Patient-säkerhets-berättelse 2016

2017-02-28

Anders Sylvan
Landstingsdirektör

Västerbottens läns landsting

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning 2
Sammanfattning 4
Övergripande mål och strategier 4
Fullmäktiges inriktningsmål och strategier 2016-2019 5
Hälso- och sjukvårdsnämndens riktade uppdrag från fullmäktige för patientsäkerhet och god kvalitet 5
Målvärden för HSN 2016 5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet 5
Funktion 6
Ansvarar för 6
Vårdgivaren ansvarar för 6
Struktur för uppföljning/utvärdering 6
Uppföljning genom egenkontroll 8
Område 8
Frekvens 8
Källa 8
Kommunikation 8
Patientsäkerhetskultur 8
Omvårdnadsregister 8
Hur har patientsäkerhetsarbete bedrivits under året och vilka åtgärder har genomförts för ökad patientsäkerhet 10
Problem 10
Område 10
Åtgärd 10
Arbetssätt som stimulerat minskad förskrivning av antibiotika 10
Arbete för att minska vårdrelaterade infektioner 11
Läkemedel 13
Omvårdnadssatsningar 14
Förbättrad Lex-Maria process 14
Värdegrunden - "Ständigt bättre - patienten alltid först!" 14
Tandvården Fokusområden 2016 15
Samverkan för att förebygga vårdskador 15
Samverkan mellan landstinget och kommunerna 15
Arbetssätt för att hitta brister i vårdens övergångar 16
Samverkan inom regionen 16
Standardiserade vårdförlopp i cancervården, SVF Göran Hugosson 16
Samverkan med patienter och närstående 17
Riskanalys 17
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet 17
Hantering av klagomål och synpunkter 18
Sammanställning och analys 18
Antal inrapporteringar/anmälningar 18
2010 18
2011 18
2012 18
2013 18
2014 18
2015 18
2016 18
Patientnämnden 19
Informationssäkerhet Josefin Leijon 19

Informationssäkerhetsberättelse 2016 19
Inledning *19*
Uppföljningar, riskanalyser och åtgärder genomförda under 2016 20
Förstudie av informationssäkerheten genomförd *20*
Tillsyn gällande informationssäkerhet *20*
IT-säkerhet *21*
Oplanerade datastopp *21*
Avvikelseutredningar gällande informationssäkerhet *21*
Utvärdering av olovlig åtkomst *22*
Samverkan med patienter och närstående 22
Resultat 22
Strukturmått *22*
Processmått *23*
Basala hygien- och klädrutiner *23*
Antibiotika 24
Resultatmått *24*
Vårdrelaterade infektioner *26*
Trycksår *28*
Måluppfyllelse *29*
LANDSTINGSGEMENSAMMA MÅL *29*
Målvärde 2016 HSN *29*
Analys 29
Övergripande mål och strategier för kommande år 30
Fullmäktiges mål för patientsäkerhet 2016-2019: *30*

Sammanfattning

Patientsäkerhetsarbete präglas av kultur och förhållningssätt som skall genomströmma allt patientrelaterat arbete. Det arbete som görs ute på klinikerna är basen för landstingets patientsäkerhetsarbete. Verksamheternas egna patientsäkerhetsberättelser och verksamhetsplaner visar att det systematiskt arbetssättet för patientsäkerhetsarbetet ökar. Det finns och ett stort engagemang för förbättringar inom den egna verksamheten. Man kan utläsa en ökad delaktighet av patienterna på olika sätt via olika typer av grupper kopplade till verksamheten. Efterfrågan av synpunkter sker också via olika enkäter. Det uppföljande arbetet har fokuserats på att bevaka vårdrelaterade infektioner, korrekt läkemedelslista och fortsatt arbete mot antibiotikaresistens. Av de landstingsgemensamma målen uppnåddes målet att minska andelen vårdrelaterade infektioner, att minska andelen allvarliga trycksår och att minst 50% av slutenvården arbetar proaktivt med avvikelser. Däremot uppnåddes inte målen att minska andelen utlokaliserade patienter, att uppnå 100% följsamhet till basala hygien och klädrutiner eller 100% korrekt läkemedelslista.

Stramagruppen har arbetat aktivt för att öka följsamheten till behandlingsrekommendationerna för infektioner och minska onödig antibiotikaanvändning. Hälsocentralerna har fortsatt att själva analysera sina egna data kring antibiotikaförskrivning på enhets- och förskrivarnivå och har följt upp de egna målen för enheterna. Sjukhusklinikerna har inte kunnat analysera sin förskrivning med hjälp av Infektionsverktyget pga lokalt IT problem som påverkat datafångsten. Detta ska vara åtgärdat och klart januari 2017.

En annan typ av förbättringsarbete som sker via verksamhetsplanen för varje enskild vårdverksamhet har under 2016 visat goda exempel på förbättringar. I VLLs övergripande patientsäkerhetsplan stimuleras nu egna direkt verksamhetsanknutna fokusområden för att förebygga VRI. Här kan Ortoped- och Kvinnoklinikens arbete nämnas som goda exempel

Utbildningen inom patientsäkerhet inklusive förebyggande av VRI har under 2016 stärkts ytterligare inom ST-läkarutbildningen i hela VLL. Samtliga ST-läkare erbjuds en veckas sammanhållen utbildning som ska tillgodose Socialstyrelsens utbildningskrav enligt de så kallade a-målen i den nya författningen från 2015. Där har VLL på eget initiativ lagt in en kortare kurs om förbyggande av VRI som därmed når alla ST-läkare inom alla discipliner.

Fynd av resistenta bakterier inom vården ligger 2016 kvar på den högre nivå som etablerades 2015. Det innebär större insatser jämfört med tidigare år för att patientsäkert vårda patienter utan smittspridning av dessa bakterier och ökade insatser med smittspårning för att säkerställa att varje händelse inte orsakat smittspridning, vilket i stort kunnat undvikas.

Läkemedelscentrums arbete innebär att verka för en effektiv, säker och ändamålsenlig läkemedelsanvändning samt läkemedelshantering inom VLL. Det har bland annat skett genom uppdaterade terapirekommendationer, utbildningar för AT- och ST-läkare samt att man genomfört mer än 1400 fördjupade läkemedelsgenomgångar inom sluten och öppenvård.

Egenkontroll av VLLs patientsäkerhetsarbete har under året skett bland annat genom patientsäkerhetsdialoger, resultat från den nationella patientenkäten, resultat från kvalitetsregister, mätningar av basala hygien- och klädregler, vårdrelaterade infektioner, trycksår samt läkemedelslistans korrekthet. Som ett komplement till avvikelserapportering och annan uppföljning för att identifiera vårdskador har VLL fortsatt med strukturerad journalgranskning vid alla sjukhus. Processarbetet av händelseanalysprocessen med att utveckla arbetssättet och minska handläggningstider och förbättra kvaliteten har fortsatt under året. En stor utbildningsinsats är genomförd i och med att det skedde ett byte av avvikelsesystem från Avans till Platina avvikelse. Arbetet med att fortlöpande granska avvikelser som inrapporterats i avvikelsesystemet Platina avvikelse på central nivå har fortgått och därigenom kan allvarliga avvikelser identifieras och hanteras snabbare.

Övergripande mål och strategier

Västerbottens läns landsting har som övergripande vision som siktar högt, att år **2020 har Västerbotten världens bästa hälsa och världens friskaste befolkning.**

Fullmäktiges inriktningsmål och strategier 2016-2019

Fullmäktige beslutar om de övergripande inriktningsmålen med tillhörande strategier. Det är fyra mål som berörs; bättre och jämlik hälsa, god och jämlik vård, aktiv och innovativ samarbetspartner samt attraktiv arbetsgivare. Inriktningsmålen med tillhörande strategier bryts sedan ner inom nämnder och styrelse.

Hälso- och sjukvårdsnämndens riktade uppdrag från fullmäktige för patientsäkerhet och god kvalitet

Arbetet under 2016 inriktas på förbättringsarbete baserat på avvikelser och mätresultat. Systematiken i att planera, genomföra förbättringsarbete, följa upp samt förbättra/korrigera är en grund och ett steg närmare målet att minimera antalet vårdskador.

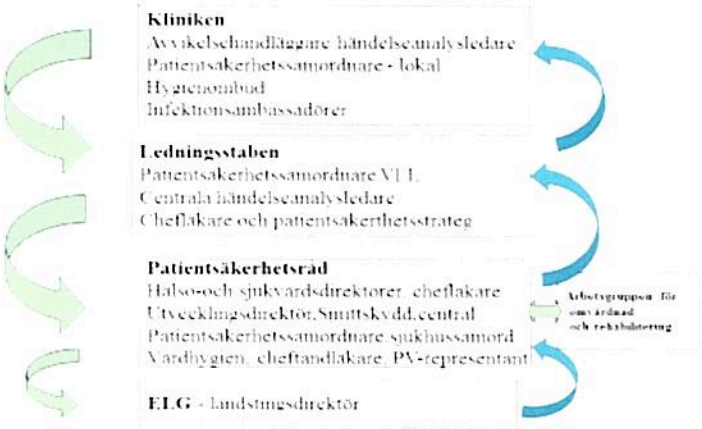
Målvärden för HSN 2016

1. Målvärde 2016
Andel vårdrelaterade infektioner vid mättillfället ska minska
Andel allvarliga vårdskador i förhållande till vårdtillfällen ska minska

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Styrning och inriktning av patientsäkerhetsarbetet i VLL utgår ifrån politikens mål och strategier. I landstingsdirektörens exekutiva ledningsgrupp (ELG) sitter hälso- och sjukvårdsdirektören och de biträdande hälso- och sjukvårdsdirektörerna samt primärvårdsdirektör och stabschefer. Utifrån politisk inriktning fattar ELG beslut om resurser för patientsäkerhetsarbetet.

Nedan visas en övergripande bild på hur patientsäkerhetsarbetet är uppbyggt.



Funktion	Ansvarar för
Landstingsdirektören	att det övergripande patientsäkerhetsarbetet bedrivs systematiskt, godkänner den årliga patientsäkerhetsberättelsen.
Patientsäkerhetsrådet	att besluta om prioritering och organisation av patientsäkerhetsaktiviteter. föreslå målvärden för patientsäkerhets-arbetet är vara uppdragsgivare för landstingsövergripande riskanalyser bereder den årliga planen för patientsäkerhetsarbetet
Hälso- och sjukvård-/primärvård-tandvårdsdirektör	planering ,ledning, samordning, ,uppföljning och kontroll av verksamheterna inom respektive område klarlägga ansvaret för säkerhetsfrågor inom verksamhetsområdet
Verksamhetschefen	att patientsäkerhetsarbetet bedrivs integrerat i dagligt arbete utifrån gällande riktlinjer, skriver enhetens patientsäkerhetsplan/berättelse
Lokala patientsäkerhetsteamet	att på kliniknivå driva patientsäkerhets-arbetet, göra analyser och vidta åtgärder
Chefläkaren	att anmäla ärenden till IVO gällande landstingets hälso- och sjukvård enligt lex Maria beslut runt länsgemensamma rutiner rörande dokumentation i journalsystemet
Cheftandläkaren/anmälningsansvarig tandläkare	att anmäla ärenden som rör landstingets tandvård till IVO enligt lex Maria
Stabsdirektören	att driva systematiskt utvecklingsarbete utifrån stabsmedlemmar att som ordförande i Patientsäkerhetsrådet fatta beslut
Kanslichefen för patientnämnden	att återföra patientnämndens iakttagelser till ledning och verksamheter
Kvalitets- och patientsäkerhetssamordnaren	att samordna det strategiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom landstinget, sammanställer den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

