

Division Länssjukvård 1 årsrapport 2021, bilaga produktion och måluppfyllelse

Innehållsförteckning

Bilaga	3
Inledning.....	3
Produktion, tillgänglighet	3
Produktion.....	3
Tillgänglighet.....	3
Måluppfyllelse i perspektiv	8
Medborgare Tillgänglighet	8
Tillgänglighet.....	9
Antal patienter som fått fråga om våld i nära relationer	10
Antal/Andel patienter med misstänkt depression eller ångestsyndrom som genomgått en strukturerad suicidbedömning	10
Antal kommuner med medborgardialog	11
Verksamhet	11
Besök 80 år och äldre på akutmottagning.....	13
Andel digitala vårdbesök, nybesök respektive återbesök av totala besök	13
Antal anmälningar till patientnämnden inom området kommunikation	14
Andel patienter med palliativ diagnos som har en dokumenterad behandlingsstrategi	14
Andel av vårdtillfällen där patienter varit utskrivningsklara >1 dygn ..	15
Oplanerade återinskrivningar bland äldre, multisjuka äldre samt bland de mest sjuka 65 år och äldre.....	15
Införda personcentrerade och sammanhållna, nationellt definierade vårdförlopp regional/nationellt.	16
Antal genomförda gap-analyser av personcentrerade sammanhållna vårdförlopp.	16
Patientsäkerhet	16
Basala hygien –och klädregler (BHK).....	16
Vårdskador.....	17
Fallskador	17
Andel utskrivna patienter >75 år med minst 5 uthämtade läkemedel som fått läkemedelsberättelser	18
Medarbetare	18
Ekonomi.....	19
Uppföljning av divisionens strategiska åtgärder	20

Bilaga

Inledning

I denna bilaga till divisionens årsrapport 2021 presenteras produktion och tillgänglighet samt mål- och måluppfyllelse.

Produktion, tillgänglighet

Produktion

Besök	202112	202012	Förändring %	Varav antal distansbesök 202112	Varav antal distansbesök 202012	Förändring distansbesök %	Distansbesök % av totalen 202112
Läkarbesök	89624	87268	2,7%	18148	18201	-0,3%	20,2%
Somatik	85117	82974	2,6%	16180	16528	-2,1%	19,0%
Psykatri	4507	4294	5,0%	1968	1673	17,6%	43,7%
Övriga vårdgivarbesök	97637	85275	14,5%	24652	18488	33,3%	25,2%
Somatik	82761	71490	15,8%	16990	11980	41,8%	20,5%
Psykatri	14876	13785	7,9%	7662	6508	17,7%	51,5%
Totalt Antal besök	187261	172543	8,5%	42800	36689	16,7%	22,9%

Vårdtillfällen	202112	202012	Förändring %
Totalt	14586	14616	-0,2%
Somatik	14427	14433	0,0%
Psykatri	159	183	-13,1%

Den pågående pandemin har inneburit en stor påverkan på hälso- och sjukvården och medfört mindre planerad verksamhet sedan mars 2020. Antalet besök har dock ökat med 8,5 procent och andelen distansbesök har ökat med 22,9 procent.

Antalet besök till läkare har ökat med 2,7 procent, medan antalet besök till övriga vårdgivare har ökat med 14,5 procent. Besöken till läkare och övriga vårdgivare har ökat mest inom VO Medicin/rehab vid länsdelssjukhusen. Det totala antalet vårdtillfällen är oförändrad medan vårdtillfällen inom barnpsykiatri har minskat med 13,1 procent.

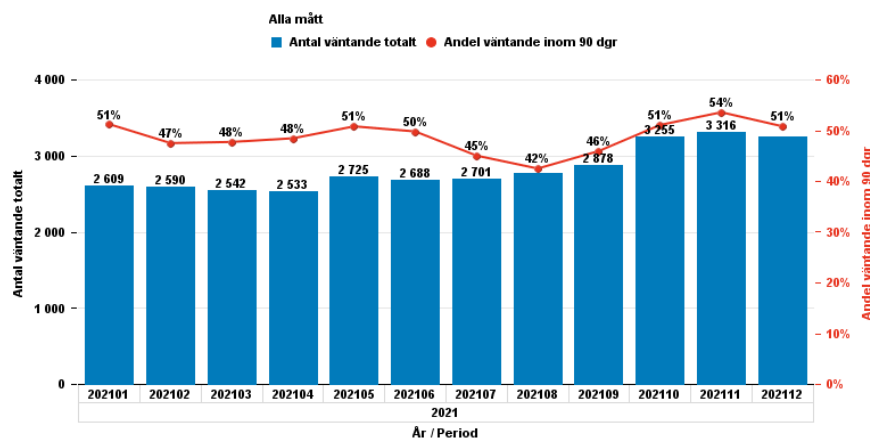
Tillgänglighet

Med anledning av ny modell för nationell uppföljning av tillgänglighet inom specialiserad vård kommer ingen jämförelse av föregående år ske då urvalet av vårdutbud har ändrats för år 2021. I överenskommelsen om den uppdaterade kömiljarden 2020 ingick att åstadkomma en bredare uppföljning av vårdgarantin och tillgängligheten inom den specialiserade vården.

I divisionen pågår för närvarande ett omfattande arbete med att säkra att väntelistorna är aktuella och att den medicinska prioritering följs.

Andel väntande patienter som väntat 90 dagar eller kortare på ett beslutat besök

Andel väntande till första besök



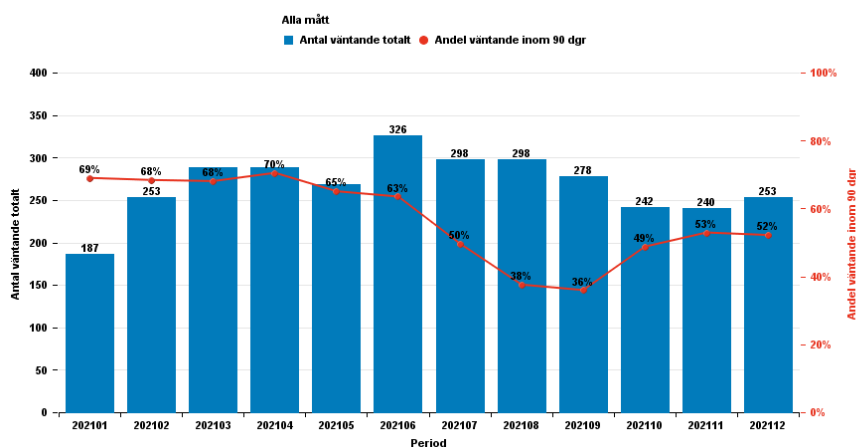
Andel av patienter som står på väntelista, som väntat 90 dagar eller kortare till första besök hos läkare i specialiserad vård har målet om att 100 procent ska komma till första besök. Genomsnittet för hela året ligger på 49 procent med 42 procent som lägsta och 54 procent i november som högsta värde under året. Tillgängligheten till första besök hos läkare ligger på 68 procent.

