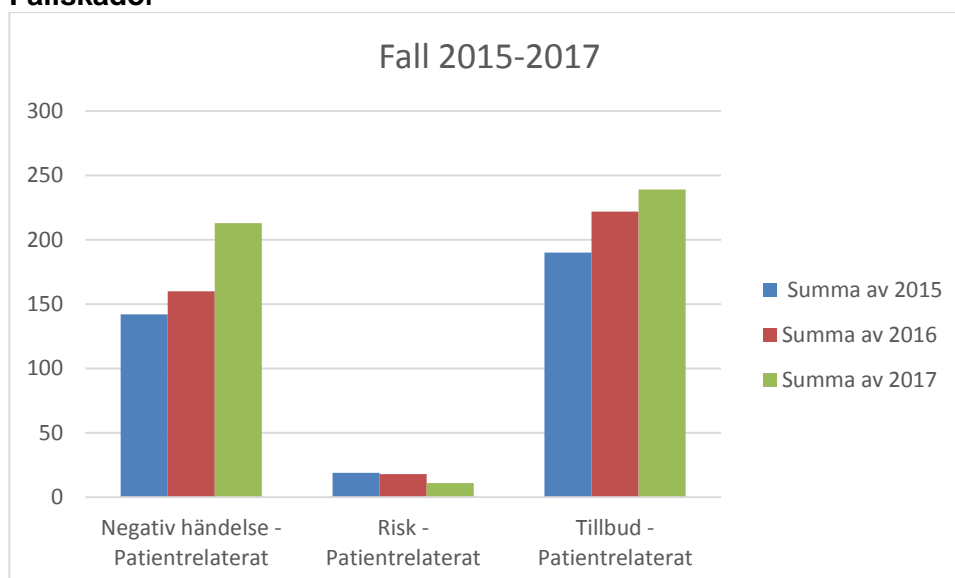
Källa: Nationell databas för markörbaserad journalgranskning

Medelvårdtid för patienter utan vårdskada var sex dagar och medelvårdtiden för patienter med vårdskada 15 dagar. De vanligaste förekommande vårdskadan var vårdrelaterade infektioner (VRI) och då främst urinvägsinfektioner (UVI), följt av kategorin annat samt blåsoverfyllnad. Under skadetyper ”annat” fanns bland annat blödning efter operation och svullen/röd runt perifer venkateter. Det var 51 procent kvinnor och 49 procent män som drabbades av en vårdskada.



Källa: Nationell databas för markörbaserad journalgranskning

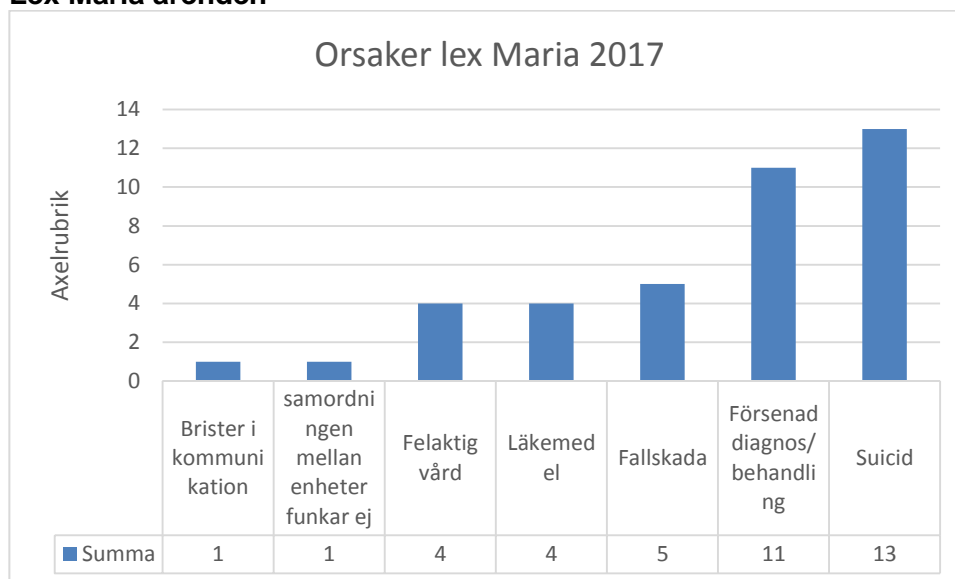
Fallskador



Källa; Synergi Jan 2018

Totalt finns 463 registrerade fallavvikelser inrapporterade 2017. Av dessa är det 213 patienter som drabbas av en fallskada som bedömts som undvikbar. Fallskador är bakomliggande orsak till fem lex Maria anmälningar 2017. Resultatet visar en ökning av antalet patienter som faller och skadar sig i samband med vård och behandling. Positivt är att se att antalet rapporterade fallavvikelser har ökat. Vilket visar på en ökad medvetenhet om vikten att rapportera fall. Särskilt viktigt är det att patienter med risk för fall identifieras tidigt så att förebyggande åtgärder omedelbart sätts.

