region
västerbotten

Patientsäkerhetsberättelse för Region Västerbotten År 2022

Agera
för säker vård

Datum 20230223
Ansvarig för innehållet
Diarienummer

Brita Winsa
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Region Västerbotten

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen, *PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §*, ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

Källa:
Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23. I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.

Innehåll

SAMMANFATTNING 5

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD 6
Engagerad ledning och tydlig styrning 6
Övergripande mål och strategier 6
Organisation och ansvar 7
Samverkan för att förebygga vårdskador 8
Informationssäkerhet 9
Strålskydd 10
En god säkerhetskultur 10
Medarbetarundersökning arbetsmiljö och säkerhetskultur 10
Adekvat kunskap och kompetens 12
Patienten som medskapare 14
Personcentrerad vård 14
Barnen som anhöriga vid Psykiatriska kliniken Umeå 16
Patientutbildningar vid Psykiatriska kliniken Umeå 17
Rökfri inför operation 17
AGERA FÖR SÄKER VÅRD 17
Vårdhygien 18
Minska vårdrelaterade infektioner och smittspridning 18
Vårdrelaterade infektioner (VRI) 19
Följsamhet till basala hygien- och klädregler (delmål > 95/90%) 21
Antibiotika 23
Avvikelser 24
Klagomål 25
Utredningsärenden 26
En samlad analys till orsak för ej uppnådda mål gällande avvikelser, klagomål och utredningsärenden 26
Sammanställning av lex Maria 2022 27
Årsrapport ID-fel Laboratoriemedicin Västerbotten 2022 28
Punktprevalensmätning trycksår 29
Region Västerbottens lokala mätning gällande förekomst av trycksår, fall, undernäring och delirium 31
Öka kunskap om inträffade vårdskador 32
Avvikelsehantering 32

Tillförlitliga och säkra system och processer 32
Stratsys patientsäkerhetsmodul 32
Ledningssystem 33
Läkemedelscentrums arbete ur ett patientsäkerhetsperspektiv 33
Riskbedömningar 34
Suicidpreventivt arbete 35
Säker vård här och nu 36
Överbeläggningar och utlokaliserade patienter 36
Riskhantering 38
Stärka analys, lärande och utveckling 40
Avvikelser 40
Markörbaserad journalgranskning 41
Klagomål och synpunkter 41
Nationella patientenkäten 41
Patientnämnden 43
Öka riskmedvetenhet och beredskap 44
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR 45
BILAGA 1. Strålskyddsbokslut 2022 47

SAMMANFATTNING

Region Västerbotten beslutade 2022 att införa Stratsys patientsäkerhetsmodul. Verksamheterna fick i och med detta ett samlat verktyg för verksamhetsplanering. Modulen för patientsäkerhet har i regionen byggts upp med utgångspunkt i den "Nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 - Agera för säker vård" från Socialstyrelsen. Metodstöd togs från "Genomförandestöd till verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete" som är framtaget av SKR och NSG patientsäkerhet.

Nationellt pågår en omställning till "Nära vård". SKR har som uppgift att stödja regioner och kommuner i arbetet. I Region Västerbotten pågår arbeten med att såväl öka patientmedverkan som att arbeta för en mer personcentrerad vård.

Hälso- och sjukvården i regionen strävade under året efter att finna tillbaka till ett normalläge i anslutning till pandemins slutskede.

Personalbrist har påverkat alla delar av sjukvården, inom slutvården har vårdplatser dragits ner och överbeläggningar och utlokaliseringar ökat. Verksamhetsutveckling har fått stå tillbaka, bland annat vad gäller patientsäkerhetsfrågor. Trots detta har verksamheter bland annat utvecklat det digitala "Gröna Korset", förbättrat introduktionsutbildningen för ny personal och utbildat i personcentrerad vård.

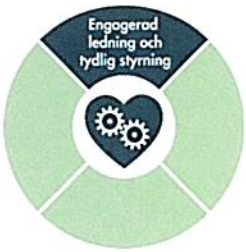
Vårdhygien har under året haft kommunikation med vårdgivare i regional respektive kommunal vård och omsorg för att hålla organisationernas åtgärder i fas med dynamiken i pandemin. Utbildningsinsatser från Vårdhygien riktade till personal i kommunal vårdverksamhet har fortsatt under 2022.

Det förebyggande arbetet mot vårdrelaterade infektioner (VRI) har under året präglats av arbetsinsatser för att minska risken för spridning av covid-19 till patienter och personal. Personalen har fortsatt att utbildas i basala hygienrutiner, användning av personlig skyddsutrustning och i hur smittkedjor ska brytas. Vid PPM ses förbättrade värden eller kvarstående höga värden 2022 jämfört med 2020 och 2021 för både följsamheten till basala hygienrutiner och till klädregler.

Socialstyrelsens e-utbildning i patientsäkerhet "Agera för säker vård" lanserades i oktober 2021. I Region Västerbotten beslutades att all personal inom hälso- och sjukvården skulle genomgå utbildningen, med ett målvärde på att minst 70 % av personalen skulle genomföra den under 2022. Drygt 4000 personer genomgick utbildningen under året, och den kommer att fortsätta att genomföras under 2023.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Engagerad ledning och tydlig styrning



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Övergripande mål och strategier

Regionplanen som beslutas av regionfullmäktige är regionens strategiska plan och anger den övergripande inriktningen för regionens verksamhet.

Regionplanen innehåller inriktningsmål, strategier och uppdrag till nämnder och styrelser. I regionplanen anger regionfullmäktige tre målområden, dessa är hållbart samhälle, god och jämlik hälso- och sjukvård, jämlik och attraktiv region. Inriktningsmålen bryts sedan ner inom nämnder och styrelser.

Hälso- och sjukvårdsnämndens mål 2020 - 2030:

Målområde: Hållbart samhälle

- Västerbotten har världens bästa och mest jämlika hälsa
- Västerbotten är det barnvänligaste länet
- Västerbotten har trygga invånare med inflytande och delaktighet och ett rikt samt aktivt kultur- och föreningsliv.
- Västerbotten är en ledande miljöregion

Målområde: God och jämlik hälso- och sjukvård

- Vi har en nära, tillgänglig och personcentrerad vård i hela länet
- Vi levererar jämlik och jämställd hälso- och sjukvård av hög kvalitet
- Vi är en attraktiv arbetsgivare med personal som trivs och utvecklas hos oss
- Vi har en långsiktigt hållbar ekonomi

Målområde: Jämlik och attraktiv region

- Vi är en inkluderande, attraktiv och innovativ samverkanspartner
- Vi är ledande inom forskning, innovation och digitalisering

Regionövergripande patientsäkerhetsmål 2022

- Minska antalet utlokaliserade patienter
- Andelen av all personal inom hälso-och sjukvård som har genomgått SoS nationella e-utbildning i patientsäkerhet ≥70%
- Avvikelsehantering
  - Öppna och klassificera avvikelseområde inom 7 dagar - målvärde ≥80%
  - Avsluta en avvikelse inom 180 dagar - målvärde ≥80%
  - Handlägga och avsluta utredningsärenden inom 60 dagar från att utredningsärendena kommit in – målvärde ≥80%

- Utreda klagomål/synpunkter, återkoppla resultat till rapportör och avsluta inom 30 dagar - målvärde 100%

- Andel patienter med vårdrelaterade infektioner ≤ 7/ 100 vårdtillfällen/ år mätt med Infektionsverktyget
- Deltagande i samtliga genomförda punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner 100%
- Personalen har korrekt följsamhet till basala hygien- och klädrutiner ≥ 95/90%
- Deltagande i samtliga genomförda mätningar av följsamhet till klädregler 100%
- Genomförande av minst en egenkontroll för vårdhygienisk standard per verksamhet 1ggr/år
- Andelen patienter med trycksår uppkomna på sjukhus – delmål ≤ 6% av patienterna i PPM
- Rationell antibiotikaanvändning – rapport via Infektionsverktyget, enligt STRAMA
- antal antibiotikaordinationer / 100 vårdtillfällen
- antal ordinationer av cefotaxim och ciprofloxacin / 100 vårdtillfällen

Organisation och ansvar

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

Funktion	Ansvarar för
Regiondirektör	att det övergripande patientsäkerhetsarbetet bedrivs systematiskt
Patientsäkerhetsråd	att besluta om prioritering och organisation av patientsäkerhetsaktiviteter, att föreslå målvärden för patientsäkerhetsarbetet, att vara uppdragsgivare för regionövergripande riskanalyser, att bereda den årliga planen för patientsäkerhetsarbetet
Hälso- och sjukvårdsdirektör	planering, ledning, samordning, uppföljning och kontroll av verksamheterna inom respektive område, att klarlägga ansvaret för säkerhetsfrågor inom verksamhetsområdet
Områdeschef	planering, ledning, samordning, uppföljning och kontroll av verksamheterna gällande kvalitet och patientsäkerhet, ekonomi och personal
Verksamhetschef	att patientsäkerhetsarbetet bedrivs integrerat i dagligt arbete utifrån gällande riktlinjer, att skriva enhetens patientsäkerhetsplan/berättelse
Lokalt patientsäkerhetsteam	att på verksamhetsnivå driva patientsäkerhetsarbetet, göra analyser och vidta åtgärder
Patientsäkerhetsstrateg	att planera, utveckla och analysera regionens patientsäkerhetsarbete på en övergripande nivå

Chefläkare/ Cheftandläkare	att initiera utredningar och anmäla till IVO händelser som bedöms ha orsakat allvarlig vårdskada/risk för vårdskada enligt lex Maria att delta i övergripande patientsäkerhetsarbete och rapportera väsentliga risker till linjeledning att fatta beslut om rutiner för medicinsk dokumentation och läkemedelsrelaterade rutiner i journalsystemet
Förvaltningschef Patientnämnden	att återföra patientnämndens iakttagelser till ledning och verksamheter
Central patientsäkerhetssamordnare	att samordna det strategiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom regionen, att sammanställa den årliga patientsäkerhetsberättelsen.
Vårdhygien	förslag/aktiviteter för minskning av vårdrelaterade infektioner samt återföring av mätresultat med vårdhygienisk relevans till vårdens aktörer
Smittskydd/Strama	förslag/aktiviteter som syftar till rationell antibiotikaanvändning och att motverka antibiotikaresistens

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkansrådet

Samverkansrådet för patientsäkerhet hör till strukturen för samverkan mellan länets kommuner och Region Västerbotten. Samverkan gäller insatser från hälso- och sjukvård inom regionens verksamheter samt kommunal primärvård som behöver dryftas med ett regionalt perspektiv. Samverkansrådets målsättning är att ingen patient ska drabbas av vårdskada.

Gruppen ska:

- Identifiera övergripande gemensamma risker för patientens säkerhet genom systematisk inhämtning av avvikelser och annan relevant statistik
- Identifiera regionala utvecklingsområden
- Finnas med som referens/expertgrupp vid förändringar och utvecklingsarbeten som är övergripande för samtliga huvudmän och kan ha påverkan på patientsäkerheten.
- Utbyta erfarenheter i syfte att lära av varandra

Ett arbete som har påbörjats efter uppdrag från Samverkansrådet är framtagande av länsgemensamma riktlinjer för patienter med tracheostomi som vårdas i hemmet. Med en länsgemensam rutin för kommun och region ökar förutsättningarna att processen för vården kring personer med tracheostomi blir tydligare

och mer kostnadseffektiv. Ett tydliggörande av ansvar, utbildning och ekonomi ökar patientsäkerheten och tryggheten hos vårdnadstagare och dess närstående samt hos vårdgivare.
Målet med länsgemensamma riktlinjer är att processen när person med tracheostomi ska skrivas ut till hemmet eller annat boende tydliggörs och förkortas.

Svårläkta bensår, ett projekt i samverkan

En grupp med representanter från Hud och STD-kliniken vid Norrlands universitetssjukhus, särskilt boende i äldreomsorgen och hemsjukvården i Umeå Kommun har under hösten 2022 jobbat med information till personal inom primärvården kring projektet "Svårläkta bensår" som pågått under drygt två år. I projektet svårläkta bensår har en grupp bestående av dietist, undersköterskor, sjuksköterskor, läkare och chefer från både Umeå Kommun och Region Västerbotten under drygt två års tid arbetat fram dokument och metoder för att förbättra vården av svårläkta bensår.

Detta arbete har resulterat i ett nytt vårdprogram, patientbroschyrer, utarbetande av metod för digitala vårdmöten mellan olika huvudmän, en webutbildning i praktisk sårbehandling samt stärkt samarbetet mellan Region Västerbotten och Umeå Kommun.

För att nå ut med detta till vårdpersonal har implementeringsgruppen under hösten föreläst för distriktssköterskor, sjuksköterskor och undersköterskor på Backens, Vindelns, Vännäs, Bjurholms, Hörnefors, Holmsunds samt Tegs hälsocentraler. Ytterligare tillfällen är inbokade på Mariehems, Ersbodas och Ålidhems hälsocentraler. Läkare har varit inbjudna och vid Holmsunds och Hörnefors hälsocentraler har ett par läkare deltagit.
Utvärdering av föreläsningarna har visat på ett stort behov och ett intresse för att lära sig mer kring diagnosunderlag, behandlingsmetoder och omläggningsmaterial.

Två föreläsningar kring prevention, ¨Hur du som senior kan förebygga svårläkta bensår¨, har hållits på Umeå Kommuns Seniortorg.

Ett antal patientbesök har också genomförts på vårdavdelningar, inom hemsjukvård, särskilt boende samt korttidsboende där man stöttat personal vid komplicerade sår.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §
Syftet med informationssäkerhetsarbete är att säkerställa informationens konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet. Vilket det innebär att enbart den som är behörig att ta del av informationen kan göra det, att den är korrekt och inte förvanskad, och att den finns tillgänglig för de som behöver den när de behöver den. Det systematiska informationssäkerhetsarbetet är ett förebyggande arbete för att kontinuerligt värdera och anpassa informationsskyddet utifrån organisationens behov och de identifierade risker som finns.