Under året har verksamheterna jobbat med att återställa balansen av de undanträngningseffekter som orsakats av pandemin. Under hösten har arbete med att korta värdköerna åter tagit fart. Regelbundna genomgångar av väntelistor är en viktig åtgärd för att säkerställa att väntelistorna innehåller enbart patienter med aktuellt vårdbehov. Under september-november pågick en kömiljarsmätning där målet var att minska andelen väntande över 180 dagar med 25 procent. Divisionen nådde ej målet.

Flera verksamheter har tagit fram en struktur för produktions- och kapacitetsstyrning (PKS). Däremot saknas ett ändamålsenligt verktyg för PKS vilket innebär att framtagande av dataunderlag tar orimligt stora resurser.

Andel väntande patienter som väntat 90 dagar eller kortare på en beslutad operation/åtgärd i specialiserad vård

Andel väntade till op/åtgärd per år

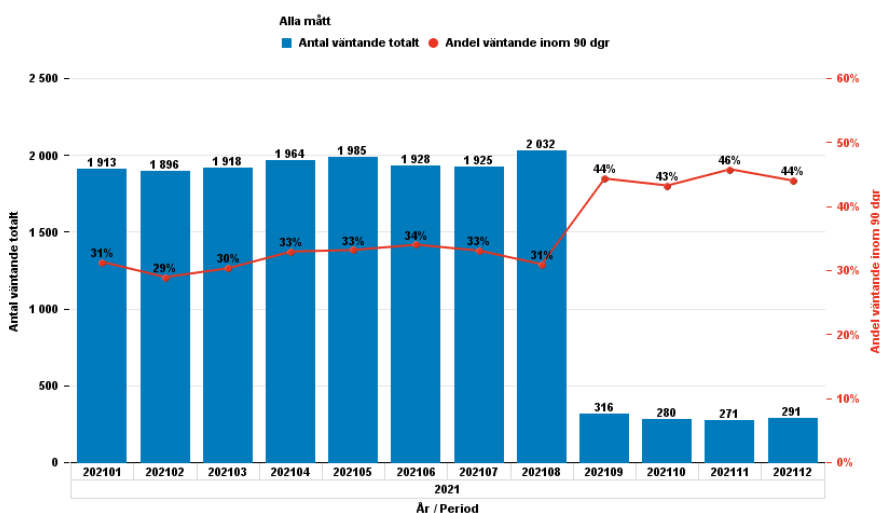


Andel av patienter som står på väntelista, som väntat 90 dagar eller kortare på operation/åtgärd inom specialiserad vård. Målvärde 100 procent. Genomsnittet för hela 2021 ligger på 57 procent med 36 som lägsta och 70 procent som högsta värde.

Tilldelning av operationstid för smärtverksamheten har reducerats väsentligt senaste två åren. Som en åtgärd bemannar enheten op-sal med egen narkosläkare och egenanställd operationssköterska på en del av tilldelade op-tiden.

Andel väntande till undersökning

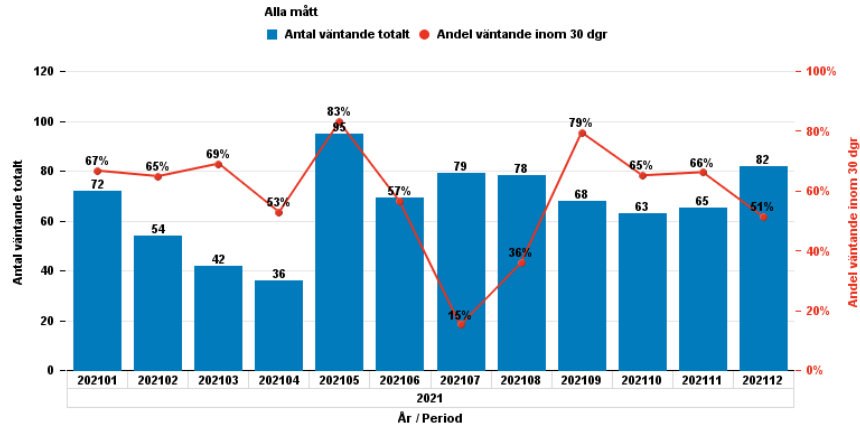
Andel väntande till undersökning



Andel väntande till undersökning med målvärdet 92 procent. Under 2021 ligger genomsnittet på 30 procent med 27 procent som lägsta och 35 procent som högsta värde. Till vissa delar är en teknisk resursbrist orsaken bland annat för undersökningar av ultraljud hjärta.

Väntande till första besök –BUP

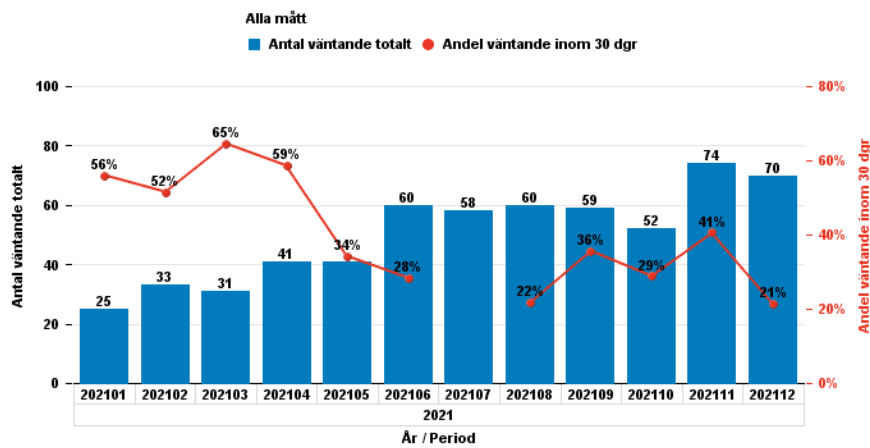
Andel väntande till första besök - BUP



Antalet väntande är högst till psykolog, kurator och läkare.

