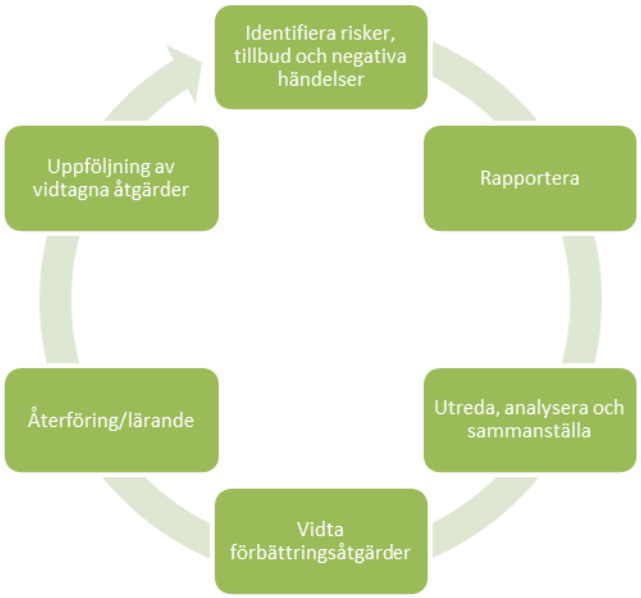
Patientsäkerhetsberättelse Region Norrbotten 2020



GÄLLER FÖR VERKSAMHET
Region Norrbotten

PUBLICERINGSDATUM
2021-02-26

DOKUMENT-ID
ARBGRP78-4-663

ANSVARIG
Anneli Granberg

VERSION
1.0

UPPRÄTTAD AV
Birgitta Boqvist

Innehållsförteckning

Sammanfattning 6

Inledning 7

Struktur 7

Övergripande mål och strategier 7
Organisation och ansvar 10
Lokal Samverkansgrupp (LSG) för Patientsäkerhet 11
Samverkan för att förebygga vårdskador 12
Handläggningsöverenskommelser 12
Standardiserade vårdförlopp (SVF) 12
Vid utskrivning 12
Fast vårdkontakt 12
Medicinteknik och vårdverksamheten 12
Ungdomsmottagningar 13
Asyl- och flyktingsjukvård 13
Samverkan vid risk för överbeläggningar och utlokalisering 13
Samverkans forum 13
Exempel på samverkan för att förebygga vårdskador 14
Patienters och närståendes delaktighet 14
Länspatientråd 14
Lokala patientråd 14
E-tjänster 14
Nationella patientenkäter 14
Patientinformation 14
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet 15
Klagomål och synpunkter 15
Egenkontroll 16

Åtgärder för att öka patientsäkerheten 18

Anpassa och utveckla ledningssystemet 18
Ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbete 18
Internrevision systematiskt patientsäkerhetsarbete 19
Regionövergripande styrande anvisningar och rutiner 19
Uppdaterade patientsäkerhetsprocesser 19
Förbättra patientsäkerhetskulturen 19

Patientsäkerhetsronder 20
Läkemedel 20
Läkemedelsgenomgång och läkemedelsstöd i sjukvården 20
Läkemedelshantering 20
Läkemedelsförsörjning 21
Vaccindistribution covid-19 21
Hantering av brist på läkemedel under 2020 21
Journalgranskning och uppföljning 21
Journalgranskning av covid-19 patienter 22
Journalgranskning inför handläggning av tillsynsärende 22
Uppföljning av åtgärder tillsyn av klagomålshanteringen 22
Patient- och närståendemedverkan 22
Handläggningen av klagomål och synpunkter 22
Nationell patientenkät 23
Bättre tillgänglighet 23
Etik 24
Övrigt 24
Kunskap och kompetens 25
Kompetensförsörjning 25
Utbildningar, konferenser och nätverk 25
Vårdpreventivt arbete 26
Vårdrelaterade infektioner 26
Trycksår 28
Fall 28
Suicid 28
Riskanalys 28
Utredning av händelser - vårdskador 29

Informationssäkerhet 30
Inledning 30
Förbättringsåtgärder 30
Riskanalyser 30
Incidenter 31
Uppföljningar som har gjorts 31

Resultat och analys 32
Egenkontroll 32
Antibiotikaförskrivningen ska minska 32
Följsamhet till basala hygien- och klädrutiner (BHK) 32

Patient och närståendemedverkan ska öka 33
Läkemedel 34
Följsamhet till styrande anvisningar..... 34
Avvikelser..... 35
Avvikelsehanteringsprocessen 35
Uppföljning av avvikelser relaterat till covid-19..... 37
Klagomål och synpunkter..... 39
Klagomål och synpunkter..... 39
Uppföljning av tillsynsärende klagomål 1343-2019 40
Patientnämnden 41
Analys..... 42
Händelser och vårdskador 42
Vårdskador 42
Markörbaserad journalgranskning..... 43
Vårdskador registrerade i avvikelsehanteringssystemet..... 43
Vårdrelaterade infektioner (VRI) ska vara under 5 procent. 44
Trycksår ska minska..... 45
Fallskador ska minska 45
Lex Maria 47
Suicid..... 49
Tillsynsärenden..... 49
Löf-ärenden 50
Risker registrerade i avvikelsehanteringssystemet..... 51
Riskbedömningar av patienter med risk för fall, undernäring, ohälsa i munnen och undernäring (Vårdpreventivt arbete) 51
Riskanalyser 52
Mål och strategier för kommande år..... 53
Relaterade dokument..... 54
Strålsäkerhet..... 55
Syfte..... 55
Ansvar..... 55
Huvudsakliga aktiviteter under verksamhetsåret för att upprätthålla och utveckla strålsäkerheten..... 55
Uppföljning och analys av strålsäkerhetsarbetet 56
Huddoser inom PCI-verksamheten..... 56
Avvikande genomlysningstider operation..... 57

Diagnostiska standardnivåer röntgen, datortomografi, angiografi samt interventionella procedurer 57
Oplanerade händelser/avvikelser 57
Kompetens 57
Identifierade risker 57
Planerade aktiviteter 2021 för att stärka Strålsäkerheten 58
Sammanfattning 58

Sammanfattning

Det strategiska och systematiska patientsäkerhetsarbetet i Region Norrbotten har påverkats av den rådande Corona-pandemin under året. Inriktningen har varit att stödja befintliga processer och upprätthålla skyldigheter utifrån lagar och förskrifter. Egenkontroller, uppföljningar, utbildningar och spridande av lärande av inträffade händelser är exempel på aktiviteter som inte kunnat genomföras på grund av rådande pandemi eller på grund av att resurser saknas. Trots begränsade förutsättningarna har patientsäkerhetsarbetet varit högt prioriterat i verksamheterna.

På strategisk nivå har en Patientsäkerhetsplan för Region Norrbotten tagits fram och publicerats i maj 2020. Planen bygger på Socialstyrelsens ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården” som publicerades januari 2020. Vidare har en Lokala Samverkansgrupp (LSG) för patientsäkerhet för Region Norrbotten kommit igång i mars 2020. LSG Patientsäkerhet är en del i det nationella systemet för kunskapsstyrning avseende patientsäkerhet. Uppdraget på lokal nivå är att samordna och stödja regionens arbete med patientsäkerhet och aktivt följa utvecklingen nationellt och sjukvårdsregionalt.

Andelen vårdskador totalt har minskat och regionens mål för 2020 uppnås. Vårdrelaterande infektioner (VRI) är regionens största skadeområde och då främst vårdrelaterade urinvägsinfektioner ofta i kombination med urinkateter. Blåsöverfyllnad är också en vanlig vårdskada vilket ses vid journalgransinkning. Andel trycksår ligger högt i Norrbotten jämfört med övriga Sverige. En bidragande orsak kan vara att andelen riskpatienter också ligger högt i regionen. Fallskador har ökat. Den vanligaste orsak till lex Maria anmälan är självmord (suicid) i nära anslutning till vård och diagnostiska fel.

Antalet klagomål från patient eller närstående ställda till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har minskat och klagomål ställda till regionen har ökat, vilket är förväntat utifrån de lagförändringar som genomfördes 2018. Det ses även en liten minskning av patientnämndens ärenden.

Fokus i patientsäkerhetsarbetet under 2020 har varit en hög följsamhet till föreskriften om basal hygien i vård och omsorg. Hög följsamhet är en viktig åtgärd för att stoppa smitta och smittspridning samt förebygga VRI. Åtgärder och aktiviteter på alla nivåer visade på effekt under andra halvåret 2020. I verksamheterna har användandet och implementering av Gröna korset och Se Upp-ronder fortsatt. Båda är viktiga verktyg för att upptäcka risker och förebygga vårdskador.

Under 2021 kommer det systematiska patientsäkerhetsarbetet att intensifieras. Arbetet med att utveckla handläggningen av klagomål och händelser samt identifiera risker är viktiga för att nå resultat och skapa ett lärande. Regionens patientsäkerhetsplan och Socialstyrelsens handlingsplan för patientsäkerhet kommer att utgöra ett stöd i arbetet framöver. För att nå en patientsäker vård är högsta ledningens och chefernas stöd i processen viktigt.

Inledning

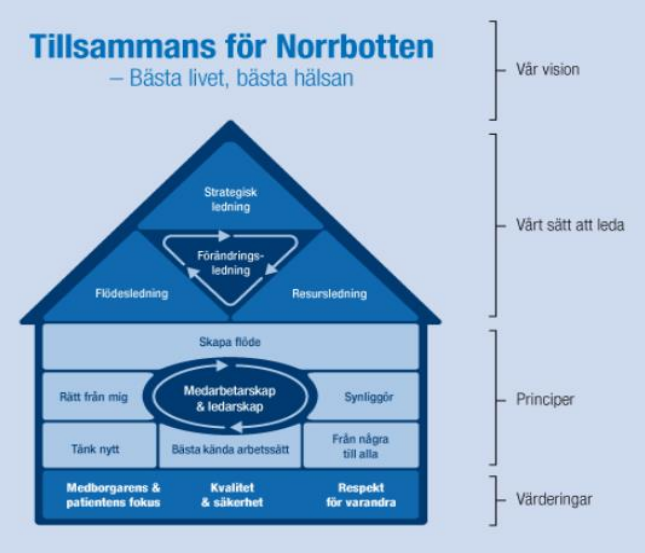
Patientsäkerhetsberättelsen är en sammanställning av Region Norrbottens systematiska patientsäkerhetsarbete för 2020 och är ett lagkrav enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Regionens patientsäkerhetsberättelse innehåller resultat, uppföljningar från mätningar och egenkontroller. Patientsäkerhetberättelsen bygger på föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) samt inkluderar även informationssäkerhet och strålsäkerhet.

Struktur

Övergripande mål och strategier

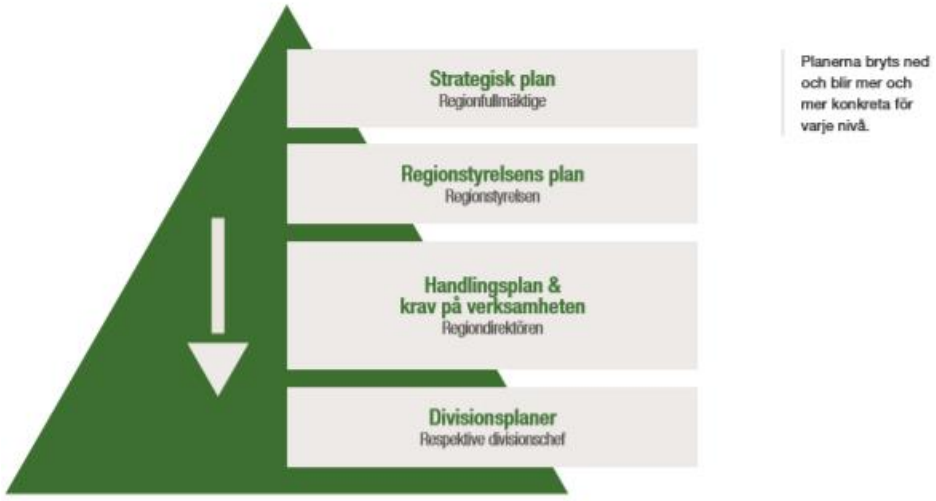
SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

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



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

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



Patientsäkerhetsmål

En hög säkerhetskultur och ett förebyggande arbetssätt ska genomsyra verksamheten. Säker vård innebär att alla ska få en vård utan vårdskador och inte drabbas av onödigt lidande som orsakats av hälso- och sjukvården.

Styrmått	Ingångsvärde 2019	Mål 2020	Resultat 2020	Källa
Andel vårdskador	7,1 %	Under 6,5 %	6,3 %	Markörbaserad journalgranskning, sluten somatisk vård.

Kontrollmått	Ingångsvärde 2019	Mål 2020	Resultat 2020	Källa
Vårdrelaterade infektioner (VRI)	9,5 %	< 5,0 %	12,9 % (Kv 12,3 % och M 13,1 %)	Nationell databas för punktprevalensmätningar (PPM).
Följsamhet till basala hygien- och klädrutiner (BHK) korrekt samtliga steg	100 %	100 %	VT 72,6 % HT 68 %	Nationell databas för punktprevalensmätningar (PPM) och RN egen databas för BHK.
Trycksår	19,9 %	<10,0 %	16,2 % (Kv 15,7 % och M 16,8 %)	Nationell databas för punktprevalensmätningar (PPM).
Vårdskada på grund av fall	208	Antal < 150	240 (Kv 97, M 143)	IT-stödet för avvikelsehantering Synergi
Suicid bland de som sökt vård	14 st.	Minska	11st (Kv 1, M 10)	Lex Maria statistik

Patientsäkerhetsarbetet ska präglas av regionens grundläggande värderingar. Det strategiska patientsäkerhetsarbetet ska fokusera på att;

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

Styrmåtten och kontrollmåtten är nedbrutna till aktiviteter.

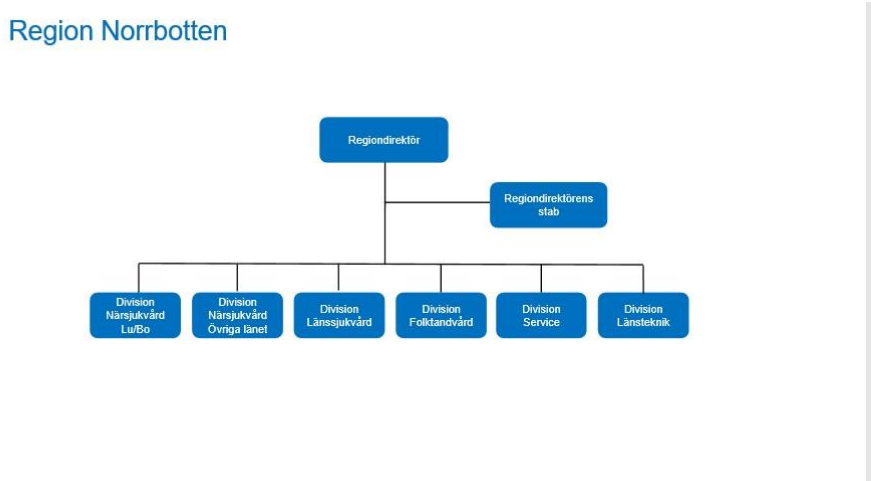
Mål	**Aktiviteter**	**Aktiviteter**	**Aktiviteter**
Övergripande mål 2020: Andelen vårdskador ska ligga under 6,5 procent			
Ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbete ska utvecklas	Alla Lex Maria, Enskildas klagomål och PaN-ärenden registreras som en avvikelse.	Handläggningstider för utredningar enligt Lex Maria ska hållas (2 månader) och kvalitén för händelseanalyser förbättras.	Fortsatt införande och utveckling av Nationellt IT-stöd för Händelseanalys (NITHA).
Patientsäkerhetskulturen ska förbättras.	Regionen ska delta i patientsäkerhetskulturmätning och arbeta aktivt med resultatet.	Höja svarsfrekvensen i mätningarna. Öka avvikelserapporteringen. Högsta ledningens stöd ska förbättras.	Upplevelsen av att arbetsbelastningen och personaltätheten ska utvecklats i positiv riktning. Ökad användning av lämpliga verktyg i kommunikations och informations överföring.
Patient/närstående medverkan ska öka.	Synpunkter/klagomål från patient/närstående ska tas tillvara i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.	Patient/närstående medverkan i risk- och händelseanalyser.	Patient/närstående medverkan i utformning av information till patienter och närstående.
Vårdpreventivt arbete			
Minska andelen Vårdrelaterade infektioner (VRI) Kontrollmått; < 5 procent.	Förbättra följsamheten till månadsmätningarna	Följsamhet till hygienföreskrifter ska vara 100 procent.	Antibiotikaförskrivningen i öppen-, och slutenvård ska minska.

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

Organisation och ansvar

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

I regionens anvisning för organisation, roller och ansvar beskrivs hur Region Norrbotten är organiserad samt hur ansvar och roller är fördelade.



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

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

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

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

Länschef/Närsjukvårdschef/Verksamhetschef ansvarar för och följer upp patientsäkerheten inom sitt verksamhets-/läns-/närsjukvårdsområde i enlighet med ledningssystemet. Varje verksamhetsområde utformar sina planer med divisionsplanen som utgångspunkt. Planerna fastställs i dialog med närmaste chef.

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

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

Lokal Samverkansgrupp (LSG) för Patientsäkerhet

Lokala Samverkansgruppen (LSG) för Patientsäkerhet ersätter sedan mars 2020 regionens Patientsäkerhetsråd. LSG Patientsäkerhet är en del av kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård och representerar den lokala nivån i kunskapsstyrningsorganisationen. Utgångspunkten är att bästa möjliga kunskap ska vara tillgänglig i varje möte mellan patient och vårdpersonal. Systemet ska stödja ett kontinuerligt och gemensamt lärande såväl inom regionen, som sjukvårdsregionalt och nationellt.