Två Cybersäkerhetsstrateger tillträdde mars 2022, och i december tillträdde en ny Informationssäkerhetssamordnare. I oktober 2022 fastställdes en struktur för dataskyddsarbetet som bland annat beskriver ett nätverk för dataskydd och informationssäkerhet med syfte att utgöra en expertgrupp för frågor inom området. Nätverket har en tvärfunktionell sammansättning och innehåller olika funktioner inom Region Västerbotten med perspektiven dataskydd, informationssäkerhet, krisberedskap, IT- säkerhet och cybersäkerhet.

Under våren 2022 genomfördes en cybersäkerhetsanalys baserat på CIS 18 (https://www.cisecurity.org/controls/cis-controls-list) som gav en lägesbild av cybersäkerhetsarbetet inom Region Västerbotten och möjliggör prioritering av åtgärder. Under hösten 2022 genomfördes en

riskanalys för informationssäkerhet inom Region Västerbotten, vilket är en skyldighet för leverantörer av samhällsviktiga tjänster enligt 12§ lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. En åtgärdsplan baserat på de analyserade riskerna beslutades i december 2022. Den kommer att följas upp löpande av informationssäkerhetssamordnaren för att säkerställa att de prioriterade åtgärderna genomförs enligt tidsatt plan.

Informationssäkerhetsklassificering innebär en klassificering utifrån aspekterna tillgänglighet, konfidentialitet och riktighet och värdering av informationen i informationstillgången för att kunna ge rätt skydd. Informationssäkerhetsklassificerade informationstillgångar i KLASSA har följts upp och resulterat i förbättringsåtgärder som handlar om att ett riktat uppdrag har påbörjats för att öka tempot på informationssäkerhetsklassificerade teknikkomponenter med tillhörande informationstillgångar och ge ännu bättre förutsättningar för fortsatt arbete. Uppdraget planeras till våren 2023.

Arbetet med ett nytt vårdinformationssystem har varit intensivt under 2022. Det har genomförts acceptanstester på befintlig dokumentation till Cosmic kopplat till informations-, IT- och cybersäkerhet, för att verifiera att planen för att tillse att säkerheten i systemet lever upp till de ställda kraven. Alla testfall blev inte godkända vid testerna och ett stort arbete med säkerheten i systemet kommer att pågå under 2023.

Teoretisk och praktisk utvärdering av skyddet mot olovlig åtkomst till datornätverket har genomförts i samband med den cybersäkerhetsanalys som gjordes. Åtgärder för ytterligare ökad robusthet och förbättrat skydd planeras under 2023 samtidigt som insatser planeras för att höja säkerhetsmedvetenhet hos all personal och leverantörer inom regionen.

Dokumentation i journalsystemen granskas regelbundet och det genomförs kontroller av loggar att enbart behörig personal läst i journalerna. Varje kalendermånad görs stickprovskontroller av slumpmässigt utvalda användare, och under ett år granskas användare med aktuell behörighet minst en gång. Förutom den systematiska loggkontrollen sker även kontroll vid patients begäran om loggutdrag, kontroll vid misstanke om obehörig åtkomst till vårdinformationen samt särskilda kontroller av externa användare från andra enheter. Varje år genomförs även markörbaserad journalgranskning, vilket är en metod för att strukturerat granska slumpvis utvalda journaler för att fånga upp sådant som oavsiktligt drabba patienten och kan följas upp.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §
Se Strålskyddbokslut, bilaga 1

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Med begreppet god säkerhetskultur avses att organisationen stöder förutsättningar och arbetssätt som bidrar till hög säkerhet. Alla i organisationen har betydelse för säkerhetskulturen.

Medarbetarundersökning arbetsmiljö och säkerhetskultur

Under hösten 2022 genomfördes den årliga medarbetarundersökningen. Syftet är att få en bild av medarbetarnas upplevelse av arbetsmiljö och patientsäkerhet samt skapa ett underlag för dialog om styrkor och förbättringsområden i det systematiska arbetsmiljö- och förbättringsarbetet. Frågor som

ställdes gällande patientsäkerhet var de 11 frågeställningarna från verktyget Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE). Patientsäkerhetsfrågorna motsvarar frågor för Hållbart Medarbetarengagemang (HME) som tillsammans utgör uppföljning utifrån både ett arbetsmiljö- och patientsäkerhetsperspektiv. Svarsfrekvens var 69 %, fördelat på 7564 svar.
Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) visar en förbättring på det totala indexet från förra året. Det är positivt att vi ser en utveckling. När man ser på enskilda HSE frågor har vissa frågor ett lägre värde jämfört med förra årets mätning. Övergripande resultat för regionen på HSE index 75,2 (av 100). (2021 HSE 73). 2022 var HME index 76,5 (av 100). (2021 HME 76)

Medelvärde för regionen på HSE frågorna: (skala 1–5, 1 stämmer mycket dåligt, 5 stämmer mycket bra) Inom parentes resultatet för 2021.

1. Min chefs chef ger förutsättningar för att bedriva en säker vård. **3,76** (3,81)
2. På min arbetsplats lär vi oss av det som fungerar bra. **4,03** (3,93)
3. På min arbetsplats agerar vi alltid utifrån de risker vi ser. **3,95** (4,01)
4. På min arbetsplats genomförs alltid förbättringar efter negativa händelser. **3,71** (3,73)
5. Jag påtalar när jag tror något är på väg att gå fel. **4,47** (4,40)
6. Jag vågar prata om mina misstag. **4,39** (4,41)
7. Jag blir alltid bra bemött på min arbetsplats när jag behöver hjälp **4,34** (4,27)
8. På min arbetsplats har vi ett väl fungerande samarbete med andra verksamheter. **3,74** (3,67)
9. På min arbetsplats anpassar vi arbetet så att säkerheten bevaras när förutsättningarna förändras **3,69** (3,74)
10. Jag skulle känna mig trygg om en närstående vårdades på min arbetsplats. **4,11** (4,24)
11. På min arbetsplats erbjuder vi patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete. **3,02** (3,05)

Det övergripande resultatet på enskilda HSE-frågor visar ett bättre resultat på:

- att medarbetarna lär sig av det som fungerar bra
- att påtala när något är på väg att gå fel,
- att man alltid blir bra bemötta på sin arbetsplats
- att ett väl fungerande samarbete finns med andra verksamheter

Det övergripande resultatet visar en viss försämring gällande:

- att känna sig trygg om en närstående vårdades på arbetsplatsen
- att erbjuda patienterna mer delaktighet i patientsäkerhetsarbetet
- att chefs chef ger förutsättningar för att bedriva en säker vård
- att alltid agera utifrån risker som ses, att alltid genomföra förbättringar efter negativa händelser
- att man vågar prata om sina misstag
- att anpassa arbetet så att säkerheten bevaras när förutsättningarna förändras.

Uppföljning

Varje enhet har i verksamhetsplaneringen i Stratsys både vad gäller patientsäkerhets- och arbetsmiljöplanen uppmanats att planera och prioritera åtgärder utifrån resultaten med både patientsäkerhets- och arbetsmiljöperspektiven i åtanke. Till hjälp i planering och uppföljning av enkäten har lokala patientsäkerhetssamordnare och HR- partners involverats som stöd i förbättringsarbetet.

Resultateten för regionen och respektive enhet kan användas som jämförelser i kommande mätningar. Förbättringsarbetet skapas framför allt i de resultatdialoger som sker på avdelnings-, verksamhets-,

områdes- och regionnivå. Dessa dialoger främjar öppenhet, lärande och reflektion samt kan ge underlag för hur patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och ytterligare kan förbättras.

Uppföljning av arbetet planeras i kommande Patientsäkerhetsdialoger som genomförs i verksamheterna vartannat år, i patientsäkerhetsberättelsen för 2023 samt genom medarbetarundersökning hösten 2023.

Verktyg
Verktyg och stödmaterial till verksamheterna i resultat- och förbättringsarbetet finns samlat på Regionens intranät. Dialogverktyg som rekommenderas är bland annat Säkerhetskulturtrappan från A-E och Gröna korset. **Gröna korset** är en enkel visuell metod för att dagligen identifiera risker, vårdskador och fånga situationer där man kan lära av det som gått bra som underlag för riktat systematiskt förbättringsarbete.

Reflektionsmöten och Gröna korset används på flera enheter i regionen. Säkerhetskulturtrappan används i mindre omfattning. Resultat från Medarbetarundersökningen har diskuterats på avdelningsmöten och i ledningsgrupper. Förbättringsområden har identifierats och aktiviteter har planerats i Patientsäkerhetsplan 2023. Skyddsombud, patientsäkerhetssamordnare och HR partner har deltagit i dialogerna på enheterna.

Patientsäkerhetsdialoger genomförs minst vartannat år **i** verksamheterna för att skapa dialog diskutera säkerhetskultur, få en gemensam bild av patientsäkerhetsläget samt det pågående proaktiva arbetet. Dialogerna genomförs med chefläkare, områdeschef och personer från sektionen för Kvalitet och Patientsäkerhet tillsammans med verksamhetens patientsäkerhetsteam. Dialogerna är uppskattade av verksamheterna.

Adekvat kunskap och kompetens

Hösten 2021 lanserade Socialstyrelsen den nationella e-utbildningen i patientsäkerhet – Säker vård. Utbildningen riktar sig till chefer och medarbetare i hälso- och sjukvården. Region Västerbotten fattade ett beslut inför 2022 om att all personal skulle genomgå e-utbildningen i patientsäkerhet. Ett målvärde sattes på att minst 70 % av hälso- och sjukvårdspersonalen skulle genomföra den under året. Syftet med utbildningen är att försäkra sig om att alla medarbetare har en god kunskap gällande patientsäkerhet och målet är att ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada. Utbildningen har i verksamheten utförts både individuellt och i grupp. Vissa enheter har under sina temadagar haft tema Patientsäkerhet och där efter genomgången e- utbildning diskuterat sin egna verksamhet.

Utbildningen används också i Introduktionsåret för sjuksköterskor. Under 2022 har drygt 4000 av personalen inom hälso- och sjukvården genomgått utbildningen. Den fortsätter under 2023.

Föreläsningar om patientsäkerhet ges till AT-läkare och ST-läkare vid introduktionsutbildning.

För att sprida kunskap om inträffade vårdskador anordnades lärandeseminarier för medarbetare i hälso- och sjukvården. Syftet med dessa är att från händelseanalyser sprida resultat och ta lärdom från dessa för att undvika att händelsen upprepas. Händelseanalys är en metod för att systematisk göra en utredning av negativa händelser och tillbud. Analysen omfattar en rekonstruktion av händelseförloppet och orsaksanalys. Rubriken på seminarierna var:

- Patientsäkerhetsarbete och allvarliga avvikelser inom Primärvården
- Utlokaliserade patienter

Utbildningar och informationsmöten har genomförts för lokala patientsäkerhetssamordnare. Tillsammans med verksamhetschefen ska den lokala patientsäkerhetssamordnaren aktivt arbeta för ökad patientsäkerhet i den egna verksamheten. Under 2022 hölls flertal utbildnings/ informationsmöten. Den information som bland annat gavs var gällande SoS e-utbildning Säker vård, PPM metod, resultat och införande av säker inloggning till SKR databas. Information och metodstöd gavs gällande medarbetarundersökningen om arbetsmiljö och säkerhetskultur. En av de utbildningar som har givits var angående ett proaktivt patientsäkerhetsarbete där en föreläsare var inbjuden och pratade om omvårdnadsronder. Infektionskliniken har under hösten 2022 påbörjat en försöksperiod med omvårdnadsronder. I den pressade situation som sjukvården befinner sig i finns en låg motivation och tid till att utveckla vården på många enheter.

Under våren 2023 planeras fyra webbinarier i omvårdnadsfrågor. Syftet är att ge verksamheterna möjlighet att dela erfarenheter kring omvårdnadsfrågor. Omvårdnadspersonalen har många goda idéer och nu är det viktigare än någonsin att dela med sig av dessa till andra. Även om arbetet utförs inom olika verksamheter så finns det många moment kring omvårdnad som utförs på liknande sätt. I och med att personalen vårdar patienter från alla olika specialiteter vid tex utlokalisering så är det viktigt att tillsammans diskutera olika rutiner.

Återkommande webbinarier har genomförts för avvikelsehandläggare nom Region Västerbotten. Syftet har varit att sprida information men även att var ett forum för diskussion samt spridning av erfarenheter och kunskap.

Sedan hösten 2022 erbjuder Centrum för AnOpIVA, NIVA och THIVA alla sina nyanställda undersköterskor en fördjupad inskolning. Under totalt ett år med sammanlagt sex träffar ges både föreläsningar och praktiska övningar. Träffarna ger möjlighet till att skapa nätverk mellan de olika enheterna. De områden som gås igenom är patientsäkerhet, respiration, cirkulation och medicinskteknisk utrustning. Syftet med den fördjupade inskolningen är att säkerställa att all personal får en tillräcklig introduktion så att man känner sig trygg i sitt arbete.

Ett exempel på hur inskolning av omvårdnadspersonal kan se ut är den som ges till nyanställda på NKK/NIVA. Omvårdnadspersonalen får en fyra veckor lång inskolning där cirka en av veckorna i tid genomsnittligt är förlagd till digitala utbildningsinsatser, inläsningstid av relevant framtagen litteratur för det neurokirurgiska området. Vidare ges enskild handledning av mer erfaren kollega vid några tillfällen utefter behov. Man använder sig av en checklista för att säkerställa att man gått igenom alla moment.

När arbetat på den neurokirurgiska vårdavdelningen (cirka tre månader utifrån individuella behov) påbörjas inskolningen på NIVA, där inskolningen från vårdavdelningen under fyra veckor, byggs på med neurointensivvård som man behöver för att kunna arbeta på ett patientsäkert sätt. Inskolningen är upplagd enligt samma struktur som inskolningen på den neurokirurgiska avdelningen.