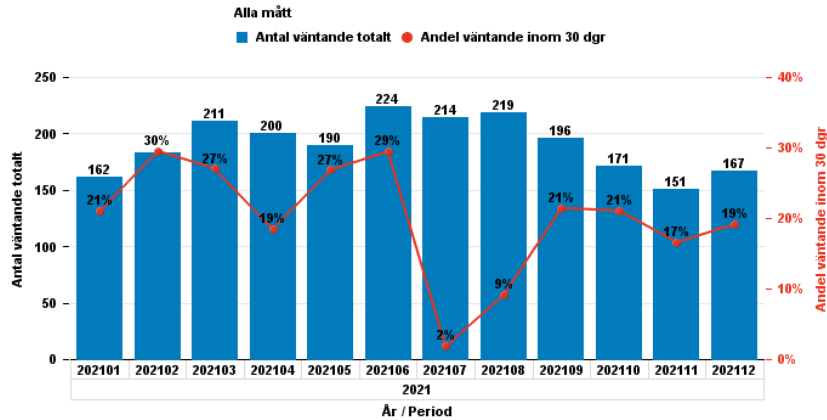
Andel väntande till behandling– BUP

Andel väntande till behandling/utredning - BUP



Andel väntande till utredning – BUP

Andel väntande till behandling/utredning - BUP



Väntande till behandling och utredning har ökat under året men fler får komma inom 3 månader. Det är längst väntetid till fördjupade utredningar hos psykolog. Under året har det gjorts inköp av neuropsykiatriska utredningar, behandlingsinsatser har skötts digitalt och om möjligt i grupp. Det tillsammans med att dagbehandling har flyttat från mottagning till avdelning har gjort att verksamheten har kunnat upprätthållas trots bemanningsbrist. De tillgänglighetsmedel som inkommit under året har använts till att anställa läkare vilket kommer att påverka tillgängligheten positivt under nästa år.

Måluppfyllelse i perspektiv

Medborgare Tillgänglighet

Strategiskt mål: Trygg norrbottning med god livskvalitet

Framgångs-faktor	Styrmått	Mål	Måluppfyllelse ▲ ■ ●	Utveckling ↓ ↑ →
En god vård med hög tillgänglighet	Andel av patienter som står på väntelista, som väntat 90 dagar eller kortare till första besök hos läkare i specialiserad vård	100%	▲	↓
	Andel av patienter som står på väntelista, som väntat 90 dagar eller kortare på operation/åtgärd inom specialiserad vård		▲	↓
	Andel av patienter som står på väntelista, som väntat 30 dagar eller kortare på en första bedömning inom barn- och ungdomspsykiatri, alla vårdgivarkategorier		▲	↓

Framgångs-faktor	Styrmått	Mål	Måluppfyllelse ▲ ■ ●	Utveckling ↓ ↑ →
	Andel av patienter som står på väntelista, som väntat 30 dagar eller kortare på fördjupad behandling/utredning inom barn- och ungdomspsykiatri 2019		▲	↓
	Andel återbesök till läkare inom medicinskt måldatum	92%	▲	→
Jämlik och jämställd hälsa genom främjande och förebyggande åtgärder	Antal patienter som fått fråga om våld i nära relation	Öka	▲	↓
	Antal/Andel patienter med misstänkt depression eller ångest-syndrom som genomgått en strukturerad suicidbedömning	Öka	▲	↓
Kvinnor, män, flickor och pojkar är delaktiga i samhällets utveckling	Antal kommuner med medborgardialog		▲	↓

Tillgänglighet

Andel genomförda återbesök till läkare inom medicinskt måldatum ligger på 61,5 procent.

Övriga mått –se avsnitt Tillgänglighet.

Antal patienter som fått fråga om våld i nära relationer

Pga. omstrukturering av divisionerna är det osäkert att jämföra siffror 2020 och 2021.

	2020	2021
Kvinnor:	647	570
Män:	490	400
Totalt:	1137	970

Jämfört med 2020 har 15 procent färre fått fråga om våld i nära relation trots att antal besök har ökat med 8 procent. Rotationen av medarbetare på grund av pandemin har gjort att många medarbetare inte är vana att fråga om våld och är osäkra på vad de ska göra med svaret. De flesta ställer frågan när misstanke finns istället för att ställa den till alla. En del verksamheter hjälper till med kontakter till socialtjänst och polis om behov finns. Det är stor variation inom och mellan verksamhetsområdena hur de arbetar med våld i nära relation trots att dokumentationsrutinen beskriver att ”vårdpersonal ska fråga om våldsutsatthet i förebyggande syfte, vid planerade besök och akuta situationer”.

Det saknas övergripande strukturerad regelbunden uppföljning på enhetsnivå och divisionsnivå vilket många verksamheter efterfrågar.

Det arbetas med olika förbättringsförslag för att underlätta att frågan inte glöms bort exempelvis vid inskrivningssamtal eller triagering. Verksamhetsområdet akut omhändertagande ska under nästa period ta fram en länsgemensam rutin som kan bli ett stöd för resten av divisionen i det fortsatta arbetet.

Antal/Andel patienter med misstänkt depression eller ångestsyndrom som genomgått en strukturerad suicidbedömning

I divisionen får 28 procent av kvinnorna och 17 procent av männen strukturerad suicidbedömning i jämförelse i regionen får 23 procent av kvinnorna och 29 procent av männen strukturerad suicidbedömning.

	LS1 2020	LS1 2021	Barn 2020	Barn 2021	RN	Psykiatri
Kvinnor:	31 %	28 %	41 %	45 %	23 %	
Män:	21 %	17 %	31 %	31 %	29 %	
Totalt	28 %	25 %	39 %	41 %	25 %	84 %

Divisionens verksamheter har svårt att öka antalet suicidbedömningar och har svårt att fram för allt fånga upp män som är i riskzonen. Om en person misstänks ha suicidrisk så genomför vissa avdelningar själva en strukturerad suicidbedömning och andra remitterar personen till psykiatri som genomför bedömningen.