Vårdgivaren ansvarar för

att landstingets verksamhet uppfyller kraven på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) respektive tandvårdslagen (1985:125). Den eller de nämnder som avses i 10 och 22 §§ hälso- och sjukvårdslagen är vårdgivarens representant. I VLL är ansvaret för hälso- och sjukvården uppdelat på Landstingsstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsnämnden och Nämnden för funktionshinder och habilitering. Landstingsstyrelsen är beställare och driftsnämnd för primärvård i länet. Hälso- och sjukvårdsnämnden är driftsnämnd för sjukhusvården.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Politisk uppföljning	Sker via delårs- och årsrapporter där Landstingsstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden redovisare måluppfyllnad
Patientsäkerhetsrådet	Följer löpande upp den övergripande aktivitetsplanen för patientsäkerhet. Avvikelser från planen samt årets samlade resultat går till landstingsdirektören i form av

	Patientsäkerhetsberättelsen.
I verksamheterna	Sker uppföljning via basenheternas årliga patientsäkerhetsberättelse och via patientsäkerhetsdialoger där resultat, problem eventuelle säkerhetsbrister diskuteras. Utifrån dialogen skrivs sedan en handlingsplan av identifierade förbättringsområden.
Strama/smittskydd	Analyserar antibiotikaförskrivningen och rapporterar till Patientsäkerhetsrådet
Vårdhygien	Aktuella mätresultat gällande vårdrelaterade infektioner och basala hygien och klädrutiner analyseras av chefen för Vårdhygien och presenteras i Patientsäkerhetsrådet. Föreslår också aktiviteter för förbättringar

Som ett komplement till avvikelserapportering för att identifiera vårdskador har VLL haft strukturerad journalgranskning(markörbaserad journalgranskning) vid alla sjukhus, där man via markörer identifierar uppgifter som tyder på att en skada kan ha inträffat. Arbetssättet är under diskussion eftersom man ute i verksamheterna inte upplever att man kan använda resultaten till förbättringsåtgärder. Resultaten rapporteras in till SKLs nationella databas. Övergripande resultat på läns och sjukhusnivå presenteras i Patientsäkerhetsrådet.

Uppföljning genom egenkontroll

Område	Frekvens	Källa	Kommunikation
Infektioner (VRI)	2 ggr/år	Nationell databas	PS-rådet, respektive klinik
Basala hygien- och klädrutiner	2ggr/år	Nationell och lokal databas	PS-rådet, respektive klinik
Trycksår SKL	1 gång/år	Nationell databas	PS-rådet, respektive klinik
Fall/trycksår/nutrition VLLs PPM	1 gång/år (en vecka)	Lokalt via arbetsgruppen för omvårdnad och rehabilitering.	Rapporteras i PS-rådet, på avd.chefsmöten och till respektive avd.chef
Nationell patientenkät	1 gång/år	Nationell databas (vartannat år PV/sluten vård)	PS-rådet, respektive klinik
Patientsäkerhetsdialoger	Vartannat år	Lokalt	Årlig sammanställning till PS-rådet
Korrekt läkemedelslista	2 ggr/år	Lokal databas	PS-rådet och verksamheterna
Kvalitetsregister	Enligt den rutin kliniken har	Nationella databaser	Enligt den rutin kliniken har
Nationell patientenkät	Vartannat år sluten vård varannat primärvård	Nationell databas	PS-rådet, respektive klinik,tjänstemannaledningen

En enkät till verksamhetscheferna efter genomförd dialog genomfördes två gånger under 2016 (vår och höst) för att utvärdera upplevd nytta med dialogerna och resultatet visade att man ansåg att patientsäkerhetsdialogen var en hjälp i patientsäkerhetsarbetet. Via den nationella patientenkäten får landstinget återkoppling hur patienterna upplever vården. Det var den specialiserade sluten och öppenvårdens patienter som besvarade enkäten 2016 och resultatet visade att vi ligger på samma nivå eller bättre än riket i de sju dimensionerna. I området delaktighet finns möjlighet till förbättringar.

Patientsäkerhetskultur

En god, icke skuldbeläggande, säkerhetskultur är en av de viktigaste förutsättningarna för att nå en hög patientsäkerhet på arbetsplatsen. Ingen ny mätning har genomförts sedan 2014 men i verksamheternas patientsäkerhetsberättelser framgår att man fortfarande arbetar med delar av handlingsplanerna som togs fram och många uppger att man har ett bättre klimat, lättare att diskutera avvikelser och en ökad medvetandegrad. Gröna Korset som initierades i slutet av 2015 har implementerats på drygt 50% av klinikerna.

Förståelsen för att arbetsmiljö och patientsäkerhet hör ihop har inneburit en start för ett gemensamt arbete mellan HR och patientsäkerhetsorganisationen.

Omvårdnadsregister

Grundprincipen i VLL är att verksamheten ska delta i relevanta kvalitetsregister dock tog kravet bort 2015 att registrera i Senior Alert däremot kvarstod kravet på att göra en riskbedömning. Arbetsgruppen för omvårdnad och rehabilitering (AOR) har utvecklat en egen mätning som genomförs en vecka per år där även journalgranskning ingår.

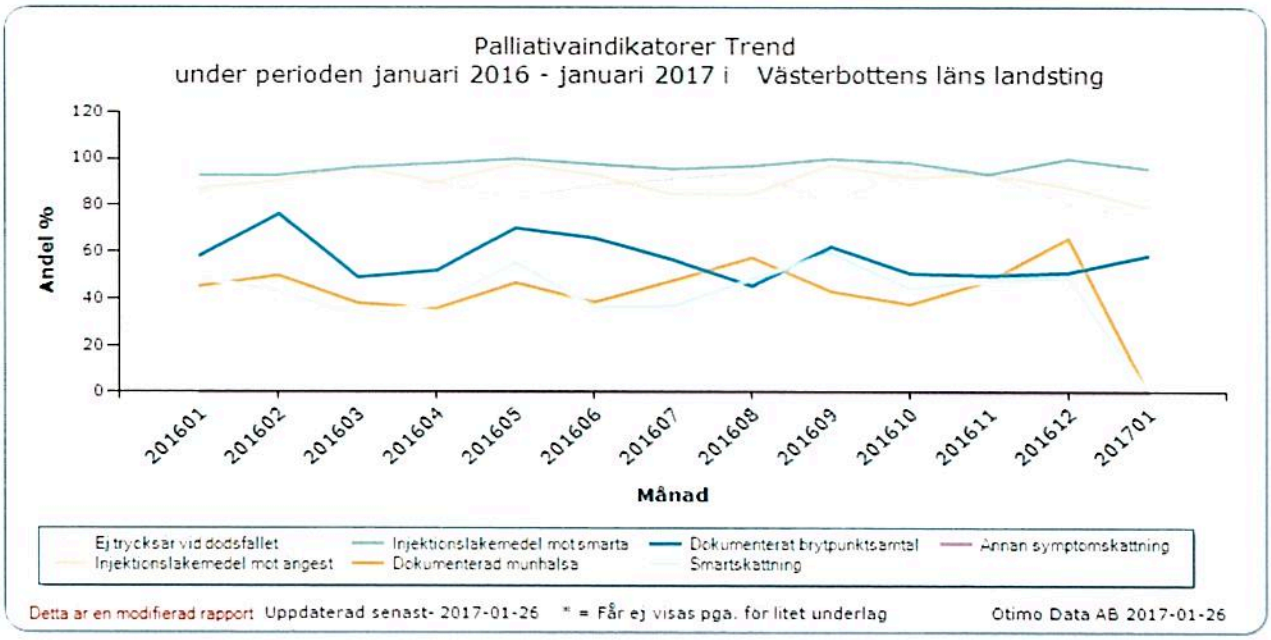
Resultat PPM trycksår, undernäring och fall
v 39 2016

	Trycksår	Undernäring	Fall
Antalet inneliggande patienter	572	572	572
Antal patienter som vid inskrivning har befintligt trycksår och/eller som klassats som undernärd (antal/ %)	16 (3%)	74 (13%)	
Antal riskbedömda patienter (av inneliggande pat)	222 (39%)	239 (42%)	263 (46%)
Antal riskbedomda patienter inom 24 timmar (av de som är riskbedömda)	185 (83%)	189 (79%)	223 (85%)
Antal riskbedomda patienter med identifierad risk	62 (28%)	123 (51%)	166 (63%)
Antal patienter med dokumenterade förebyggande åtgärder (ant pat/ % av riskbedomda)	85 (38%)	133 (56%)	151 (57%)

Arbetsgruppen för omvårdnad och rehabilitering (AOR)

Västerbottens läns landsting

Journalgranskningen visar att riskbedömning sker i mycket hög utsträckning ute i verksamheterna och att åtgärder sätts in på fler patienter än de som har en identifierad risk när det gäller trycksår och undernäring. Resultaten har förbättrats under de år mätningen har skett. När det gäller Palliativ registret så ändras inte resultaten så mycket (alla 2017 resultat är inte klara ännu). Vad man kan se är en ökning av munhälsobedömning samt att injektionsläkemedel mot smärta och ångest samt avsaknad av trycksår ligger på 88-94% vilket är positivt.



Hur har patientsäkerhetsarbete bedrivits under året och vilka åtgärder har genomförts för ökad patientsäkerhet

Problem	Område	Åtgärd
Otydliga riktlinjer runt venaccesser	Rutiner/riktlinjer	Framtagande och implemetering av länsövergripande rutiner för venaccesser.
Förbättrade flöden	Standardiserade vårdförlopp inom cancervården	18 vårdförlopp uppstartade
Ökade patientnämndsärenden/ avvikelser runt bemötande	Avvikelser/patientnämndärenden	Utbildning om bemötandes betydelse etikgruppen samt bemötande för patientsäkerhetssamordnare
Bukkirurgi	Tydligt arbetssätt och rutiner	Skellefteå lasaretts kirurg-ortopedklinik har tillsammans med anestesi-operation-IVA kliniken slutfört ett projekt om "säker bukkirurgi" som anordnats av LÖF
Riskbedömningar sker och dokumenteras på olika sätt	Omvårdnadsrutiner	Framtaget ett nytt underlag för dokumentation som implementeras under 2017
Avsaknad av ett länsgemensamt underlag för att arbeta med gemensamma omvårdnadsaktiviteter	Omvårdnadsaktiviteter	Aktivitetsplan framtagen för att minska VRI/trycksår/fall/undernäring implementeras 2017
Avsaknad av enkel patientinformation vid vårdskada	Kommunikation	Framtagen broschyr om hur ärendegången är runt vårdskador och som också finns på 1177.
Sköra äldre söker till akutmottagningen	Omvårdnad behandling	Projektet "Mobilt hembesöksteam" är avslutat och har övergått till primärvården.

På basenhetsnivå pågår ett ständigt förbättringsarbete utifrån de olika behov som klinikerna har identifierat allt ifrån omvårdnadsrutiner, patientinformation och medicinska åtgärder.

Arbetssätt som stimulerat minskad förskrivning av antibiotika

Målet med Stramas arbete är bästa tillgängliga behandling för patienten samtidigt som vi motverkar resistensutveckling och ger bättre förutsättningar för en säker och effektiv infektionsbehandling i framtiden.