En tid efter de båda inskolningarna får man gå en fördjupningsutbildning inom Neurokirurgisk omvårdnad som hålls och genomförs av kollega som läst en universitetsutbildning inom området. Kursledaren håller ett antal seminarier utifrån ett utbildningsmaterial som delgivits via egen utbildningsplattformen "Lärande region". Materialet innehåller läkarförläsningar och filmade moment genomgångar. I slutet av kursen examineras man. Syftet med kursen är att stärka kompetensen hos medarbetare inom neurokirurgisk omvårdnad samt att bidra till ökad patientsäkerhet och vårdkvalitet.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.
PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Personcentrerad vård

I Region Västerbotten pågår arbete med att såväl öka patientmedverkan som att arbeta för en personcentrerad vård. Som stöd för arbetet har regionen fattat beslut om målbild 2030 för hälso- och sjukvården. Vidare har länets kommuner och regionen beslutat om en gemensam målbild för det åtagandet inom vård och omsorg. Dessa styrdokument ger en tydlig och långsiktig riktning för hälso- och sjukvårdens omställning med fokus på invånarnas behov och samarbete på alla nivåer i systemet oavsett huvudmannaskap och driftsform. Nära vård är ingen ny driftsform utan ett förhållningssätt där personcentrerad hälso- och sjukvård och samverkan inom och mellan regioner och kommuner är central.

I arbetet med att skapa en mer personcentrerad hälso- och sjukvård arbetar Region Västerbotten med att utveckla och införa personcentrerat förhållningssätt där patientkontraktet är ett verktyg för att skapa delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan med patientens perspektiv som utgångspunkt. Arbetet görs i samverkan med kommuner, verksamhetsområden, patientorganisationer enskilda personer med patient- eller närståendeerfarenheter och de fackliga organisationerna.

Fortsatt implementering och utveckling av verktygen i patientkontrakt är ett långsiktigt arbete. Patienten ska utifrån överenskommelsen veta sitt nästa steg, vem man kontaktar vid behov, överenskomna tider och möjlighet att ta del av sina olika planer. Flera faktorer påverkar hur nyttjandet kan utformas inte minst möjligheterna till digital dokumentation med åtkomst för patienten och berörda vårdgivare.

- Under 2022 har synpunkter och upplevelser från invånare, intresseorganisationer, patienter och närstående kartlagts genom intervjuer, dialogmöten, work-shops och enkäter.
- Ny överenskommelse om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård har implementerats. Utbildning om SIP, fasta vårdkontakter och patientkontrakt ingår i implementeringsprocessen.
- Vägledning har tagits fram som stöd för lokala rutiner avseende läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård.
- Forskningssamarbete genom tre olika fallstudier avseende nytänkande styrning och ledning av den nära vården har genomförts. Med utgångspunkt från dem har förarbeten med bred involvering av patienter, närstående, medarbetare och ledning bedrivits för införande av mobila team i samverkan i Umeområdet.
- I södra Lappland har arbetssätt med digifysiska vårdkontakter utvecklats och spridits i samverkan och samarbete med kommunerna och närsjukvårdens lokala hälsocentraler/sjukstugor samt med psykiatrin i södra Lappland. Även i övriga delar av länet pågår liknande initiativ för ökad tillgänglighet. Utveckling av sjukstugemodellen är ett annat exempel.
- Utvecklad struktur för regelbunden och nära samverkan mellan vård-och omsorgshuvudmän i Skellefteå/Norsjö har lyfts fram som lärande exempel såväl lokalt, regionalt som nationellt. Gemensamma kriterier för vad samverkan ska leda till är en av de faktorer som underlättat utformning av ett personcentrerat förhållningssätt i patientnära arbete.

Med varierande möjligheter att prioritera utvecklingsarbete har verksamheterna kommit i gång med att systematisera arbetssättet utifrån patientkontraktets intentioner.

I Region Västerbottens verksamhetsplanering 2022 framkommer att sjukstugor och primärvården använder eller planerar att använda "Sju frågor" som SKR har tagit fram för att följa processen mot personcentrerad vård.
Ett antal verksamheter beskriver i sin patientsäkerhetsberättelse att de genom patientdialog, enkät och patientorganisationer arbetar för att ge patienter och närstående möjlighet att vara delaktiga i vården. Det beskrivs dock som ett område som behöver förbättras och utvecklas.

Utbildning i personcentrerad vård vid Neuro-, huvud- och halscentrum

Neuro-, huvud- och halscentrum (NHHC) har sedan vårterminen 2021 bedrivit ett utvecklingsarbete gällande personcentrerat teamarbete. Ett gemensamt utbildningsmaterial för temadagar togs fram på varje rehabenhet inom NHHC. Information hämtades ifrån Vårdanalys, SKR och Centrum för personcentrerad vård (GPCC).

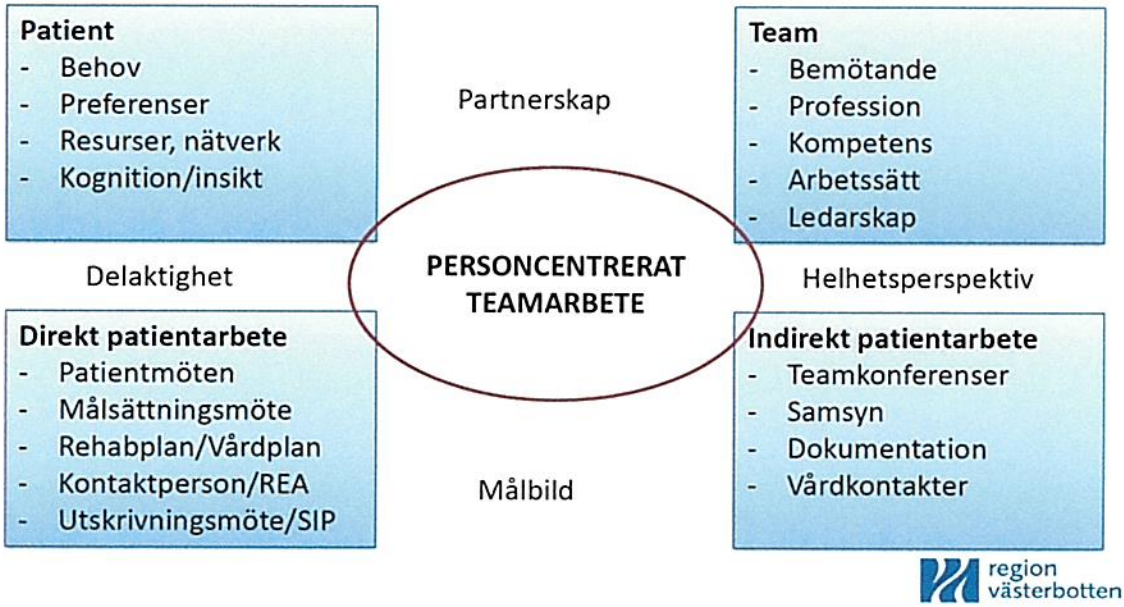
Frågeställningar till workshop 1:

- Vad är personcentrerad vård i vår verksamhet?
- Hur kan vi öka personcentrerat teamarbete hos oss?
- Vad finns det för utmaningar i att bedriva personcentrerad vård hos oss?
- Hur kan vi mäta personcentrering?

Frågeställningar till workshop 2

- Vad behöver personalen för att arbeta personcentrerat?
- Vad är vårt professionella ansvar när patienten har nedsatt kognition och insikt, hur kan göra vi det personcentrerat?

Resultatet av workshops sammanställdes till en övergripande bild över vad som är viktigt att ta hänsyn till vid personcentrerat teamarbete.



Barnen som anhöriga vid Psykiatriska kliniken Umeå

"Föra barnen på tal" är en verksamhet som handlar om barn som anhöriga. Psykiatriska kliniken i Umeå har en gruppverksamhet som bedrivs på ett antal olika sätt som beskrivs nedan.

När är "Föra barnen på tal" aktuellt?

- När det inte är akut kris i familjen på grund av psykisk ohälsa, missbruk, hot om skilsmässa eller våld.
- När föräldrarna själva vill fundera på familjesituationen och barnens situation och upplevelser.

Hur går det till?

- Under 1-3 träffar med föräldrarna går man igenom historien med psykisk ohälsa och dess betydelse för familjen.
- Varje barns situation diskuteras.

Beardslees/familjeintervention

När är Beardslees/familjeintervention aktuellt?

- När föräldern har en fungerande behandlingskontakt och när det inte är akut kris i familjen på grund av psykisk ohälsa.
- När föräldrarna själva vill fundera på familjesituationen genom barnens berättelser och upplevelser.
- När det inte samtidigt finns andra stora problem i familjen till exempel missbruk, hot om skilsmässa eller våld.
- Att vara ensamstående förälder är inget hinder för interventionen, den kan tillämpas i olika familjekonstellationer.
-

Hur går det till?

- Minst sju träffar mellan två behandlare och föräldrar tillsammans med barnen. Träffarna innefattar enskilda besök med föräldrarna, barnen och hela familjen tillsammans.

Barnkraft

Består av två olika riktade stödgrupper för barn (7-12 år) tillsammans med deras föräldrar. Grupperna är ett samarbete mellan Region Västerbotten och Socialtjänsten i Umeå Kommun.

Vad är syftet med "Barnkraft"?

- Varje deltagare ska få med sig kunskap om vad psykisk ohälsa är och hur det påverkar hela familjen. Målsättningen är att den nya kunskapen ska ge alternativa sätt att hantera de svårigheter som man kan uppleva när man växer upp i en familj med dysfunktionella mönster. En viktig del är också att få möta andra barn och ungdomar i liknande situationer. Genom kunskap och att lära sig av varandra minskas skuld och skam vilket är viktiga steg i ett sunt vuxenliv.

Hur går det till?

- Grupperna träffas varje vecka under en termin och deltagarna är barn tillsammans med föräldrar samt behandlare från psykiatrin och socialtjänsten. Det finns BIP (Barn i familjer där psykisk ohälsa finns), BIM (Barn i familjer som har eller haft ett missbruk) och Tonårskraft (Barn och

ungdomar 13-15 år som vuxit upp i en familj med missbruk, psykisk ohälsa eller andra långvariga bekymmer som skapat obalans i familjen).

-

Patientutbildningar vid Psykiatriska kliniken Umeå

Psykiatriska kliniken i Umeå erbjuder PPI (psykopedagogisk intervention), patientutbildningar som syftar till att ge ökad kunskap om och förståelse för sjukdomen. Dessa utbildningar erbjuds på flera av klinikens mottagningar, vilket innebär psykopedagogisk behandling med målsättningen att ge ökad kunskap om sjukdomen. På kliniken har de PPI kopplat till bipolär sjukdom, ADHD, autism och PTSD. Vid ADHD används ett manualbaserat program som heter Pegasus, vilket också finns beskrivet i det nationella vård- och insatsprogrammet för ADHD.

Rökfri inför operation

Enligt riktlinjerna antagna 2014 ska en patient som sätts upp på väntelista för operation få information angående "En rökfri operation" samt informeras om möjligheten att få stöd i rökavvänjning. Riktlinjer och informationsmaterial finns tillgängligt för personal på intranätet LINDA under rubriken "En rökfri operation". Patienten kan, men ska inte själv aktivt behöva fråga efter hjälp då det blir ett riskmoment att personer som behöver stöd inte får det för att de inte känner till möjligheten. Det är vårdens ansvar att informera och erbjuda stöd. Mer information till patienten finns tillgängligt på 1177.

För akuta operationer ska patienten få information om och erbjudas stöd i att vara rökfri efter operation. Patientens uppdrag är att ta emot aktuell information och vid behov stöd samt att vara rökfri i den omfattning som behövs för en säker operation och god läkning.

Verksamheten informerar patienterna om betydelsen gällande tobaksfrihet inför operation och erbjuder hjälp med tobaksavvänjning. Vid Rörelseorganens centrum ingår tobaksfri period innan operation. Information och tobaksfrihet ska ha startat redan inom primärvården men allra senast innan patienten sätt upp för operation.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	2 ggr/ år	Nationell databas PPM-VRI
Basala hygienrutiner och klädregler	2 ggr/år	Nationell och lokal databas
PPM Trycksår SKR	1 ggr/år	Nationell databas
PPM Fall/trycksår/ nutrition	1 ggr/år	Lokalt via arbetsgruppen för omvårdnad och rehabilitering
Markörbaserad journalgranskning	Varje månad	Slumpvis uttagna patientjournaler från NCS-cross
Patientsäkerhetsdialoger	Vartannat år	Lokalt
Kvalitetsregister	Enligt den rutin kliniken har	Nationella databaser

Avvikelser	1 ggr/år	Platina avvikelse
Scanning av avvikelser av central analysledare	Varje månad	Platina avvikelse
Patientens klagomål och synpunkter	Kontinuerligt över året	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet

Vårdhygien

Minska vårdrelaterade infektioner och smittspridning

Resultat: Under 2022 har i det förebyggande arbetet mot vårdrelaterade infektioner (VRI) präglats av arbetsinsatser för att minska risken för spridning av covid-19 till patienter och personal. Arbetet som inleddes 2020 har fortsatt och personal har fortsatt att utbildats i basala hygienrutiner, användning av personlig skyddsutrustning och i hur smittkedjor ska brytas. Omfattande kommunikation till vårdgivare i regional och kommunal vård och omsorg har skett för att hålla organisationernas åtgärder i fas med dynamiken i pandemin.

Den kunskap som organisationen erhållit under året gällande smittförebyggande åtgärder är applicerbar på att förhindra många av våra andra vanliga vårdrelaterade infektioner.