Flera verksamheter har arbetat med frågan under året bland annat med utbildning, förtydligande av rutiner och förenklad journaldokumentation. Inom VO Akut omhändertagande har under senare del av 2021 påbörjat den nationella suicidpreventiva utbildningen AOSP (Akut omhändertagande av Suicidal Person). Planering finns för att utbilda hela VO under 2022. Samverkan i frågan sker med räddningstjänst och polisen.

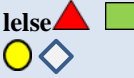






Antal kommuner med medborgardialog





















I den strategiska planen för 2022-2024 kan man läsa att ”Alla medborgare är delaktiga i samhällets utveckling och har möjlighet att påverka beslut. Det finns etablerade mötesplatser och dialog forum för medborgare och särskilda grupper.” Planen är att Region Norrbotten ska arrangera medborgardialoger i kommunerna i Norrbotten, men under 2021 har inga dialoger genomförts på grund av pandemin.













Verksamhet

Perspektivet Verksamhet beskriver de viktigaste målsättningarna för Region Norrbottens verksamheter att kunna bedriva arbete som är inriktat på effektivitet, säkerhet, jämställdhet, jämlikhet och kvalitet i arbetsmetoder och arbetsprocesser.

Strategiskt mål: God nära och samordnad vård

Framgångsfaktor	Styrmått	Mål	Måluppfyllelse 	Utveckling 
Förflyttning mellan öppna vårdformer	Besök 80 år och äldre på akutmottagning	Minska		
	Andel digitala vårdbesök, nybesök respektive återbesök av totala besök	Minska		
Ett personcentrerat förhållningssätt där patienten är en aktiv och självklar partner	Antal anmälningar till patientnämnden inom området kommunikation	Minska		

Framgångs- faktor	Styrmått	Mål	Måluppfyl- lelse    	Utveckling   
En samordnad vård utifrån individens be- hov	Andel patien- ter med pallia- tiv diagnos som har en dokumenterad behandlings- strategi (%) inkl privata hc	70 %		
	Andel av vårdtillfällen där patienter varit utskriv- ningsklara >1 dygn (vtf i primärvård, psykiatri, so- matik) (%)	7 %		
	Oplanerade återinskriv- ningar inom 30 dagar för personer 65 år eller äldre (%)	K16 M17,2	16,34  19,4 	 
Verksamheten använder bästa tillgäng- liga kunskap	Införda personcentre- rade och sam- manhållna nationellt de- finierade vårdförlopp regionalt/nat- ionellt	6/25		
	Antal genom- förda gap-ana- lyser av personcentre- rade samman- hållna vård- förlopp	14		
En hållbar verksamhet med hög sä- kerhet	Andel vård- skador slutna somatisk vård	6,5 %		

Framgångsfaktor	Styrmått	Mål	Måluppfyllelse    	Utveckling   
	Vårdrelaterade fallskador och höftfrakturer hos äldre	Minska med 50 % jmf 2020		
	Andel utskrivna patienter i målgruppen 75 år och äldre med mer än 5 läkemedel, som fått en läkemedelsberättelse	70 %	K 83%  M 81% 	

Besök 80 år och äldre på akutmottagning

Som ett led i att förflytta vården närmare patienten vill divisionen minska antalet 80 år och äldre på akutmottagningar. Andelen besökare på akutmottagningar som är 80 år och äldre fortsätter att minska. Andelen män och kvinnor över 80 år minskar något jämfört med årets början. Några kommentarer från verksamheten har inte inkommit.

Andel digitala vårdbesök, nybesök respektive återbesök av totala besök

Andelen digitala återbesök fortsätter att öka men har en bit kvar upp till målsättningen om 40 procent. Återbesöken i den somatiska vården är något mindre än inom psykiatri och primärvården. Men allt fler verksamheter inom den somatiska vuxen vården anger att de ökar på andelen digitala besök.

Pandemin har även i vissa fall tvingat fram ett nytt arbetssätt där exempelvis hjärtsviktsskola nu helt genomförs digitalt. Garnis Smärtrehabiliteringsprogram har ett helt nytt upplägg med samma tidsperiod (16 dagar) men fördelade på 8 veckor med 2 dagar per vecka. Tre sammankomster är fysiskt på plats på Garnis medan 5 sammankomster är digitala via Teams (62,5 procent digitalt).

1177 Stöd och behandling – Smärtrehabilitering. Ett introduktionsprogram med tre föreläsningar fanns redan föregående år på plats på Garnis, sedan utfördes föreläsningarna via Skype och sedan januari 2021 är momentet 100 procent digitalt. Patienten behöver inte ta ledigt från arbete, resa eller boka in specifik tid utan kan göra allt när och var det passar dem själva. Patienterna ges tillgång till programmet sedan de har genomgått en smärtrehabiliteringsbedömning på rehabiliteringsmedicins mottagning i Sunderbyn. Neurorehab mottagning har under våren infört digitala besök via Visiba care.

Antal anmälningar till patientnämnden inom området kommunikation

Under året har 147 ärenden inkommit till patientnämnden (PAN-ärenden) 29 procent inom området kommunikation. Det är nästan dubbelt så många kvinnor än män som anmäler. Exempel är utebliven kommunikation till närstående gällande ändrad behandlingsstrategi och utskrivning.

Huvudproblem	Antal
Vård och behandling	77
Kommunikation	43
Tillgänglighet	11
Vårdansvar och organisation	5
Dokumentation och sekretess	4
Administrativ hantering	4
Ekonomi	2
Resultat	1

Andel patienter med palliativ diagnos som har en dokumenterad behandlingsstrategi

Att patienter med palliativ diagnos får sin behandlingsstrategi dokumenterad under sökordet *behandlingsstrategi* ökar förutsättningarna för en ändamålsenlig, patientsäker palliativ vård. Patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet kan tillgodoses om behandlingsstrategi dokumenteras under sökordet genom att de strategier som är upprättade då går att läsa via en enkel sökning i journalöversikten. I årsrapporterna från medicinklinikerna i länet framgår att det finns ett utbildningsbehov bland läkarna i slutenvården när det gäller dokumentation.