- VLL har under ledning av den lokala Stramagruppen fortsatt sitt arbete för att öka följsamheten till behandlingsrekommendationerna. Stramagruppen i VLL har kontakt med länets Hälsocentraler och kliniker via information på hemsidan www.vll.se/strama, egna kontakter, besök, utbildningar och med hjälp av informatörer på Läkemedelscentrum.
- I primärvården har Hälsocentralerna fortsatt med sitt uppdrag att två gånger per år analysera sina egna förskrivningsdata i det administrativa systemet Diver. Där ses trender och fördelning av förskrivningen mellan de olika antibiotikaklasserna avseende länet som helhet, sjukhuskliniker, hälsocentraler och akutsjukvården. Förskrivningen kan också följas på

individuell förskrivarnivå. Varje verksamhetschef har tillgång till rapporter för den egna enhetens data. Det finns ingen koppling till diagnos. Efter analysen har enheterna tolkat sina data och satt upp mål för kommande period som sedan följs upp vid nästa genomgång. Vi har fortsatt goda erfarenheter av att återkoppla data. Det har påbörjats ett arbete för att möjliggöra diagnoskopplade data.

- Återkoppling av data på sjukhusen via Infektionsverktyget har inte fungerat under året då möjligheten att ta ut rapporter har legat nere pga lokala anpassningsproblem till journalsystemet som inte löst i tid. Infektionskliniken har fått i uppdrag att starta antibiotikaronder 2 gånger per vecka på minst 1 avdelning per sjukhus 2017. Detta kan få stor betydelse för kvalitén på förskrivningen och bör succesivt byggas ut till fler enheter.
- Vi har fortsatt med vårt nätverk för läkare med ansvar för äldreboenden och har återkopplat data från tidigare studie av infektionsincidens och antibiotikabehandlingar.
- Riktlinjer för antibiotikabehandling i primärvård har uppdaterats. Alla aktuella riktlinjerna finns samlade i appen Strama-VLL tillgängligt för alla.

Västerbotten har under 2016 tillsammans med norra regionen fortsatt att vara ansvariga för det nationella arbetet mot antibiotikaresistens i Programråd Strama, som är en del av kunskapsstyrningen inom SKL. I Västerbotten behövs mer resurser för att förvalta Infektionsverktyget och resurser till Strama för att kunna stödja sjukhusklinikerna och hälsocentralerna med kunskap och med analys av sina data. Vi behöver även få tillstånd diagnoskopplade förskrivningsdata i primärvården. Läs mer om resultatet av vårt arbetssätt på sidan 24.

Arbete för att minska vårdrelaterade infektioner

- Vårdrelaterade infektioner (VRI) är den vanligaste patientskadan och den skada som oftast är knuten till dödlig utgång finns det mycket starka skäl att arbeta för att förebygga dessa skador. Under 2016 har VLL under ledning av Vårdhygien Västerbotten och Landstingsledningens Patientsäkerhetsråd fortsatt arbetet som etablerades under patientsäkerhetssatsningen 2011-2014 med återkommande mätningar och återkoppling av resultat avseende basala hygienrutiner/klädregler (BHK) samt punktmätningar av VRI. Mätningarna är en del av den normala verksamheten och har hög acceptans inom organisationen. För att behålla det höga deltagandet i mätningar av BHK i sluten och öppen vård och kunna rapportera resultaten tillbaka till verksamheten via systemet Diver där landstingets alla produktionsparametrar samlas och är allmänt åtkomliga har den egenutvecklade modulen BHKreg fortsatt att användas. Det har fungerat väl med nackdelen att endast aggregerade data rapporterats till den nationella databasen. Punktmätningarna av VRI har rapporterats in i det nationella systemet vantetider.se av personal på Vårdhygien vilka först har kvalitetskontrollerat alla data innan de matats in för att behålla hög datakvalitet och jämförbarhet med äldre data från VLL som genomgått samma kvalitetskontroll. Resultat rapporteras senare i dokumentet under rubriken Resultatmått.

- En annan typ av förbättringsarbete som sker via verksamhetsplanen för varje enskild vårdverksamhet har under 2016 visat goda exempel på förbättringar under 2016. I VLLs övergripande patientsäkerhetsplan stimuleras nu egna direkt verksamhetsanknutna fokusområden för att förebygga VRI. Vi nämner här nedan endast två av flera exempel. Ortopedkliniken har gått igenom resultat på länets tre sjukhus och identifierat att de bör kunna minska infektionskomplikationer i verksamheten på Nus. De har sedan genomfört ett mycket omfattande multidisciplinärt förebyggande arbete som omfattat i stort sett all inblandad personal och via många workshops och framtagande av nya rutiner implementerat en lokal variant av PRISS (protesrelaterade infektioner ska stoppas) på operationsavdelningar och vårdavdelningar. Vårdhygien har fungerat som expertstödstöd och deltagit i workshops och genomfört systematiska luftmätningar på

operationsavdelningarna men drivet har helt kommit från förgrundsgestalter inom ortopedverksamheten. Kvinnokliniken har på sina förlossningsavdelningar av eget initiativ genomfört förbättringsarbeten för att stärka hygienrutiner som ska minska risk för spridning av smittämnen och infektioner vid förlossningar. Där har bland annat genomförts utbildningsinsatser med samtliga barnmorskor med Vårdhygien som expertstöd men liksom på ortopeden med drivkraft från chefer och andra ledande personer inom den egna verksamheten. Riktlinjer och förhållningssätt till patienter vid patientomhändertagande har uppdaterats och förbättrats både i öppenvårdens förberedelse av förlossning och på förlossningsavdelningarna på sjukhusen.

- Utbildningen inom patientsäkerhet inklusive förebyggande av VRI har under 2016 stärkts ytterligare inom ST-läkarutbildningen i hela VLL. Samtliga ST-läkare erbjuds en veckas sammanhållen utbildning som ska tillgodose Socialstyrelsens utbildningskrav enligt de så kallade a-målen i den nya författningen från 2015. Där har VLL på eget initiativ lagt in en kortare kurs om förbyggande av VRI som därmed når alla ST-läkare inom alla discipliner. Det har fått god kurskritik av deltagarna och kommer att behållas 2017.
- Implementeringen av IT-systemet Infektionsverktyget har haft ett ordentligt avbräck stora delar av 2016 med driftstopp i återkopplingsfunktionen from mars månad som ett resultat av versionsbyte av det elektroniska journalsystemet. Detta avbrott har förhindrat genomförande av många planerade aktiviteter för 2016 både i arbetet för förbättrad antibiotikaanvändning och för att förebygga övervaka och återkoppla VRI. Den långsamma processen för åtgärd av problemen har berott av resursbrist inom VLLs informatikavdelning.
- Fynd av resistenta bakterier inom vården ligger 2016 kvar på den högre nivå som etablerades 2015. Det innebär större insatser jämfört med tidigare år för att patientsäkert vårda patienter utan smittspridning av dessa bakterier och ökade insatser med smittspårning för att säkerställa att varje händelse inte orsakat smittspridning. Det är framförallt bakterierna MRSA (74 nyupptäckta fall under 2016, 69 under 2015), tarmbakterier av typen ESBLcarba (4 fall 2016, 7 fall 2015, 3 fall 2014, inget fall 2013) samt tarmbakterien VRE (5 fall 2016, 4 2015) som tar mycket resurser i anspråk. Vård på enkelrum krävs och ibland kontroll-odlas 10-tals till >100 personer pga fynd av dessa bakterier för att säkert kunna verifiera eller utesluta spridning i vården. VLL hade i början och slutet av 2016 två mindre smittspridningar av MRSA, båda på neonatalavdelningen Nus med 2-4 patienter inblandade. Sammantaget är detta ett mycket bra utfall även om målet naturligtvis är noll fall av spridning inom vården.

VLL har under 2016 fortsatt att bidra till nationell påverkan för att minska vårdrelaterade infektioner genom Programråd Strama som leds av VLL på SKL-nivå.

Läkemedel

I arbetet med att öka patientsäkerheten i frågor som rör läkemedel har Läkemedelscentrum (LmC) en viktig roll som kunskaps- och utvecklingscentrum i norra regionen.

Läkemedelscentrum ska verka för en effektiv, säker och ändamålsenlig läkemedelsanvändning samt läkemedelshantering inom VLL.

Patientsäkerhetsarbetet har bland annat bedrivits genom insatser som:

Främja säker, evidensbaserad och ändamålsenlig förskrivning av läkemedel genom:

- Uppdateringar av Terapirekommendationer för sjuk- och tandvården i VLL. Dessa distribueras till förskrivare och finns tillgängliga via intranätet Linda samt Vll.se
- Införande och underhåll av förskrivarstöd i form av centrala receptfavoriter i receptmodulen för rekommenderade läkemedel. Receptfavoriter minimerar risken för felskrivning av recept och förbättrar följsamheten till terapirekommendationerna
- Medverkan i den regionala processen för ordnat införande och uppföljning av nya läkemedelsbehandlingar nationellt och inom norra regionen genom sitt ordförandeskap inom ARIL där det ställs krav på läkemedelsuppföljning vid introduktion av nya läkemedel
- Kliniska farmakologer företräder VLL i fullmaktsgruppen vid överläggningar med TLV i samband med förmånsbeslut

Utbildning:

- Utbildning inom läkemedelsområdet har genomförts för AT- och ST-läkare för att de ska få en bra grund för evidensbaserad och kostnadseffektiv förskrivning
- Kurs för läkare med utländsk utbildning har arrangerats "Introduktion till svensk sjukvård för läkare med utländsk utbildning" där en hel dag ägnades åt olika aspekter, rutiner och strategier vid läkemedelsbehandling i Sverige
- Konstruktion av MCQ-frågor inom farmakologi och klinisk farmakologi till kunskapsprovet för läkare som är utbildade utanför EU- och EES-området
- Ansvar för specialistövergripande ST-läkarutbildning inom läkemedelsområdet i enlighet med Socialstyrelsens nya direktiv
- Utbildning och information i olika läkemedelsfrågor och om aktuella Terapirekommendationer till hälsocentraler, kliniker och personalgrupper pågår kontinuerligt under året och är också en del i patientsäkerhetsarbetet
- En utbildningsfilm för sjuksköterskor om metod för blandning av antibiotika. Filmen är publicerad på Lärande landsting
- Utbildning och information om läkemedelsrelaterade problem samt utbildning om sömn och läkemedel
- Utbildningar i läkemedelsgenomgångar till olika grupper i sjukvården
- Information om läkemedelsbiverkningar och interaktioner samt rapportering av dessa

Övriga insatser för ökad patientsäkerhet:

- Mer än 1400 fördjupade läkemedelsgenomgångar har genomförts i öppen och slutenvård samt även för Vårdsamordningspatienter
- Aktivt deltagande i upphandling av läkemedel som används inom sjukvården och bidrar till utformning av krav för att öka patientsäkerheten
- Årliga kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering inom sjukvård och tandvård
- Egeninspektion av vätskehanteringen inom sjukvården

- Arbetar för en säker läkemedelshantering och ökad spårbarhet av läkemedel
- Kvalitetsansvar för gas- och dialysverksamhet där kvalitetsmöten och interninspektion utförs under året
- Ansvar för kontinuerlig uppföljning och förbättring av rutinerna vid dosdispensering
- En högkvalitativ service med evidensbaserade och kvalitetskontrollerade utredningar till hela regionen av läkemedelsfrågor som ställs till ELINOR. Utredningar om olika läkemedelsfrågor från sjukvården i regionen finns även tillgängliga på Linda- Medicinska databasen – Relis eller www.relis.no

Omvårdnadssatsningar

Att Arbetsgruppen för omvårdnad och rehabilitering (AOR) rapporterar till och får uppdrag av Patientsäkerhetsrådet har under året blivit tydligt. Det innebär också att aktiviteter har en direkt koppling mot ledningen och får på så sätt förbättrad legitimitet samtidigt som det är ett länsperspektiv man arbetar med. Fyra arbetsgrupper där också omvårdnadspersonal från länet deltagit har tagit fram en handlingsplan med fokus på åtgärder för att förbättra patientsäkerheten i det dagliga arbetet inom fall, mat och näring, sår och vårdrelaterade infektioner. Handlingsplanen implementeras under 2017. Inom AORs ramar har också ett länsgemensamt arbete påbörjats för att tydliggöra dokumentation och sökord runt riskbedömningar där nu också en riskbedömning för VRI och förvirring ingår, även den kommer att implementeras under 2017.Gruppen har anordnat utbildningar och temaveckor inom områden som munhälsa, trycksår. Vi har deltagit i kampanjen "Fall int'" som är ett samarbete med universitetet och region Västerbotten och tillsammans med arbetsgruppen för vårdetik anordnat en "Bemötande dag" där bland annat en anhörig berättade om sina upplevelser av vården.