Vårdhygien Västerbotten har från pandemins start haft övergripande ansvar för smittspårning av covid-19 i vårdmiljöer. I uppdraget har även kommunal vård och omsorg ingått. Vi bedömer att det har förebyggt många fall av inläggningar och smittspridning inom vården som skyddat patienter från allvarlig sjukdom och skyddat tillgångna vårdplatser. Under 2022 såg vi ett ökat antal situationer med smittspridning av covid-19 jämfört med 2021. Det beror på en ökning av fall av covid-19 i samhället.

Endast korta smittkedjor, och inget utbrott av multiresistenta bakterier har förekommit på något av regionens tre sjukhus under 2022. Vilket kan vara ett tecken på att följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler varit på tillräckligt hög nivå.

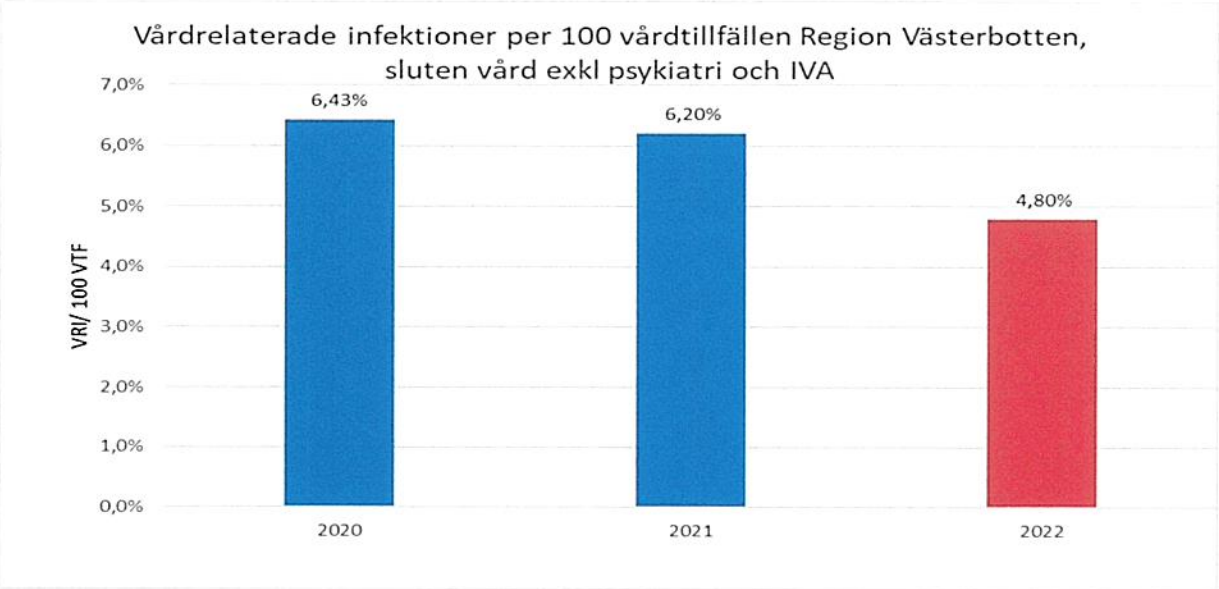
Noggrann övervakning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikakonsumtion är en förutsättning för att kunna rikta åtgärder för att förebygga infektioner och antibiotikaresistens. Region Västerbotten är nationellt ledande när det gäller operativa system för automatiserad övervakning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikakonsumtion. Under året har flera nya applikationer för automatiserade övervakning utvecklats och driftsatts som från 2024 kommer att användas för uppföljning av vårdens kvalitet avseende vårdrelaterade infektioner och antibiotikakonsumtion.

I visualiseringsverktyget Power BI finns två applikationer under rubriken vårdkvalitet som alla medarbetare har tillgång till. De kommer att införas som verktyg för verksamheterna för uppföljning av vårdens kvalitet avseende vårdrelaterade infektioner och antibiotikakonsumtion under 2024. För intensivvård har en applikation för mätning av antibiotikakonsumtion i realtid utvecklats och driftsatts. Den har ännu inte en visualisering i PowerBI.

Avgörande för fortsatt effektiv övervakning är att Region Västerbotten säkrar kontroll över och tillgången till patientdata vid byte av journalsystem.

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

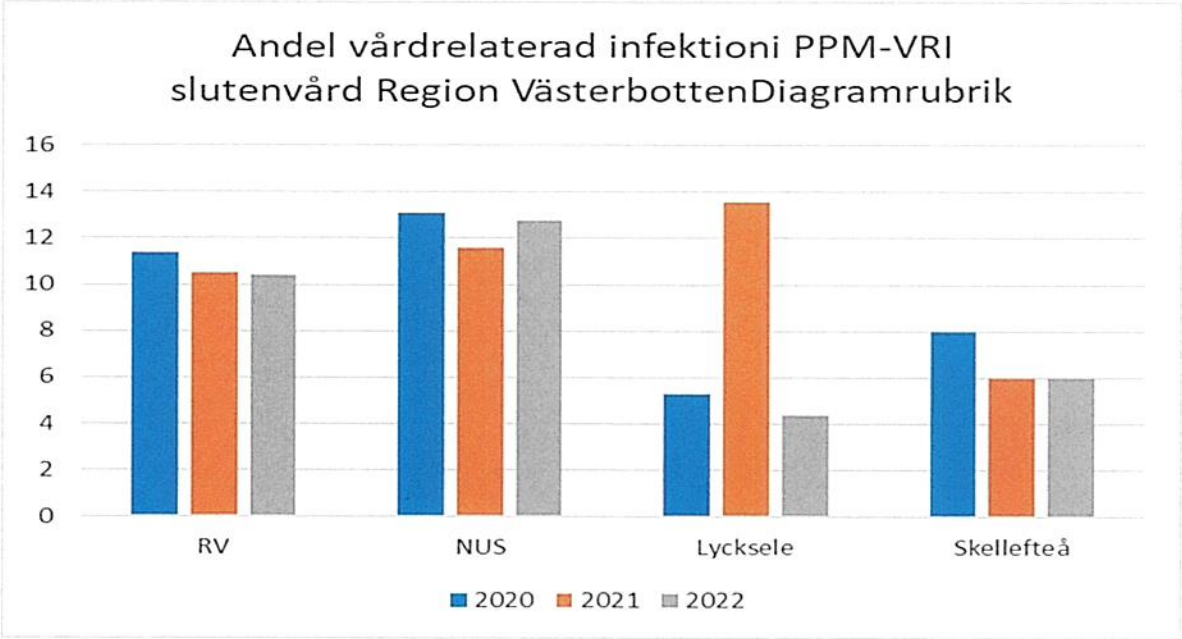
Utfallet för 2022 från infektionsverktygets visar på sjunkande VRI-incidens och lägre antibiotikakonsumtion jämför med de två senaste åren. Minskningen tros främst ha att göra med faktorer kopplade till pandemin, exempelvis lägre frekvens av planerad kirurgi.



Figur 1. Figuren visar antal VRI/100 vårdtillfällen hämtat från Infektionsverktyget.

VRI per 100 vårdtillfällen har fortsatt att sjunka. Särskilt opererande specialiteter har en tydligt lägre VRI-incidens.

Punktprevalensmätning av VRI, PPM-VRI, har i Västerbotten skett vid två tillfällen på inneliggande patienter en specifik dag. Andel patienter med VRI var 10,9 % respektive 9,75 %. De båda mätningarna sammanslaget ger en andel VRI på 10,4 % för 2022. För Lycksele lasarett är nämnaren så liten så stora variationer uppkommer i procent när det blir något fler patienter med VRI i PPM som sammanfaller med ett färre antal inkluderade patienter. Datat i infektionsverktyget baserar sig på ett mycket större antal vårddagar.



Figur 2. Figuren visar andelen vårdrelaterade infektioner i PPM-VRI åren 2020-2022, både på regionnivå och på sjukhusnivå.

Antal inkluderande patienter i PPM-VRI var 2022 1134, 2021 1209 och 2020 1117. Den största trendskillanden ses i mätningarna från Nus där 460 inkluderade patienter i mars 2022 till 298 i oktober.

	NUS		**Skellefteå sjukhus**		**Lycksele sjukhus**	
Mättillfälle	Antal patienter i mätningen	Antal patienter med VRI	Antal patienter i mätningen	Antal patienter med VRI	Antal patienter i mätningen	Antal patienter med VRI
2019 mars	459	52	173	7	70	4
2019 okt	468	62	175	15	65	4
2020 mars	419	53	97	11	70	2
2020 okt	368	50	140	8	25	3
2021 apr	435	48	140	14	37	6
2021 okt	427	52	126	2	44	5
2022 mars	460	56	146	11	48	4
2022 okt	298	41	138	6	44	0

Tabell 1. Tabellen visar antal patienter som ingått i de sex senaste punktprevalensmätningarna och hur många av dessa som har en VRI.

Hygiensjuksköterskorna i Västerbotten har fortsatt att kvalitetsgranska avdelningarnas VRI-mätningar. Detta har tidigare visat sig ge en bättre samstämmighet med ECDCs definition av vårdrelaterad infektion än om verksamheten själv rapporterar in data som inte validerats. För att även fortsatt få bra data från

punktprevalensmätningen behöver deltagandet i mätningarna vara högt. Resultatet från mätningarna måste också komma ut till de som arbetar i verksamheterna och att man i den egna verksamheten följer upp sina resultat och sätter in riktade åtgärder där det behövs. PPM-VRI är nationellt ett viktigt instrument för att få information om antal VRI och dess fördelning på olika diagnosgrupper.

Följsamhet till basala hygien- och klädregler (delmål > 95/90%)

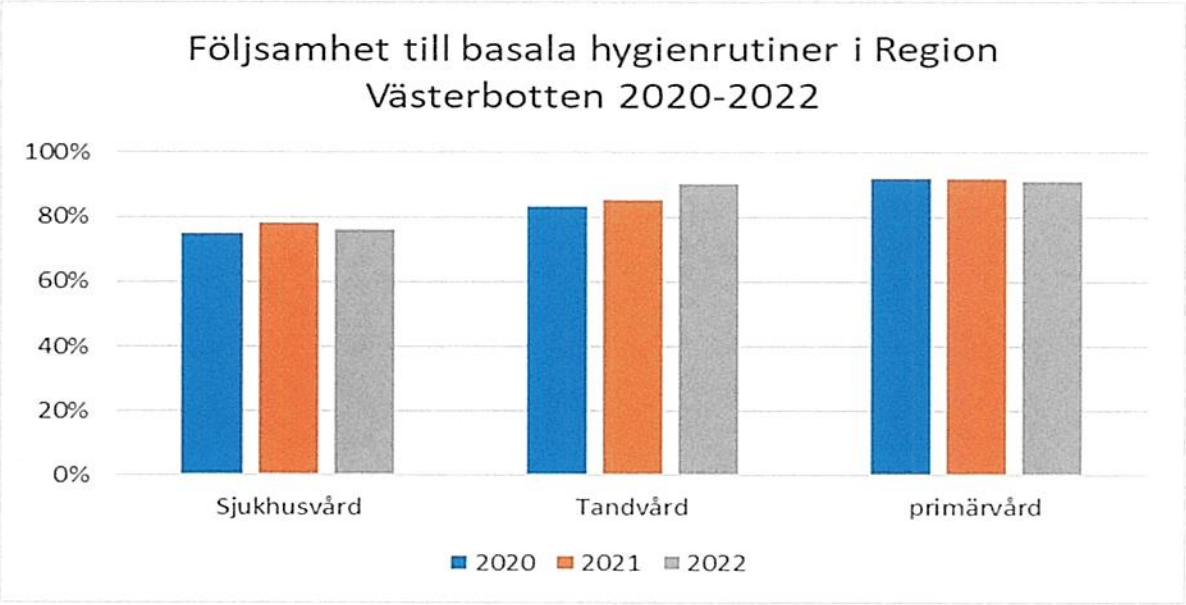
Resultat Region Västerbotten har liksom tidigare utfört mätningar enligt SKRs protokoll vår och höst inom hälso- och sjukvårdens slutenvård, primärvård och tandvård. Vi noterar glädjande nog generellt förbättrade värden eller kvarstående höga värden 2022 jämfört med 2020 och 2021 för både följsamheten till basala hygienrutiner och följsamheten till klädregler.

Basala hygienrutiner

Sjukhusvården har ca 300 genomförda observationer färre 2022 gällande följsamhet till basala hygienrutiner jämfört med år 2021. Det totala antalet observationer i sjukhusvården är drygt 2200 stycken år 2022. Den sammantagna följsamheten till basala hygienrutiner sjönk från 78 till 76 procent. De enskilda stegen i basala hygienrutiner visar dock på en hög följsamhet som givetvis kan bli ännu bättre. Den del som även 2022 har en lägre följsamhet än de andra momenten är utförande av handdesinfektion innan patientnära arbete. Den följsamheten var lägre 2022 än 2021; 85 procent i båda mätningarna 2022 jämfört med 89 och 86 procent i mätningarna 2021. Detta värde kan jämföras med att 97 procent av personal i sjukhusvård använder handskar i rätt situation. Att jämföra resultat mellan länets tre sjukhus är svårt då många kliniker är länskliniker och det är svårt att skilja ut olika orter beroende på uppdelning i centrum som kan finnas vid alla sjukhus.

Tandvården ligger stabilt kvar på drygt 90 procent i personals följsamhet till basala hygienrutiner. 2022 gjordes drygt 500 observationer inom tandvården vilket är 200 fler än 2021. Tandvården har även de en hög följsamhet i de enskilda stegen i basala hygienrutiner på en hög följsamhet. Användningen av handdesinfektion före patientkontakt minskade dock från 98 procent vid vårens mätning till 93 procent på hösten. Även användningen av handskar och handdesinfektion efter patientkontakt minskade något vid höstens mätning. Även här är antalet observationer för få för att säkert kunna avgöra om detta utgörs av en reell förändring.