Divisionens mål 2021 var att minst 70 procent av patienterna i målgruppen ska ha en sådan strategi dokumenterad. Resultatet för 2021 blev att 49 procent av kvinnorna och 55 procent av männen hade sin behandlingsstrategi dokumenterad under sökordet. Detta är en ökning från 2020, då siffrorna låg på 39 procent för kvinnorna och 40 procent för männen. Det är svårt att jämföra längre tillbaka, då regionens omorganisation ställer till det i statistiken, men tittar man på hela regionen så har vi gått från ett medelvärde på 55 procent år 2019 till 50 procent år 2021. På Kalix sjukhus har 75 procent av patienterna med palliativ diagnos en dokumenterad behandlingsstrategi, så det går att nå målet om man arbetar med frågan.

Verksamhetsområde internmedicin/geriatrik har ett pågående arbete tillsammans med Luleå kommun för att förbättra strukturen och rutinerna för

samordnad individuell plan för nyinskrivna patienter hos palliativa rådgivningsteamet.

Andel av vårdtillfällen där patienter varit utskrivningsklara >1 dygn

Andelen av vårdtillfällen där patienter ligger kvar mer än 1 dygn efter att de är utskrivningsklara ska vara mindre än 7 procent. 2021 uppnådde vi aldrig målet, utan snittet låg på 14,4 procent. Detta är i stort sett samma andel som för 2020 (14,6 procent). Bäst utfall hade VO Me/re Pe, Kal, Gve, Kir som låg mellan 7,2 och 10,3 procent under 5 av årets 12 månader.

En stor andel av Neurocentrums patienter blir kvar mer än ett dygn, men de har väldigt få patienter jämförelsevis, så deras utfall påverkar inte den totala andelen i så stor utsträckning. Inom ramen för kunskapsstyrningen har Neurocentrum etablerat samverkan med länets kommuner inom programområdena rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin.

Region Norrbotten kan inte fullt ut påverka dessa siffror själv, utan resultatet är ett samarbete mellan regionen och kommunerna som ska ta emot patienterna efter utskrivning. Kiruna kommun har exempelvis för få platser för korttidsboende och har dragit ner med 48 äldreboendeplatser under de senaste tre åren. Kalix sjukhus har planer på en koordinatorfunktion på vårdavdelningen som ska ansvara för samverkan med kommunerna och utskrivningsklara patienter.

Oplanerade återinskrivningar bland äldre, multisjuka äldre samt bland de mest sjuka 65 år och äldre

År anpassat	Kön	Antal utskrivna	Antal vtf med oplan återinskrivning efter utskr	Andel återinskrivna
2021	K	2 181	360	16,51%
	M	2 371	450	18,98%

Målet för andel utskrivningsklara är inte helt uppnått. Positivt är att de oplanerade återinskrivningarna har minskat för kvinnor, och divisionen når nästan målsättningen om ≤ 16 procent för kvinnor. Däremot har andelen oplanerade återinskrivningar ökat för män, vilket leder till att divisionen inte når målsättningen om $\leq 17,2$ procent för männen. Vissa avdelningar har under året avsatts till Covidvården och på grund utav personalbrist så har vårdplatser stängts vilket kan ha inneburit att patienter skickats hem för tidigt.

Under 2022 kommer det att arbetas på olika sätt för att öppna fler vårdplatser. En del verksamhetsområden har lyckats fortsätta med regelbundna samarbetsmöten mellan region och kommun i olika frågor och andra arbetar för att återuppta samverkan efter pandemin.

Införda personcentrerade och sammanhållna, nationellt definierade vårdförlopp regional/nationellt.

Kunskapsstyrning ger regionen ett strukturerat sätt att ta fram olika kunskapsunderlag till patienter med kroniska sjukdomar. Under år 2020-2021 har personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp etablerats för ett antal kroniska sjukdomar. Anledningar till att dessa kroniska sjukdomar prioriterats beror på att det bland annat finns en betydande underdiagnostik och underbehandling för dem. Syftet med vårdförloppen generellt är en jämlik och effektiv vård baserad på bästa tillgängliga kunskap.

Godkända vårdförlopp för införande i regionerna är; hjärtsvikt (nydebuterade), höftledsartros (primärvården), kritisk benischemi, kronisk obstruktiv lungsjukdom, osteoporos (sekundärprevention efter fraktur), reumatoid artrit, schizofreni (förstagångs insjuknande), stroke/TIA, sepsis samt kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom. Vårdförloppen täcker en eller flera delar av en vårdkedja och beskriver bland annat flöde och åtgärder för sjukdomsområdet samt patientens medverkan. Inga vårdförlopp implementerades i Region Norrbotten under 2021, bidragande till detta är dels pandemin, dels omorganisationen.

Antal genomförda gap-analyser av personcentrerade sammanhållna vårdförlopp.

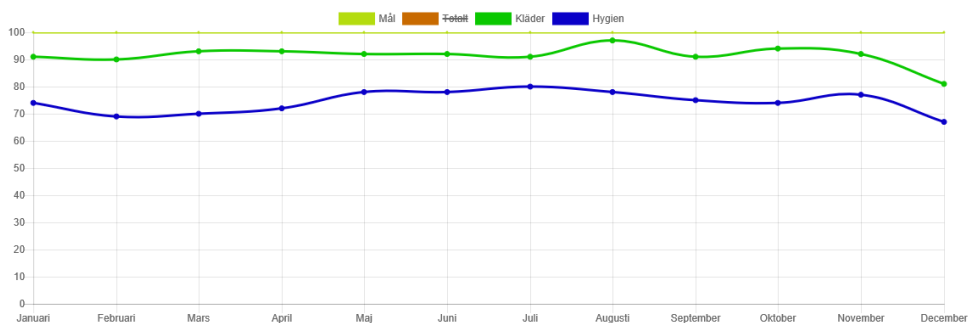
Inom Region Norrbotten prioriterades stroke under 2021. En lokal arbetsgrupp (LAG) för vårdförlopp stroke bildades, och de genomförde gap- och konsekvensanalys för att kartlägga gap mellan godkänt vårdförlopp och etablerade arbetssätt inom regionen. LAG föreslår sedan åtgärder för att komma tillrätta med skillnader mellan faktiskt och beslutat vårdförlopp.

En genomlysning av Osteoporosmottagningens uppdrag 2021 visar på behov av en gapanalys för hela osteoporosflödet som ska genomföras under 2022.