Samverkansgruppens uppdrag är att samordna och stödja regionens arbete med patientsäkerhet, att aktivt följa den pågående utvecklingen inom hälso-och sjukvården, att bevaka och driva utvecklingen inom patientsäkerhetsfrågor, samt att samverka med andra grupperingar inom patientsäkerhetsområdet.

Samverkansgruppen består av representanter från regionens divisioner samt representanter för vårdhygien, patientnämnd, företrädare för förvaltning av IT-stödet för avvikelsehantering och kommunen.

Övriga samarbetspartners med nära samarbete med LSG Patientsäkerhet är;

- Läkemedel
- Regionens lokala Stramagrupp
- Smittskydd
- Invånartjänster
- Kunskapsstyrning

- Etiska rådet
- Informationssäkerhet
- Vårdadministrativa system, (VAS)/Hälsoinformatik
- Allmän säkerhet

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Handläggningsöverenskommelser

Handlingsöverenskommelse (HÖK) är överenskommelse inom Region Norrbotten, mellan en eller flera enheter. Till exempel mellan primärvården och specialistvården. Det kan också vara med andra aktörer som kommun, skola, polismyndighet och liknande. HÖK beskriver övergripande vem som gör vad inom ett definierat medicinskt område, exempelvis diabetes eller psykisk ohälsa hos barn och unga. Vid delat ansvar definierar HÖK även ansvarsfördelning för respektive enhet/klinik/division/myndighet.

Standardiserade vårdförlopp (SVF)

Standardiserade vårdförlopp (SVF) innebär kortare väntetider och minskade skillnader i den regionala cancervården. Sedan 2015 pågår en nationell satsning för att införa Standardiserade vårdförlopp (SVF) i alla Sveriges regioner som bedriver cancervård.

Vid utskrivning

Förvaltningen för samordnad planering är en gemensam förvaltning för Region Norrbotten, Norrbottens Kommuner och länets kommuner. För alla patienter som vårdats inom sluten hälso- och sjukvård skall läkare bedöma om det finns behov av samordning. I dessa fall ska inskrivningsmeddelande skickas till berörda parter for information. Dessa patienter ska erbjudas samordnad individuell plan (SIP). Förvaltningens uppdrag är att normalisera processerna för SIP, underlätta samverkan mellan regionen och länets kommuner avseende SIP samt att förvalta det gemensamma IT-stödet som används för att stödja processerna.

Fast vårdkontakt

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

Medicinteknik och vårdverksamheten

Länsteknik och vårdverksamheter tecknar särskilda överenskommelser i enlighet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som dokumenteras i kvali-

tetshandbok för medicintekniska produkter. Dessa överenskommelser omfattar rutiner för samarbete mellan vårdverksamheten och serviceverksamheter så att en god patientsäkerhet kan upprätthållas vid användning och hantering av medicintekniska produkter. I detta ingår bland annat att genomföra systematiska teknikronder och ”registrera/utreda/följa upp” avvikelser.

Norrbus samverkan och överenskommelse gällande barn och unga

Region Norrbotten och länets 14 kommuner har sedan 2008 en överenskommelse för samverkan kring barn och unga, Norrbus. I en utvärdering framkom att samverkan enligt Norrbusöverenskommelsen fortfarande behövs men behöver revideras och ses över.

Ungdomsmottagningar

Ungdomsmottagningen i Norrbotten riktar sig till ungdomar och unga vuxna i åldern 12-25 år och bedrivs i samverkan mellan regionen och länets kommuner. Regionen ansvarar för barnmorske- och läkarinsatser och respektive kommun för kuratorsinsatser. En app. ”Ung i Norr” har testats i länet och har visat sig vara en fungerande modell för att ungdomar i glesbygden ska få tillgång till UM:s tjänster. Utifrån patientsäkerhet finns behov av att utforma en gemensam plattform för dokumentation och att det finns ett behov av ett tydligt ägarskap och ansvarsstruktur i organisationen

Asyl- och flyktingsjukvård

Personer som varit med om svåra trauman eller har andra tecken på psykisk ohälsa kan behöva remiss till första linjens psykiatri eller specialistvård. Region Norrbotten och Röda Korset behandlingscenter (RKC) har en överenskommelse om ett idéburet offentligt partnerskap (IOP). Uppdraget för RKC är att rehabilitera flyktingar med trauman från tortyr, krigsupplevelser eller upplevelser under flykten och att minska det fysiska och psykiska lidandet, genom multimodala insatser.

Samverkan vid risk för överbeläggningar och utlokalisering

På länssjukhuset där risken är störst för att patienter vårdas som utlokaliserade eller som överbeläggningar finns en rutin för daglig styrning av vårdplatser i samverkan med alla somatiska slutenvårdsenheter på sjukhuset. Varje vardag hålls gemensamma möten där aktuellt vårdplatsläge ses över och visualiseras.

Under pandemin 2020 har både krisledning på regional (RKL) och loka (LKL) nivå varit aktiverad.

Samverkans forum

- Nationell samverkansgrupp (NSG) för patientsäkerhet.
- Norra Sjukvårdregionala samverkansgruppen (RSG) för patientsäkerhet.
- Regionens Etiska rådet - Samverkan i etiska frågor.
- Samverkansberedningen för hälso- och sjukvård, omsorg och skola (POLSAM).
- Norrlandstingens regionförbund (NRF) – förbundsdirektion.
- Samverkansgrupper kopplade till NRF: Regionala läkemedelsrådet.

Exempel på samverkan för att förebygga vårdskador

- Psykiatrin länsgemensamt har ett nära samarbete med företrädare för Norrbottens kommuner, i syfte att säkerställa övergången från slutenvård till öppenvård.
- Akutsjukvården har ett gott samarbete med kommunerna och när patienter skickas hem från akutmottagningen bifogas alltid ett behandlingsunderlag och en muntlig rapport till hemtjänst eller närstående.
- När patienter besöker akutsjukvården och sedan hänvisas till annan vårdnivå får de alltid angivna råd skriftligt för att säkerställa att patienten har tagit del av informationen.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patienter och närstående sker i form av patient- och närståendemöten och patientenkäter. Patienters/närståendes synpunkter ska tas tillvara i både risk- och händelseanalysarbetet. Under 2020 har arbetet fortsatt med att förbättra struktur för klagomålshanteringen och omhändertagandet av klagomål och synpunkter från patient och närstående. Tyvärr finns från och med 2020 ingen patientrepresentant i regionens Lokala Samverkansgrupp (LSG) för patientsäkerhet. Uppdraget för regionens spetspatienter upphörde vid 2019 års utgång.

Länspatientråd

Länspensionärsrådet och tillgänglighetsrådet i Region Norrbotten sammanträder fyra gånger per år. Råden fungerar som samrådsorgan i frågor på strategisk nivå och lämnar även inspel till arbetet med regionens strategiska plan.

Lokala patientråd

På verksamhetsnivå finns patient- och brukarråd vid länets samtliga sjukhus. I dessa råd diskuterar organisationer och tjänstepersoner från regionen verksamhetsfrågor

E-tjänster

Invånartjänster/1177 vårdguidens e-tjänster ger förutsättningar till ökad delaktighet och medskapande i vården samt bättre överblick över vårdprocesserna. Invånartjänsterna förbättrar också tillgängligheten till vården, och stödjer dessutom valfrihet och flexibilitet i invånarnas val av vårdgivare. Användandet av e-tjänster/invånartjänster fortsätter att öka stadigt och i snabbare takt. Pandemin har bidragit till att utveckla arbetssätt och processer med stöd av e-tjänster.

Nationella patientenkäter

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

Patientinformation

Skriftlig patientinformation är ett viktigt komplement till den muntliga informationen och ökar patientens möjligheter att var delaktig i sin vård och behandling.

Tabellen beskriver antal patientinformationsdokument i regions vårdinformationssystem (VIS).

År	Totalt antal patientinforationsdokument i VIS	Skapade informationsdokument under året
2019	946	359
2020	1 021	417

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Regionen har som mått att antalet avvikelser ska öka som ett tecken på en hög säkerhetskultur och att hälso-, sjuk- och tandvårdpersonalen rapporterar avvikande händelser. Avvikelser rapporteras i IT-stödet Synergi. Alla medarbetare ska ha kunskap om rapporteringsskyldigheten och ett utbildningsstöd finns på regionens webb. I ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbete finns regionens anvisning för systematiskt patientsäkerhetsarbete som beskriver medarbetarnas skyldighet att rapportera. Anvisningen ska vid behov anpassas i lokala rutiner och arbetet fortsätter med att implementera anvisningen.

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

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter kan komma från följande instanser;

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

Alla klagomål och synpunkter ska registreras och handläggs i regionens IT-stöd Synergi för avvikelsehantering oavsett varifrån de kommer. För kategorisering används sedan 2019 samma kategorier som Patientnämnden, vilket möjliggör jämförelser av resultat och analyser. Sedan 2019 finns ett webbformulär där patienter/närstående kan lämna klagomål och synpunkter direkt till berörd en-

het/verksamhet. Webbformuläret är kopplat till IT-stödet Synergi för avvikelsehanteringen.

Inkomna klagomål/synpunkter ska kontinuerligt sammanställas och återrapporteras på arbetsplatsträffar, enhets-/ledningsmöten eller motsvarande. Här beslutas vilka åtgärder som ska vidtas och vem som ska återkoppla klagomålet till patient/närstående. Uppföljning ligger till grund för förbättringsarbete. Patienten/närstående får i samband med anmälan skriftlig information om patientnämndens verksamhet och andra instanser de kan vända sig till för att framföra sina synpunkter. Genomförda åtgärder, given information till patient/närstående dokumenteras och återkoppling till anmälaren dokumenteras. Återkoppling till patient/närstående kan ske brevledes, fysiska möten eller via telefon.

Egenkontroll

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

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

Egenkontroll	**Omfattning**	**Källa**
Basala hygienrutiner och klädregler	1-2 gång per år	PPM-databasen
	1 gång per månad	Egenutvecklad databas för registrering av observationer som presenteras i regionens uppföljningsportal
Vårdhygienisk standard	Enligt avrop från verksamheten	Protokoll
Patientsäkerhetsronder	Enligt plan	Protokoll
Avvikelser	3 gånger per år	IT-stödet Synergi för avvikelsehantering
	Kontinuerligt enligt lokala rutiner	Dashboard i Synergi
Vårdskador	1-2 gånger per år	Markörbaserad journalgranskning IT-stödet Synergi för avvikelsehantering
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	PPM-databasen
	1 gång i månaden	Infektionsverktyget

Egenkontroll	Omfattning	Källa
	2 gånger per år	Markörbaserad journal-granskning
Antibiotikaförskrivning	1 gång per år	Datalagret
Vårdpreventivt arbetssätt Fall (1, 2 och 4) Trycksår (1-4) Blåsöverfyllnad (2,3 och 4) Munhälsa (1) Nutrition (1)	Kontinuerligt riktad mot daglig styrning inom slutenvården	Uppföljningsportalen; uttag från omvårdnadsdokumentationen i journalsystemet
	3 gånger per år övergripande nivå	IT-stödet Synergi för avvikelsehantering,
	1 gång per år	PPM-databasen
	1 gång per år	Markörbaserad journal-granskning
KADVUVI (vårdrelaterade urinvägsinfektioner hos urinkateterbärare)	1 gång per månad på divisionerna Läns- och Närsjukvård	Protokoll N: arkivet
	1 gång per månad	Infektionsverktyget under utveckling (UVI och KA-DUVI)
Patientens klagomål och synpunkter	3 gånger per år	Patientnämndens statistik, Inkomna klagomål och meddelanden från IVO Funktionsbrevlåda för synpunkter från patient/närstående Via webbformulär till avvikelsehanteringssystemet
	3 gånger per år	IT-stödet Synergi för avvikelsehantering
Patientenkäter	Enligt nationell överenskommelse 1-3 per år (2018, 3 mätningar)	Nationell databas NPE
Ledningssystemet för systematisk kvalitetsarbete Avvikelsehanteringsprocessen. • Handläggningstider • Kvalité på ärendetyp negativ händelse. Lex Maria och klagomålsprocessen • Handläggningstider 2 månader. • Att varje lex Maria har en registrerad avvikelse.	1 gång per år 1 gång per år 2 gånger per år	Checklista för egenkontroll. Avvikelsehanteringssystemet Synergi. • Dashboard i Synergi • Egen uppföljning/protokoll/enkät, • IT-stödet Synergi för avvikelsehantering

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Händelseanalysprocessen • Uppföljning av arbetsprocessen	2 gånger per år (halvår)	NITHA (nationellt IT-stöd för händelseanalyser).

Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Under 2020 har många planerade aktiviteterna fått pausa på grund av corona-pandemin. Åtgärder på strategisk nivå har riktats till att upprätthålla lagkrav och att stödja och underlätta för verksamheten i aktuella patientsäkerhetsfrågor.

Anpassa och utveckla ledningssystemet

Ledningssystemet för systematiskt patientsäkerhetsarbete

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

Patientsäkerhet återfinns i ledningssystemet under ”Ledning” och arbetet under 2020 har fortsatt med att färdigställa struktur, innehåll, layout och kvalitetssäkra innehållet, anvisningar och rutiner.



Under 2020 har det övergripande arbetet med ledningssystemet fortsatt och följande åtgärder har genomförts;

- För att underlätta för chefer i verksamheterna har ledningssystemet utvecklat ett övergripande årshjul med aktiviteter i en kalender.
- I väntan på ett uppföljningsverktyg har en mall för egenkontroll i IT-stödet EvaSys har tagits fram. Målsättningen är att verksamheterna själva ska kontrollera sitt dagliga arbete utifrån styrande förutsättningar. Underlaget ska sedan aggregeras uppåt och sammanställas av ansvariga som en del i internkontrollen. På så sätt ska bristerna upptäckas i tid.
- För återföring och lärande samverkar regionen externt med andra regioner kring utveckling av det regionövergripande ledningssystemet. Internt sker samverkan med säkerhetsområdena och för att undvika risker för krockar sker samverkan med andra större satsningar och projekt som Strukturerad dokumenthantering och Sussa samverkan.
- Under året har ständig utveckling av ledningssystemet skett i Sharepoint plattformen, däribland har en ny sidmall tagits fram samt en verktygslåda för metoder inom utvecklingsområdet.

Senaste revisionen av regionens kvalitetsledningssystem skedde 2017. Nu har regionens revisorer återigen valt att granska regionens arbete inom kvalitetsledning. När rapporten är klar Q1 2021 kommer resultatet att vara grund för vidare utveckling av regionens övergripande ledningssystem. Inför 2021 planeras en uppgradering av ledningssystemets design, en visualisering av processerna i Stödverksamhet samt ett framtagande av ett processverktyg i ledningssystemet.

Internrevision systematiskt patientsäkerhetsarbete

Resultatet av en pilot internrevision visade på att det är av vikt att vi proaktivt och systematiskt identifierar brister i processerna. En av bristerna är svårigheten nå ut till verksamheten med de högst styrande dokumenten och att kommunikation därför behöver tydliggöras. Genom att etablera en organisation för internrevision fås en möjlighet att träffa verksamheten vilket leder till ökad förståelse för deras behov och att det samtidigt är ett lärande i mötet. När roller och ansvar är kartlagt inom säkerhetsområdena är nästa steg att se över och uppdatera anvisningar och andra styrande dokument för att säkra roller och ansvar på alla nivåer i organisationen. Högsta ledningen beslutar om etablering av ledningens genomgång för det regionövergripande ledningssystemet samt internrevision av säkerhetsområdena. De högst rankade riskerna ingår nu för första gången i regionens internkontrollplan och som beslutats av regionstyrelsen i december 2020.

Regionövergripande styrande anvisningar och rutiner

- Uppdaterad anvisning för ”Handläggning av klagomål och synpunkter från patient och närstående (mars 2020).
- Rutinen för ”Lex Maria handläggning” har uppdaterats och blivit en styrande anvisning (dec 2020).
- Ny generell regionövergripande anvisning för avvikelsehantering som omfattar områdena patientsäkerhet, informationssäkerhet och driftrelaterad medicinsk teknik.
- Ny rutin för aktivering av analysledare för övergripande händelseanalys (feb 2020)
- Ny rutin – ”Skicka åtgärder till annan enhet i Synergi samt öppnande av stängda ärenden (nov 2020)

Uppdaterade patientsäkerhetsprocesser

- Lex Maria-processen.
- Genomgång och revidering av klagomåls-processen.

Förbättra patientsäkerhetskulturen

I samarbete mellan patientsäkerhet och HR har en gemensam mätning för arbetsmiljö och patientsäkerhetskultur genomförts i slutet av 2018. Resultatet följdes upp med 11 gemensamma workshops riktade till chefer i hela länet för att presentera verktyg och arbetssätt för att omhänderta resultatet av mätningarna. För patientsäkerhetsarbetet presenterades verktyget ”Säkerhetskulturtrappan från A till E. Verktyget är ett dialogverktyg som kan användas för att skapa dialog kring patientsäkerhetskulturen i den egna verksamheten. Under 2020 har arbetet pausat på grund av Corona pandemin.

Patientsäkerhetsronder

Högsta ledningens stöd; Sedan december 2015 har regionen genomfört patientsäkerhetsronder i verksamheten med företrädare för högsta ledningen. Under 2020 har inga patientsäkerhetsronder genomförts på grund av den rådande Corona pandemin.