Primärvården hade 150 observationer färre 2022 jämfört med 2021. Totalt genomfördes 328 observationer i primärvården 2022, jämför med 2019 då man genomförde 588 observationer. Den totala följsamheten är 93 och 90 procent. Primärvården har också i de enskilda stegen i basala hygienrutiner en hög följsamhet.

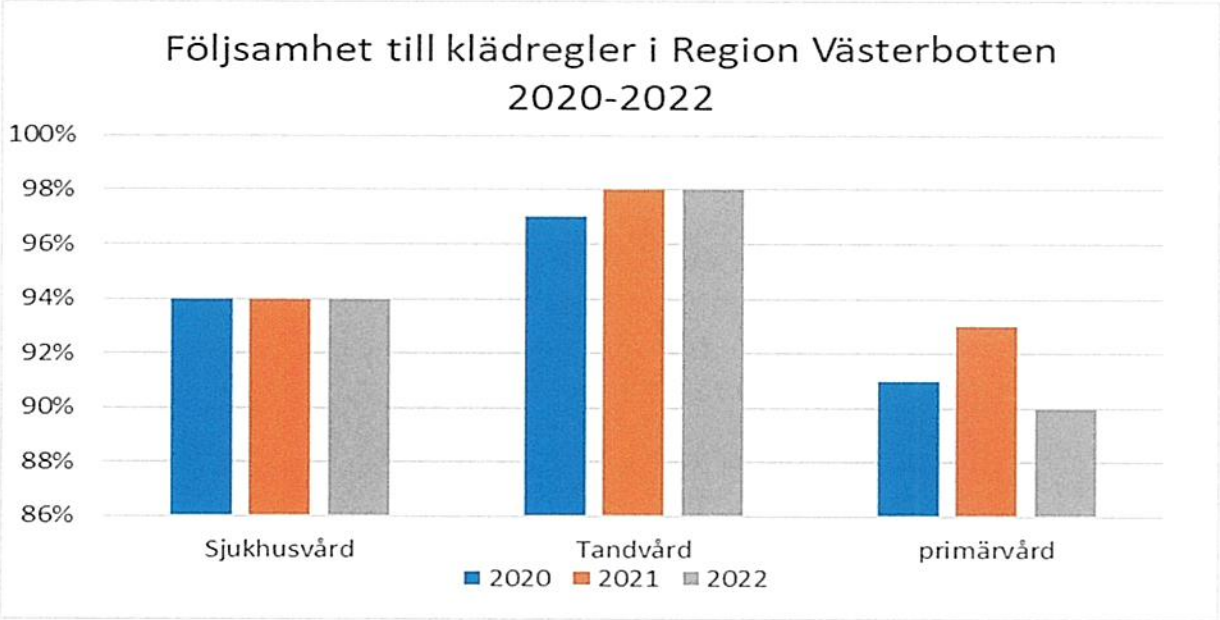


Figur 3. Personalens följsamhet till basala hygienrutiner har stigit från år 2020 till år 2022.

Klädregler

Följsamheten till klädregler ligger stabilt mellan åren 2019 och 2021. Sjukhusvården har en följsamhet på 94 procent, tandvården har en följsamhet på 98 procent och primärvården har minskat sin följsamhet från 93 till 91 procent.

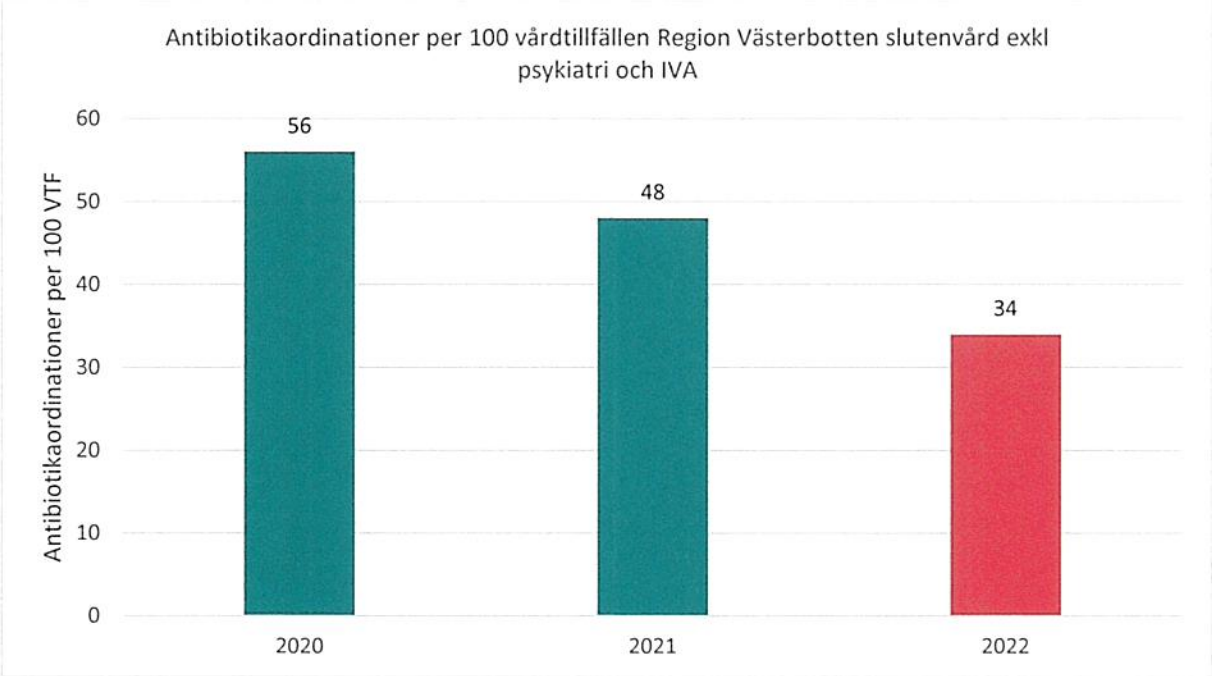
Vårdhygien kommer att fortsätta arbeta för att personal ska ha en hög följsamhet till både basala hygienrutiner och klädregler.



Figur 4. Personalens följsamhet till basala hygienrutiner år 2020 till år 2022.

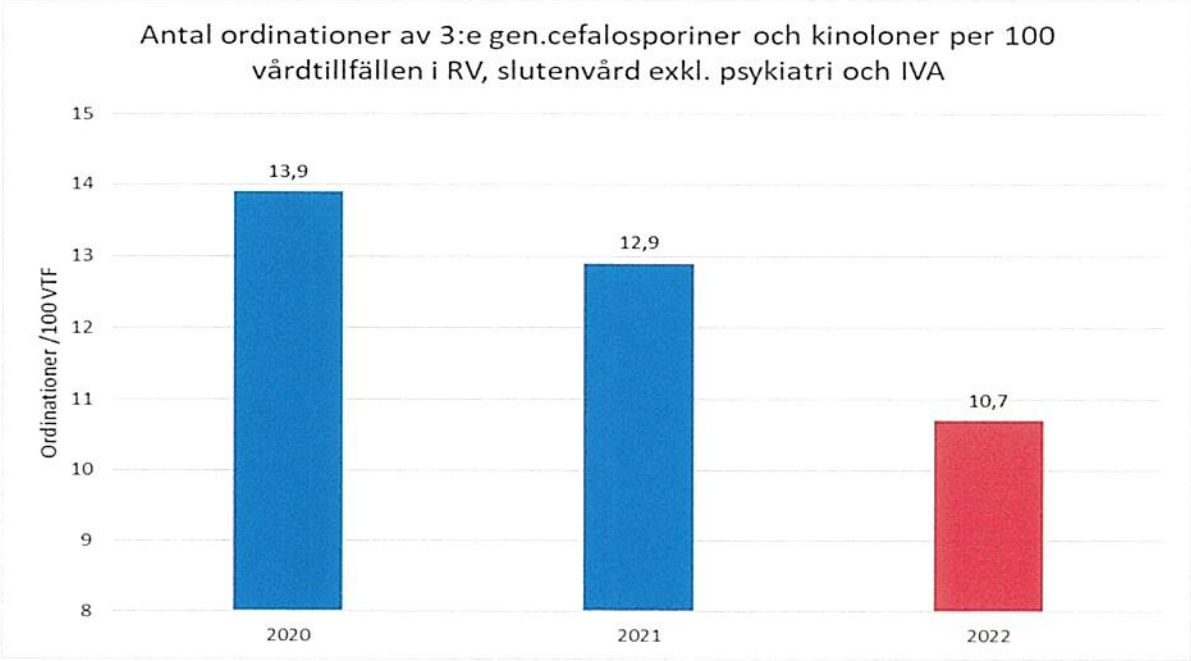
Antibiotika

När det gäller antibiotikatryck mätt i antal antibiotikaordinationer per 100 vårdtillfällen så ses en minskning under 2022. Största minskningen gäller ordinationer av profylax. Det talar för att minskningen främst är kopplad till mindre planerad kirurgi, alltså ytterligare en pandemieffekt.



Figur 5. Antibiotikatryck mätt i antal antibiotikaordinationer per 100 vårdtillfällen visar en tydlig minskning mellan åren 2020-2022.

Hos tredje generationens cefalosporiner (cefotaxim) och kinoloner (ciprofloxacin), som anses särskilt resistensdrivande har också antalet ordinationer per 100 vårdtillfällen minskat. Båda dessa indikatorer varierar dock stort jämfört med tidigare år när man bryter ner dem på avdelningsnivå vilket tros spegla förändrat patientunderlag för vissa enheter till följd av pandemin.



Figur 6. Antal ordinationer av tredje generationens cefalosporiner och kinoloner per 100 vårdtillfällen är i stort oförändrat mellan 2020-2022.

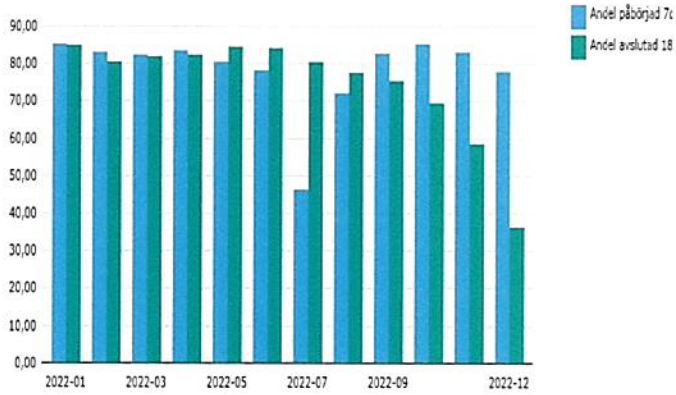
Avvikelser

Mål: >80% av inkomna avvikelser ska öppnas och klassificeras inom 7 dagar, >80% av avvikelserna ska avslutas inom 180 dagar

Resultat:

Avvikelser

ÅR & MÅNAD	ANTAL	PÅBÖRJAD 7DGR	ANDEL PÅBÖRJAD 7DGR	AVSLUTAD 180DGR	ANDEL AVSLUTAD 180DGR
Totaler	**12 466**	**9 942**	**79,75**	**9 265**	**74,32**
2022-01	949	811	85,46	807	85,04
2022-02	958	796	83,09	771	80,48
2022-03	1 207	993	82,27	991	82,10
2022-04	966	805	83,33	794	82,19
2022-05	1 205	970	80,50	1 021	84,73
2022-06	1 004	786	78,29	847	84,35
2022-07	626	290	46,33	504	80,51
2022-08	843	608	72,12	655	77,70
2022-09	1 206	996	82,59	910	75,46
2022-10	1 277	1 088	85,20	887	69,46
2022-11	1 209	1 006	83,21	707	58,48
2022-12	1 016	793	78,05	371	36,52



Figur 1 höger stapeldiagram visar blå stapel: andel i procent påbörjade ärenden inom 7 dagar, grön stapel: andel i procent avslutade ärenden inom 180 dagar

Analys av resultat: I Region Västerbotten rapporterades under 2022 12 483 avvikelser. Målet att >80% av inkomna avvikelser ska öppnas och klassificeras inom 7 dagar, vilket uppnåddes över året, juli och augusti månad avviker dock (Figur 1). Bedömning av händelsens typ och allvarlighetsgrad ska göras snarast enligt Patientssäkerhetslagen 3 kap. 3 §.

Målet att >80% av avvikelserna avslutas inom 180 dagar uppnåddes under större delen av året under 2022. 74% av avvikelserna över året avslutades inom 180 dagar (Figur 1). De sista tre månaderna var andelen avslutade avvikelser lägre (70, 58, 36%). Konsekvensen av lång handläggningstid är fördröjning av insättande av åtgärder som ska förhindra eller minska risker att händelsen inträffar igen (Systematiskt kvalitetsarbete 2011:9 utveckla, förbättra, återföra och lära).

Åtgärd: Under året genomfördes utbildningar och stöd för verksamheterna i avvikelsehantering och prioritering av inkommande avvikelser. I syfte att lära av varandra och dela erfarenheter genomfördes månadsvisa lärandeseminarier. Presentationer av verksamheternas patientsäkerhetsarbete genomfördes via webbinarier.

Uppföljning av åtgärd: Åtgärder följs upp i verksamheten regelbundet, i samband patientsäkerhetsdialoger samt i verksamhetens patientsäkerhetsberättelse. Objektspecialist för Platina avvikelser följer avvikelsehanteringen under året, specifikt avseende klassificeringar och målvärden.