Patientsäkerhet

Basala hygien –och klädregler (BHK)

BHK mäts första veckan varje månad minst 10 mätningar av utbildade hygienobservatörer. Resultaten registreras i en egenutvecklad databas som presenteras i regionens uppföljningsportal och redovisas lokalt på pulstavlur samt månadsvisa divisionsmöten. 1-2 gång per år sker ppm- mätningar enligt nationell modell.



Följsamhet till klädrutiner och följsamhet till basal hygienrutin 2021

Redovisningssystemet är inte helt anpassat till den nya organisationen varvid resultat på divisionsnivå är osäkra och det är svårt att jämföra tidigare års resultat. Målet är inte uppfyllt. Under 2020 har personal flyttats till olika avdelningar på grund utav pandemin och regelbundenheten i rapporteringen har i många fall minskat, det är därför stor skillnad i följsamhet till månadsmätningarna mellan verksamheterna. Desinfektion före och användning av engångsförkläden är de områden med sämst resultat.

Chefsläkaren har gjort BHK till ett prioriterat område under 2022, systemen kommer att uppgraderas efter den nya organisationen, fast vecka för mätning provas och rutiner i ledningssystemet ska synliggöras.

Vårdskador

Vårdskador mäts genom markörbaserad journalgranskning 1-2 gånger per år. Personer som drabbas av vårdskador ska vara under 6,5 procent baserad på PPM mätning. Vårdskador mäts även kontinuerligt via Gröna korset och IT-stödet Synergi för avvikelshantering.

Avvikelse som lett till vårdskada 2021:

464 stycken varav 31 betydande och 3 katastrofala.

47 procent av de avvikelser som lett till vårdskada avslutas inom 30 dagar och 69 procent inom 60 dagar.

Händelse/iakttagelse som lett till vårdskada 5-vanligaste	Antal
Fall	165
Vård- och behandling	107
Information/kommunikation	22
Trycksår	21
Läkemedel	19

Fem vanligaste avvikelser som lett till vårdskada står för 72 procent av det totala antalet 464. Vanligaste vårdskadorna är fall samt vård och behandling. Handläggningstiderna är för långa och arbetet för att förkorta handläggningen fortsätter under 2022. Under året har smittkontroll varit ett prioriterat område, ambulansen har startat Silverspåret som är ett projekt för att säkrar den äldres väg genom vården med strukturerad bedömning av ambulansen redan i hemmet. En av få positiva effekter av Pandemin är att distansbesök numera ses som en möjlighet i större utsträckning. Arbetet med att förkorta handläggningstiderna exempelvis utbildning av fler händelseanalysledare och utbildning i nya rutiner kring handläggning är påbörjade och fortsätter under 2022.

Fallskador

Antalet fallskador mäts i IT-stödet för avvikelshantering Synergi.

Antal fallskador 2021 uppgår till 165 stycken (2020: 173 stycken)

Fall är den vanligaste avvikelserna och har minskat senaste året, vissa enheter med mer än 50 procent, trots att antal avvikelser är fler 2021. Divisionen är

inte under det regionala målet på <150 stycken fallskador/år. VO Internmedicin Kalix har lyckats minska fallolyckorna från 34 stycken, 2020 till 16 stycken, 2021. De har i varje patientfall, förutom att hanterat det i avvikelssystemet, gått igenom förebyggande rutiner för att kunna åtgärda eventuella brister.

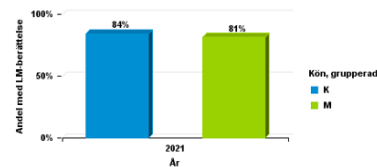
Alla patienter 70 år och äldre ska riskbedömas, dokumenteras i VAS och relevanta åtgärder ska sättas in. Övriga patienter ska vid behov riskbedömas. Fallolyckor som leder till vårdskada utreds med central händelseanalysledare. Utbildningsinsatser har på grund utav pandemin skjutits till nästa år.

Andel utskrivna patienter >75 år med minst 5 uthämtade läkemedel som fått läkemedelsberättelser

Division Länssjukvård 1

Kön	Antal med 5 ATC och VTF	Antal med LM-berättelse	Andel med LM-berättelse
K	1 945	1 633	84%

Kön	Antal med 5 ATC och VTF	Antal med LM-berättelse	Andel med LM-berättelse
M	1 872	1 518	81%












Division når målet om minst 70 procent. VO Internmedicin vid Kiruna sjukhus ligger högst där 90 procent av patienterna i målgruppen får en läkemedelsberättelse. Fortsatt arbete med kvalitetssäkring av området planeras.

Medarbetare

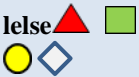



Strategiskt mål: Hållbar kompetensförsörjning







Framgångsfaktor	Styrmått	Mål	Måluppfyllelse	Utveckling
Tillgänglig och rätt använd kompetens	Andel kostnad inhyrda av total personalkostnad	Minska	▲	↓
	Andel uppdaterade kompetensförsörjningsplaner	80 procent	●	↑
	Attraktiv arbetsgivare, ambassadörer, delaktighet HME	Öka	◇	

Framgångsfaktor	Styrmått	Mål	Måluppfyllelse 	Utveckling 
Ledarskap och medarbetarskap som främjar förbättring och förnyelse	Antal chefer som genomgått utbildning i att leda i omställning, förändringsledning och chefer som leder chefer.	Efter behov		
	Ledarskap/Medarbetarskap	Förbättrat värde		
Hållbar arbetsmiljö	Sjukfrånvaro	Minska		
Ansvarsfullt chefs och medarbetarskap	Totalindex i mätningen Hållbart medarbetarengagemang (HME)	Öka		
	HME ledarskap, index (MAU)	Öka		

Ekonomi

Strategiskt mål: Långsiktigt hållbar ekonomi

Framgångsfaktor	Styrmått	Mål	Måluppfyllelse 	Utveckling 
Verksamheten håller sina ekonomiska ramar	Alla divisioner och regiongemensamt bedriver verksamhet inom budget	1		

Framgångsfaktor	Styrmått	Mål	Måluppfyllelse 	Utveckling 
Kostnadseffektiv verksamhet	Kostnad per producerad DRG-poäng exkl ytterfall enligt nationella KPPdatabasen	Minskad skillnad jmf 2019		
	Kostnad för ytterfall	Minska		
	Produktivitet utifrån KPP	Öka jmf med motsvarande kvartal året innan		
	Kostnadsandel öppenvård av totalkostnad enligt KPP (inner- och ytterfall) ¹²	Öka		

Verksamheten håller sina ekonomiska ramar

Länssjukvård 1 redovisar ett underskott på 31 mnkr vilket betyder att målet, om att bedriva verksamhet inom budget, inte uppnås. Divisionen hade för 2021 ett ekonomiskt uppdrag att vidta kostnadsreducerande åtgärder motsvarande 58 mnkr. Divisionen klarar uppdraget med 18 mnkr (31 procent).