Förbättrad Lex-Maria process

Trots ett genomfört processarbete för att för bättra händelseanalysprocessen riktade Inspektionen för vård och omsorg (IVO) kritik mot landstinget. Det har föranlett ett arbete med att minska handläggningstiderna och förbättra kvalitetskontrollen på Lex Maria ärenden och förbättra uppföljningen av de handlingsplaner som skrivs i samband med Lex Maria ärendena.

De centrala resurserna används i första hand till att genomföra händelseanalyser där flera kliniker är inblandade och därför har fortsatt utbildning av lokala händelseanalysledare genomförts som led i att förkorta handläggningstiderna. Utbildning för chefer i VLL har också genomförts vid två tillfällen för att tydliggöra hur ansvarsfördelningen i händelseanalysutredningar är. Var det i processen tar längst tid är från att analysen är klar till inskick till IVO. Tiden för en Lex Maria har minskat från ett medelvärde från 7;5 månader till fem månader och antalet kompletteringar har också minskat. Men ett fortsatt arbete måste ske för att minska ledtiderna i processen. Den övergripande analysfunktion för att identifiera allvarliga risker och avvikelser sker av de centrala händelseanalysledarna.

Värdegrunden - "Ständigt bättre - patienten alltid först!"

Värdegrunden är implementerad i verksamheten och ska vara ledstjärnan för allt förbättringsarbete som sker i VLL och ska genomsyra den dagliga verksamheten.

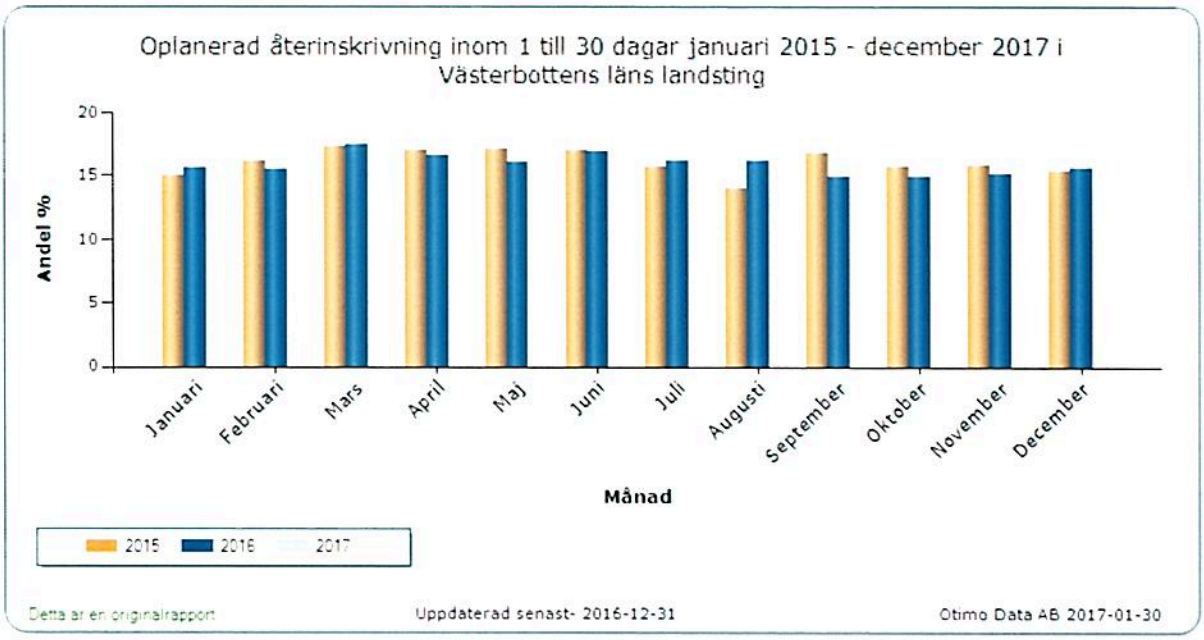
Tandvården Fokusområden 2016

- En förändring av folktandvårdens patientsäkerhetsorganisation påbörjades 2014 där antalet patientsäkerhetssamordnare och avvikelseutredare minskades. Denna förändring förbättrade det systematiska patientsäkerhetsarbetet med bättre utredningar och handlingsplaner men är fortfarande resurskrävande. Detta samt svårigheter att tillgodose patientsäkerhetsteamen utbildningsbehov medför att dagens femton patientsäkerhetsteam minskas till fem. Med denna förändring uppnås en ännu tydligare organisering av patientsäkerhetsarbetet och som tydlig målbild att ytterligare öka effektiviteten och kvaliteten i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.
- Under 2016 fortsätter antalet inrapporterade avvikelser att minska, en trend som pågått de senaste två åren och som bör utredas. Inkomna avvikelser analyseras kontinuerligt och frekventa och allvarliga händelser leder till mer djupgående utredningar
- Vanligast förekommande avvikelser är försenad diagnos och behandling och brister i patientadministration. En vanligt förekommande bakomliggande orsak är brister i bildtagning och diagnostik av röntgenbilder. Ett kvalitetsprojekt, både innefattande utbildning och revidering av riktlinjer, har därför initierats och kommer att pågår under 2017 och 2018. Andra fokusområden under året har varit att förbättra följsamheten till hygien och klädregler samt till upprättade vårdriktlinjer. Fyra allvarliga händelser har anmälts till IVO enligt Lex Maria.
- Antalet klagomål till patientnämnden ökar ytterligare och även i år är brister i bemötande, information och kommunikation vanligast. I relation till att tandvården har över trehundra trettiotusen patientbesök per år så är andelen klagomål fortfarande låg.
- Tandvårdens antibiotikaförskrivning är fortsatt lägst i riket.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan mellan landstinget och kommunerna

AC Konsensus är ett politiskt samarbetsorgan mellan länets kommuner och landstinget i frågor som bör hanteras likvärdigt i länet Samverkan avser länsövergripande överens-kommelser inom vård och omsorg. Länssamordningsgruppen är ett samarbetsorgan som består av ledande tjänstemän från socialtjänsten och landstinget och hanterar frågor som rör samverkan däremellan. FoU Välfärd på region Västerbotten har på några år etablerat sig som en regional kunskapsmiljö i länet och kan tillsammans med andra kunskapsmiljöer ge kunskaps- metod och implementeringsstöd till kommunernas socialtjänst och berörda delar av hälso- och sjukvården. Det systematiska arbetssättet med att trygga patientens hemgång från sjukhuset och därigenom minska risken för återinskrivning har fortsatt under året. Bilden nedan visar oplanerade inskrivningar 2015-2016 i VLL.



Arbetssätt för att hitta brister i vårdens övergångar

I enlighet med överenskommelsen mellan VLL och kommunerna när det gäller samordnad vårdplanering sker regelbundna träffar för att hantera avvikelser kring samverkan. Från sjukhusen skickas avvikelser alltid först till berörd part inom kommun med en kopia till landstingets sjukhussamordnare. I kommunerna är det den medicinskt ansvariga sjuk- sköterskan (MAS) som hanterar samverkansavvikelser. Träffarna sker i olika konstellationer där man diskuterar avvikelser utifrån ett systemtänk och diskuterar hur förbättringar kan ske. Sjukhussamordnarnas arbete kring avvikelser syftar till att se övergripande systemfel/brister och i samverkan med kommunerna arbeta utifrån en åtgärdsplan tillsammans eller var för sig.

Samverkan inom regionen

Regionalt Cancercentrum Norr (RCC Norr) har en viktig roll att samordna och utveckla cancervården i norra regionen. Flera av huvudpunkterna i den regionala utvecklingsplanen har direkt betydelse för patientsäkerheten. Patientdelaktighet är centralt i arbetet inom RCC Norr. Det regionala patientrådet, med representanter från olika patientföreningar, har direktkontakt med RCC Norrs ledning, är remissinstans för RCC:s arbete och driver viktiga frågor ur patient- och närståendeperspektiv.

Registercentrum Norr (RCN) som är ett stöd för nationella kvalitetsregister. I uppdraget ligger att utveckla och bygga kvalitetsregister, utbilda, skapa rapportmallar för datauttag samt bidra till forskning på registerdata. Syftet är att öka användandet av registerdata för verksamhetsutveckling. RCN deltar också i nationell samverkan rörande patientmedverkan i kvalitetsregister samt arbetar lokalt och nationellt.

Standardiserade vårdförlopp i cancervården, SVF

Det nationellt projekt med uppdrag från Socialdepartementet under perioden 2015-2018 att införa standardiserade vårdförlopp i cancervården fortsätter och har ett tydligt patientsäkerhetsfokus. SVF innebär att man utifrån nationella vårdprogram inför standardiserade rutiner för alla insatser i vårdkedjan och inom vilka tidsintervall detta ska ske för att minska väntetider till diagnos och behandling..

Patientsäkerheten förväntas öka genom införandet av SVF genom:

- ökad delaktighet och patient/anhörigmedverkan
- trygg och överenskommen överlämning mellan aktörer i vårdkedjan
- stödjande funktioner i flödet såsom kontaktsjuksköterskor och koordinatorer
- nationellt utarbetade mallar och informationsmaterial
- löpande uppföljning av ledtider och patientupplevd kvalitet
- processledare/ägare för varje vårdförlopp, oberoende av var vårdinsatserna utförs

Under 2015 inleddes arbetet med att 5 vårdförlopp som under 2016 utökades med ytterligare 13 vårdförlopp. Arbetet sker i samverkan med hela landet och inom den norra sjukvårdsregionen varför risker vid gränsöverskridande vård och personalrörlighet kan minimeras, eftersom "alla gör lika".

Samverkan med patienter och närstående

I början av 2016 bildades ett patientråd i Västerbotten. Vissa patientföreträdare deltog redan i mars med synpunkter på handlingsplanen för SVF. Första mötet i patientrådet hölls i maj och sedan dess har ytterligare två möten genomförts. Två av medlemmarna i patientrådet deltar vid möten i landstingets lokala cancercentrum, LCC. Där har man insyn i och delaktighet i hur landstingets totala SVF projekt leds och drivs m.m. Vid uppstart av nya vårdförlopp och vid dialogmöten inom etablerade förlopp deltar patientråds-representanter med värdefulla synpunkter. Patientrådet är resurser till landstingsledningen och medverkar i arbetet med handlingsplaner och redovisningar till Socialdepartementet. Vidare deltar man vid formulering av uppdrag till koordinatorer och kontaktsjuksköterskor och deltar vid utbildning av dessa. Utfallet av PREM-enkäten (patientnöjdhetsmätning) är också en återkommande fråga på dagordningen i patientrådet. Patientrådets medlemmar bidrar på detta sätt med värdefulla synpunkter i SVF arbetet, hur det planeras, följs upp och utvecklas.