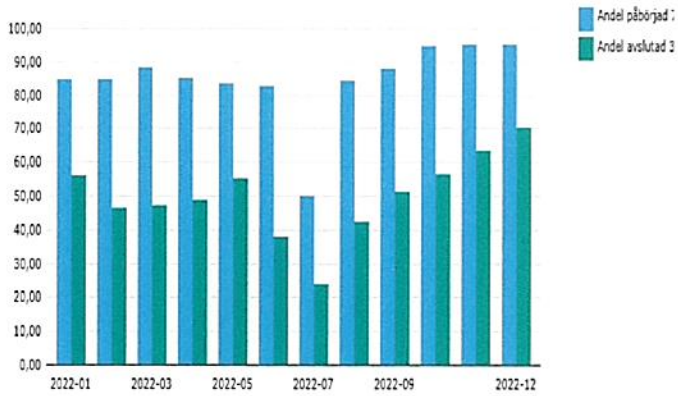
Klagomål

Mål: 100% av inkomna klagomål/synpunkter utreds, resultat återkopplas till patient/rapportör med avslut inom 30 dagar

Resultat:

Klagomål

År & Månad	Antal	Påbörjad 7dgr	Andel påbörjad 7dgr	Avslutad 30dgr	Andel avslutad 30dgr
Totaler	**1 319**	**1 140**	**86,43**	**674**	**51,10**
2022-01	105	89	84,76	59	56,19
2022-02	99	84	84,85	46	46,46
2022-03	163	144	88,34	77	47,24
2022-04	115	98	85,22	56	48,70
2022-05	166	139	83,73	92	55,42
2022-06	98	81	82,65	37	37,76
2022-07	46	23	50,00	11	23,91
2022-08	97	82	84,54	41	42,27
2022-09	123	108	87,80	63	51,22
2022-10	117	111	94,87	66	56,41
2022-11	109	104	95,41	69	63,30
2022-12	81	77	95,06	57	70,37



Figur 1 höger stapeldiagram visar blå stapel: andel i procent påbörjade utredningar inom 7 dagar, grön stapel: andel i procent avslutade utredningar inom 30 dagar

Analys av resultat: I Region Västerbotten inkom 1319 patientklagomål under 2022. Andel påbörjade klagomål inom 7 dagar var 86%. Målet att 100% av inkomna klagomål/synpunkter utreds, resultat återkopplas till patient/rapportör med avslut inom 30 dagar uppnås till 51% (Figur 1). Den låga andelen kan delvis förklaras av att vissa klagomål leder till händelseanalyser med en längre utredningstid som följd. Det förekommer både bland klagomål från myndighet (IVO), i patientnämndärenden samt klagomål direkt från patient. Målvärdet är enligt SFS 2017:372 gällande klagomålshantering. Konsekvenserna av fördröjd handläggning är missnöje hos medborgarna och förtroendeskada för regionen.

Åtgärd: Under året genomfördes utbildningar för att stödja verksamheterna i hantering och prioritering av inkommande klagomål. I syfte att lära av varandra och dela erfarenheter genomfördes månadsvisa lärandeseminarier. Presentation av verksamheters patientsäkerhetsarbete genomfördes via webbseminarier.

Uppföljning av åtgärd: Åtgärder följs upp i verksamheten regelbundet, i samband patientsäkerhetsdialoger samt i verksamhetens patientsäkerhetsberättelse. Objektspecialist för Platina avvikelse följer avvikelsehanteringen under året, specifikt avseende klassificeringar och målvärden.

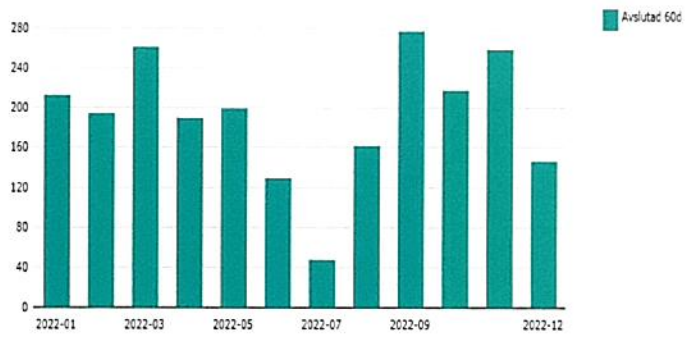
Utredningsärenden

Mål: >80% av utredningsärendena avslutats inom 60 dagar

Resultat:

Utredningsärenden

ÅR & MÅNAD	ANTAL AVU	AVSLUTAD 60DGR	ANDEL AVSLUTAD 60DGR
Totaler	3 384	2 293	67,76
2022-01	302	213	70,53
2022-02	267	194	72,66
2022-03	325	261	80,31
2022-04	268	190	70,90
2022-05	292	199	68,15
2022-06	230	129	56,09
2022-07	86	47	54,65
2022-08	225	162	72,00
2022-09	382	276	72,25
2022-10	366	218	59,56
2022-11	380	258	67,89
2022-12	261	146	55,94



Figur 1 höger stapeldiagram visar andel i procent avslutade utredningsärenden inom 60 dagar

Analys av resultat: I Region Västerbotten påbörjades 2022 3384 utredningsärenden, 2293 avslutades inom 60 dagar. Andelen var således 68%, målet har inte uppnåtts (Figur 1). Fördröjning av utredningsärenden påverkar den totala tiden för utredning av huvudavvikelsen som i sin tur fördröjs.

Åtgärd: Under året genomfördes utbildningar för att stödja verksamheterna i hantering och prioritering av inkomna utredningsärenden. I syfte att lära av varandra och dela erfarenheter genomfördes månadsvisa lärandeseminarier. Presentation av verksamheters patientsäkerhetsarbete genomfördes via webbinarier.

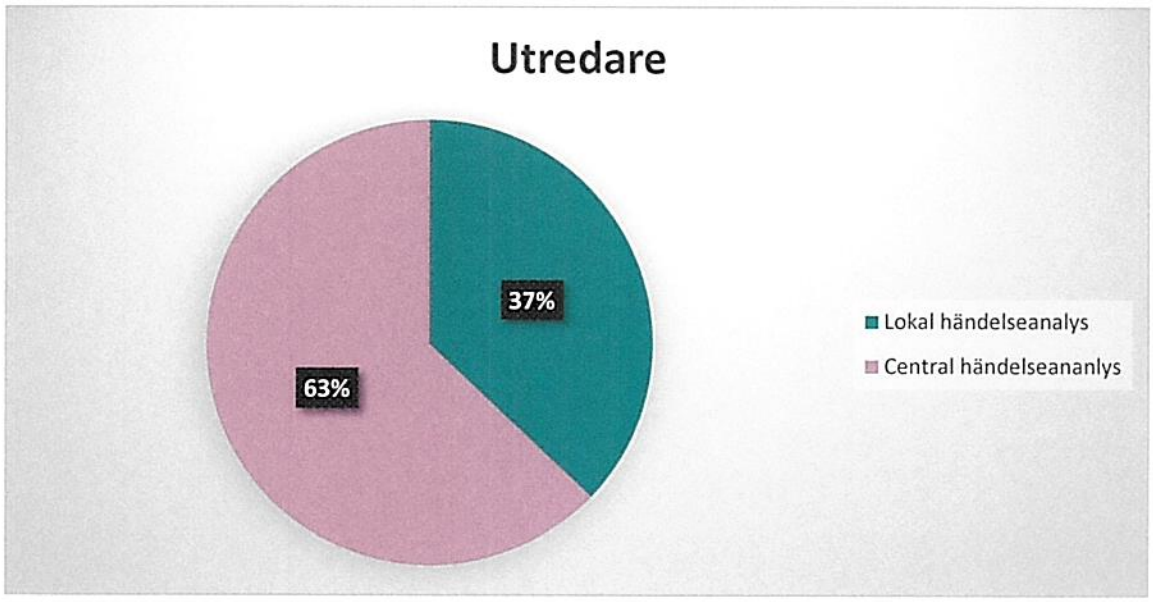
Uppföljning av åtgärd: Åtgärder följs upp i verksamheten regelbundet, i samband patientsäkerhetsdialoger samt i verksamhetens patientsäkerhetsberättelse. Objektspecialist för Platina avvikelse följer avvikelsehanteringen under året, specifikt avseende utredningsärenden.

En samlad analys till orsak för ej uppnådda mål gällande avvikelser, klagomål och utredningsärenden

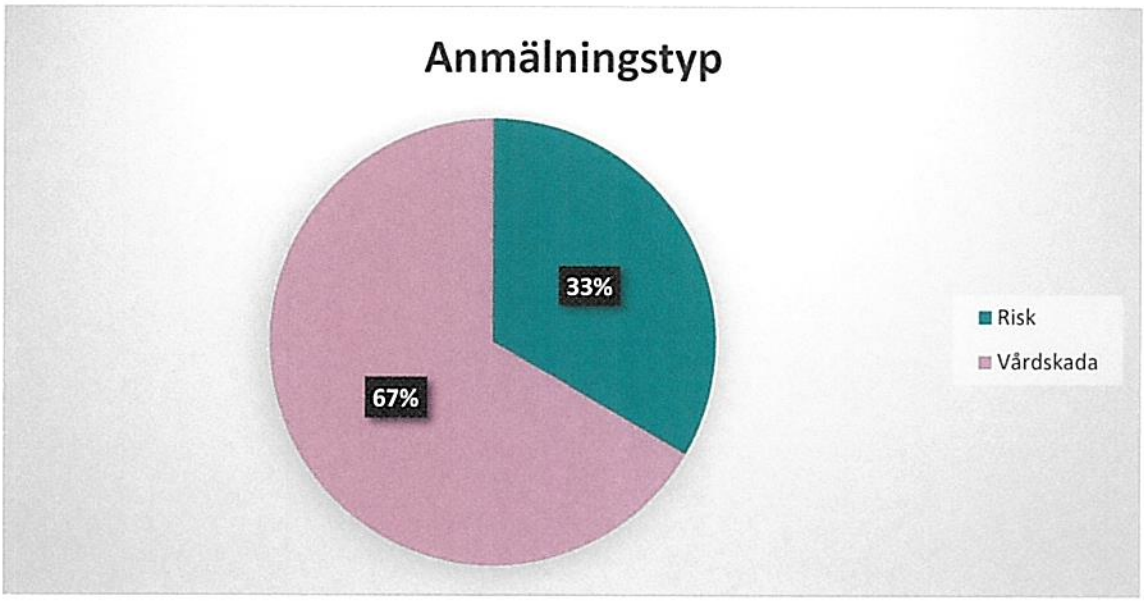
Avvikelsehanteringen i verksamheterna har förbättrats avseende avvikelse/klagomål påbörjade inom 7 dagar, såväl som avslutande inom 180 dagar jämfört med 2021. Den avsatta tiden för avvikelsehandläggarna är av betydelse för kvalitén på utredningen såväl som den totala tiden för utredning. Hög belastning på vården med brist på personal och vårdplatser kan ha bidragit till omprioritering av resurser. Den aktuella situationen kan förklara de sista månadernas lägre andel avslutade avvikelser, utredningsärenden och klagomålshantering. Om tiden är för knapp för en fullständig kvalitativ utredning drar utredningarna ut på tiden och därmed återkopplingen till inblandade. Förbättringsområden är hantering av utredningsärenden och av patientklagomål. För ett kontinuerligt förbättringsarbete och lärande inom verksamheten bör ökad avvikelserapportering stimuleras.

Sammanställning av lex Maria 2022

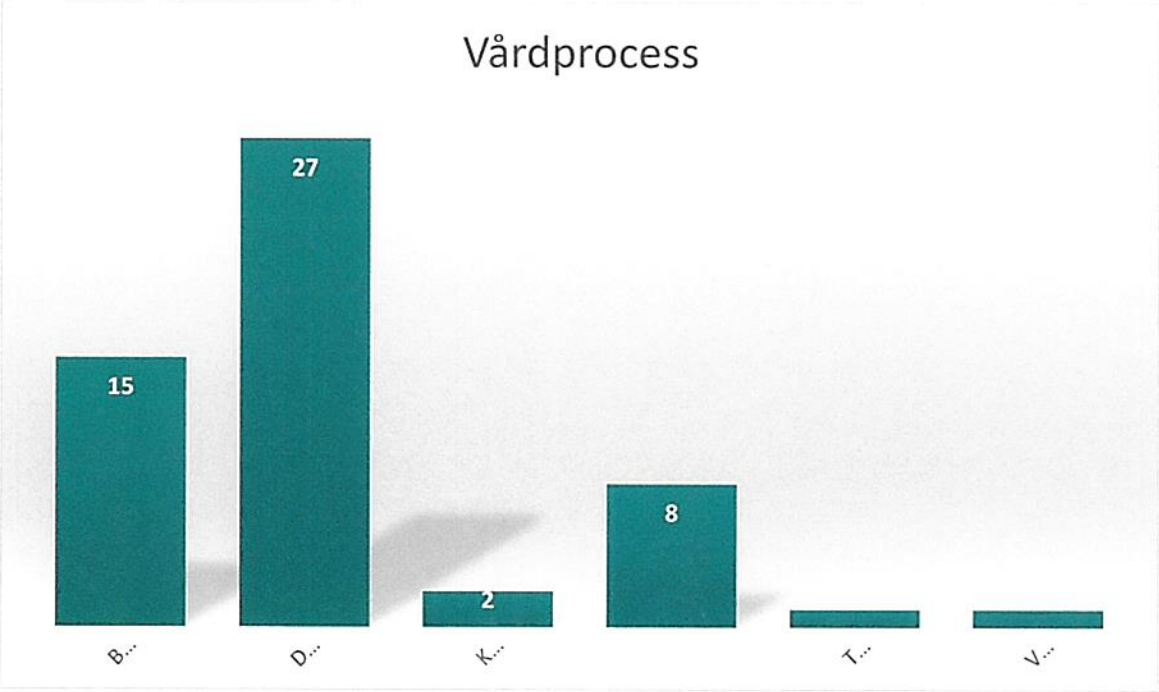
Vårdgivaren ska utreda händelser som har medfört en vårdskada eller där risk för vårdskada har funnits. Det framgår av patientsäkerhetslagen (2010:659). Syftet med utredningen är att så långt som möjligt klarlägga händelseförlopp och orsak till detta. Chefläkaren tar beslut om händelsen ska anmälas till IVO enligt lex Maria. Under 2022 har 54 anmälningar enligt lex Maria inskickats till IVO från Region Västerbotten (2021 59st). Medeltiden för handläggningsprocessen inom Region Västerbotten är i ca 5 månader.