Läkemedel

Läkemedelsgenomgång och läkemedelsstöd i sjukvården

Läkemedelsgenomgångar och läkemedelsstöd i sjukvården syftar till att länets patienter ska få rätt läkemedelsbehandling när de behöver den. Det innebär att läkemedelsbehandlingen ska vara säker och kostnadseffektiv

För att förbättra patientsäkerheten i läkemedelsanvändningen, hos de patientgrupper där behovet är störst, genomför regionens apotekare fördjupade läkemedelsgenomgångar och annat läkemedelsstöd på sjukhusens vårdavdelningar samt i primärvården. Under året har apotekare arbetat på fem vårdavdelningar samt tre hälsocentraler, och där genomfört fördjupade läkemedelsgenomgångar på sammanlagt 896 patienter. Till följd av pandemin har sjukvården, under 2020, haft stort fokus på vård av covid-19 patienter. Under året har det också varit en del problem med läkemedelsbrist samt ett införande av ny läkemedelsförsörjningsmodell. Sammantaget har detta gjort att arbetet med fördjupade läkemedelsgenomgångar minskat under detta år jämfört med 2019.

Regionens samtliga hälsocentraler och de flesta privata vårdcentraler fick, under året, del av läkemedelskommitténs läkemedelsstöd. Det innebär att de får stöd med läkemedelsvärdering och statistik på läkemedelsförskrivning och måluppföljning från läkemedelskommitténs apotekare.

Läkemedelshantering

Enligt föreskriften bör sjukvårdens läkemedelshantering genomgå en årlig kvalitetsgranskning i syfte att tillse att patientsäkerheten, och arbetssätt enligt förskrifter och rutiner, upprätthålls i läkemedelshanteringen. Under 2020 genomfördes ingen kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen i regionen. Detta då regionledningen beslutat att inte resurssätta med personal som övergripande ansvarar för att kvalitetsgranskningen genomförs. Kvalitetsgranskningen har därmed fått pausas till följd av organisationsomställningen samt pågående pandemi som ytterligare bidragande faktor.

Under året har utformats och färdigställts en IT-lösning som möjliggör att i journalsystemet dokumentera ordination och administrering av läkemedel i öppenvård på ett sätt som följer HSLF-FS 2017:37. IT-lösningen går under benämningen Läkemedel Öppenvård (LMÖ) och kommer, om läkemedelsmodulerna i journalsystemet används på rätt sätt, att bidra förbättrad patientsäkerhet. Som en följd av pandemin kommer införandet av LMÖ att ske någon gång från och med maj 2021

Under hösten har arbetet med att anpassa journalsystemet VAS till införandet av den nationella läkemedelslistan påbörjats. Första maj 2021 kommer den tillfälliga

lösningen som kallas transformatorn att kopplas till VAS. Förberedelser och genomförande av kopplingen till transformatorn kommer att fortsätta med sikte på en säker hantering av elektroniska recept och spärrar i journalsystemet samt systemet för dosdispenserade läkemedel.

Läkemedelsförsörjning

Läkemedelsförsörjningsuppdraget för regionens sjukvård sköts av ett externt apoteksföretag på uppdrag av regionens funktionsområde läkemedel. Uppdraget inbegriper distribution av läkemedel till sjukhus samt primärvård och folktandvård, tillverkning av cytostatika, vätskevagnshantering, förrådstjänst läkemedel samt sakkunnigtjänst samt kvalitetsansvar radiofarmaka. Övriga tjänster relaterat till läkemedelsförsörjningen bedrivs liksom tidigare i egen regi.

I slutet av april genomfördes en övergång av läkemedelsförsörjningsuppdraget från Apoteket till ApoEx. Inför övergången vidtogs särskilda beredskapsåtgärder med förstärkt lagerhållning och extra personalberedskap för att förebygga brist på läkemedel och därmed patientsäkerhetsrisker. Övergången gick bra med endast ett fåtal incidenter som inte påverkade patientsäkerheten.

Vaccindistribution covid-19

Under julhelgen levererades den första omgången vaccin mot covid-19 till regionen. Det innebar att vaccinationen kunde påbörjas med prioritetsgruppen äldre på särskilda boenden. Leveransen av covid-vacciner sker via en särskild upprättad distributionskedja som för att fungera väl krävt mycket planering och samordning med flera funktioner inom region och kommun.

Hantering av brist på läkemedel under 2020

På senare år har det mer frekvent uppstått perioder med leveransbrister på viktiga läkemedel både för slutenvården och öppenvården. Problemet har tilltagit som en följd av världsmarknadsläget, avmonopoliseringen av apoteksmarknaden samt avsaknaden av process för nationella inköp till riket. Under mars när pandemin tilltog, fick regionerna signaler om omfattande brist på många läkemedel till följd av nedstängningen i många länder och en växande åtgång av bl.a. anestesiläkemedel. Många länder byggde upp egna beredskapslager genom att göra mycket stora beställningar på kritiska läkemedel. För att möta en överhängande risk att de kritiska läkemedlen skulle ta slut i Norrbotten och Sverige, agerade regionen genom att tillsammans med övriga regioner, starta nationella inköp till ett nationellt beredskapslager. Samtidigt inleddes en ransonering av anestesiläkemedlet propofol och sterilt vatten för att förhindra att dessa läkemedel, som har en viktig roll i vården av covid-19 patienter, skulle ta slut. Ransoneringen pågick under perioden april till och med juni. Ingen verksamhet eller patient blev utan sitt läkemedel under perioden. Nu finns i Region Norrbotten, och för regionerna gemensamt, ett nationellt beredskapslager för att i viss mån kunna förebygga kommande leveransbrister.

Journalgranskning och uppföljning

Journalgranskning används för att mäta förekomsten av skador i vården. Den metod som används kallas Markörbaserad Journalgranskning (MJG) och det in-

nebär att journaler granskas från ett slumpvist urval av avslutade vårdtillfällen inom slutenvården. Vid granskningen identifieras markörer som kan indikera skada. Är skada undvikbar betecknas den som en vårdskada. Sedan 2013 har regionen granskat journaler inom sluten somatisk vård och sedan 2015 har öppen- och slutenvården inom psykiatriskt vård granska journaler.

Journalgranskning av covid-19 patienter

Under 2020 har vården av covid-19 patienter inneburit stor belastning och ovana arbetssätt och hela tiden hantering av en många okända faktorer och risker. Journalgranskning av vården under pandemin kan ge värdefull kunskap och underlag för utveckling av robust sjukvård och hög patientsäkerhet både lokalt och i ett nationellt perspektiv. Under hösten har vården av patienter med covid-19 granskas specifikt som tillägg till den vanliga granskningen. Den metod som använts för granskningen har varit markörbasera journalgranskning (MJG).

Journalgranskning inför handläggning av tillsynsärende

För en fördjupad förståelse och för att ta fram underlag till åtgärdsförslag granskade regionen de patientjournaler som utgjort underlag för IVO; s beslut i ett tillsynsärende där vården av äldre med covid-19 på särskilda boenden granskades.

Uppföljning av åtgärder tillsyn av klagomålshanteringen

Under 2019 genomförde Inspektionen för vård och omsorg (IVO) en tillsyn för att granska hur regionen handlägger de klagomål som IVO överlämnar för utredning till vårdgivaren. Under 2020 har regionen gjort en uppföljning av de brister IVO identifierat i sitt tillsynsbeslut. IVO påtalade följande brister i sitt beslut:

- Vårdgivaren behöver utveckla ett mer systematiskt arbetssätt för att ta emot och besvara klagomål som kommer in.
- Vårdgivaren behöver utveckla sitt arbete med att ge enskilda patienter och närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Totalt granskades 60 slumpvis utvalda ärenden, 15 inkomna klagomål via webb, Funktionsbrevlåda, Patientnämnd och från IVO under tidperioden 191201–201130. Uppföljningen presenteras i under rubriken resultat.

Patient- och närståendemedverkan

Under året har patientsäkerhetsarbetet fortsatt med implementeringen av klagomålshanteringen genom att stödja verksamheten i handläggningen av klagomålen, och utbilda verksamheterna i hanteringen.

Handläggningen av klagomål och synpunkter

För att underlätta den administrativa processen i handläggningen av klagomål har patientsäkerhet i tillsammans med regionens registrator och arkivarie samverkat och arbetat fram en rutin som minskar arbetsmomenten i den administrativa processen. Syftet var att alla klagomål oavsett varifrån de kommer ska handläggas i IT-stödet för avvikelsehantering. Vid uppföljningar har setts att patientnämndens ärenden och Löf-ärenden men även IVO-ärenden inte registreras och handläggs i avvikelsehanteringssystemet. Tre utbildningstillfällen i den administrativa handläggningen av klagomål har genomförts under våren 2020.

Nationell patientenkät

Nationell Patientenkät (NPE) undersöker patientupplevelser och består av sju dimensioner. Varje dimension innehåller frågor och resultaten redovisas som positiva svar på dimensionerna. Under 2020 har mätningar genomförts inom habilitering och hjälpmedel samt inom akutmottagningar. Habilitering och hjälpmedel är en så kallad valfri mätning vilket innebär att de regioner som haft intresse av att delta har gjort det. Mätningen inom akutmottagningar är en så kallad nationellt gemensam mätning vilket innebär att samtliga regioner deltar i mätningen, som sker vartannat år. Resultat från nämnda mätningar kommer att redovisas under början av året (2021). Även en mätning inom specialiserad somatisk öppen- och slutenvård var planerad till 2020, men den sköts upp till 2021 på grund av rådande pandemi.

Bättre tillgänglighet

Regionen verkar aktivt för att öka tillgängligheten för patienterna att komma i kontakt med sjukvården bland annat via ett antal e-tjänster.

- **Digitalen- vård där du är:** Region Norrbotten fick utmärkelsen ”Årets Digitalisering” för att på ett nyttobetonat sätt lyft digitaliseringen genom en digital hälsocentral. Tjänsten lanserades i februari 2020. Syftet var att öka tillgängligheten för patienter som söker kontakt med vården inom Region Norrbotten samt skapa ett effektivare patientflöde som leder till bättre nyttjande av vårdens resurser. Digitalen har med stor framgång nått ut till allmänheten och kunnat visa på stor nöjdhet bland sina användare. Region Norrbotten
- **Journal via nätet**: införandet påbörjades 2016. Nu finns åtkomst till journalanteckningar, vårdkontakter, läkemedelslistan i VAS, svar på blodprover, vaccinationer, SIP (samordnad individuell plan) samt spärrar. Från och med 2020 visar hela barnsjukvården, vuxenpsykiatrin och rättspsykiatrin information i Journalen. Informationen visas från och med de datum de startade.
- **Webbtidbok**; Webbtidbok är tillgänglig på hälsocentralerna, där invånaren kan se bokad tid, av- och omboka eller boka tid (varierar för olika mottagningar). Webbtidbok via 1177 är tillgängligt för mammografi samt numera också för cervix screening. Folktandvården är på gång att införa webbtidbok och planerar att starta en pilotmottagning i februari 2021. Webbtidbok kommer också att vara tillgängligt för bokning av covid-19 vaccination
- **Stöd och behandling**; Internetbaserad kognitiv beteendeterapi (iKBT) är tillgängligt i länet via Stöd – och behandlingsplattformen (SOB) i 1177 vårdguidens e-tjänster. Detta innebär en större tillgänglighet, delaktighet och flexibilitet för invånaren. I regionens utbud ingår både stöd - och behandlingsprogram. Utbudet och användandet (fler verksamheter) har ökat under året från 2019 då 159 behandlingar (moment) startat till 409 moment 2020.

Antal startade och avslutade moment samt antal invånare och behandlare per moment, vårdenhet

Moment	Antal startade moment	Antal avslutade moment	A
Stöd efter din hjärtinfarkt	126	2	
Internethjälpen vid ångest och oro, RN	76	78	
Stöd vid kranskärlssjukdom	50	1	
Sömnstödet	34	23	
Internethjälpen vid oro	32	3	
Internethjälpen vid smärta	30	16	
Internethjälpen för stresshantering, RN	12	6	
Min vårdplan tjock- och ändtarmscancer, kirurgen, Sunderbyn	12		
Internethjälpen för stresshantering	11	5	
Min nikotinfria resa - Norrbotten	6	4	
Ett aktivt vardagsliv - Fortsättningsdel	5		
Ett aktivt vardagsliv - Introduktionsdel	5		
Strategier för att nå ett aktivt vardagsliv	4		
Strategier för att nå ett aktivt vardagsliv del 2	4	3	
Autism	2		
Okänd			
Totalt	**409**	**141**	

- **Patientnämnden som e-tjänst**; Det är möjligt att ta kontakt med patientnämnden genom att logga in på 1177.se. Under 2019 har 27 procent av ärenden kommit in via e-tjänsterna.
- **Egen provhantering;** I månadsskiftet oktober/november 2020 startades Egenprovhantering via 1177 vårdguidens e-tjänster med möjlighet för invånare att beställa och utföra självtest för pågående covid-19. Beställning görs via 1177. Provsvar kommer via egen provhantering i 1177 och finns också tillgängligt i Journalen. Sedan start har ca19 500 gjort tom 31 dec provtagning har blivit mer lättillgänglig för invånare och torde ha minskat trycket på hälsocentralerna(?)
- **Hälsosamtal;** Invånare som fyller 30/40/50/60 år och har fått en inbjudan till hälsosamtal vid sin hälsocentral kan nu fylla i ett frågeformulär innan samtalet genom att logga in på 1177. Möjliggör att ha ett bättre samtal.
- **Basutbud e-tjänster;** Regionens verksamheter verkar aktivt för att öka tillgängligheten till kontakt via e-tjänster. Antal ärenden in till regionens mottagningar via 1177 vårdguidens e-tjänster fortsätter att öka och under 2019 var antalet ärenden in 120 000 varav Förnya recept stod för hälften 60 600 ärenden. 2018 var antalet ärenden in 96033, jämfört med 71649 ärenden år 2017 och 54889 år 2016.

Etik

Etiska rådets uppdrag är att säkra att det etiska arbetet hålls levande och förstärks systematiskt över tid. Övergripande mål är att etiska frågor är förankrade och integrerade i styrning och vårdverksamhet. Några av aktiviteterna som rådet har genomfört under året är bland annat den etik-utbildning som etiska rådet återkommande håller för ST-läkare. Etiska rådets stöd har i likhet med 2019 efterfrågats av vårdpersonal där konsultationer har skett i form av etiska ronder och analyser. Nya etikombud har utbildats och nätverksträff för ombud genomförts. Utifrån rådande pandemi har etikombuden också erbjudits etiska reflektioner med ordföranden. Ett digitalt etik-seminarium anordnades med fokus på etiska utmaningar i samband med covid-19.

Övrigt

Hotell Vistet fortsätter sitt förbättringsarbete för att öka patientsäkerheten genom patienternas medverkan i sin egen vård. Innefattar: Patientnära rapportering(PNR) och Hälsosamtal samt Distresstermometer (som erbjuds patienter om de vill). De

har gjort ett ankomstsamtals underlag för att använda vid dessa samtal. Underlaget har förbättrats något under året och finns dokumenterat i www.genombrott.se.

I Covid vården har närståendebesöken varit väldigt begränsande. För att möjliggöra för närstående att vara delaktig har dagliga telefonsamtal inplanerats mellan ansvarig anestesiläkare och den närstående. Vid patienters tillfrisknande från Covid-IVA har uppföljande samtal skett där det varit möjligt.

Kunskap och kompetens

Planerade utbildningar, konferenser och möten har stoppas under 2020. Fokus har varit utbildningar riktade mot covid-19 vård.

Kompetensförsörjning

Under 2020 har utmaningarna i vården varit många inom bemanning och kompetensförsörjningen. Fokus har varit Corona-pandemin och att bemanna för att kunna omhänderta de patienter som behövde vård. Många av regionens medarbetare har fått byta arbetsplats, har fått arbeta inom andra specialistområden än den ordinarie och även arbeta på annan ort/annat sjukhus. Medarbetarna har ställs inför utmaningar med nya arbetssätt, ny kollegor, rutiner och en sjukdom som initialt det inte fanns så mycket kunskaper om. Pensionerade sjuksköterskor har ryckt in och hjälp till med smittspårning och provtagning med mera.

Utbildningar, konferenser och nätverk

- Under våren när covid-pandemin tog fart genomfördes utbildningar kopplade till covid-19 vården. Utbildningarna riktade sig till både erfaren och oerfaren personal.
- Vårdhygien har under året genomför återkommande utbildningar i vårdhygien, i egenkontroll av vårdhygienisk standard till chefer.
- Regionens nätverk för Markörbaserad journalgranskning har haft två möten under året.
- En inspirationsdag (19 feb) inför de nationella PPM-mätning våren 2020 har genomförts med cirka 70 deltagare.
- Patientsäkerhet har deltagit vid två tillfällen (10, 16 september) i utbildningen kliniskt basår för nyutbildade sjuksköterskor.
- Den 17 september uppmärksammande LSG patientsäkerhet Världshälsoorganisationen (WHO) internationella patientsäkerhetsdagen. Syftet med dagen var att globalt öka medvetenheten och förståelsen för patientsäkerhet. Årets tema var "hälso-och sjukvårdspersonalens säkerhet – en prioritet för patientsäkerheten". Under hela den veckan, vecka 38, ansvarade LSG Patientsäkerhet för Region Norrbottens Instagram. Varje division, område läkemedel och vårdhygien visade exempel på hur de arbetar med patientsäkerhet. Naturligtvis var vikten av en god handhygien ett av fokusområdena.
- Chefläkare med lex Maria ansvar har hållit föreläsning till AT-läkarna vid två tillfällen under 2020.
- Chefläkare med lex Maria har varit inbjuden att prata patientsäkerhet och lex Maria på två utbildningsdagar för allmänläkare.
- Den Lokala Samverkansgruppen (LSG) för patientsäkerhet har haft 10 möten.