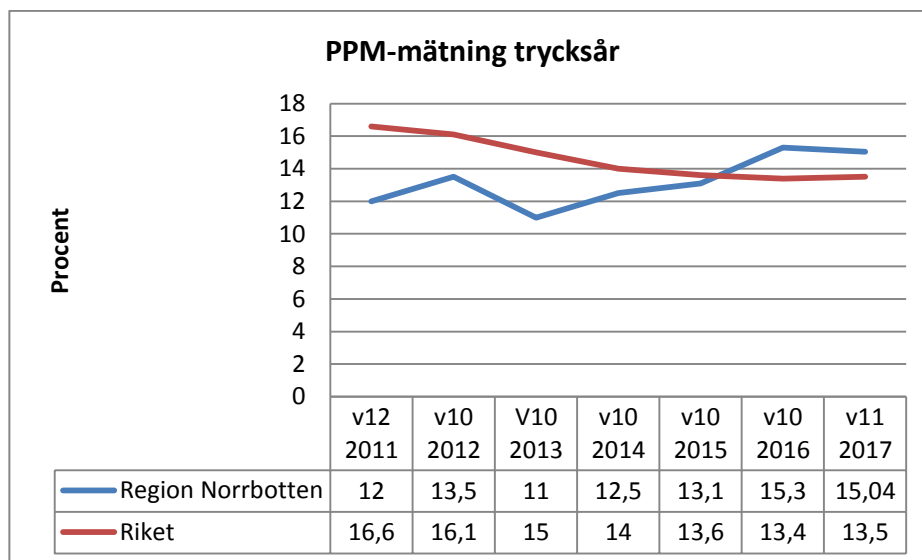
Lex Maria ärenden



Källa; Egen uppföljning

Trycksår

Andelen trycksår har inte minskat trots att nationell satsning har pågått sedan 2009. Det som behövs är obligatoriska åtgärder som bedömningar av trycksårskan, hudkostymen, huden ska vara torr, mjuk och smidig, minska trycket mot utsatta kroppsdelar, tillgodose och följ upp närings- och vätskebehov. Informera personen och närstående samt eventuell nästa vårdgivare vid överflyttning om bedömningar och åtgärder.

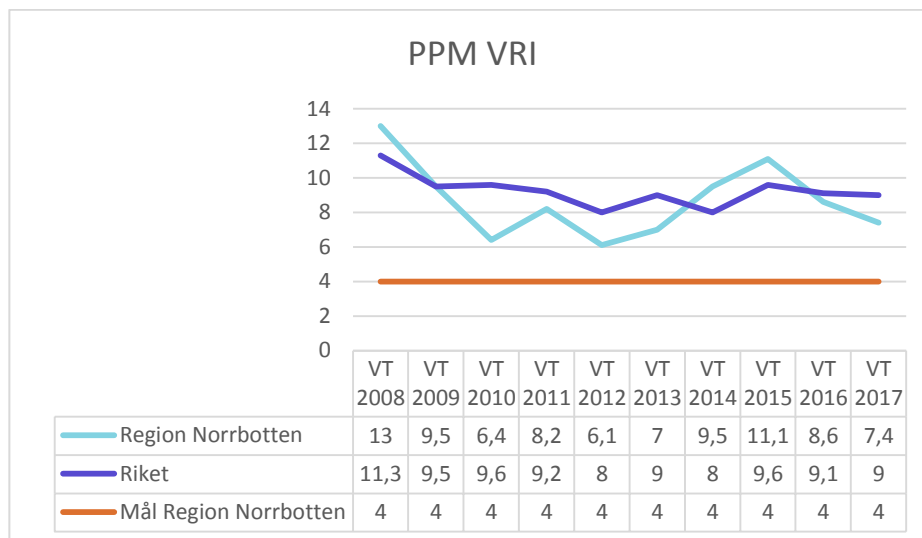


Källa; Nationell databas för PPM-mätningar 2017

Vårdrelaterade infektioner

I Regionens handlingsplan för patientsäkerhet år >2015 är målet för vårdrelaterade infektioner max 4 procent för att därefter minska. För att nå målet krävs medvetenheten om förekomst av vårdrelaterade infektioner, tydliga målsättningar

i det riskförebyggande arbetet med riskbedömningar, uppföljning, beteendeförändringar och uthållighet i patientsäkerhetsarbetet.