Riskanalys

Alla risker ska rapporteras i avvikelsehanteringssystemet Platina avvikelse enligt samma rutin som följer av nästa kapitel (Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet). I modulen finns också en riskfunktion där enheterna själva kan rapportera risker uppåt i organisationen. Risken tas emot av kvalitet- och patientsäkerhetssamordnaren som lyfter risken i Patientsäkerhetsrådet. Riskanalys ska initieras vid större organisatoriska förändringar, vid en identifierad risk i verksamheten eller vid en samling av avvikelser inom samma område så att man i verksamheten på systematiskt sätt identifierar och värderar risker samt identifiera orsaker till dessa. Åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna, eller mildrar konsekvenserna av dessa tas därefter fram och kan ligga till grund i ett förbättringsarbete. Uppdragsgivare till riskanalyser på basenheter är verksamhetschef. Uppdragsgivare på övergripande nivå är landstingsdirektör eller Patientsäkerhetsrådet. I VLL används inte riskanalysmetoden i någon större omfattning vilket har föranlett ett beslut att VLL under 2017 ska fokusera mer på den frågan.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

All personal är enligt patientsäkerhetslagen skyldig att rapportera risker och avvikelser som observerats och samtliga enheter ska ha en handlingsplan för patientsäkerhet utifrån VLLs anvisning i vilken det ska ingå en beskrivning av hur avvikelsearbetet är organiserat. Organisation, mål och aktiviteter följs upp i den årliga patientsäkerhetsberättelsen som verksamheterna skriver Avvikelsehandläggare och lokal patientsäkerhetssamordnare har en viktig roll i arbetet att sammanställa och analysera avvikelser. Samtliga basenheter ska sammanställa sina avvikelser minst en gång per år, vid verksamhetsplanearbetet, men bör med fördel göras flera gånger per år.

De allvarligaste händelserna ska utredas med händelseanalys enligt av Socialstyrelsen rekommenderad modell. Flertalet enheter har egna utbildade analysledare, centrala analysledare finns som metodstöd vid mer komplexa ärenden framför allt ärenden där flera enheter är inblandade. Verksamhetschef ansvarar för att kontakta chefläkare som sedan beslutar om i VLL. En omfattande utbildningssatsning inom vårt avvikelsehanteringssystem har pågått under året där ett byte till "Platina avvikelse" skett vilket är ett gemensamt projekt tillsammans med Västernorrland, Örebro och Gävleborg har skett.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål från patienter eller närstående som kommer direkt till verksamheten bör i första hand hanteras av verksamhetschefen enligt egen rutin. Enligt landstingets riktlinjer ska klagomålen därefter föras in i risk- och avvikelsehanteringssystemet Platina avvikelse för att kunna analyseras och ligga till grund för förbättringsarbete. Synpunkter och klagomål som kommer via Inspektionen för vård och omsorg hanteras via berörd verksamhetschef efter hantering av central handläggare.

Klagomål som kommer till Patientnämnden hanteras av patientnämndens tjänstemän som har en löpande kontakt med hälso- och sjukvårdens personal samt verksamhetschef i samband med enskilda patientärenden. I vissa ärenden kontaktas chefläkare eller anmälningsansvarig tandläkare för ett yttrande. Patientnämndsärenden återförs till chefläkare och kvalitets- och patientsäkerhetssamordnare efter varje nämndssammanträde. Liknande arbetssätt tillämpas för primärvård och tandvård. Sammanställning av ärenden redovisas i Patientsäkerhetsrådet liksom förslag på förbättringsarbeten.

Sammanställning och analys

Nedan följer en lista på rapporterade avvikelser och anmälningar.

Antal inrapporteringar/anmälningar	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Antal risker/avvikelser inrapporterade i Avans	9934	11345	12155	11695	11590	11055	10000
Antal Lex Maria-ärenden	47	39	39	53	64	67	54
Antal enskilda klago-mål, (HSAN-ärenden 2010)	62	53	122	117	114	100	107
Antal ärenden anmälda till patientförsäkringen LÖF	406	454	487	533	624	638	638

Data över avvikelser, rapporterade lex Maria-ärenden, enskilda klagomål, anmälningar till patientförsäkringen LÖF och till patientnämnden från patienter/närstående.

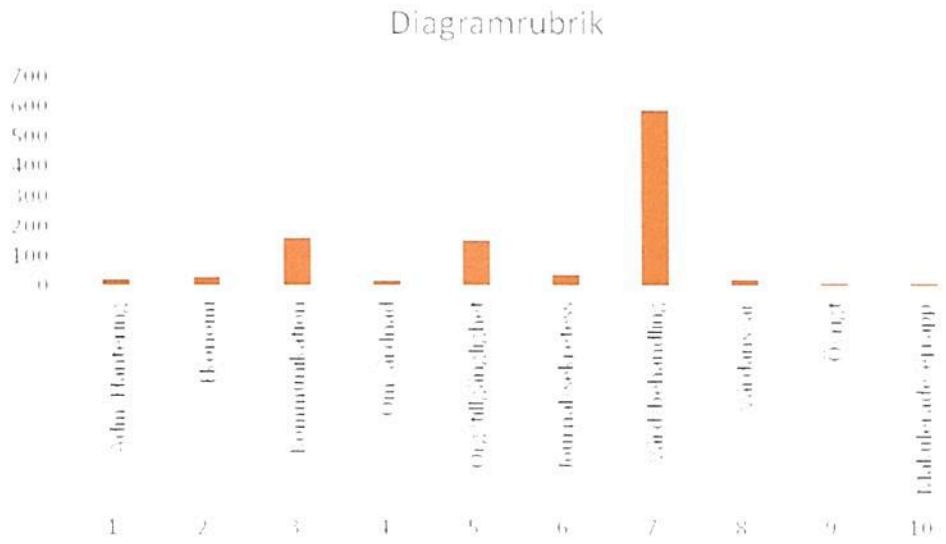
Antalet avvikelser har minskat under året vilket troligtvis har två orsaker. Dels arbetar fler verksamheter med Gröna Korset vilket gör att "strulavvikelser" som inte påverkar patientsäkerheten, inte skrivs i samma utsträckning, dels att det nya avvikelsesystemet försvårar om medarbetare vill skriva en avvikelse på en dator som har så kallad gemensam inloggning. Det innebär att personen först måste logga ut för att sedan logga in igen som sig själv, vilket tar tid och då väljer man att inte skriva avvikelsen. En lösning är högst prioriterad av allt utvecklingsarbete i avvikelsesystemet, men i dagsläget är den inte framtagen.

Antalet händelseanalyser som anmälts som Lex Maria har minskat där vi kan se att ärendena är mer komplicerade och innefattar fler verksamheter. Antalet ärenden till LÖF ligger på samma nivå som fjolåret, i dagsläget är 111 ersatta och 207 ej ersatta övriga saknar slutgiltigt beslut.

På nationell nivå gör LÖF bedömningen att ökningen av antalet ärenden kommer att fortsätta. Det beror dels på en stark korrelation mellan antalet vårdkontakter och antalet anmälda ärenden, där en ökande befolkning med högre levnadsålder bidrar till fler vårdkontakter. Det är dessutom en konsekvens av patientsäkerhetslagen och det arbete landstingen gör inom patientsäkerhetsarbetet. Västerbotten har en högre andel anmälningar än landet i övrigt, vilket kan bero på att vi har en högre andel högspecialiserad vård fördelad på ett mindre underlag befolkningsunderlag. Fördelningen av ärenden med ca 75% inom sjukhusvård och 10% inom primärvård och tandvård vardera, är densamma som den nationella fördelningen.

Patientnämnden

Under året har 1056 ärenden registrerats vilket är en liten ökning på 34 ärenden. Det är framförallt inom de kirurgiska verksamheter, primärvården och psykiatrin som flest ärenden återfinns. Det är också fler verksamheter som är involverade i ärenden jämfört med fjoåret. Majoriteten av ärendena klassificeras under vård/behandling, tillgänglighet och kommunikation



Informationssäkerhet

Informationssäkerhetsberättelse 2016

Inledning

Informationssäkerhet är de åtgärder som vidtas för att hindra information läcker ut, förvanskas eller förstörs och för att informationen ska vara tillgänglig, riktig och fullständig när den behövs. Det kan handla om att skydda informationen mot en uppsättning hot för att säkerställa verksamhetens kontinuitet.

Av 2 kap 3 § SOSFS 2008:14 framgår att vårdgivaren ska utse en eller flera personer som ska ansvara för informationssäkerhetsarbetet. Den eller de som har fått denna uppgift ska minst en gång om året till vårdgivaren rapportera vilka granskningar och skyddsåtgärder av större betydelse som har gjorts i enlighet med informationssäkerhetspolicyn, riskanalyser som har utförts avseende informationssäkerheten, och förbättringsåtgärder som har vidtagits.

SOSFS 2008:14 upphör att gälla den 1 mars 2017 och istället träder HSLF-SF 2016:40 i kraft. Enligt 7 kap 1 § ska Patientsäkerhetsberättelsen, utöver vad som anges i 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659), innehålla uppgifter om de uppföljningar av

informationssäkerheten och som är av större betydelse, de riskanalyser som har gjorts, de åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten och som är av större betydelse, den utvärdering vårdgivaren har genomfört av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem, och den granskning som har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.

För att besvara ovanstående frågeställningar genom denna informationssäkerhetsberättelse har information inhämtats från verksamhetschefer, informatikenheten och e-hälsoenheten samt personuppgiftsombudet i landstinget.

Uppföljningar, riskanalyser och åtgärder genomförda under 2016

Förstudie av informationssäkerheten genomförd

VLL har under 2016 gett i uppdrag till en extern konsult för att genomföra en förstudie om informationssäkerhet. Konsulten färdigställde en rapport den 26 oktober 2016. Förstudien kom fram till att det pågår aktiviteter inom landstinget men utan koppling till en sammanhållen strategisk informationssäkerhet, detta kommer av att det saknas en ledare för informationssäkerhetsarbetet. Riskanalyser inom informationssäkerhetsområdet förekommer inte, det finns heller ingen informationsklassificeringsmetod eller modell inom VLL. Förstudien redovisar tydliga tecken på att det måste genomföras åtgärder inom organisationen för informationssäkerhet, inom ramverk, riskhantering, informationsklassificering och styrning av åtgärder. Åtgärderna som rapporten förslår är följande;

- Anta en informationssäkerhetspolicy
- Påbörja arbetet med modell/metod för informationsklassificering
- Etablera en process för riskhantering inom informationsäkerhetsområdet
- Implementera ledningssystem för informationssäkerhet
- Rådet för säkerhet och beredskap borde förändras
- Etablera en styrmodell för informationsäkerhetsarbetet
- Tillsätt en informationssäkerhetsstrateg
- Utse en IT-säkerhetsansvarig
- Analysera var ett dataskyddsombud skulle vara placerat och roll
- Informera organisationen om nya dataskyddsförordningen

Tillsyn gällande informationssäkerhet

Under år 2016 har Västerbottens läns landsting (VLL) varit föremål för tillsyn av informationssäkerheten från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). IVO fattade den 17 oktober 2016 beslut i frågan. IVO fann vid tillsynen att VLL inte har utsett en person som skall ansvara för informationssäkerheten enligt ovannämnda föreskrift samt att rapporter om informationssäkerhet därigenom uteblivit. IVO begär att detta skall åtgärdas och återrapporteras senast den 3 mars 2017.

Utifrån det tillsynsbeslut av IVO som VLL blivit tillställd och den förstudie om informationssäkerhet som genomförts har ledningsgruppen beslutat att rekrytera en tjänst för att leda informationssäkerhetsarbetet i landstinget. Landstingstyrelsen har även gett i uppdrag till landstingsdirektören att ta fram en handlingsplan för de åtgärder som förstudien föreslår.