Vårdpreventivt arbete

Regionen har deltagit i de nationella punktprevalensmätningarna (PPM) för vårdrelaterade infektioner, följsamhet till basala hygien- och klädregler (BHK) och trycksår.

Inom verksamheterna genomförs riskbedömning för fall, trycksår, undernäring blåsöverfyllnad och munhälsa på patienter 70 år och äldre vid in- och utskrivning från slutenvården. Dokumentationen sker i det vårdadministrativa journalsystemet (VAS).

Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är det största vårdskadeområdet i Region Norrbotten. VRI följs upp i regionens journalgranskning (MJG), i avvikelsehanteringssystemet och i de nationella punktprevalensmätningar (PPM) för VRI.

Nationella mätningar av följsamhet till basala hygien- och klädföreskrifter

Följsamheten har till basala hygienföreskrifter har varit i fokus under 2020 och är en viktig åtgärd för att stoppa smitta och smittspridning samt förebygga VRI. Regionen har deltagit i två nationella PPM-mätningar av följsamheten till BHK, en ordinarie mätning på våren och en extra mätning på hösten. Anledningen till den extra mätningen var att resultaten från vårens mätning fick stor uppmärksamhet med koppling till covid-19 och för att lägga fokus på vikten av hög följsamheten i tider med ökad smittspridning.

Utveckling databas för månaduppföljningar av basala hygienföreskriften

Region har sedan 2017 en egenutvecklad databas för månadsmätningarna av följsamheten till basal hygien- och klädföreskriften (BHK). BHK-databasen används för att registrera mätningar och att visualisera resultat på olika nivåer i organisationen. Under året har arbete pågått med att uppdatera databasen, så att den på ett bättre sätt ska ge verksamheterna möjlighet att följa upp sitt arbete med BHK och sina resultat. Uppdateringen har skett i samarbete med Länsteknik. Exempelvis har det handlat om att förbättra diagram, se över felaktig resultat-redovisning, lägga in nytt kläd-steg, kunna exportera resultat, tydliggöra kring registreringen och uppdatera aktuella hygienombud.

Minska antibiotikaförskrivningen

Arbetet med kvalitetsuppföljning av antibiotikaförskrivning i regionen enligt strategidokumentet ”Antibiotikapolicy i Region Norrbotten” har fortgått under året. Verksamheter inom Region Norrbotten följer dessutom det nationella 10-punktsprogrammet för minskad antibiotikaresistens som tagits fram i samarbete mellan Strama och Infektionsläkarföreningen. ”AntibiotikaSmart”, en webbutbildning med kunskap om bakterier, antibiotikaresistens och rationell antibiotikabehandling, har tagits fram av Strama Stockholm och ligger nu som ett digitalt stöd på vårdportalen A-Ö.

Vårdhygien i det vårdpreventiva arbetet

Patientsäkerhet och Vårdhygien samverkar i det förebyggande arbetet med mot vårdrelaterade infektioner (VRI) och för att öka följsamheten till föreskriften om

basal hygien i vård och omsorg. Vårdhygien fungerar som stöd till verksamheterna, till vårdgivaren regionalt och organisatoriskt i att förebygga uppkomst och spridning av VRI samt med att minska spridningen av antibiotikaresistens.

Under 2020 har Vårdhygien helt fokuserat på arbetet med aktuell pandemi och Covid-19. Covid-19 blev anmälnings- och smittspåningspliktigt enligt smittskyddslagen och klassificeras som allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom. Arbetet har inriktas på att informera, utbilda, stötta, ta fram rutiner och rekommendationer allt efter förändringar i kunskapsläget. All personal som ska undersöka och vårda personer med covid-19 måste ha kunskap och aktuell information om handläggning av misstänkta och bekräftade fall samt träning i hantering av skyddsutrustning. Adekvat personlig skyddsutrustning måste finnas tillgänglig på alla vårdinrättningar som kan komma att bedöma och vårda misstänka eller bekräftade fall av covid-19.

Förbättringar/genomförda åtgärder

- Samverkan med Funktionscentrum infektions (FCI) aktörer (smittskydd, infektion och mikrobiologen) initierades i januari. Information och uppmaningar går ut om att försöka identifiera riskpatienter/anamnes i vårdflödet pga. en pågående smitta i Kina skickades i februari till chefer inom akut omhändertagande och samtliga närsjukvårdscheferna för spridning i linjen i länet. Pandemiplanen sågs över och bereddes för revidering avseende SARS CoV2. Beredskap för vården aktualiserades med stöd av rutinen för MERS
- Lokaler för omhändertagande av flera fall (smittkarantän) och ventilation på Sunderby sjukhus infektionsavdelning analyserades och förändrades för att kunna omhänderta covid-19 fall med krav på sluss, särskild ventilation och isolering
- Vårdhygieniska regionala riktlinjer och lokala rutiner för omhändertagande av patient med misstänkt eller konstaterad infektion av covid-19 inom vård och omsorg skapades och har uppdaterats kontinuerligt under 2020.
- Regionsövergripande covid-utbildningen (BHK, coronavirus som smittämne, smittväg, handläggning av fall och personlig skyddsutrustning) till all ordinarie och tillfälligt utsedd vårdpersonal för covidvård. Utbildningstillfällena pågick 2-3 ggr/vecka från början av mars till juni, initialt genomfördes fysiska utbildningstillfällen runtom i länet. Utbildningar som spelas.
- I juni blir vårdhygien en aktör i regionala krisledningen (RKL) och fick därigenom en mer strategisk roll. Situationsanpassad tillämpning av source control rekommenderas i juni och har fortsatt revideras kontinuerligt mot bakgrund av nationella råd och rekommendationer. Åtgärder genomförda
    - 7 dagars städning på samtliga sjukhus
    - Expertstöd till den strategiska gruppen för influensavaccination och covid-19 vaccination avseende hygienrutiner vid vaccination, lokaler och flöden. Vid implementering av snabbtest och användandet av munskydd i allmänna utrymmen på sjukhusen.

Trycksår
Arbetet med att förebygga trycksår har skett genom riskbedömningar vid in- och utskrivningen, tidigt sätta in förebyggande åtgärder vid risk för trycksår samt fortsatt införandet av ”Gröna korset” och ”Se Upp Ronder”.

Fall
Regionen har deltagit i Socialstyrelsen nationella kampanjen ”Balansera mera”. Kampanjen syftar till att genom olika aktiviteter uppmärksamma frågan och öka kunskapen om fallolyckor och hur de ska förebyggas. Socialstyrelsen informationsmaterial har spridits till länet och kampanjen uppmärksammades på regionens webbplats. Riskbedömningar och förebyggande åtgärder har också genomförts och kan följas på regionens ”Uppföljningsportal”.

Suicid
Regionen har deltagit i en nationell retrospektiv granskning av suicid i Norrbotten 2015. Resultatet för de granskade suiciden i Norrbotten är presenterade för Chefläkarna med lex Maria ansvar.

Psyk-E bas Suicid, en utbildning i suicidprevention lanserades i december 2020. Utbildningen har tagits fram med ekonomiskt stöd av Folkhälsomyndigheten och regionen har köpt in utbildningen med medel avsatta för suicidprevention. Utbildningen ger kunskap, användbara råd och reflektion om suicidprevention i praktiken. Utbildningen består av 20 filmade föreläsningar med tillhörande faktablad, dessutom finns några filmade diskussioner och fallbeskrivningar, samt en manual och ordlista. Innehållet är baserat på bästa tillgängliga evidens.

- Del 1 är en grundläggande utbildning om suicidprevention,
- Del 2 kommer inom kort att finnas på regionens webb. Den handlar om risk i olika grupper och ger mer fördjupade kunskaper.
- Del 3 psykiatriska tillstånd med ökad risk för självmord

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

Alla risker ska rapporteras i avvikelsehanteringssystemet och allvarlighetsgraden bedömas. Utifrån allvarlighetsgraden hanteras risken enligt regionens anvisning för riskhantering. I regionens ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete finns anvisning och rutin för hur risker ska hanteras och hur riskanalys ska genomföras. Den metod som används vid riskanalys är Healthcare Failure Mode Effect Analysis (HFMEA). Regionen har även en rutin för riskindivider som utgör en risk för patientsäkerheten.

Risker identifieras via;

- Förbättringstavlor på enhetsnivå/divisionsnivå.
- Gröna korset.
- Risker registrerade i avvikelsehanteringssystemet.

- Lex Maria ärenden, patientnämndsärenden, klagomål och synpunkter inkomna från patient/närstående och från IVO.
- Lärdomar av genomförda tillsyner av IVO och revisionsrapporter.
- Alla patienter som är 70 år eller äldre samt övriga patienter med särskild risk ska riskbedömas i omvårdnadsanamnesen i regionens vårdadministrativa journalsystem (VAS). Riskbedömningen omfattar patienter med risk för fall, trycksår, UVI, blåsöverfyllnad, ohälsa i munnen och undernäring.

Riskbedömningsinstrument;

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

Bedömnings-/riskbedömningsskalor som stöd i den kliniska bedömningen;

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

Riskinventering av regionens systematiska patientsäkerhetsarbete

Patientsäkerhet och övriga säkerhetsområden har gjort en riskinventering som ska utgöra underlag för regions internkontrollplan. Riskområden för lagar, riktlinjer, rapportering och verkställighet har tagit fram och riskbedömts. Arbetet har utgått från ledningssystemets övre del ”Ledning”. Anvisning internkontrollplan är under revidering och ligger till grund för arbetet samt en checklista kopplat till anvisningen.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Allvarlig vårdskada eller allvarliga tillbud ska utredas och anmälas enligt lex Maria. Utredningen som genomförs är en händelseanalys. Syftet med en händelseanalys är att uppfylla anmälnings- och utredningsansvaret av händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada. Vidare så syftar händelseanalysen till att upptäcka brister och förhindra upprepning av liknande händelser samt att vara ett lärande för organisationen. På alla anmälda lex Maria händelser utom suicid, läggs ett pressmeddelande ut på regionens externa webbsida.

Uppföljning av åtgärdsplan vid anmälan lex Maria

Under 2019 har arbete påbörjats med att följa upp lex Maria händelser sex månader efter beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Chefläkare och verksamhetsstrateg patientsäkerhet besöker berörda verksamheter och följer upp åtgärdsplanen och effekterna av föreslagna åtgärder. Under 2020 genomfördes en uppföljning i börja av året på infektionsavdelningen. De övriga planerade uppföljningarna har pausat på grund av pandemin.

Uppföljning vårdskada dödsfall
Sedan 2018 granskas kvalitén och handläggningen av de vårdskador som registrerats som en allvarlig vårdskada och där patienten avlidit.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Nedan följer sammanställningen av Region Norrbottens informationssäkerhetsarbete 2020, i enlighet med bestämmelserna i HSLF-FS 2016:40 3 kap 6 §, som har begärts in som en del av underlaget som utgör Patientsäkerhetsberättelsen i enlighet med 7 kap.

Inledning

Regionen Norrbotten har med hänvisning till Integritetsskyddsmyndighetens fastställande att EU:s dataskyddsförordning, GDPR, numera är den primära rättskällan för skydd av behandling av personuppgifter (DI-2020-11495), valt att vidareutveckla regionens ledningssystem för informationssäkerhet med bestämmelser från GDPR. Hädanefter kommer personuppgifter behandlas i första hand enligt bestämmelserna i GDPR om skydd för den personliga integriteten beaktas och därefter (med avseende på personuppgiftsbehandlingen) kompletterande nationell lagstiftningen, som till exempel patientdatalagen, följas.

Förbättringsåtgärder

Regionens informationssäkerhetsarbete har utvecklat dess integration till regionens förvaltningstyrning, för att säkerställa att centrala bestämmelser efterlevs i regionens samtliga informationssystem som har tilldelade tillgångsägare.

Vidare har informationssäkerhetsarbetet utvecklat processer för att inhämta underlag till denna rapport från dessa tillgångsägare, i syfte att påvisa efterlevnad, och belysa gemensamma risker.

Sammanställningen av regionens informationssäkerhetsarbete har vidareutvecklats att innehålla efterlevnadsgrad av accepterade standarder, ISO 27001 och ISO 27002, i enlighet med förordningen (SFS 2018:1175) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala leverantörer. Samt även ISO 27701, för hantering av personuppgifter. Denna sammanställning redovisas till relevanta roller i regionens ledning.

Riskanalyser

Följande avsnitt betraktar endast risker kopplade utifrån efterlevnaden av relevant lagstiftning, och den personliga integriteten för de registrerade. Den betraktar inte regionens exponering mot externa hot och övriga sårbarheter. Dessa risker återberättas i den årliga rapporten Sammanställning för regionens informationssäkerhetsarbete 2020.

Vid kontroll av efterlevnadsgrad av bestämmelserna i HSLF-FS 2016:40, ligger regionen på en acceptabel nivå.

Regionen har utvecklat processer för att löpande följa upp risker av teknisk natur som kan påverka den personliga integriteten för de registrerade, tack vare utvecklad samverkan med regionens IT-ledning.

Regionens främsta utmaning är att förse regionens centrala funktion för informationssäkerhet och dataskydd med nödvändiga resurser så att regionen kan garantera säkerställandet av lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att skydda den personliga integriteten hos de registrerade för samtliga hälso- och sjukvårdssystem enligt artikel 5.1.f och 32.1 i GDPR.

Regionens informationssäkerhetsarbete har idag ett personberoende som leder till att funktionen har en begränsad förmåga att effektivt dokumentera och stödja verksamheten med att införa och stödja verksamheten med de krav som åligger regionen. Detta personberoende påverkar vidare regionens förmåga att skyndsamt agera vid förfrågan på verksamheten som syftar till att säkerställa tjäna de registrerades rättigheter.

Berättelser från regionens förvaltningstyrning indikerar att det finns ett utbrett person- och kunskapsbehov för att garantera efterlevnaden av rådande bestämmelser. I övrigt så väger verksamhetens behov av it-tjänsternas vidareutveckling tyngre vid valet av prioriteringar före implementering och uppföljning av säkerhetsåtgärder. Vilket bör betraktas som en risk.

Incidenter

Tillgängligheten av regionens hälso- och vårdsystem, samt informationssystem som behandlar personuppgifter bemöter verksamhetens behov. Det har inte förekommit några rapporter om informationssäkerhetsincidenter, som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada.

Regionen har vidtagit åtgärder för att förenkla incidentrapportering som i fjol beskrev som utmanande. Processen har tydlig integrering till regionens process för misskötsamhet för att säkerställa skyndsam och konfidentiell behandling, med minskat personberoende.

Uppföljningar som har gjorts

Uppföljning har genomförts på de risker som delgavs i fjolårets sammanställning, där det fanns brister i centrala åtgärder. Dessa risker har lindras genom aktiva åtgärder, och kan idag betraktas som adresserade.

Regionen fokuserar vidare på att utveckla dess förmåga att genomföra löpande uppföljning på de förvaltningsobjekt där behandling av personuppgifter förekommer. Syftet är att säkerställa lämplig säkerhet för personuppgifterna, inbegripet skydd mot obehörig eller otillåten behandling och mot förlust, förstöring eller skada genom olyckshändelse, med användning av lämpliga teknisk eller organisatoriska åtgärder.

Regionen har som tidigare nämnt vidareutvecklat sitt ledningssystem för informationssäkerhet att följa standarder i ISO 27000 serien. Regionens uppföljning

kommer att utgå ifrån att säkerställa implementationsgraden av de säkerhetsåtgärder som ingår i regionens ledningssystem.

Resultat och analys

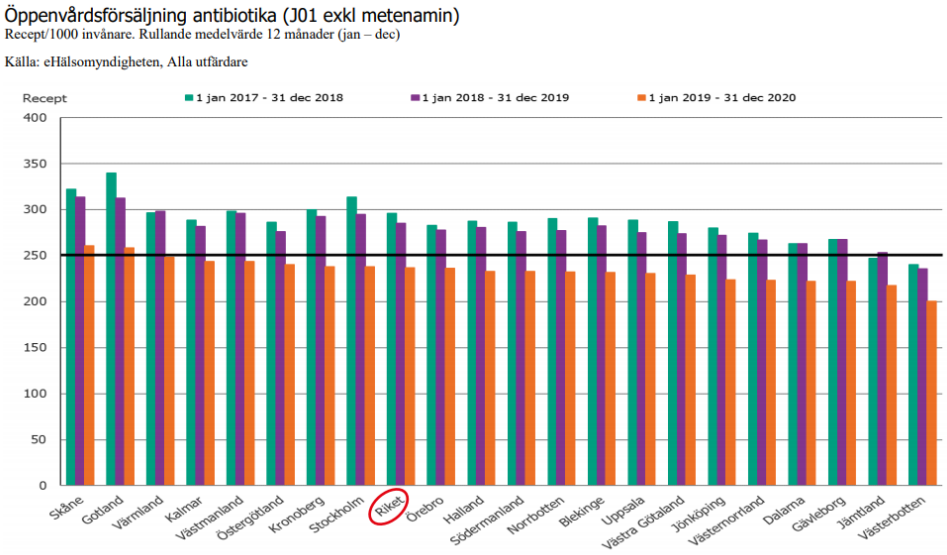
SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Resultatet och analysen beskrivs från de nedbrutna målen och aktiviteterna för patientsäkerhet 2020.

Egenkontroll

Antibiotikaförskrivningen ska minska

Det nationella målet och regionens mål är 250 recept per 1000 innevånare.