Nettokostnadsutvecklingen ligger på +3 procent vilket dels förklaras men den produktionsökning som skett i verksamheten men den främsta anledningen är pandemi och bemanningssituationen.

Mer detaljerad information finns i årsrapporten, avsnitt *Ekonomi*.





Uppföljning av divisionens strategiska åtgärder








Medborgare







Nr	Mål	Åtgärd	Status	Kommentar
1	Vi använder modern teknik för att underlätta möten inom hela vårdkedjan mellan medborgare och vårdgivare.	<p>Patientmedverkan i vårdens utveckling.</p> <p>Verksamheterna ska använda resultat av den nationella patientenkäten för att utveckla vården, samt öka patientmedverkan i de områden man ser det möjligt.</p> <p>Alla verksamheter arbetar med att öka patient/brukar-medverkan i förbättrings/utvecklingsarbeten inom resp. VO. Det kan röra sig om framtagande av informationsmaterial, kallelser, enkäter mm. Vidareutveckling av patientinformation gällande egenvård och behandling som tillgängliggörs för medborgare via digital plattform.</p>		


Verksamhet

Nr	Mål	Åtgärd	Status	Kommentar
2	Vi använder modern teknik för att underlätta möten inom hela vårdkedjan mellan medborgare och vårdgivare.	Nyttjande av digital teknik i vårdtjänster.		


Nr	Mål	Åtgärd	Sta- tus	Kommentar
3	Vi erbjuder köfri vård genom ökad andel behandling i öppenvård och standardiserade vårdflöden utformade efter patientens/brukarens behov	Införa produktions-och kapacitetsplanering		Regiongemensam uppstart planeras under 2022.
4	Vi utvecklar vårdprocesser i samarbete med patienter och brukare	Implementering av verksamhetsmodellen		
5	Vi utvecklar och standardiserar ständigt våra arbetssätt och processer baserat på eget lärande, forskning och beprövad erfarenhet.	Sammanhängande intensivvård i länet Ta fram rutiner och arbetssätt för en Hantera att intensivvården i länet ska vara sammanhängande		Redan startad till viss del genom dagliga IVA-möten över länet för gemensam lägesbild och övergripande patient- och bemanningsplanering. Utredning av sammanhängande intensivvård påbörjas under 2022 tillsammans med VO an/op/IVA. I den utredningen bör även IVA-transporter ingå.
6	Vi utvecklar och standardiserar ständigt våra arbetssätt och processer baserat på eget lärande, forskning och beprövad erfarenhet.	Koncept för VO omvårdnad		





Nr	Mål	Åtgärd	Sta- tus	Kommentar
7	Vi utvecklar och standardiserar ständigt våra arbetssätt och processer baserat på eget lärande, forskning och beprövad erfarenhet.	Ambulanserna i glesbygd. Akutläkarkoncept. Ambulanserna i glesbygd ska överföras till VO Akut omhändertagande Fortsatt arbete kring akutläkarkonceptet.	   	<p>Arbete pågår med övergång av ambulansverksamheten i glesbygd till VO akut omhändertagande. Prel. datum för övergång 220208.</p> <p>Samtliga sjukhus i länet förutom Sunderbyn har ST-läkare och/eller specialister inom akutsjukvård anställda. Sunderby sjukhus har sedan mitten av december testat akutläkare på akutmottagningen som hittills visat sig ge goda resultat med korta genomloppstider och stora volymer patienter på den läkaren samt bra stöd till sjuksköterskor som till stor del självständigt hanterar mindre sjuka patienter på akutmottagningen. Testen pågår tom april 2022 under förutsättning att läkare finns att hyra in.</p> <p>Under 2022 kommer en strategi för akutläkare och akutklinik tas fram.</p>
8	Vi utvecklar och standardiserar ständigt våra arbetssätt och processer baserat på eget lärande, forskning och beprövad erfarenhet.	Införa en egen journal för hjätsjukvården		Slutförs under första kvartalet 2022.
9	Vi utvecklar och standardiserar ständigt våra arbetssätt och processer baserat på eget lärande, forskning och beprövad erfarenhet.	Utreda VO Internmedicin samt VO Medicin /rehab på länsdelssjukhusen		
10		Eliminera undvikbara vårdskador		





Nr	Mål	Åtgärd	Sta- tus 	Kommentar
11	Vi erbjuder köfri vård genom ökad andel behandling i öppenvård och standardiserade vårdflöden utformade efter patientens/brukarens behov	Flödeseffektivitetsarbeten Aktiva flödeseffektivitetsarbeten ska finnas vid varje verksamhet. Implementerade arbetssätt utgår från patienten med fokus på effektiva flöden.		
12	Vi utvecklar och standardiserar ständigt våra arbetssätt och processer baserat på eget lärande, forskning och beprövad erfarenhet.	Rehabilitering i hemmet Berörd verksamhetsområde ska erbjuda tidig rehabilitering i hemmet för övergång från sluten till öppna		
13	Vi utvecklar och standardiserar ständigt våra arbetssätt och processer baserat på eget lärande, forskning och beprövad erfarenhet.	Arbetssätt och processer baserat på forskning och beprövad erfarenhet Skapa forum för nätverk och regelbundna möten mellan lektorer och resursägare för att knyta forskningen närmare verksamheten.		
14	Vi utvecklar och standardiserar ständigt våra arbetssätt och processer baserat på eget lärande, forskning och beprövad erfarenhet.	Standardiserade vårdförlopp För att effektivisera patientflöden inom standardiserade vårdförlopp behövs vidare samordning och koordinering mellan berörda vårdinstanser.		
15	Vi utvecklar och standardiserar ständigt våra arbetssätt och processer baserat på eget lärande, forskning och beprövad erfarenhet.	Utveckling av samordnat nätverk för rehabilitering och habilitering. Ökad samordning av resurser för rehabilitering och habilitering ur ett patientperspektiv.		