IT-säkerhet

Västerbottens läns landsting har organiserat den tekniska IT-verksamheten i fyra delområden

- Nätverk och IT-säkerhet
- Server och lagring
- Klientplattform
- Systemdrift

I planeringen för nästföljande år tas årliga förvaltningsplaner fram som beskriver vad som skall utföras. Aktiviteterna kopplas mot leveransmål som i sin tur är kopplad mot strategiska mål. De strategiska målen skall vara kopplade till landstingets övergripande IT-plan. Inom dessa fyra områden sker löpande förbättringar i IT-säkerheten genom vardagsarbetet. Det finns också ett flertal riktade aktiviteter för att höja IT-säkerheten.

Under 2016 har nedanstående förbättringar av större betydelse genomförts:

- Livscykelhantering av nätverksutrustning, servrar, lagringssystem och klienter
- Nytt Ransom-skydd
- Nytt IPS-skydd
- Full proxy infört för externa servertjänster inkl DDOS-skydd
- Avvecklingsprojekt av Windows XP och Windows Server 2003
- Nytt backupsystem för virtuella servermiljön
- Revision av behörighetsgrupper för serveraccess (driftpersonal)
- Två externa rapporter; genomlysning av VLLs datahallar respektive Nätverk och svarstidsanalys.
- Redudanstester av datahallar har genomförts

Oplanerade datastopp

De flesta verksamheter uppger att de har fungerande avbrottsrutiner, men att oplanerade datastopp innebär stress och strul för medarbetarna och försvårar patientarbetet. Enstaka verksamheter uppger att det funnits en risk när man inte kunnat ge läkemedel, provsvar blivit fördröjda och att avsaknad av läsläge innebär risk för patientsäkerheten. En klinik påpekar att det funnits dålig kunskap om reservrutiner för informationssystem för anestesi och intensivvård. Verksamheterna har reservrutiner/avbrottsplaner men det försvårar/fördröjer arbetet och det finns en osäkerhet när man inte kan ta prover. Remisser har även försvunnit vilket såklart inte är patientsäkert, och det är mycket att skriva efteråt för att komma ikapp i arbetet.

Avvikelseutredningar gällande informationssäkerhet

Samtliga avvikelser och avvikelseutredningar som inkommer till organisationen Informatik Västerbotten och till respektive förvaltningsobjekt (IT-system) via Informatik Västerbotten hanteras, följs upp och återkopplas. Förbättringsåtgärder genomförs kontinuerligt. Prioritering av större förändring såsom utveckling/nya funktioner/stora kostnader för felrättningar etc. sker via landstingets berednings- och beslutsprocess.

Till Informatik Västerbotten inkommer via landstingets avvikelsesystem, avvikelser för de förvaltningsobjekt (IT-system) som har en central förvaltning, dvs. med systemförvaltare som organisatoriskt tillhör Informatik Västerbotten. Objektägare för dessa centralt förvaltade IT-system är i stort sett alltid en person som inte har sin organisatoriska tillhörighet inom Informatik Västerbotten. Objektägaren har det yttersta ansvaret för att avvikelser inom sitt objekt hanteras. På uppdrag av objektägaren hanteras avvikelser av förvaltaren.

I en förvaltningsorganisation ingår uppdraget att hantera avvikelser och göra förtydliganden, förbättringar och eller utveckling/rättning för respektive objekt. Detta är en ständigt pågående process där de registrerade avvikelser är en del av underlaget för prioriteringar/förbättringar.

Under 2016 har ca 100 avvikelser eller avvikelseutredningar för de centralt förvaltade objekten avslutats, samtliga med angiven orsak, beslutade åtgärder och återkoppling till anmälaren. Dessa avvikelser handlar om allt från handhavandefel till stora IT-systemfel, dvs. en otroligt stor spännvidd vad gäller orsaken för registrerad avvikelse

De flesta avvikelser som anmäls via Informatik Västerbotten rör huvudjournalsystemet, NCS Cross, vilket är naturligt eftersom det är ett av de största IT-systemen, som också hanteras av största antalet användare.

Under 2016 har Informatik Västerbotten utfört tre större interna händelseanalyser med anledning av oplanerade incidenter i IT-system. Åtgärdsplaner för att se till att inte samma incident upprepar sig har skapats och beslutade förbättringsåtgärder har genomförts.

- 2016-02-22 Driftstörning i NCS Cross mfl system
- 2016-05-17 Driftstörning i IT-system
- 2016-11-11 Hårdvarufel infrastruktur stoppar NCS Cross

Utvärdering av olovlig åtkomst

Inom slutenvården följer inte alla rutinen om månatliga loggkontroller ca 21% följer inte alls eller har egna varianter som att klinikerna gör det vid efterfrågan eller gör det kvartalsvis. Åtta kliniker säger att man vid loggkontrollerna hittat obehörig åtkomst och utrett enligt rutin det gäller dels utomstående men också egen personal. Fyra av primärvårdens verksamheter uppger att de inte har regelbundna loggkontroller varje månad, två lämnar inget svar på frågan och resten svarar ja på månatliga loggkontroller. Tre enheter inom primärvården har hittat att obehöriga varit inne i journaler och det har hanterats enligt rutin, två lämnar inget svar på frågan.

Samverkan med patienter och närstående

Patienters erfarenheter av och synpunkter på hälso- och sjukvården är en viktig grund i kvalitetsarbetet och målsättningen är att öka delaktigheten. Patientlagen understryker vikten av patientens delaktighet i vården. I år omnämns just en ökad delaktighet på ett flertal sätt i patientsäkerhetsberättelserna från verksamheten. Man nämner att det finns fokusgrupper, länsnätverk, patientföreningars representanter i olika arbetsgrupper men också att man gör egna regelbundna patientenkäter för att efterfråga synpunkter på hur vården fungerat. Den nationella patientenkäten har genomförts och resultatet visar att VLL ligger på samma eller bättre nivå än riket.

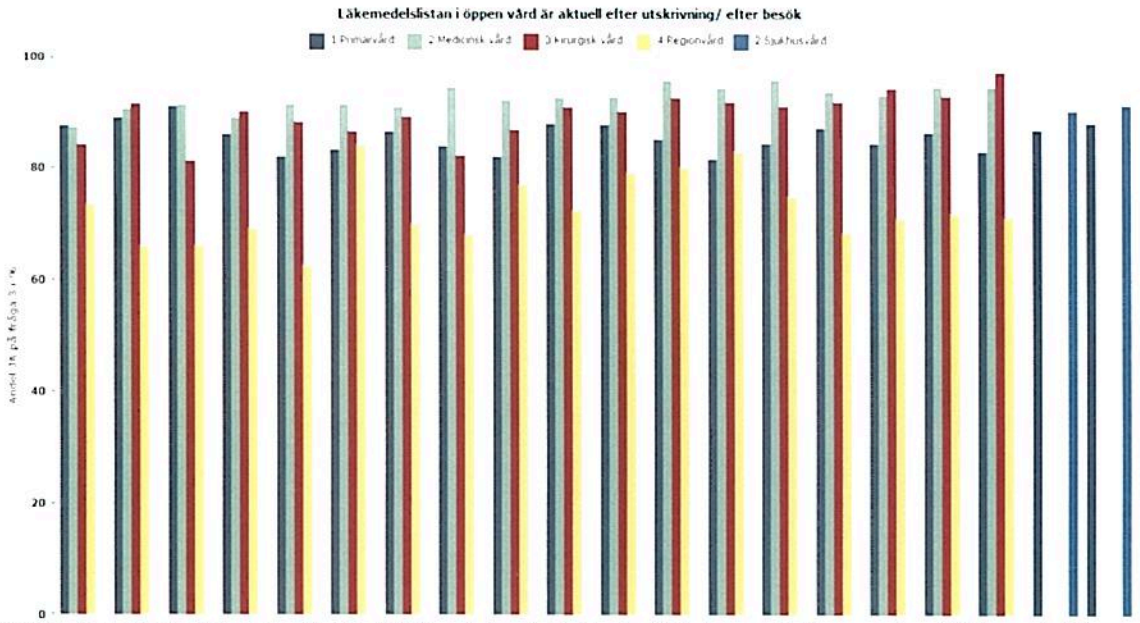
Resultat

Strukturmått

Under året har 41 patientsäkerhetsdialoger genomförts inom sjukhusvård, primärvård och tandvård. Utbildning i avvikelsesystemet, work-shops och nätverksträffar för att öka kunskap och ge och inspiration till ett förbättrat patientsäkerhetsarbete har genomförts under året. Stramagruppen i VLL har kontakt med länets Hälsocentraler och kliniker via information på hemsidan www.vll.se/strama, egna kontakter, besök, utbildningar och med hjälp av informatörer på Läkemedelscentrum. Under året har vi dessutom fortsatt samarbetet med av verksamhets-cheferna utsedda Infektionsambassadörer på varje enhet med särskilt ansvar för kvalitetsarbete kopplat till antibiotikaanvändning.

Processmått

VLL har sedan 2008 genomfört mätningar inom läkemedelsområdet, bland annat andel patienter som får en korrekt läkemedelslista vid utskrift från slutenvård eller efter besök i öppenvård.

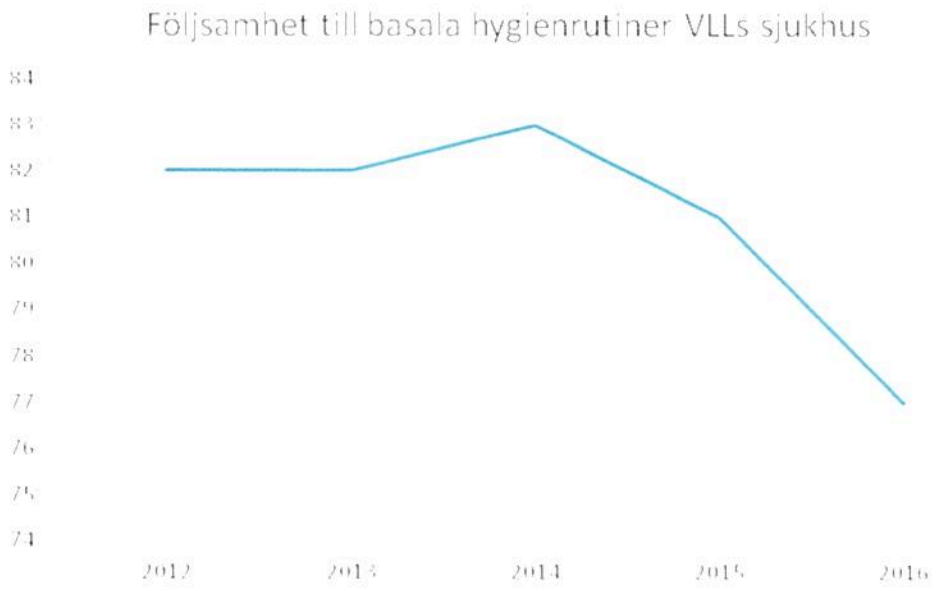


Figur Andel patienter som vid utskrift från slutenvård eller besök i öppenvård har en aktuell läkemedelslista 2011-2016

Resultaten relativt konstanta vid de senaste mätningarna på övergripande nivå men på verksamhetsnivå kan man se förbättringar. I verksamheternas patientsäkerhetsberättelser framgår tydligt att tydliga rutiner finns, däremot kan rutinen se olika ut men man beskriver att både sköterska och läkare kontrollerar, man ger läkemedelslista till patienten och även att man infört en "tvingande utskrift" så att patienten alltid ska få sin lista.