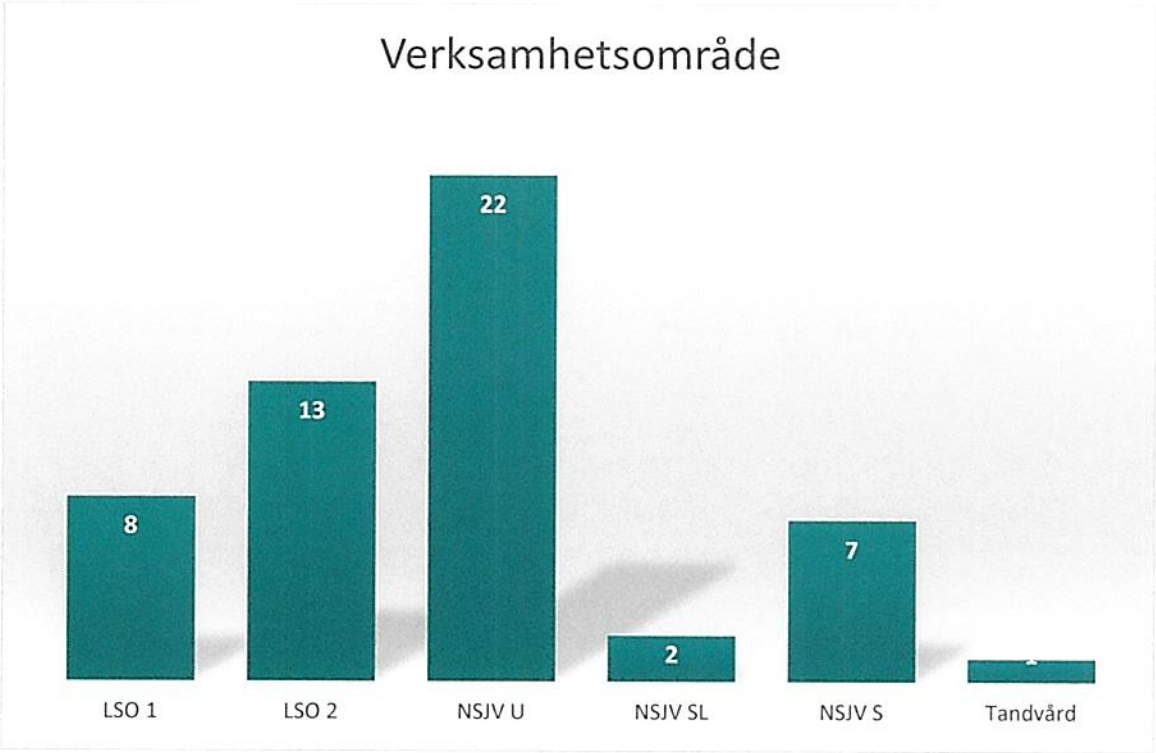
Figur 1. Var händelseanalysen är utförd. Lokalt i verksamheten eller av centrala analysledare.



Figur 2. Om händelsen har klassificerats som risk för vårdskada eller vårdskada



Figur4. Anmälda lex Maria inom olika vårdprocesser



Figur 3. Anmälda lex Maria inom varje verksamhetsområde

Årsrapport ID-fel Laboratoriemedicin Västerbotten 2022

Antalet ID-fel som iakttagits och rapporterats av medarbetarna inom Laboratoriemedicin Västerbotten, är fortsatt väldigt högt. Det är avvikelser som inträffat inom och utom länet, på avdelningar, mottagningar,

hälso- och mödravårdscentraler, med stor spridning. Under december 2022 rapporterades 23 avvikelser från Laboratoriemedicin och har inte minskat under året.

Vi ser en ökande problematik med duplikatrör, dvs. det tas mer än ett rör för en och samma analys, på samma patient. Endast ett rör med samma lid-/rid-nummer samt extension får förekomma.

Det har under sommaren och hösten varit stora problem med de reservetiketter för RoS, som kom då RoS-etiketterna riskerade att ta slut innan sommaren. Reservetiketterna sitter inte lika bra på rören, vilket fått till följd att de ibland lossar helt och analys inte kan utföras. Det händer också att de delvis släppt och då fastnar i olika utrustningar eller rörpostroboten. Kommunikation gällande RoS-etiketterna har lagts ut på Linda om att nu endast använda ordinarie RoS-etiketter.

De åtgärder vi hittills jobbat med, involverar flera delar.

1. Avvikelserapport skrivs på samtliga iakttagna ID-fel. Dessa skickas sedan primärt eller som utredningsärende till provtagande enhet.
2. Kommunikation till provtagande enheter via central patientsäkerhetssamordnare till patientsäkerhetsnätverket inom Region Västerbotten.
3. Kommunikation till provtagande enheter via avvikelsehandläggarnätverket inom Region Västerbotten.
4. Sammanställningar/mätningar för utvalda månader under året, vilka också jämförts med tiden innan pandemin. Genom detta vill vi ta reda på om problemet är större än innan pandemin eller om det är likvärdigt, och även om det står i relation till antalet genomförda provtagningar totalt sett.
5. Översyn av venprovtagningsutbildning i Lärande Region för att säkerställa att vikten av korrekt ID-kontroll påtalas tydligt nog där.
6. Laboratoriemedicin har under 2022 lagt till ID-fel som en kvalitetsindikator för preanalysprocessen, och planerar att under 2023 tillsammans med central patientsäkerhetssamordnare införa detta som en indikator för provtagande enheter att bokföra och följa i Stratsys.

Punktprevalensmätning trycksår

Mål: Andelen patienter med trycksår uppkomna på sjukhus – delmål ≤ 6% av patienterna i PPM

Resultat: I den trycksårsmätning som SKR genomförde 2022 presenterades resultat från andelen sjukhusförvärvade trycksår. De patienter vars samtliga trycksår var dokumenterade i journalen inom 24 h från inläggning räknades bort. Därefter gjordes beräkningen på de patienter som legat inne i minst 24 h.

Region Västerbotten uppnådde inte det mål som var uppsatt för 2022. En förbättring av resultat ses på Norrlands universitetssjukhus 11% (17,6% 2021), en försämring på Skellefteå lasarett 10% (4,9% 2021), och ett närmast oförändrat resultat på Lycksele lasarett 12,5 (11,4% 2021).

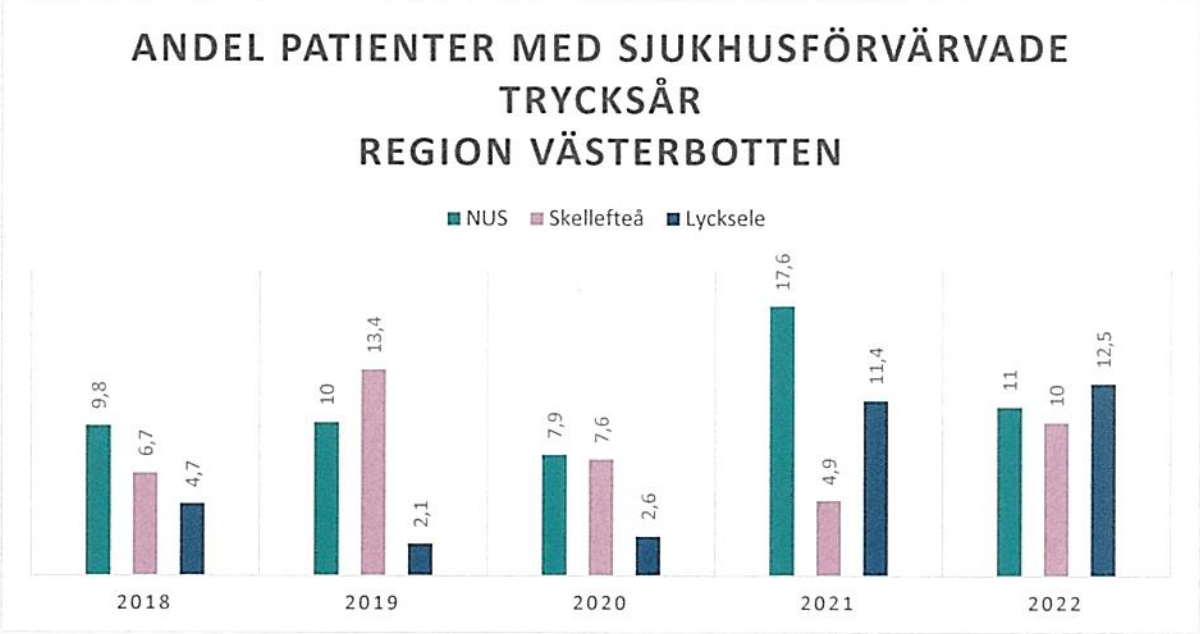
Den totala andelen patienter med trycksår har minskat i Region Västerbotten jämfört med mätning som utfördes 2021 (Figur 2).

Vid trycksårsmätning klassificeras sårdjupet enligt kategori 1 t.o.m 4:

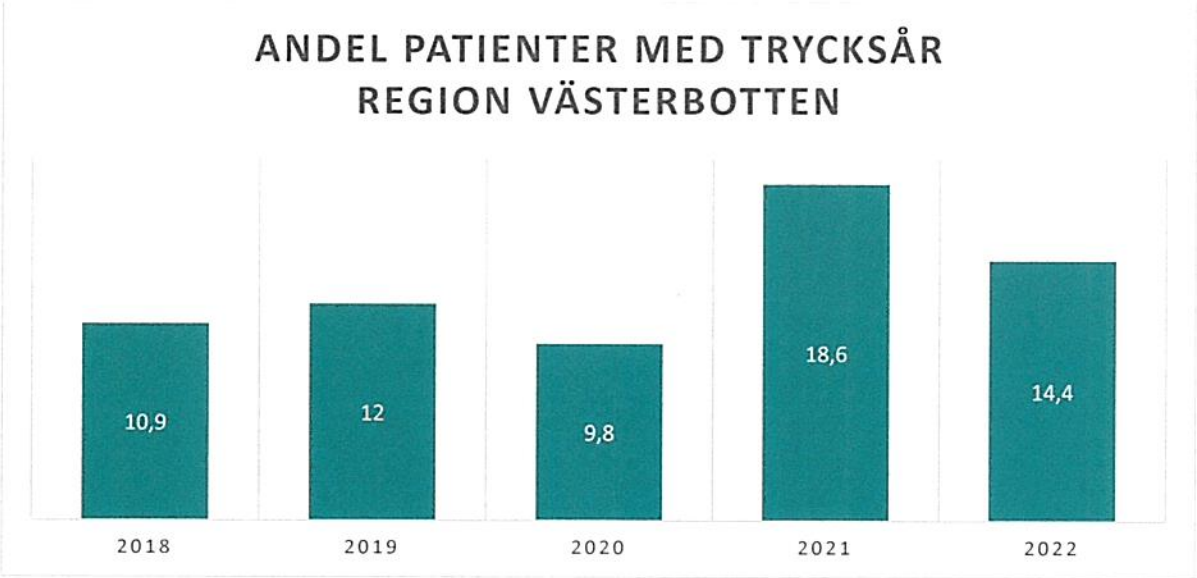
- Kategori 1: Hudrodnad som bleknar vid tryck
- Kategori 2: Delhudskada
- Kategori 3: Fullhudskada
- Kategori 4: Djup fullhudskada

Andelen trycksår av kategori 1 var 7% och och kategori 2–4 7%. Andelen av kategori 1 har minskat från 2021 (Figur 3). 2022 finns trycksår kategori 4 inrapporterade vilket inte var fallet 2021.

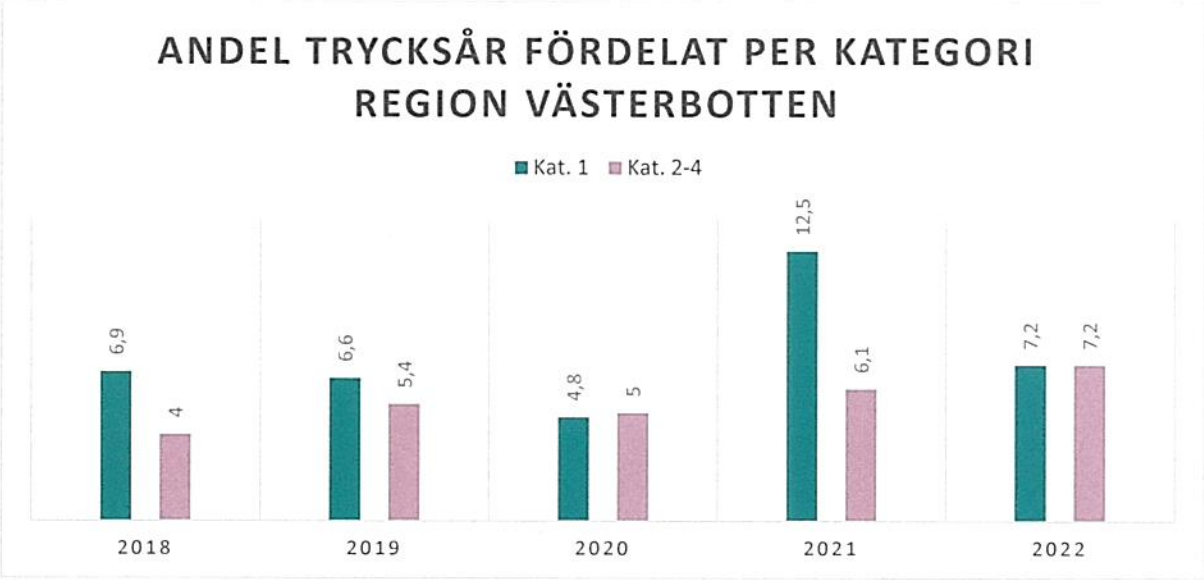
Nationellt ses samma resultat som 2021 där andelen patienter med trycksår kategori 1–4 är 14%. Andelen sjukhusförvärvade trycksår kategori 1–4 minskade marginellt från 10,9% till 10,3%.