Källa; Nationell databas för PPM-mätningar 2017

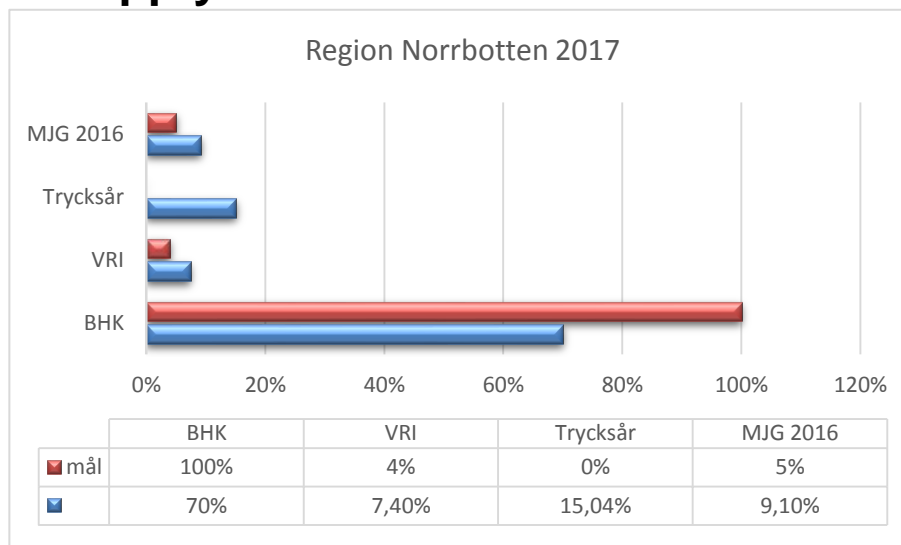
Tabellen nedan visar data från PPM mätningar och Infektionsverktyget för samma dag och dygn. Vid PPM mätning registreras alla patienter som är inskrivna klockan 08 mättdagen, således registreras inte patienter i dagvård. I Infektionsverktyget registreras endast de vårdrelaterade infektioner som kräver antibiotika. Infektions frekvens har inte ökat utan antalet ineliggande patienter är fler.

	lunginflammation	Uvi m feber	Uvi u feber	Vr sepsis m okänt fokus	Ytlig postop inf	Djup postop inf	Inf m clostrid2tum	Annan vri	Antal vri i PPM	Antal vri i IV
2015	3	2	3	0	1	1	2	9	21	21
2016	3	0	3	1	1	3	3	2	16	36
2017	3	1	6	0	6	4	0	0	20	37

Vårdsrelaterade urinvägsinfektioner (VUVI)

Resultaten av förbättringsarbetet med VUVI visar att förebyggande åtgärder och regelbunden uppföljning ger effekt. Dock har antalet deltagande enheter varit lågt.

Måluppfyllelse



Övergripande mål och strategier för kommande år

Styr- och kontrollmått en värdering av måluppfyllelsen för Region Norrbottens strategiska mål och framgångsfaktorer. Styrmått markerar behov av utveckling med samma tidsperspektiv som strategiska planen 2018-2020. De målnivåer som anges för 2020 kan komma att revideras. Utförliga beskrivningar av regionfullmäktiges strategiska mål och framgångsfaktorer finns i den Strategiska planen. Kontrollmått är mått som ska följas under året men som inte är drivande på samma sätt som styrindikatorer och som kopplas till de strategiska målen och framgångsfaktorerna. Måtten kan mäta effekt/resultat eller process. Många kontrollmått är mer trögrörliga. De kan bli föremål för tillägg, förändringar och justeringar under verksamhetsåret, i syfte att möjliggöra effektiv styrning och relevant uppföljning. Därför fastställs de inte politiskt utan är ett ansvar för regiondirektören som redovisar kontrollmått till styrelsen i oktober.

En kunskapsstyrd och säker verksamhet

Mål 2018	Mått	Kommentar
Andelen vårdskador < 7 %	Markörbaserad journalgranskning	Styrmått Mål 2020; < 5,0 %
Andel läkemedelsberättelser till patienter, 75 år eller med fem eller fler läkemedel utskrivna från slutenvård Mål; 75 %	Data från RN datalager	Styrmått Mål 2020; 100 %
Vårdrelaterade infektioner under 5 procent	Nationella punktprevalensmätningarna	Kontrollmått

Mål 2018	Mått	Kommentar
Trycksår ska halveras	Nationella punktprevalensmätningarna	Kontrollmått
Följsamhet till hygienföreskrifter ska vara 100 procent.	Månadsobservationer och de nationella punktprevalensmätningarna	Kontrollmått

Kunskapsstyrning

Regionstyrelsen fattade den 3/10 2017 beslut om att med stöd av SKL etablera en gemensam organisations- och styrmodell för en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning. Beslutet innebär att landsting och regioner samarbetar inom den gemensamma strukturen för kunskapsstyrning och anpassar sin regionala och lokala kunskapsorganisation till den nationella programområdes- och samverkansstrukturen med syfte att få styrka genom hela systemet. De säkrar då en långsiktig regional och lokal kunskapsorganisation i enlighet med den nationella strukturen