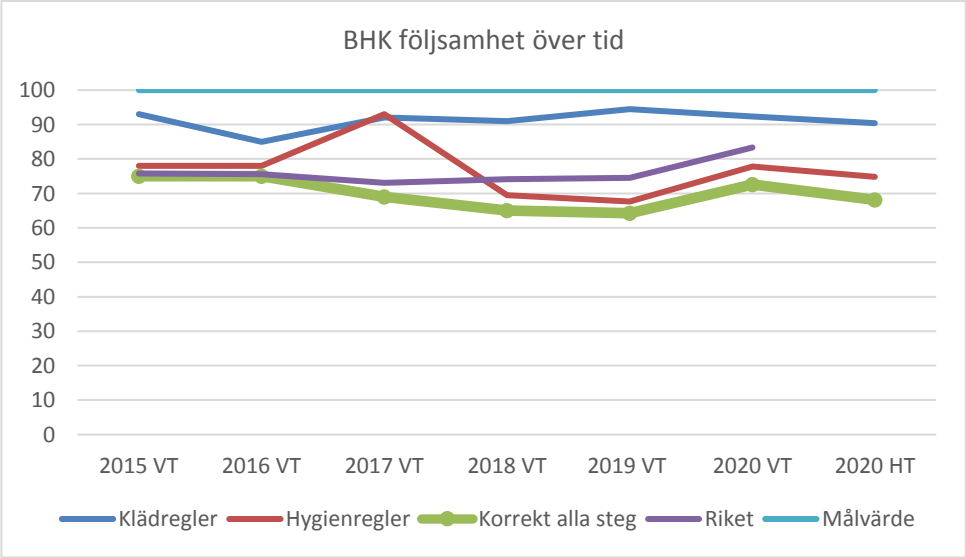


Källa: Folkhälsomyndigheten jan 2021

Försäljningen av antibiotika i öppenvård fortsätter att minska i länet och riket. Antalet recept per 1000 invånare har gått ner från 277 (2019) till 232 (2020), det vill säga att regionens mål uppnås. Norrbottens öppenvård förskriver färre antibiotikarecept än riksgenomsnittet.

Följsamhet till basala hygien- och klädrutiner (BHK)

Upp till 50-60 procent av de vårdrelaterade infektionerna (VRI) bedöms vara undvikbara genom strikta hygienrutiner och förebyggande åtgärder. Målet för regionen är 100 procent korrekt för alla steg



Källa; Nationell databas för PPM-mätningar

I jämförelse med riket nationell så har Region Norrbotten låg följsamheten till BHK i båda mätningarna. Resultatet i den extra mätningen vecka 40, visade att regionen följer samma utveckling som ses i de nationella resultaten, där det föreligger en försämring av följsamheten jämfört med i våras. För Norrbotten ligger höstens resultat på 68 procent, vilket är en försämring från vårens mätning med 4,5 procent. För att resultaten ska spegla verksamheten och bli sanningsenliga krävs högt deltagande i mätningarna. Glädjande var att jämfört med i våras så har andelen mätande enheter i regionen ökat.

Resultatet från månadsmätningarna följs och under 2020 har följsamheten legat mellan 69-77 procent.

Patient och närståendemedverkan ska öka

Fast vårdkontakt

Region Norrbotten följer upp följsamheten inom divisionerna varje tertial och under 2020 har andelen patienter som har en fast vårdkontakt registrerat i journalsystemet har ökat marginellt procentuellt från 1,82 % för 2019 till 1,94 % för 2020.

Förvaltningen för samordnad planering följer upp följsamheten varje tertial att den enskilde har minst en utsedd fast vårdkontakt i samband med upprättande av samordnad individuell plan. Under 2020 är resultatet 5 % lägre än 2019.

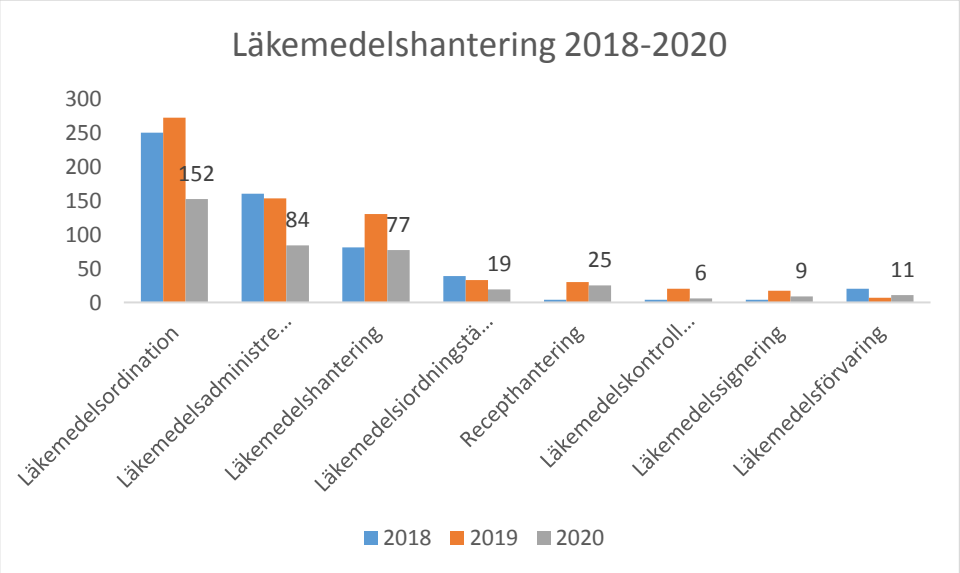
Mål	Resultat 2018	Resultat 2019	Resultat 2020
Minst en utsedd fast vårdkontakt i samband med upprättande av samordnad individuell plan	88 %	79 %	74 %

Det finns fortfarande en diskrepans mellan antal som fått fast vårdkontakt i journalsystemet kontra antalet som fått fast vårdkontakt i IT-stödet för samordnad

planering per enhet, vilket bero på att informationen om fast vårdkontakt inte uppdateras i båda systemen.

Läkemedel

År 2020 uppgick antal patienter med sökbar läkemedelsberättelse i journalen till 5 547 stycken vilket motsvarar 67 procent i målgruppen, jämnt fördelat mellan könen. Det är en förbättring med tre procentenheter jämfört med föregående år. Förekomsten av läkemedelsberättelse i journalen varierar stort beroende på inom vilken verksamhet vården skett. Målet för 2020 har uppnåtts, det vill säga att 60 procent av målgruppen ska ha fått en läkemedelsberättelse vid utskrivning. Målet för 2021 är nu höjt till 70 procent.



Källa; Synergi 2020

Antalet rapporterade läkemedelsrelaterade avvikelser i läkemedelshanteringen var 396 stycken under 2020. Det är en minskning med över 30 procent jämfört med 2019. Den pågående pandemin har medfört att färre patienter sökt vård men sannolikt också att färre avvikelser rapporterats. Vårdskada inträffade i 93 avvikelser, motsvarande 25 procent. Detta är en större andel vårdskador än år 2019, då motsvarande andel var 16 procent. 18 av dessa vårdskador var behandlingskrävande. Genomgående utgör varje år brister inom läkemedelsordination och läkemedelsadministrering, de vanligaste avvikelseorsakerna. Sammanställningar, från 2018 och framåt, visar att en övervägande del av de läkemedelsrelaterade vårdskadorna sker i samband med läkemedelsadministrering.

Följsamhet till styrande anvisningar

Anvisningen för systematiskt patientsäkerhetsarbete

Granskning av följsamhet till regionens anvisning för systematiskt patientsäkerhetsarbete har genomförts årligen och från och med 2018 har en enkät tagits fram för att systematisera kontrollen. Granskningen riktas mot handläggning av allvarlig vårdskada dödsfall.

	2018	2019	2020
Antal registrerade dödsfall	33	38	43
Är avvikelsen riskbedömd?	97 %	100 %	97,6%
Har avvikelsen skickats till verksamhetschef?	42 %	94,7%	76,2%
Har händelsen skickats/rapporterats till Chefläkare med lex Maria ansvar?	45,5 %	73,75%	66,2%
Har händelsen blivit en lex Maria anmälan?	28,1 %	39,5 %	40,5%
Har händelseanalys genomförts?	33 %	60 %	48,8%
Om händelseanalys är genomförd finns den bifogad?	41 %	81 %	48,8%
Är händelseanalysen genomförd i Nitha?	81 %	100 %	100 %
Finns handlingsplan bifogad?	41 %	70 %	50 %
Är beskrivningen av händelsen avidentifierad?	90 %	94,7 %	95,1%
Har närstående blivit informerad av verksamhetschef om allvarlig vårdskada?			22,6%
Har handlingsplanen följts upp?			0 %

Avvikelser

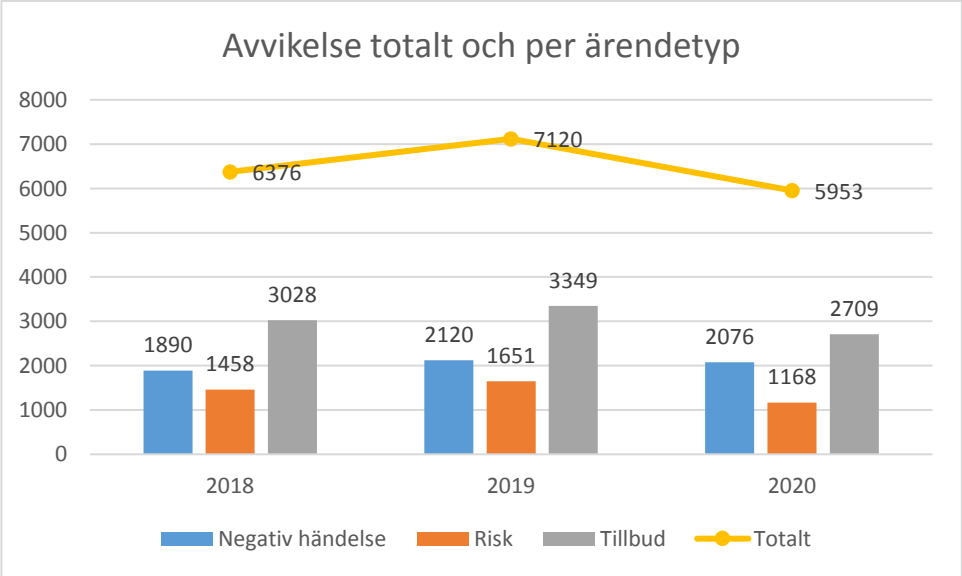
Sedan 2008 finns IT-stödet Synergi för rapportering, utredning och analys av avvikelser. IT-stödet ska även stödja verksamheterna som har i uppdrag att riskhantera händelser och observationer. Arbetet syftar till att trygga säkerhet och kvalitet i verksamheten och är en viktig del i organisationen för en hög säkerhetsmedvetenhet, ett lärande samt för att kunna identifiera risker och vidta förbättringsåtgärder. Avvikelserapportering ligger till grund för regionens förbättrings- och utvecklingsarbete på alla nivåer.

Avvikelsehanteringsprocessen

För att utvärdera avvikelsehanteringsprocessen följs;

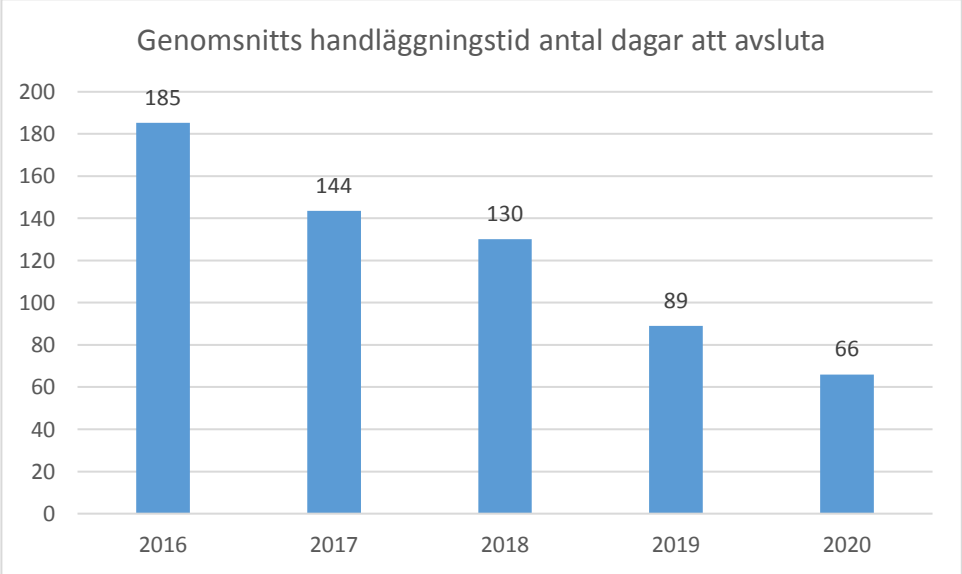
- Antal avvikelser totalt, per ärendetyp (vårdskada, tillbud och risk).
- Handläggningstider och genomsnittliga handläggningstider.
- Kvalitén på handläggningen
- Målet är att avvikelser ska öka, kvalitén förbättras och handläggningstiderna för avvikelser hållas. De rapporterade avvikelserna är fördelade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

Antalet rapporterade avvikelser har minskat 2020 efter två år med ökande antal avvikelser.



Källa Synergi 2020

Ärendehandläggningstiderna förbättras och ligger i genomsnitt på drygt 60 dagar. Det finns dock en stor spridning vad gäller handläggningstider.



Källa; Synergi 2020

Alla Lex Maria ska vara registreras som en avvikelse

Samtliga lex Maria ärenden är registrerade i avvikelsehanteringssystemet Synergi.

Avvikelser

I tabellen redovisas de vanligaste förekommande patientrelaterade avvikelserna 2020 för ärendetyperna negativ händelse (vårdskada), risk och tillbud. Ärendetypen förbättringsarbete är inte inkluderad.

Händelse / iakttagelse	2018	2019	2020
Vård- och behandling	1925	1808	1740
Information/kommunikation	680	722	541
Läkemedel	539	571	362
Labrelaterat	523	566	468
Fall	472	491	420
Administration	450	396	446
Övrig händelse/ iakttagelse	295	347	278
Klagomål och Synpunkter	16	336	614
Samverkan mellan enheter	275	226	195
Utrustning/produkt	227	206	156
Vårdplanering	270	175	139
Bemötande	141	131	75

Källa; Synergi 2020

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

Uppföljning av avvikelser relaterat till covid-19

Det har dokumenterats 138 avvikelser som rör covid-19. Det har också inkommit 30 klagomål rörande covid-19 från patienter och närstående via Funktionsbrevlåda, webbformulär samt via verksamheten. Av de 138 avvikelserna som registrerats av medarbetare så redovisas här en sammanfattning av de oftast återkommande händelserna/problemen:

Smittorisk

- Patienter skrivs in, eller att inneliggande patienter skickas från en enhet till en annan, där det sedan visar sig att det fanns indikationer för covid-test, men test saknades - eller att ett positivt svar inte uppmärksammats förrän efter överflyttning/inskrivning.

Skyddsutrustning

- Det uppmärksammas i olika sammanhang att medarbetare har bristande rutiner då det gäller skyddsutrustning.
- Provhantering
- Brister i hanteringen av prover – att prover inte skickas, att remissen är felaktig, försenad transport av prover eller att proverna är felpackade.

Bedömning/åtgärd

- Patienter som trots covid-symptom hänvisas eller skickas direkt till olika enheter för undersökning/bedömning (exempelvis akutmottagning eller hälsocentral). Ibland också patienter som dyker upp oanmälda.
- Undersökning nekas
- Patienter som nekas undersökning på grund av att negativt covid-test saknas (exempelvis röntgen eller ultraljud).

Fördröjd behandling/bedömning

- Bedömning/behandling har fördröjts, eller att patienter fått stanna länge på akutmottagningen, på grund av komplicerande faktorer med covid-19 (såsom att det saknas ett covid-svar inför överflyttning/operation eller att annan bedömning/behandling skjutits på med anledning av pandemin).