Basala hygien- och klädrutiner

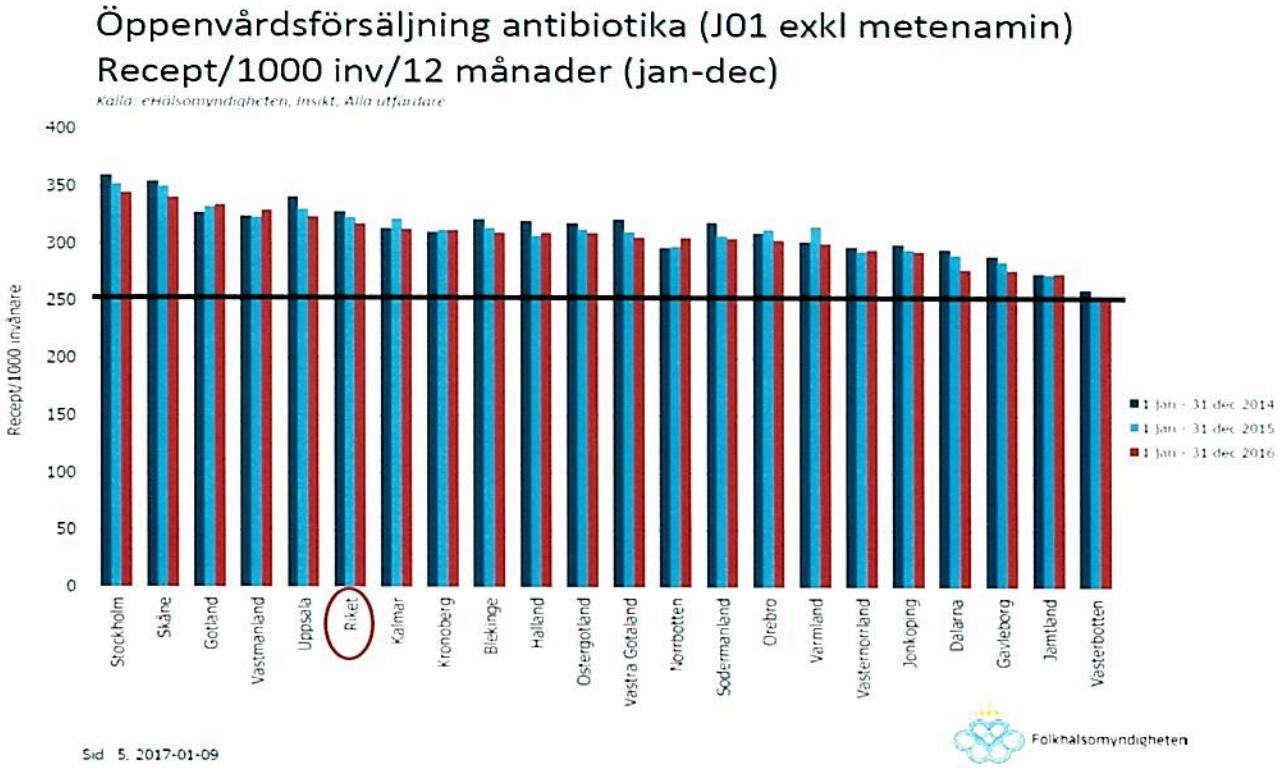
Inom VLL ökade följsamheten till hygien- och klädregler från mätningarnas start fram till 2014 viket sammanfaller med perioden för Regeringens och Vårdgivarnas Patientsäkerhetssatsning. Vi har därefter tyvärr noterat en oönskad trend av sämre följsamhet med nedgång i det värde som beskriver total följsamhet till hygienrutiner (att man gör rätt i samtliga fyra steg som ingår i mätningen). Bilden nedan beskriver ca 19500 observationer av personal på de tre sjukhusen i Västerbotten 2012-2016. Liknande trend ses i primärvård och tandvården. Trenden har lett till att vi under 2017 gör nya insatser för att försöka bryta tappet.



Antibiotika

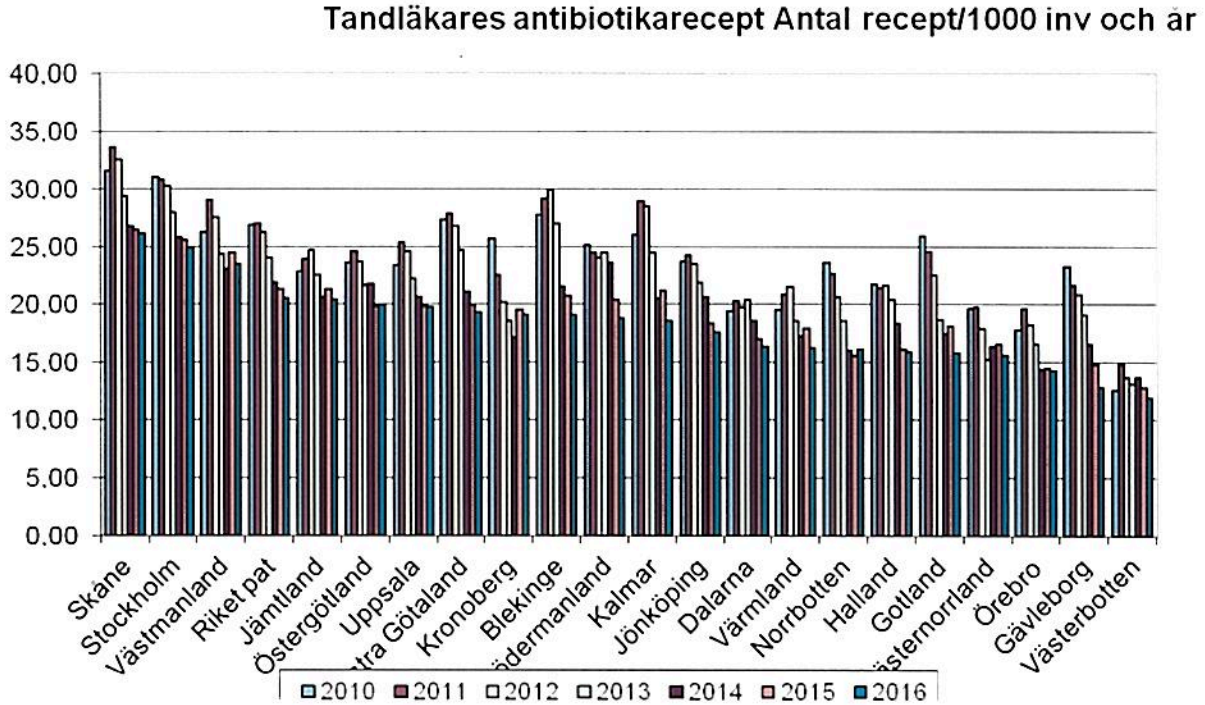
Resultatmått

VLL hade 2016 fortsatt landets lägsta antibiotikaförskrivning med 252 recept per 1000 invånare och år inom öppenvård (se figur 3). Utöver en sjunkande volym av antibiotika ser vi även ett bra förskrivningsmönster med hög följsamhet till behandlingsrekommendationerna.



Figur Antibiotikaförskrivning i öppenvård 2014-2016, recept per 1000 invånare

VLL hade fortsatt även landets lägsta förskrivning av antibiotika i tandvården **(se figur nedan)**



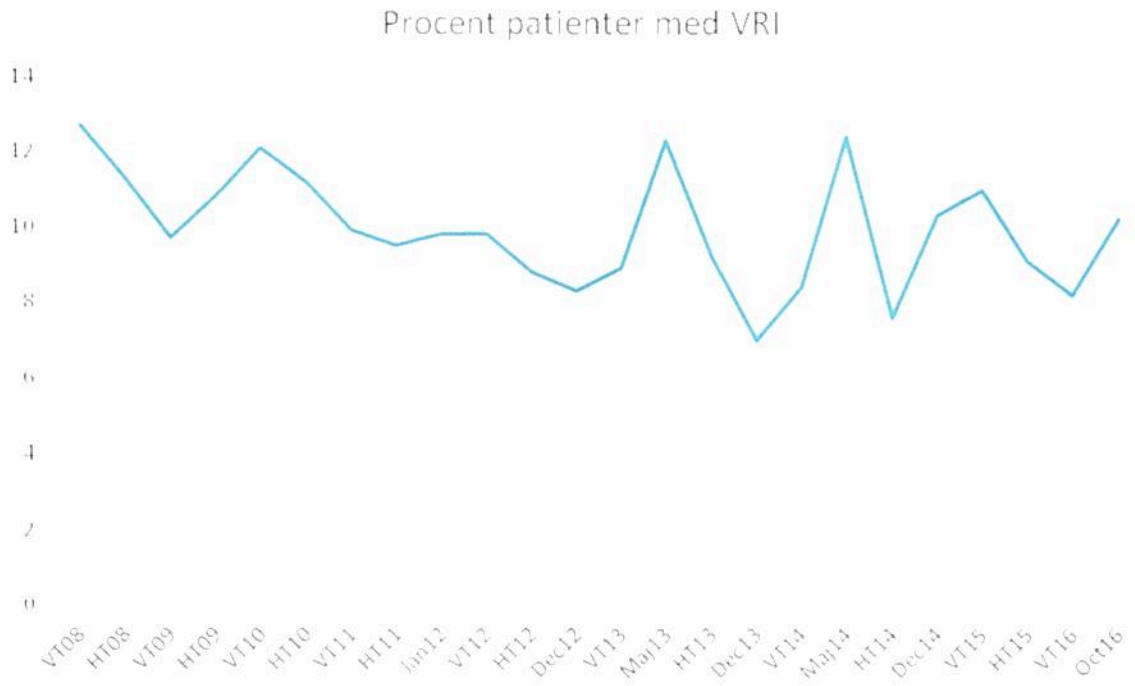
Västerbotten har ökat sin totala rekvisition av antibiotika mätt i DDD från 171234 till 173 283, däremot ses en svagt sjunkande trend på sjukhusen från 152522 2014 till 148030 2016. Den totala nivån ligger för fortfarande högt i relation till andra län och fördelningen av de olika preparatgrupperna ger en blandad bild. Negativt är att penicillin V och G minskar något samtidigt som cefalosporiner ökar. Positivt är att breda antibiotika som kinoloner och karbapenemer minskar. Oförändrad rekvisition av piperacillin-tazobactam. För 2017 återupptar vi arbetet att med stöd av rapporter i Infektionsverktyget följa antibiotikaprofil. Vi kommer bl.a. försöka påverka behandling av urinvägsinfektion utan feber på alla sjukhuskliniker och andelen penicillinbehandlade samhällsförvärvade lunginflammationer på medicinska kliniker. Under året påbörjas arbete med antibiotikaroner, vilket också kan bidra till förbättrad förskrivningsprofil.

Kinolonförskrivning på recept mot urinvägsinfektion för kvinnor 18-79 år ligger på 13% 2016. Det är lågt kvar till målet under 10 %, förskrivningen i primärvården är dock nere på under 5 %. Andelen barn 0-6 år som får Penicillin V förskrivet vid luftvägsinfektion har minskat från 72,9-71,5%. Målet är att nå upp till 80 %, vilket kommer att bli svårt att nå då förstahandsbehandlingen för barn 0-6 år med luftvägsinfektion är att avstå från antibiotikabehandling.