Nr	Mål	Åtgärd	Status	Kommentar
16	Vi utvecklar och standardiserar ständigt våra arbetssätt och processer baserat på eget lärande, forskning och beprövad erfarenhet.	Arbetssätt och ansvar för patienter med psykisk ohälsa Gemensamt se över arbetssätt och ansvar för patienter med psykisk ohälsa (HÖK) samt se över arbetssätt och ansvar för patienter i övergången från barn –och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri tillsammans med division Vuxenpsykiatri.		Har påbörjats men inte kunna slutföras pga covid, omställning, och arbetsmiljöproblem.

Medarbetare







Nr	Mål	Åtgärd	Status	Kommentar
17	Våra medarbetare och ledare ansvarar för förbättring och utveckling av verksamheten.	Förbättrad arbetsmiljö Införa enhetliga arbetssätt för en samordnad bemanningsplanering.		Arbete med bemanningsplanering är påbörjat men behöver utvecklas. Mål att införa SAM-årshjulet i samtliga verksamheter. VO Akut omhändertagande set behov av att fortsätta erbjuda andra anställningsformer, exempelvis fly-in-fly-out-lösningar, kombinationstjänster samt arbeta med satellitverksamheter inom vägburen ambulansverksamhet.

Nr	Mål	Åtgärd	Sta- tus 	Kommentar
18	Våra medarbetare och ledare är förtrogna med verksamhetens förväntningar och resultat.	Kompetensförsörjningsplaner för samtliga verksamhetsområden Alla verksamhetsområden ska formulera kort- och långsiktiga mål för kompetensen inom verksamheten och utifrån dessa identifiera framtida behov och upprätta en handlingsplan som inkluderar behov av kompetensväxling. Dokumentation görs i regiongemensam mall för kompetensförsörjningsplan.		Har inte kunnat prioriteras under året pga arbetet med covidvården. Verksamheterna har kompetensförsörjningsplaner men de behöver uppdateras för att vara aktuella. Förenklad och mer lättarbetad mall ses över centralt.
19	Våra medarbetare och ledare är förtrogna med verksamhetens förväntningar och resultat.	Implementera strukturerad och förstärkt arbetsplatsintroduktion Som en viktig del i införande av ett kliniskt basår för sjuksköterskor ska divisionen ytterligare utveckla den verksamhetsnära introduktionen, här är utbildning i och kunskap om verksamhetsmodellen en viktig del.		Arbetet har pausats på grund av pandemin. Det finns på vissa enheter väl utarbetade planer medan andra enheter inte kommit lika långt i sitt arbete.
20	Våra medarbetare och ledare är förtrogna med verksamhetens förväntningar och resultat.	Tydliggöra karriärvägar Implementera patientnära karriärvägar för sjuksköterskor och utveckla karriärvägar för ytterligare yrkesgrupper.		Delar av verksamheterna har påbörjat arbetet och det finns planer på att vidareutbilda medarbetare, exempelvis skötare. Arbetet behöver utvecklas ytterligare till att gälla fler professioner, vilket sker från centralt håll.

Nr	Mål	Åtgärd	Status 	Kommentar
21	Våra medarbetare och ledare ansvarar för förbättring och utveckling av verksamheten.	<p>Fortsatt implementering av daglig styrning.</p> <p>Alla verksamheter ska ha infört puls och -förbättringsmöten samt visualiserings-tavlor.</p> <p>Genom pulsmöten och förbättringsmöten ger vi alla medarbetare möjlighet att engagera sig i förbättringsarbetet.</p> <p>Vårt fokus under pulsmöten och förbättringsmöten är på våra arbetssätt, flöden och processer, inte på person.</p> <p>Medarbetare och ledare ska kunna följa utvecklingen av sin verksamhet genom visualisering av mål och resultat.</p>		Inom vissa verksamheter är daglig styrning implementerat. Fortsatt arbete för att kunna bemanningsplanera över verksamhetsgränserna.
22	Våra medarbetare och ledare ansvarar för förbättring och utveckling av verksamheten.	<p>Fortsatt implementering av verksamhetsmodellen – strategiskt ledningssystem.</p> <p>Vidareutveckling av modellen för strategisk ledning med fokus på strategiska indikatorer.</p>		Verksamheterna har inte haft möjlighet att prioritera detta mål på grund av pandemin.
23	Vår verksamhet är effektiv med balans mellan uppdrag och resurser	<p>Minskad användning av dyra personalresurser.</p> <p>Fortsatt implementering av divisionsövergripande prioritering av inhyrd personal samt förändrad rutin i samarbete med avropsenheten.</p> <p>Divisionen arbetar aktivt med att bli oberoende av inhyrd personal och har infört rotationslösningar inom länet, som ska utredas och vidareutvecklas.</p>		Arbete med olika insatser pågår. En strategisk plan behövs för att kartlägga behov av AT och ST i verksamheterna. Insatser för att attrahera och behålla personal viktiga inslag under år 2022.

Nr	Mål	Åtgärd	Status	Kommentar
				
24	Våra medarbetare och ledare är förtrogna med verksamhetens förväntningar och resultat.	Arbetsplatsdialoger Divisionsledning fastställer stödmaterial för arbetsplatsdialoger för implementering och genomförande i respektive verksamhet.		Arbetet initierades på dåvarande division Närsjukvård men i och med omorganisationen och behovet i covidvården har det inte kunnat prioriteras.

Ekonomi

Nr	Mål	Åtgärd	Status	Kommentar
				
25	Vår verksamhet är effektiv med balans mellan uppdrag och resurser	Handlinsplaner -effekt		Effekt 31 procent.
26	Vår verksamhet är effektiv med balans mellan uppdrag och resurser	Strategisk viktiga upphandlingar		
27	Vår verksamhet är effektiv med balans mellan uppdrag och resurser	Färre arbetade timmar		Minskar med 1,2 %
28	Vår verksamhet är effektiv med balans mellan uppdrag och resurser	Ökade intäkter		Divisionen erhållit 35 mnkr nationella medel.
29	Vår verksamhet är effektiv med balans mellan uppdrag och resurser	Översyn av externa lokaler		Inga pågående översyner