Inkomna klagomål

Gällande klagomålen så kan de delas upp i 4 områden (med exempel under varje avsnitt):

Covid-vård

- Hemskickad trots andningsproblem (hamnade på IVA)
- Brister i behandling och information till närstående
- Brister i hygien vid behandling av riskpatient - som ej var covid-pos (visir, handskar, avstånd)
- Laboratoriepersonal har ingen skyddsutrustning vid provtagning på riskpatient
- Ingen skyddsutrustning vid covid-test
- Covid-test analyserades inte trots symptom

Provsvar

- Lång väntetid på svar
- Kan ej se svar
- Borttappat svar

Testsituation

- Lång kö utomhus vid covid-test i dåligt väder
- Otydligt kö-system
- Svårt att hålla distans i lokalerna
- Otydlig information om vad som gäller kring provtagningen (dag, tid m m)

Sjukresor

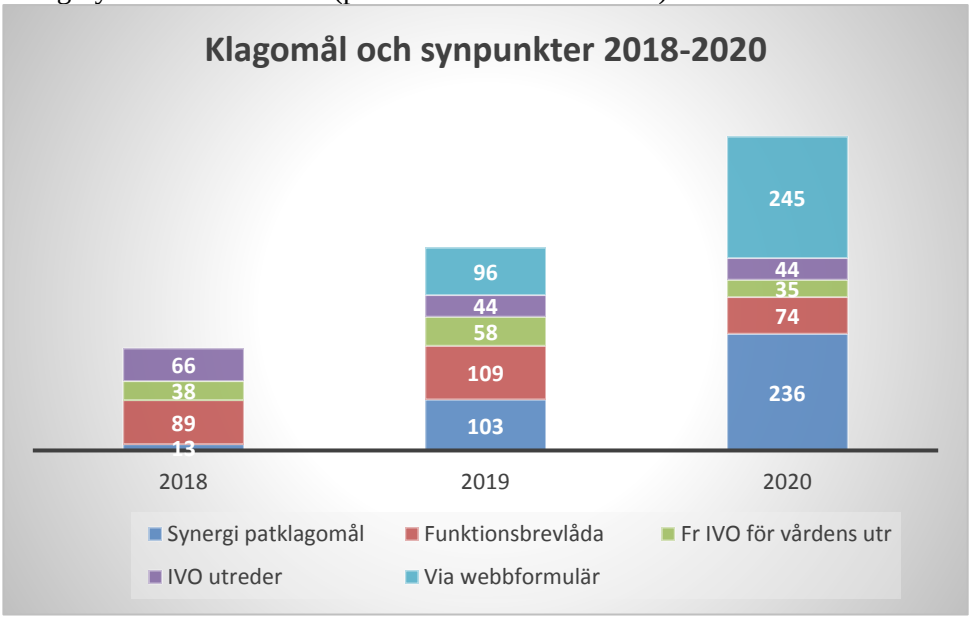
- Trångt vid sjukresor i bilar och bussar
- Patienter och chaufför utan munskydd i sjuktaxi

I samverkan med patientnämnden har det framkommit att de klagomål rörande covid-19 som inkommit till patientnämnden under samma period, berör samma områden som de klagomål som redovisats ovan. Gemensam uppföljande analysrapport avseende klagomål som rör covid-19 planeras också i samverkan med patientnämnden under 2021.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

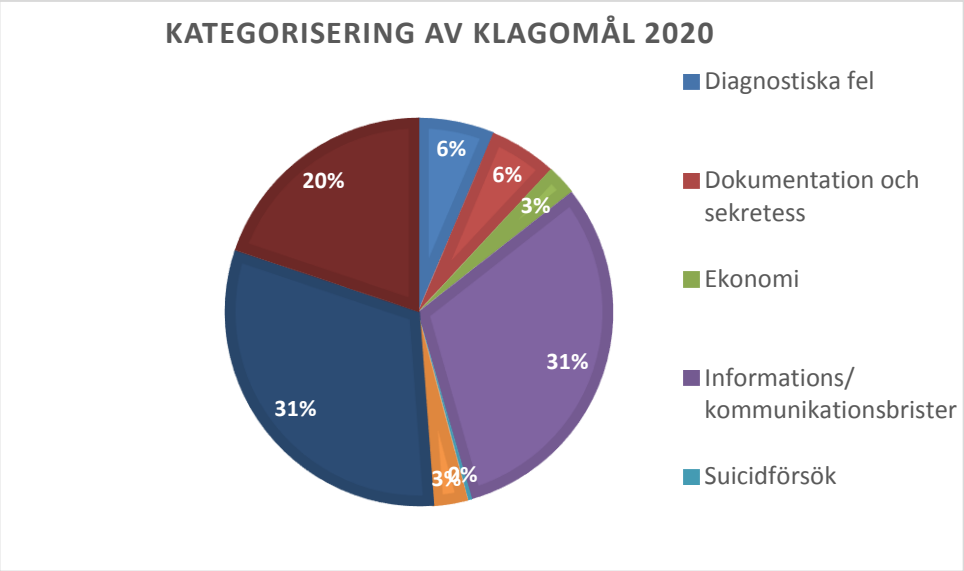
Totalt har 634 klagomål och synpunkter registrerats och handlagts i avvikelsehanteringssystemet under 2020 (perioden 191201 – 201130).



Källa Synergi 2020

Av de klagomål som IVO lämnat över till verksamheten för utredning är 27 av 34 (79 procent) registrerade som en avvikelse. Det är en liten försämring jämfört med föregående år (84 procent).

Av de klagomål som IVO utreder är 38 av 44 (86 procent) registrerade som en avvikelse. Även det är en liten försämring jämfört med 2019 (91 procent).



Källa; Synergi 2020

Största kategorierna inom nämnda registrerade klagomål (32 respektive 31 procent) avser områdena informations- och kommunikationsbrister samt vård och behandling.

De största underkategorierna inom kommunikation/information (i nämnd ordning):

- Information/kunskap till patient/närstående
- Respekt och bemötande
- Delaktighet och involvering med patient/närstående

De största underkategorierna inom Vård och behandling (i nämnd ordning):

- Övrigt
- Läkemedelsbehandling
- Kontinuitet och koordinering

Av samtliga 634 klagomål så är det 123 klagomål som inte har kategoriserats. Diagrammet ovan bygger alltså på övriga 511 klagomål. Inom ärendetypen förbättringsförslag (144 ärenden) återfinns också ytterligare klagomål som felaktigt behandlats under denna ärendetyp.

Uppföljning av tillsynsärende klagomål 1343-2019

Totalt granskades 60 slumpvisutvalda ärenden och uppföljningen visar:

- I 40 av ärendena så framgår det att anmälaren har fått svar. Vanligen har anmälaren kontaktas av verksamhetschef eller enhetschef.

- Det är 22 av ärendena som rör kommunikationsfrågor och 20 som rör vård och behandling.

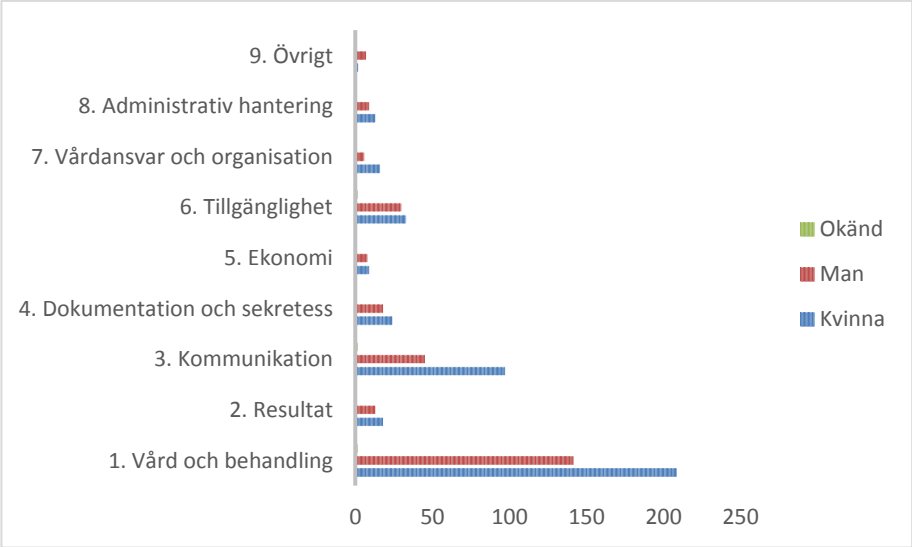
- I 36 ärenden är patienten som ärendet berör en kvinna och i 22 ärenden rör det en man.
  (I 2 ärenden framgår inte kön.)
- Ålder på patienten i respektive ärende är 13-92 år.
- Det är 37 av ärendena som avser klagomål på verksamheten eller regionen i stort (som inte riktas mot någon enskild medarbetare).
- I de flesta ärenden där anmälaren har blivit kontaktad, så framgår det också att anmälaren fått information och förklaring till det inträffade.
- I sju ärenden går det att verifiera att anmälaren var nöjd med vårdens omhändertagande av klagomålet.
- Den vanligaste åtgärden är att händelsen tas upp på arbetsplatsträff/i arbetsgruppen.
- Det går inte att säkerställa att någon anmälare i och med sitt klagomål fått vara delaktig i patientsäkerhetsarbetet.

Det som framgår som förbättringsområden utifrån uppföljningens resultat är att det bör säkerställas att anmälaren fått återkoppling i sitt ärende och att ärendet med detta avslutas inom den tidsperiod (cirka 4 veckor) som gäller för klagomål från patienter och närstående. I detta ingår att anmälaren ges information om händelsen och eventuella åtgärder utifrån detta samt förklaring till det inträffade, men även möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet runt det som föranlett klagomålet. Det är möjligt att det inte framgår i vart och ett av ärendena de olika åtgärder som genomförts med anledning av klagomålet och för att kunna säkerställa att anmälarens klagomål tagits om hand utifrån de lagar och föreskrifter som gäller, så finns behov av tydligare dokumentation.

Patientnämnden

Under 2020 inkom 700 ärenden till patientnämnden. Det är 13 procent färre än föregående år. Ärendeinströmningen, fördelning mellan verksamheter och innehåll i ärenden under året har i hög grad påverkats av den rådande situationen med covid-19. En majoritet av ärendena, 60 procent, gällde kvinnor och denna könsfördelning har varit relativt konstant de senaste åren. Flest ärenden gällde personer i åldersgrupperna 50-59 år samt 70-79 år.

Synpunkter och klagomål gällande vård och behandling utgör hälften av ärendena (50 %), följt av ärenden som gäller olika brister inom området kommunikation (20 %).



Diagrammet nedan visar på könsfördelning, antal kvinnor respektive män inom varje huvudkategori.

Under 2020 inkom 49 ärenden som kunde relateras till covid-19. Patientnämnden i Norrbotten kommer att lämna en analysrapport på området under 2021, som därefter kommer att bli del i en gemensam nationell sammanställning av Sveriges patientnämnder. Knappt hälften (46 procent) av alla inkomna ärenden har inordnats i kategorin ”vård och behandling”.

De vanligaste tre underkategorierna:

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

Patientnämnden har gjort en analys av synpunkter gällande personer över 75 år som finns publicerad på Region Norrbottens hemsida. Länk till rapport här.

Analys

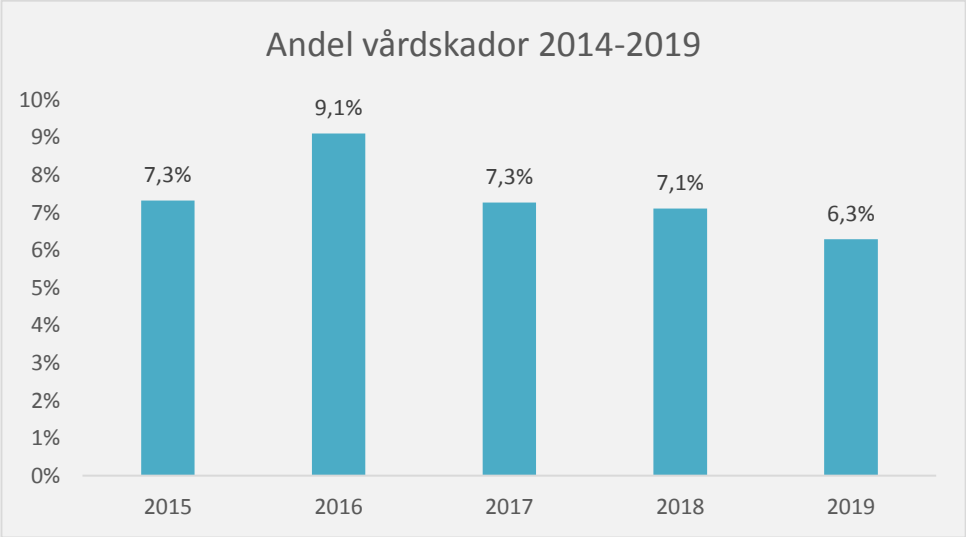
Klagomål som kommer direkt till vårdgivaren har ökat vilket är syftet med förändringarna för klagomål. I och med att regionen nu kategoriserar klagomål på samma sätt som patientnämnden kan jämförelser och aggregerande analyser göras. Antalet klagomål från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har minskat vilket var förväntat utifrån de lagförändringar som genomfördes 2018. Registrering av patientnämndens ärenden och ärenden från Löf i avvikelsehanteringssystemet har ökat som en effekt av utbildningsinsatser riktade till vårdadministratörer i samverkan med registraturen.

Händelser och vårdskador

Vårdskador

Målet för 2020 var vårdskador under 6,5 procent inom somatisk vuxenvård.

Markörbaserad journalgranskning

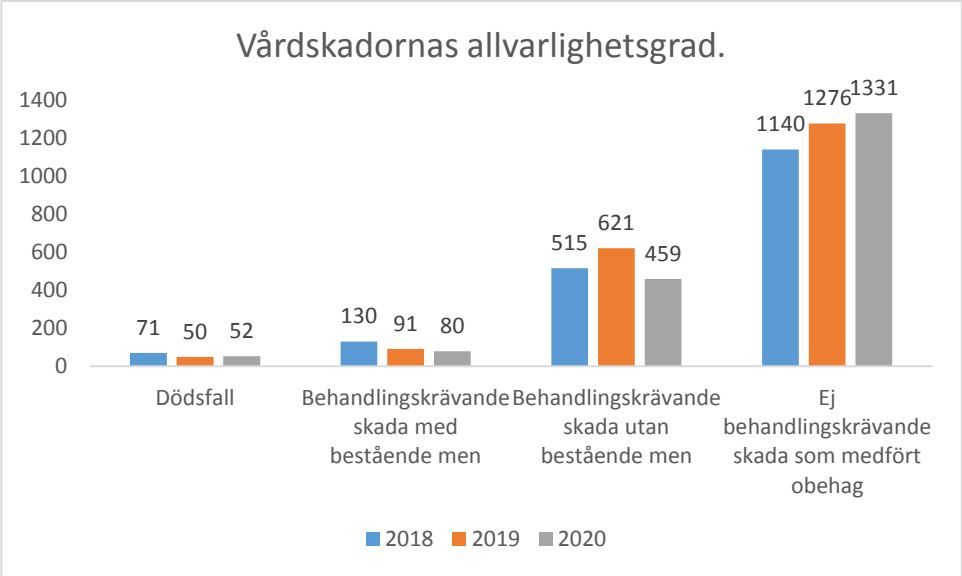


Källa; Nationell databas för markörbaserad journalgranskning 2020

Vid granskningen ses att andelen patienter inom sluten somatisk vård som drabbats av en eller flera vårdskador uppgår till 6,3 procent. Det är en minskning från föregående år och innebär att målet för 2020 uppnåddes. Andelen vårdtillfällen med vårdskada är 5 procent. Vårdrelaterade infektioner (VRI) är det största vårdskadeområdet följt av trycksår och blåsöverfyllnad. Urinvägsinfektion är den vanligast förekommande VRI följt av postoperativ infektion. Det är känt att det finns ett direkt samband mellan VUVI och patienter med urinkateter. Alla patienter med VUVI som identifierades i regionens journalgranskning hade en urinkateter. I resultat ses att det är en större andel kvinnor (6 procent) som drabbas av vårdskada jämfört med männen (4 procent). Kvinnor drabbas av VRI medan män till största delen drabbas av blåsöverfyllnad. Resultatet visar även att andelen vårdskador hos utlokaliserade är högre jämfört med de patienter som inte varit utlokaliserade samt att de utlokaliserade patienterna löper högre risk att drabbas av mer än en vårdskada. En vårdskada innebär i snitt en förlängd vårdtid på 10-11 vårddygn.

Vårdskador registrerade i avvikelsehanteringssystemet.

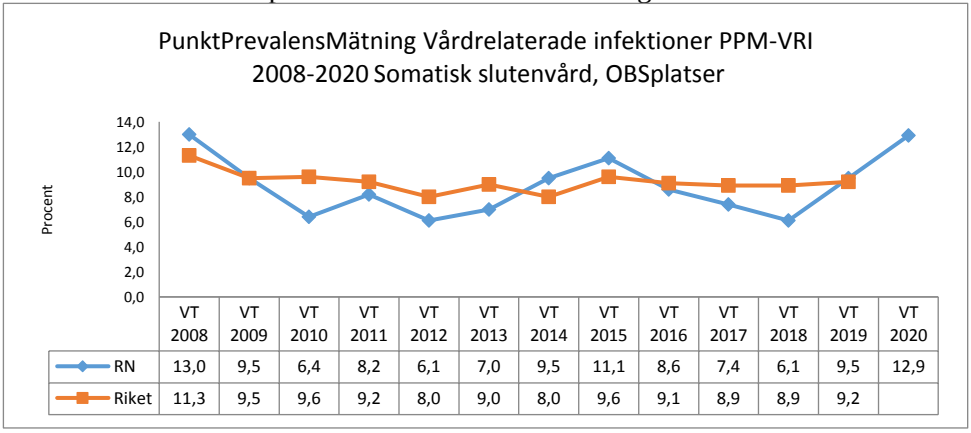
Antalet registrerade vårdskador 2020 var totalt 1 922, vilket är något färre än 2019 (2 038). De allvarligaste vårdskadorna har minskat och det ses en liten ökning på skador som medfört obehag. Samma tendens ses även i MJG-granskningen. Den allvarligaste vårdskadan dödsfall granskas specifikt sedan 2018 och kommuniceras med lex Maria ansvariga chefläkare.



Källa; Synergi 2020

Vårdrelaterade infektioner (VRI) ska vara under 5 procent.

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är det största vårdskadeområdet och följs upp genom journalgranskning och genom nationella punktprevalensmätningar. VRI är den skada som i ca 50 procent av fallen orsakar förlängd vårdtid.