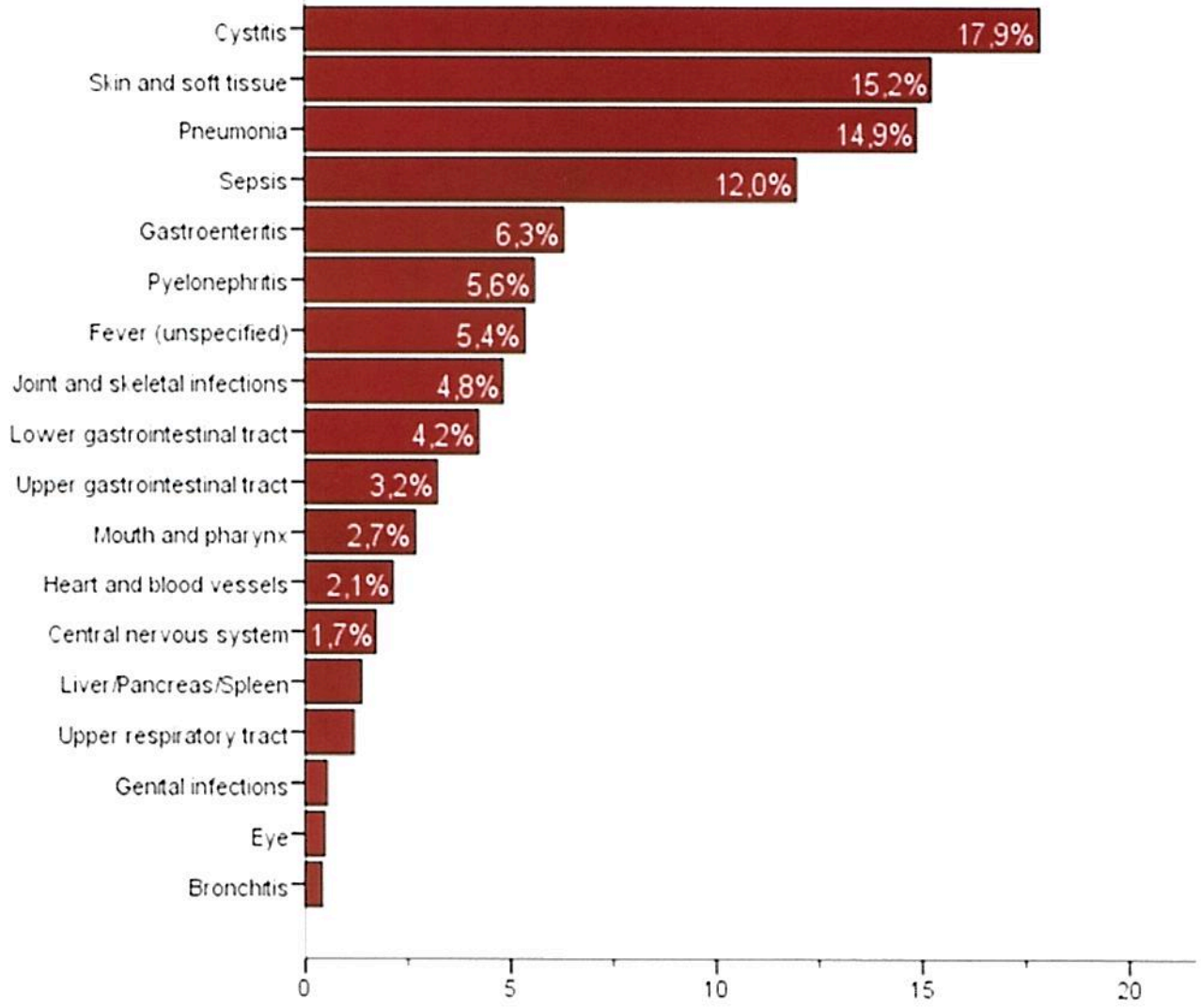
VLL har sänkt sin förskrivning på recept i tandvården och ligger fortsatt lägst i landet.(se figur ovan)

Vårdrelaterade infektioner

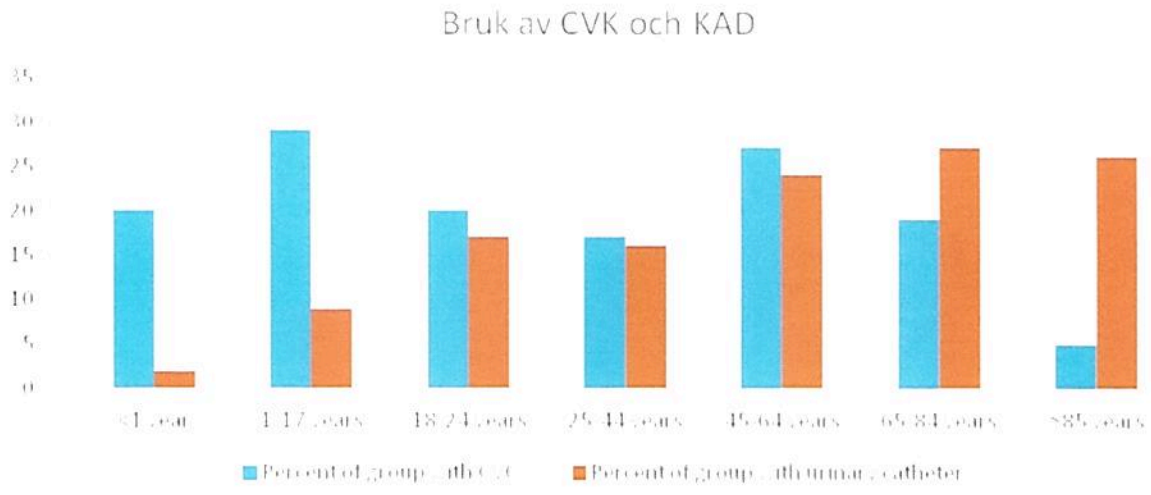
VLL har enligt punktprevalensmätningar kunnat minska förekomsten av VRI något under perioden 2008-2016. Nedan visas en graf som illustrerar 24 punktmätningar av vårdrelaterade infektioner hos alla inneliggande patienter inom somatisk vård på Västerbottens tre sjukhus. En statistisk analys tyder på att infektionerna blivit något färre (ca 20 % minskning) under tidperioden men att minskningen har avstannat under 2015-16. Data på varje patient (N=17582) har kvalitetsgranskats av vårdhygienisk expertis innan inmatning.



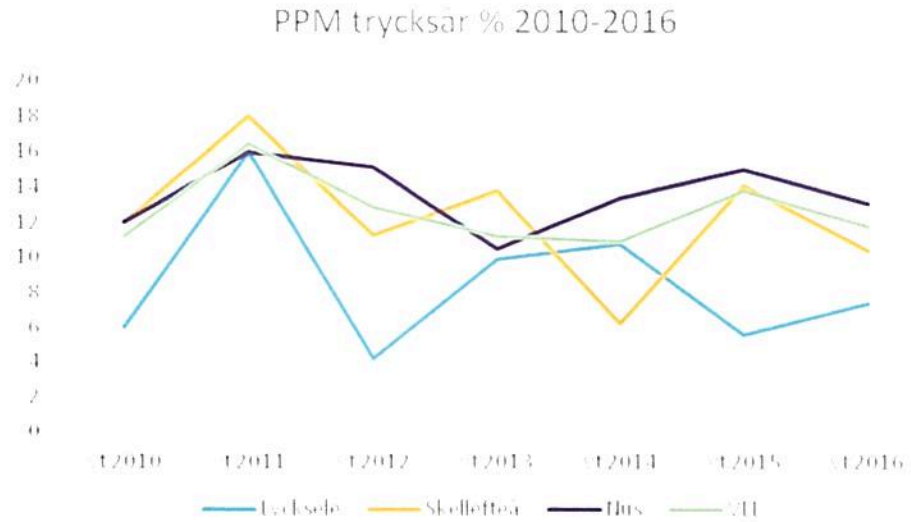
En analys av vilka typer av VRI som patienterna drabbas av beskrivs i figuren nedan och liknar resultat på nationell nivå. Det tre vanligaste infektionstyperna är urinvägsinfektion, hud- och mjukdelsinfektion och lunginflammation.



Vi har vidare undersökt riskfaktorer för VRI hos patienterna som drabbats för att bättre kunna rikta insatser mot olika grupper av patienter. I jämförelse med nationella data har vi hög användning av urinkatetrar och centrala venkatetrar och där finns också en tydlig skillnad i användning mellan olika åldersgrupper, se figuren nedan. Resultaten har nyttjats i en pågående länsövergripande förbättringsarbete för inläggning och skötsel av centrala veninfarter som drivs av operations/anestesi-verksamheterna i samarbete med Cancercentrum.



Trycksår



Figur Andel inneliggande patienter med trycksår i VLL över tid (2010-2016)

Sammantaget visar resultatet en förbättring av resultatet avseende andel trycksår. Lokalisationen av trycksår följer samma mönster som tidigare mätningar där ryggslut och häl är de vanligaste lokalisationerna. Dock har andelen patienter som får insatser för att minska risken för trycksår ökat när det gäller hälavlastning, och användning av tryckavlastande/behandlande madrasser vilket är positivt. Det fortsatt arbetet med riskbedömning för att identifiera riskpatienter har pågått under året i en länsgemensamma arbetsgrupper, och en handlingsplan presenteras i mars 2017.

Måluppfyllelse

Västerbottens läns landsting övergripande mål för patientsäkerhet. Nedan följer en avstämning för måluppfyllelse.

LANDSTINGSGEMENSAMMA MÅL	MÅL 2016
Andel utlokaliserade patienter	Minska jfr med 2015
Andel patienter med en vårdrelaterad infektion ska rapporteras per verksamhet via infektionsverktyget (gäller alla inneliggande patienter) Minskning av andel VRI	Samtliga berörda enheter rapporterar Minskning jfr med 2015
• hygienregler	100%
• klädregler	100%
Andel patienter med korrekt läkemedelslista vid utskrivning/efter besök	100%
Andel trycksår grad 3–4 uppkomna på sjukhus (av total andel trycksår)	3%
Andel verksamheter som arbetar proaktivt med utfallet av ps-kulturmätningen ex Gröna korset	50%

Målvärden för Hälso- och sjukvårdsnämnden

Målvärde 2016	Måluppfyllnad
Andel vårdrelaterade infektioner vid mättillfället ska minska	Målet uppfyllt en minskning på ca 1%
Andel allvarliga vårdskador i förhållande till vårdtillfällen ska minska	Målet uppfyllt en minskning med 0,2% ses

Analys

Problem med att kunna hålla vårdplatser öppna dels beroende på ekonomin men framför allt beroende på personalbristen har gjort att andelen utlokaliserade patienter inte kunnat minska. Ett arbete har starts med att titta på hur utlokaliseringen sker.

Andelen patienter med VRI har däremot minskat med ungefär en procent jämfört med fjolåret vilket är positivt., vissa tekniska problem med Infektionsverktyget har gjort att verksamheterna inte kunnat nyttja det i den utsträckning som var tänkt. Andelen allvarliga trycksår har minskat så målvärdet uppnås.

Högt ställt mål på 100% gällande hygien- och klädrutiner uppnås inte utan där ses en försämring runt hygienrutinerna, vilket gör att ytterligare fokus på det sker 2017.

Målet med ökat proaktivt arbete med exempelvis "Gröna Korset uppnås.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Fullmäktiges mål för patientsäkerhet 2016-2019:

Landstingsplanen för mandatperioden har fyra övergripande inriktningsmål med strategier för varje inriktningsmål. Dessa är bättre och jämlik hälsa, god och jämlik vård, aktiv och innovativ samarbetspartner samt attraktiv arbetsgivare. Där finns bland annat att hälso- och sjukvård utgår från delaktiga patienter. De övergripande målen bryts sedan ner i planerna för landstingsstyrelsen och i planen för hälso- och sjukvårdsnämnden. I Landstingsstyrelsens plan för 2017 finns bland annat mål för korrekt läkemedelslista men också att utveckla ett personcentrerat arbetssätt. I Hälso-och sjukvårdsnämndens plan finns mål gällande minskning av vårdrelaterade infektioner, öka andelen korrekt läkemedelslista samt öka antal dygn med beläggningsgrad <93%.