	VT 2008	VT 2009	VT 2010	VT 2011	VT 2012	VT 2013	VT 2014	VT 2015	VT 2016	VT 2017	VT 2018	VT 2019	VT 2020
RN	13,0	9,5	6,4	8,2	6,1	7,0	9,5	11,1	8,6	7,4	6,1	9,5	12,9
Riket	11,3	9,5	9,6	9,2	8,0	9,0	8,0	9,6	9,1	8,9	8,9	9,2	

Källa; Nationell databas för PPM-mätningar

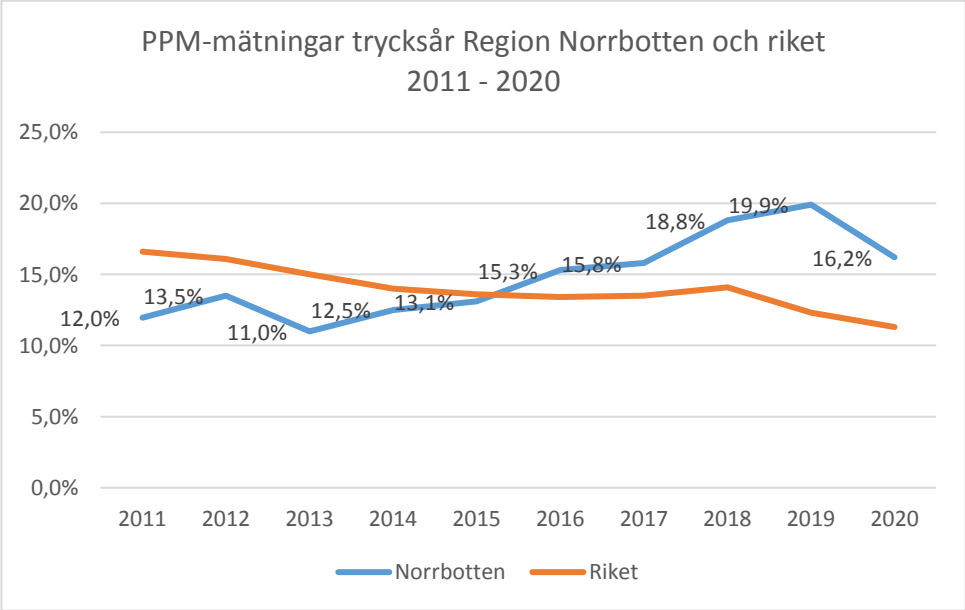
Resultatet från 2020 års nationella punktprevalensmätning i Region Norrbotten visade en andel VRI på 12,9 procent för somatisk och psykiatrisk slutenvård sammanslaget. Från 2015 har andelen patienter med VRI successivt minskat, men från och med 2019 ses istället en ökning. Årets resultat är en ökning från förra årets mätning med 3,7 procent. På grund av att Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) inte gjort någon sammanställning nationellt för 2020 då det gäller VRI (utifrån läget med covid-19) kan inga jämförelser med riket återges inom området. Föregående år låg rikets resultat på 9,2 procent för den somatiska vården. För Norrbotten så omfattade mätningarna av VRI totalt 355 inskrivna patienter inom somatisk och psykiatrisk slutenvård. Jämfört med riket har Norrbotten en högre andel patienter med urinkatetrar, centrala infartskanyler och antibiotikabehandling, vilket är kända riskfaktorer för VRI.

Fortfarande är det få VRI-avvikelser registrerade.

Händelse/iakttagelse	2017	2018	2019	2020
Vårdrelaterade infektioner	22	22	36	22

Trycksår ska minska

Målet för 2020 var trycksår under 10 procent.



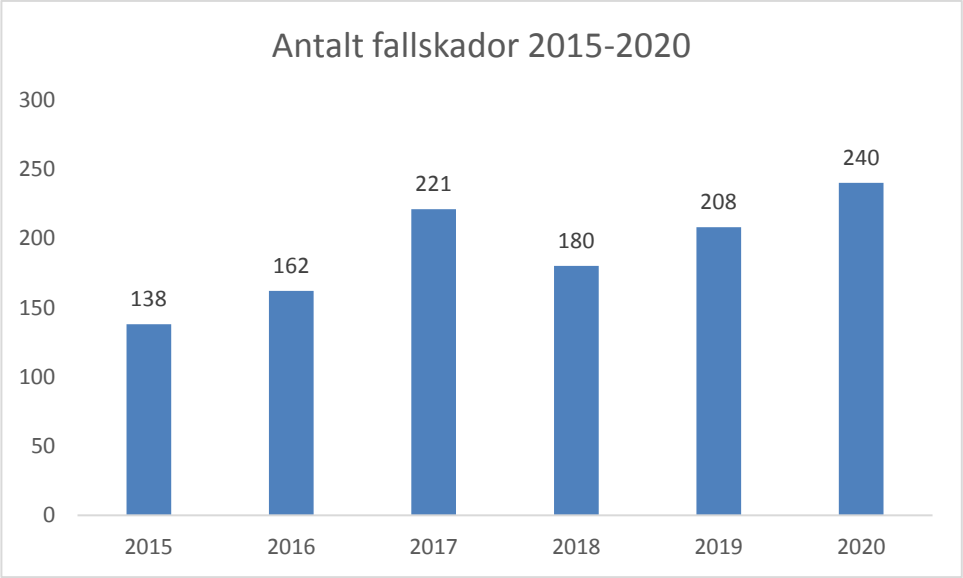
Källa; Nationell databas för PPM-mätningar

Norrbotten har förbättrat sitt resultat jämfört med föregående år även om regionen i likhet med föregående år har högst andel trycksår i riket. Andelen trycksår har minskat från 19,9 procent 2019 till 16,2 procent 2020. Trycksår fördelat på kön ligger på 15,7 procent för kvinnor och 16,8 procent för män. Andelen sjukhusförvärvade trycksår har minskat från 14,1 procent 2019 till 11,4 procent 2020. De trycksår som inte är sjukhusförvärvade kan misstänkas ha uppkommit före ankomsten till vårdavdelningen. Den vanligaste lokalisationen av det allvarligaste trycksåret är ryggslut (sacrum) följt av häl och öra. Andelen patienter som har sjukdomstillstånd som innebär ökad risk för trycksår är 23,8 procent och målet är att alla patienter som är 70 år och äldre samt har ökad risk ska riskbedömas för trycksår inom 24 timmar efter inskrivning och att förebyggande åtgärder snabbt ska sättas in. Av identifierade riskpatienter var 57,3 procent riskbedömda inom 24 timmar efter inskrivning, vilket är en försämring från föregående år då motsvarande siffra var 64,5 procent. Andelen patienter med risk för trycksår är hög i Norrbotten även om den 2020 sjunkit jämfört med 2018 och 2019. Resultatet visar att Norrbotten behöver bli bättre på att identifiera patienter med riskfaktorer och arbeta med förebyggande åtgärder mot trycksår framförallt hos riskpatienter.

För första gången har 72 avvikelser registrerats för trycksår 2020.

Fallskador ska minska

Målet var att antalet fallskador ska minska och vara under 150 år 2020.

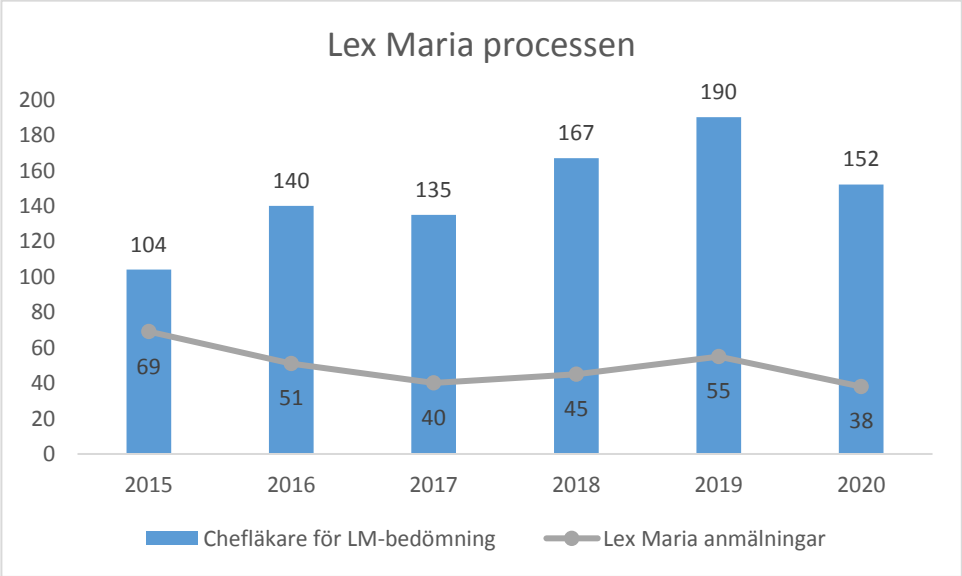


Källa Synergi 2020

Inga patienter ska falla och skada sig i samband med vård eller behandling och personer med risk för fall ska identifieras och förebyggande åtgärder sättas in. Under 2020 registrerades 416 fallhändelser. 240 av dessa fallhändelser var vårdskador då patienter skadats på grund av ett fall inom sjukvården. Av totalt 240 registrerade fallskador var 143 män och 97 kvinnor. Det är fortfarande bland männen fallskadorna är högst. Elva fallskador blev föremål för en lex Maria anmälan jämfört med sju föregående år. Både antalet fallskador och antalet lex Maria anmälningar för fall har ökat under 2020 jämfört med 2019.

Under 2020 har ca 60 procent av riskpatienterna för fall blivit riskbedömda vid inskrivning till sluten vård. Av de som bedömdes ha en ökad risk för att falla hade ca 55 procent dokumenterade förebyggande åtgärder insatta. Jämfört med föregående år 2019 ses en något lägre andel riskbedömningar och färre förebyggande åtgärder insatta.

Lex Maria



Källa; Egen uppföljning 2020

Antalet lex Maria anmälningar är färre 2020 jämfört med tidigare år och antalet ärenden där Chefläkare med lex Maria ansvar har blivit kontaktad för bedömning om anmälan har också minskat. Flest ärenden berör Närsjukvårdens verksamheter inom psykiatri och primärvård.

Lex Maria per division	2018	2019	2020
Folktandvård	2	1	1
Läns/Närsjukvård	5	1	1
Länssjukvård	4	13	4
Närsjukvården Luleå/Boden		15	16
Närsjukvård övriga	34[1]	25	16
Totalsumma	**45**	**55**	**38**

Källa; Egen uppföljning 2020

2020 är det sju lex Maria ärenden som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) beslutat granska särskilt genom att öppna ett tillsynärende. Granskningarna har fokuserat på uppföljning av åtgärder gällande lex Maria-ärende och om åtgärderna fått avsedd effekt. Beslut på genomförda granskningar har kommit i samtliga sju ärenden. IVO konstaterat att i fyra av fallen har regionen helt eller delvis vidtagit tillfredsställande åtgärder i det enskilda lex Maria ärendet. I resterande tre ärenden bedömer IVO att regionen inte vidtagit tillfredsställande åtgärder.

Handläggningstider lex Maria

Målet är att en lex Maria anmälan ska vara inskickad inom två månader från det att chefläkare med lex Maria ansvar fått kännedom om händelsen.

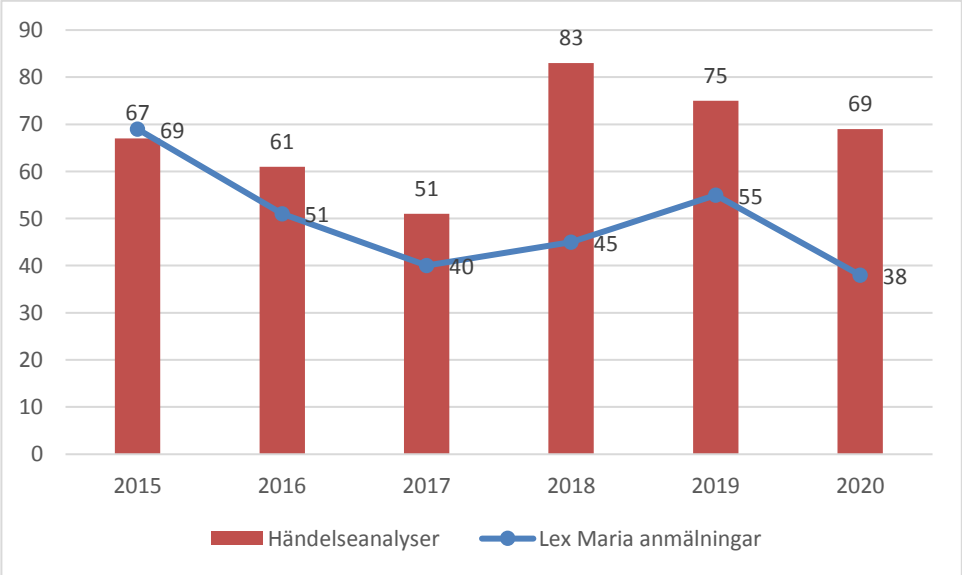
[1] Antalet för 2018 inkluderar både Närsjukvården Luleå/Boden och Närsjukvården övriga.

År	Medel	Längsta	Kortaste
2018	6,0 månader	17 månader	2 månader
2019	3,25 månader	17 månader	< 1 månader
2020	4,8 månader	18 månader	< 1 månader

Handläggningstiderna beräknas från beslut om lex Maria anmälan till anmälan skickas in. För 2020 är ännu inte alla ärenden anmälda.

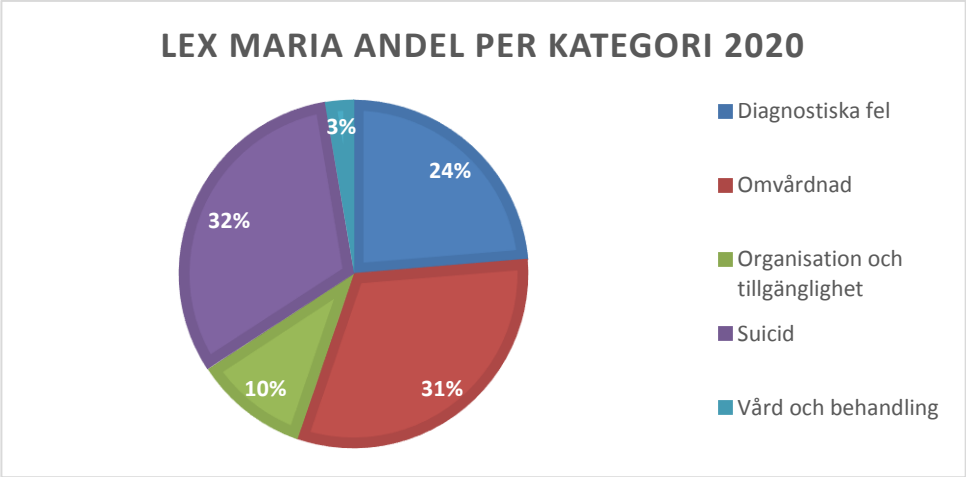
Under rådande pandemi har utredningstiderna ökat och förklaringarna kring detta är många och komplexa. Verksamheterna signalerar att personal inte går att avsätta till utredningar med anledning av covid-19 vård. Administrativt arbete tvingats prioriteras ned, såsom händelseanalyser, avvikelsehantering och liknande. Även lex Maria ansvariga chefläkare har arbetat mer kliniskt än tidigare och har därigenom haft mindre tid att bistå verksamheter kring information och rådgivning gällande lex Maria-handläggning.

Antalet händelseanalyser är något färre 2020 jämfört med tidigare år. Men utredningarna är ändå nästan dubbelt så många som antal lex Maria anmälningar.



Källa; Egen uppföljning och Nitha 2020

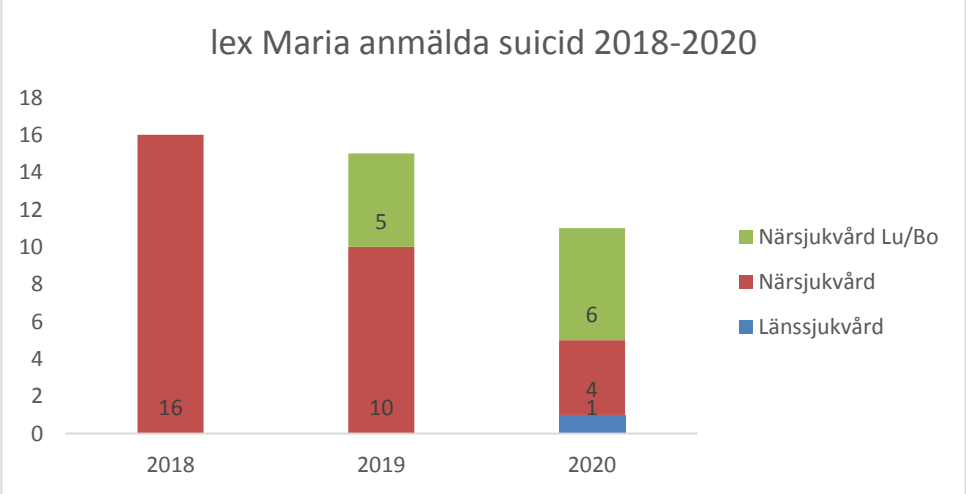
Flest anmälningar under 2020 berör kategorin omvårdnad. Där övervägande fallskador återfinns. Antalet fallskador har ökat under året från 7 stycken 2019 till 11 stycken 2020. Flest lex Maria anmälningar är gjorda för diagnostiska fel (9) och suicid/suicidförsök (11/1).



Källa; Egen uppföljning 2020

Suicid

2020 har 11 suicid och 1 suicidförsök utretts och anmälts enligt lex Maria.



Källa; Lex Maria statistik 2020

Under 2020 har antalet suicid i Norrbotten minskat i jämförelse med tidigare år. Nationellt har man fasat för att suiciden kan komma att öka i pandemins spår, men än noteras inte någon ökning. Könsfördelningen är oförändrad och visar ett högre antal män än kvinnor, men åldrarna är lite oroande med fler unga vuxna födda i början av 2000-talet.

Tillsynsärenden

År	Antal tillsynsärenden
2017	17
2018	16
2019	24
2020	16

Källa; Egen uppföljning

Under året har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomfört 16 tillsyner. Det är åtta ärenden mindre jämfört med 2019.

Division	Antal
Närsjukvården övriga	**7**
Närsjukvården Luleå/Boden	6
Regionövergripande	1
Länssjukvården	2
Totalsumma	**16**

Flest tillsynsärenden berör primärvården, psykiatrin och akutmottagning.

- Nationell tillsyn riktad till kommuner och regioner med anledning av pågående smittspridning av covid-19 i Sverige. Tillsynen fokusera på medicinsk vård och behandling för äldre som bor på särskilda boenden. IVO granskar om det görs individuella bedömningar av vårdbehov för de enskilda patienter och om det finns förutsättningar för att de äldre för adekvat vård och behandling.
- Tillsyn för att granska om och hur vårdgivaren tillgodoser att personal har tillräcklig kompetens för att arbeta med prehospital akutsjukvård och kunna tillgodose att patienter får en god och säker prehospital akutsjukvård när ordinarie personal förflyttats från prehospital akutverksamhet, till arbete inom bland annat covid-vård/intensivvård.
- Tillsyn riktad mot förlossningsvårdens kvalitetsarbete och de insatser som vidtagits för att åtgärda regionala utvecklingsbehov. Bakgrunden till tillsynsinsatsen är identifierat riskområde samt den satsning avseende kvinnors hälsa som regeringen inledde 2015.
- Två ärenden är uppföljningar av tidigare genomförda tillsyner. Uppföljning av tidigare tillsynsbeslut gällande fem hälsocentraler och uppföljning av åtgärder för att stärka patientsäkerheten vid akutmottagningen i länet.
- Egeninitierad tillsyn av beslut om inskränkningar inom psykiatrin.
- Sju tillsynsärenden berörde uppföljning av lex Maria ärenden och de redovisas under rubriken lex Maria.
- Två tillsynsärende har sitt ursprung i specifika patienthändelser.

Löf-ärenden

En skadeanmälan ska göras till Löf när en patient anser sig ha drabbats av en skada under sin vårdtid. För att få ersättning från LÖF måste skadan ha gått att undvika. Under 2020 är det 462 anmälningar som inkommit till LöF från Region Norrbotten (slutenvård, primärvård, psykiatri och tandvård). Det är en minskning med 23 ärenden från 2019.

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

Risker registrerade i avvikelsehanteringssystemet

Totalt har 1 168 risker rapporterade 2020 vilket mindre jämfört med 2019 (1 651). Det motsvarar 20 procent av totalt antal registrerade avvikelser.

Vanligaste risken är relaterat till händelser som rör vård och behandling, brister i kommunikations- och informationsöverföring. I tabellen ses de tio högst rapporterade riskerna 2018.

Riskområde	2020
Vård- och behandling	274
Information/kommunikation	151
Administration	100
Labrelaterat	98
Övrig händelse/ iakttagelse	82
Läkemedel	64
Samverkan mellan enheter	62
Utrustning/produkt	46
Vårdplanering	30

Källa; Synergi 2019

Allvarlighetsgrad på risken	**2019**	**2020**
Katastrofal	3%	4%
Betydande	12%	13%
Måttlig	30%	32%
Mindre	54%	51%

Källa; Synergi 2019

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

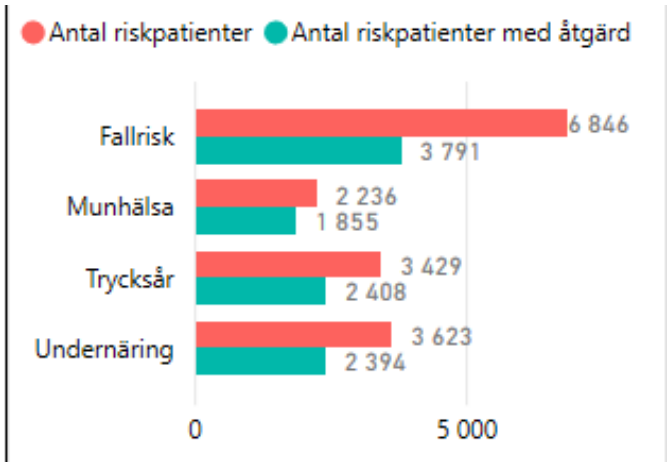
Dokumentation mäts vid in- och utskrivningen från regionens vårdadministrativa journalsystem (VAS). Resultatet kan följas upp från enhets- till regionövergripande nivå på regionens ”Uppföljningsportal”.

Riskområde	**Andel Riskbedömningar**					
	Inskrivning			**Utskrivning**		
	2018	**2019**	**2020**	**2018**	**2019**	**2020**
Fall	53 %	62 %	60%	36 %	49%	49%

Riskområde	Andel Riskbedömningar					
Munhälsa	57 %	40 %	38%	37 %	33%	31%
Trycksår	49 %	63 %	63%	32 %	50%	51%
Undernäring	33 %	55 %	52%	23 %	43%	43%

Källa; Uppföljningsportalen/Riskbedömningar 2021

Resultatet visar att trots den ansträngda situationen i vården har riskbedömningar genomförts och dokumenterats. Andelen riskpatienter har ökat. Bilden nedan visar hur många av riskpatienterna som fått förebyggande åtgärder insatta 2020.



Källa Uppföljningsportalen 2021

Riskanalyser

Antalet riskanalyser bygger på uppgifter från divisionernas patientsäkerhetsberättelser. Dokumenterade riskanalyser för 2020 var endast en riskanalys.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Antal risk-analyser	26	0	30	12	16 Närsjukvården 5 Länssjukvården 11	> 41 Folktandvården 4 Länssjukvården 30 Närsjukvården Luleå-Boden >4 Närsjukvården övriga 3

Riskanalyserna som genomförts har handlat om förändrad verksamhet, förändring av arbetstider, flytt av personal, kompetensväxling av arbetsuppgifter och förändringar i lokaler.

Mål och strategier för kommande år

Styrmått	Ingångsvärde 2020	Mål 2021
Andel vårdskador	6,3 %	Under 6,5 %
Vårdrelaterade fallskador och höftfrakturer hos äldre	240 (Kv 97, M 143)	Minska med 50 % jmf 2020

Inför 2021 står regionen inför en omställning som medför en stor organisationsförändring. Vidar så är det ovisst hur de rådande pandemin kommer att påverka verksamheten.

Planerade aktiviteter inför 2021;

- Återuppta plan på att implementera regionens Patientsäkerhetsplan och Socialstyrelsens handlingsplan för patientsäkerhet.
- Börja implementera verktyg för patientsäkerhet.
- Öka patient- och närstående medverkan i patientsäkerhetsarbetet med fokus på händelseanalyser.
- Särskilt fokus på ökad följsamhet till basala hygien- och klädregler (BHK) för att förebygga smitta och smittspridning.
- Minska och förbygga trycksår och vårdrelaterade infektioner.
- Fortsatt arbetet med att följa upp och förbättra patientsäkerhetsprocesserna främst mot att minska handläggningstider för lex Maria ärenden och höja kvalitén på utredningar, avvikelser och klagomålsärenden.
- Fortsatt utveckling av klagomålshanteringen.
- Öka riskbedömningar och förebyggande åtgärder till patienter med risk för vårdskador. Öka användandet av verktyg och evidensbaserade åtgärdspaket för att förebygga vårdskador.
- Höja kunskap och kompetens inom patientsäkerhetsområdet.
- Under 2021 kommer anvisningen för fast vårdkontakt revideras för att tydlig göra hur fast vårdkontakt ska registreras i de olika systemen med anledning av den diskrepans som finns.

Relaterade dokument

Patientsäkerhetsberättelse Division Folktandvård 2020

Patientsäkerhetsberättelse Division Länssjukvård

Patientsäkerhetsberättelse Division Länsteknik 2020

Patientsäkerhetsberättelse Division Närsjukvården Luleå/Boden 2020

Patientsäkerhetsberättelse Division Närsjukvård Övriga 2020

Patientsäkerhetsberättelse Division Service 2020

Patientsäkerhetsberättelsen NO Kalix 2020

Patientsäkerhetsberättelsen NO Kiruna/Gällivare 2020

Patientsäkerhetsberättelsen NO Piteå 2020

Patientnämndens rapport (2020). Synpunkter på vården gällande personer över 75 år. lämnat en analys av synpunkter gällande personer över 75 år. Region Norrbotten.

Strålsäkerhet

Enligt 3 kap. 13 § i Strålsäkerhetsmyndighetens författningar om medicinska exponeringar (SSMFS 2018:5) ska ett strålskyddsbokslut avseende medicinska exponeringar upprättas för verksamheten som ett led i patientsäkerhetsberättelsen. Av bokslutet ska det framgå hur det systematiska strålsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, vilka åtgärder som har vidtagits för att upprätthålla och utveckla strålsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts i strålsäkerhetsarbetet.

Syfte

Syftet med strålsäkerhetsarbetet är att skydda människor och miljö mot skadlig verkan av joniserande strålning (Strålskyddslag 2018:396 1 kap 1§). I Region Norrbotten utför vi medicinska bestrålningar i diagnostiskt och terapeutiskt syfte.

Ansvar

Tillståndshavaren har det yttersta ansvaret för strålsäkerheten och det operativa ansvaret ligger hos divisions- och verksamhetscheferna.

Medicinsk strålningsfysik är en stödfunktion till tillståndshavaren och regionens verksamheter som använder joniserande strålning samt förser regionen med lagstadgade funktioner så som Strålskyddsexpertfunktion och Strålningsfysikalisk ledningsfunktion.

Huvudsakliga aktiviteter under verksamhetsåret för att upprätthålla och utveckla strålsäkerheten

Upphandling av ett flertal nya utrustningar inom både konventionell röntgen, mobil röntgen, mobila C-bågar, nuklearmedicin och datortomografi bidrar till bättre bildkvalitet och/eller lägre stråldoser inom Region Norrbottens verksamheter.

Genom att utöka kapaciteten inom MR med fler utrustningar kan även en del undersökningar flyttas från röntgen till MR, som är icke-joniserande, och därmed minska strålbelastningen till våra patienter.

All ny utrustning har kravställts att vara kompatibel med REMbox, Regionens IT-stöd för stråldosinsamling, som möjliggör uppföljning av stråldosdata på patientnivå, upprättande av aggregerade rapporter enligt lag, kvalitetssäkring samt metodutveckling.

Arbetet med att implementera den nya strålskyddslagen (SFS 2018:396) med tillhörande föreskrifter från Strålsäkerhetsmyndigheten fortsätter och kommer fortskrida under 2021.

Relevant dokumentation gällande strålsäkerhet är nu integrerad i regionens övergripande kvalitetsledningssystem. Medicinsk strålningsfysik deltar i flera av Region Norrbottens pågående arbetsgrupper kring kvalitetsledningssystemet.

Föreskriften SSMFS 2018:5 ställer utökade krav på patientinformation om fördelar och risker kopplat till undersökningar med joniserande strålning. Då alla Sveriges vårdgivare omfattas har ett nationellt samarbete kring detta genomförts där Region Norrbotten varit representerade. Arbetet är färdigställt och publicerat på 1177.se.

Nationella QC-projektet är ett gemensamt initiativ från alla regioner och landsting i Sverige med syftet att säkerställa bibehållen prestanda/funktion efter service eller underhåll av röntgenutrustning. Region Norrbotten är representerade i projektets styrgrupp samt som kvalitetsgranskare och arbetsgruppsledare.

Enligt 2 kap. 1 § i SSMFS 2018:5 skall riktlinjer för remittering finnas tillgängliga för dem som utfärdar remisser till de diagnostiska undersökningar som utförs i Regionen. Kravet anses uppfyllt genom Röntgenhandboken, ett beslutsstöd utvecklat av Bild- och funktionsmedicin som lanserats under 2020.

Norra regionen arbetar för att harmonisera rutiner kring administrering av radioaktivt jod till patienter. Detta arbete är en del av processen för att ta fram nationella riktlinjer kring hypertyreos.

Under 2020 har Region Norrbotten ökat beredskapen inom radionukleära händelser (RN-händelser) genom att investera i ett mätinstrument med identifikatorfunktion för okända radionuklider.

Strålsäkerhetsmyndigheten påbörjande under slutet av 2019 en extern inspektion av den nuklearmedicinska verksamheten i Region Norrbotten. Inspektionen utfördes genom granskning av dokument, besök på plats samt intervjuer med berörd personal. Strålsäkerhetsbetydelsen av bristerna bedömdes av Strålsäkerhetsmyndigheten som måttlig på kort sikt. I det längre perspektivet kunde strålsäkerhetsbetydelsen öka om inte bristerna åtgärdas.

Under 2020 har Regionen tagit fram en orsaksanalys samt en åtgärdsplan för de brister myndigheten observerat. Strålsäkerhetsmyndigheten bedömde att de åtgärder som redovisats var tillräckliga för att Region Norrbotten ska kunna säkerställa att verksamheten bedrivs på ett strålsäkert sätt avseende de områden som inspektionen omfattade. Inspektionen avslutades oktober 2020.

Uppföljning och analys av strålsäkerhetsarbetet

Huddoser inom PCI-verksamheten

Medicinsk strålningsfysik har, tillsammans med PCI-verksamheten, utvecklat rutiner för rapportering och uppföljning av patienter som genomgått PCI (ballongutvidgning av hjärtats kärl) med potentiellt höga huddoser till följd av långa genomlysningstider. Dessa patienter kan på kort sikt få en reaktion i huden (hudrodnad) vilket berörda patienter får utökad information om efter ingreppet. I och med införandet av REMbox finns nu utökade möjligheter att följa upp, och på sikt även automatisera rapporteringen. Vid uppföljning konstateras att samtliga patienter med potentiellt höga huddoser under 2020 har dokumenterats och delgivits relevant information.

Avvikande genomlysningstider operation

Genomlysningstider inom opererande verksamheter registreras av operationspersonal i ett, av Medicinsk strålningsfysik utvecklat, webbaserat system för uppföljning. Om en procedur avviker i tid relativt medel för ingreppet eller om proceduren förekommer väldigt sällan, meddelas Medicinsk strålningsfysik, samt den berörda operatören för vidare utredning av orsak. Direkt återkoppling på operatörsnivå sker för samtliga ingrepp vid registrering av tid i systemet.

Under 2020 har responsen från operatörerna angående avvikande genomlysningstider och sällan förekommande åtgärdskoder ökat något pga. den nyligen införda återkopplingen av sällan förekommande åtgärdskoder vilket är positivt för datakvaliteten.

Diagnostiska standardnivåer röntgen, datortomografi, angiografi samt interventionella procedurer

Under 2020 utreds en nyinstallerad utrustning pga. en diagnostisk standardnivå som ligger något över den diagnostiska referensnivån given av Strålsäkerhetsmyndigheten i SSMFS 2018:5. Uppföljning och kontinuerlig diskussion med både leverantör av utrustningen och andra regioner med samma problematik pågår.

Oplanerade händelser/avvikelser

Region Norrbotten har rutiner för rapportering, utredning och uppföljning av oplanerade händelser och förhållanden som innebär eller kunnat innebära ett hot mot strålsäkerheten.

Endast oplanerade händelser där patientskada kunnat inträffa av joniserande strålning ska rapporteras till Strålsäkerhetsmyndigheten samt andra berörda myndigheter. Under 2020 har inga oplanerade händelser av sådan dignitet inträffat att patientskada kunnat inträffa.

Antalet strålningsrelaterade avvikelser under 2020 är för få för en djupare analys.

Kompetens

Under 2020 har Medicinsk strålningsfysik rekryterat en medarbetare.

Legitimerade Sjukhusfysiker är ett bristyrke och att rekrytera en senior medarbetare med kvalifikationer att ta lagstadgade expert-/ledningsroller bedöms extremt svårt.
Enheten Medicinsk strålningsfysik har idag en tillfredsställande bemanning avseende leg. Sjukhusfysiker samt de lagstadgade rollerna men det finns ingen redundans.

Identifierade risker

Under året har ett arbete med att identifiera risker genomförts. Ett flertal av de identifierade riskerna har lyfts till Regionens Internkontrollplan för 2021. Bland de identifierade riskerna återfinns bl.a. risker inom ansvar, kompetens, avvikelsehantering och kvalitetssäkring.

Region Norrbotten saknar rutiner för hantering av RN-händelser.

Planerade aktiviteter 2021 för att stärka Strålsäkerheten

Regionen genomgår 2021 en omfattande organisationsförändring och för att säkerställa att denna ej påverkar strålsäkerheten på ett negativt sätt skall en konsekvensanalys avseende organisationsförändringarna genomföras och utvärderas. Anpassning av ledningssystemet så att ansvarsbeskrivning mm följer nya organisationskartan kommer behövas.

I samarbete med övriga säkerhetsområden i Regionen kommer ett gemensamt egenkontrollprogram för regionens berörda verksamheter utvecklas.

Under 2021 skall webbaserat system för uppföljning av genomlysningstider integreras med regionens operationsplaneringssystem samt nyligen upphandlade mobila C-bågar för att ytterligare förbättra datakvalité och frigöra tid från personal.

Under 2021 fortsätter implementeringen av REMbox i Regionens verksamheter med joniserande strålning. Rapporteringsflöden skall automatiseras och manuell inmatning av dosuppgifter minimeras med hjälp av REMbox. Förhoppningsvis påbörjas även arbetet med att ställa in notiser och sätta upp larmnivåer för att automatiskt identifiera avvikelser i ett tidigare skede.

Under senare delen av 2020 påbörjades arbetet med att skapa en webbutbildning som ska ge stöd till remittenter vid remittering till undersökningar med bildgivande modaliteter på röntgen- och nuklearmedicinavdelning. Arbetet är ett samarbete mellan Medicinsk strålningsfysik och Bild- och funktionsmedicin som kommer att fortskrida under 2021 med planen om att utbildningen ska bli klar under året.

Sammanfattning

Strålsäkerheten i Region Norrbotten kan sammanfattas som god.