Figur 1 visar andelen i procent sjukhusförvärvade trycksår mellan åren 2018 – 2022



Figur 2 visar andel i procent patienter med trycksår mellan åren 2018 - 2022



Figur 3 visar andelen i procent trycksår fördelat per kategori 1 - 4 mellan åren 2018 – 2022

Analys av resultat: Nationellt ser man inte någon större variation av andelen patienter med trycksår över tid vad gäller kategori 2–4. Mellan 2011 och 2022 har resultaten legat mellan 6,5% och 8%. Varför ser vi inte en förbättring av resultat då man i vården har kunskap om det preventiva arbetet? Vården har ändrats och betydligt fler och sjukare med ökad risk för trycksår vårdas.

Då antalet inrapporterade patienter är i så litet antal uppmanas varje enhet att granska sina resultat för bästa utvärdering och åtgärd.

Åtgärd: Resultaten är rapporterade till Patientsäkerhetsrådet och till verksamheterna. På enheter med hög förekomst av trycksår genomfördes trycksårsdialoger med avdelningschef och erbjudande om stöd från sektionen för kvalitet och patientsäkerhet gavs.

Uppföljning av åtgärd: Trycksårsfrekvens, åtgärder och förebyggande arbete följs upp och diskuteras på patientsäkerhetsdialoger. Verksamhetens egna resultat redovisas i patientsäkerhetsberättelse. Ytterligare mätningar där bland annat trycksår ingår har genomförts inom Region Västerbotten. SKR utför årligen PPM av trycksår.

Region Västerbottens lokala mätning gällande förekomst av trycksår, fall, undernäring och delirium

Mål: Förekomsten av olika typer av vårdskador ska årligen minska. Regionens lokala mätning är ett verktyg för att följa upp det förebyggande arbetet på en övergripande nivå och resultatet från mätningen ger också ett stöd i egenkontrollen av det systematiska patientsäkerhetsarbetet i den egna verksamheten.

Analys av resultat: Utveckling av ett proaktivt patientsäkerhetsarbete pågår kontinuerligt och i varierande omfattning och form i verksamheterna. Under de senaste åren har fokus i den lokala mätningen legat på att förebygga fall, trycksår och undernäring. År 2021 tillkom förekomst av delirium och år 2022 har även förekomst av ohälsa i munnen inkluderats i mätningen. Resultat från 2022 års mätning visar att förebyggande insatser hade satts in för merparten av patienter med identifierad risk för undernäring (100

%), trycksår (97 %), fall (94 %) och ohälsa i munnen (94 %). När det gäller patienter med risk för delirium hade endast 75 % av patienterna dokumenterade förebyggande åtgärder.

Åtgärd: Region Västerbotten har en modell för systematiskt patientsäkerhetsarbete inom omvårdnad och rehabilitering där områden som trycksår, fall, malnutrition, vårdrelaterade infektioner (VRI), ohälsa i munnen och delirium ingår. Syftet med modellen är att ge förslag på åtgärder och aktiviteter för att utveckla det systematiska patientsäkerhetsarbetet vid regionens sjukhus och sjukstugor. Region Västerbotten utför punktprevalensmätningar (PPM) 2 gånger per år. Nationell mätning i SKRs regim (VRI, BHK och trycksår) och den lokala PPM mätningen (trycksår, undernäring, delirium och ohälsa i munnen). Syftet med den lokala PPM mätningen är att ligga till grund för de egna verksamheternas förbättringsarbete av patientsäkerheten, men även att följa upp det förbyggande arbetet på en övergripande nivå.

Uppföljning av åtgärd: Resultaten från mätningarna diskuteras inom de egna verksamheterna, vid avdelningschefsmöten och i patientsäkerhetsdialoger. Mätningen utförs årligen inom Region Västerbotten.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Avvikelsehantering

Alla avvikelser som rapporteras i hälso- och sjukvården inom Region Västerbotten bedöms primärt inom den/de aktuella verksamheterna och handläggs av respektive avvikelsehandläggare i nära samarbete med verksamhetens patientsäkerhetsteam. Verksamhetschefen kontaktar chefläkare vid misstanke om allvarlig vårdskada eller risk för sådan och gemensamt beslut tas om en central eller lokal utredning/händelseanalys skall genomföras.

Vid central händelseanalys genomförs utredningen av en central analysledare i samarbete med verksamhetens/verksamheternas patientsäkerhetsteam. Det viktigaste med utredningen är att hitta de bakomliggande orsakerna till det som gått fel och att få till stånd åtgärder som förhindrar en återupprepning.

Chefläkaren tar beslut om händelsen ska anmälas till IVO enligt lex Maria (vid allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada som hade kunnat undvikas).

Tillförlitliga och säkra system och processer

Stratsys patientsäkerhetsmodul

Region Västerbotten fattade beslut i juni 2022 att komplettera det befintliga digitala verksamhetsstödet Stratsys med en patientsäkerhetsmodul.

En arbetsgrupp tillsattes med personer från Sektionen för Kvalitet och Patientsäkerhet. Ett intensivt arbete påbörjades med stöd från regionens systemsamordnare och företaget Stratsys.

Strukturen i Stratsys patientsäkerhetsmodul för Region Västerbotten följer den nationella handlingsplanen "Agera för säker vård" och som stöd i arbetet togs "Genomförandestöd till verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbetet". Det är ett verktyg som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) tillsammans

med Nationella samverkansgruppen (NSG) för patientsäkerhet och Socialstyrelsen utvecklat utifrån den nationella handlingsplanen för att stödja utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet inom regionerna.

Stratsys patientsäkerhetsmodul stod färdig att användas i regionens verksamhetsplanering som påbörjades oktober 2022.

Ledningssystem

Syftet med ett ledningssystem är att systematiskt fortlöpande kunna utveckla och säkra kvaliteten i verksamheterna. Region Västerbottens ledningssystem är föremål för utveckling och förbättring. Dokument gällande patientsäkerhet i ledningssystemet uppdateras och kompletteras kontinuerligt.

Läkemedelscentrums arbete ur ett patientsäkerhetsperspektiv

Läkemedelscentrum bedriver inte patientnära verksamhet och vård men har som uppdrag att bidra till patientsäker evidensbaserad och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning inom Region Västerbotten.

Läkemedelscentrum huvuduppgift är således att ha en rådgivande och stödjande funktion till vården, bedriva undervisningsinsatser samt att säkerställa en fungerande läkemedelsförsörjning.

Aktiviteter med relation till patientsäkerhetsarbete var följande:

Inom gruppen för läkemedelsgenomgångar

Läkemedelscentrum hade under 2022 4,3 heltidstjänster med kliniska apotekare som gav stöd till fördjupade läkemedelsgenomgångar över hela länet, både i primär- och slutenvård.

I primärvården skedde arbetet digitalt via videokonferens. Vindelns HC, Tärnaby sjukstuga, Lövångers HC, Vilhelmina sjukstuga, Ersboda HC, Backens HC samt Byske HC hade regelbundna läkemedelsronder under hela eller delar av året.

I slutenvården deltog apotekare varje vecka på rond på MAVA, Geriatriken 1 och Infektionsavd (från höstterminen) på NUS, AVA Storuman, Medavd Lycksele samt MedGer avd 26 Skellefteå. Varannan vecka deltog apotekare på rond på Psykkliniken Skellefteå samt Medicin/Rehab Lycksele (vårterminen). Två gånger per termin deltog apotekare i rond på Psykkliniken, Lycksele. Vid semester eller sjukdom ersattes dock inte apotekaren pga resursbrist.

Apotekarnas arbete och service har beskrivits vid flera tillfällen på intranätet LINDA för att informera verksamheterna om att möjligheten finns till regelbundna läkemedelsgenomgångar (efter prioritering då efterfrågan har varit större än vad som kunnat levereras) eller konsultation kring enskilda patienter.

Under året deltog också apotekarna i olika utbildningar till ST-läkare, AT-läkare och sjuksköterskor om säker läkemedelsanvändning samt återkoppling till verksamheterna, där de bidrog med erfarenheter och patientfall från läkemedelsgenomgångarna i syfte att förebygga nya läkemedelsrelaterade problem.

Inom sektionen för läkemedelsförsörjningen:

Personal från Läkemedelscentrum har utfört tjänster på Ortopedisk avdelning och under november och december 2022 fyllt läkemedelsvagnar 2 gånger i veckan (cirka 10 timmar/vecka) som ett pilotprojekt.

Liknande önskemål har kommit från fler avdelningar inför nästa år 2023.

Personal från Läkemedelscentrum har bidragit med aktivt stöd för hantering av bristsituationer för läkemedel och bidraget till patientsäker behandling genom licensansökningar och genom att leta fram lämpliga behandlingsalternativ och tillgängliggörande av relevanta SPC-texter.

Det finns tre enheter som anställt egna farmaceuter för hjälp med olika arbetsuppgifter, t.ex iordningställande av läkemedel, rådgivning kring läkemedelsanvändning och dosberäkningar samt läkemedelsadministrativa uppgifter:

Barnavdelning 3, en halvtid

Barnintensiv avdelning, en heltid

Cancercentrum, en heltid från september 2022

Kvalitetsgranskningar

Läkemedelscentrum har under 2022 genomfört kvalitetssäkringar av läkemedelshantering. Läkemedelscentrum utför extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering på enheter där läkemedel hanteras, detta sker genom egenkontroll i form av webbenkät. Verksamheter inom regionen som inkluderas av kvalitetsgranskningen är slutenvården, primärvården, ambulanssjukvården och folktandvården. Fysisk granskning sker vid utvalda enheter vid respektive verksamhet och utförs regelbundet.

Återkoppling och eventuella förslag på förbättringsåtgärder utifrån enkätsvar, samt övrig läkemedelshanteringsrelaterad information delges i form av protokoll till enheten. En sammanfattning av verksamheternas resultat delges i form av årsrapport till områdeschef och verksamhetschefer vid respektive verksamhet.

Ledningssystem – övergripande rutiner och riktlinjer

Läkemedelscentrum upprättar och fastställer övergripande riktlinjer gällande ordination och hantering av läkemedel, dessa finns publicerade i regionens ledningssystem.

Utbildning

Utbildningsinsatser kring läkemedelshantering sker under introduktionsåret för nya sjuksköterskor (2 ggr/år), samt efter förfrågan från verksamheterna.

Riskbedömningar

I verksamheternas patientsäkerhetsberättelser rapporterar många verksamheter inom slutenvården att de riskbedömer patienter för fall, trycksår och undernäring. Det beskrivs dock behov av utbildning gällande riskbedömningsinstrument. Region Västerbottens utvecklingsgrupp för omvårdnad och rehabilitering (RUGOR) har tagit fram en modell för systematiskt patientsäkerhetsarbete inom omvårdnad och rehabilitering där områden som trycksår, fall, malnutrition, vårdrelaterade infektioner (VRI), ohälsa i munnen och delirium ingår. Syftet med modellen är att stödja verksamheten i deras arbete gällande riskbedömningar.

Exempel på hur och när verksamheter använder riskbedömning:

Akutavdelningarna i regionen genomför riskbedömningar. De åtgärder som sätts in är tex att patienten får mjukare madrass och/ eller rosa bandet, som används för att märka upp de patienter som har risk för trycksår och sitter kvar när patienten läggs in.

Vid Cancercentrum utförs en riskbedömning av fall, trycksår, nutrition och munhälsa vid inskrivning till slutenvården, den ingår även i vårdplanen för öppenvården. På strålbehandlingen görs riskbedömning i samband med ankomsamtalet.

Neuro-, huvud- och halscentrum har under 2022 infört "Riskidentifiering för undernäring" vid mottagningar och avdelningar. Vid undernäring/risk för undernäring ska dietist alltid kopplas in.

Vid Geriatriskt centrum riskbedöms alla patienter vid inskrivning gällande fallrisk, risk för undernäring, trycksår samt även risk för våldshandling hos vissa patienter. Hudkostym inspekteras vid inskrivning. Riskbedömningar upprepas kontinuerligt under vårdtiden då patienterna ofta är multisjuka med hög risk för komplikationer. De flesta patienter har flera åtgärder för att förebygga/minimera riskerna för vårdskador.

Suicidpreventivt arbete

Inom Psykiatrikliniken i Skellefteås dagliga arbete med patienterna ingår att alltid fråga om suicidtankar, suicidplaner vilket även är ett obligatoriskt sökord i deras besöksanteckning. De har även arbetssätt och rutiner som gör att de följer upp alla patienter som har gjort ett suicidförsök.

I arbetet med detta använder de bland annat suicidtrappan som ett hjälpmedel att bedöma patientens mående och suicidrisk.

Det är ett komplext att bedöma suicidrisk och det finns inte några objektiva fynd eller mätmetoder som ger hela bilden. Bedömningen måste vila på subjektiva faktorer som klinisk hälsa och patientens förmåga och vilja att beskriva sina upplevelser i ord eller på annat sätt.

Viktiga frågor att ställa i mötet är:

- Vad är det som tynger dig just nu idag- berätta
- Hur är det med din sömn, kosthållning, promenad-motion?
- Vilka skäl finns det att leva för?
- Vad har hittills gjort att du har avstått från att göra ett suicid försök?

De använder suicidtrappan som hjälp att ställa frågor till patienten:

Nedstämdhet/hopplöshet	Är du nedstämd och ledsen ofta? Känner du dig "deppig" för det mesta? Känns allting hopplöst? Tror du att det kommer att bli bättre igen?
Dödstankar	Känns allting meningslöst? Har du tänkt att det vore skönt att slippa leva?
Dödsönskan	Har du önskat att du vore död? Skulle du vilja slippa nästa morgon?
Suicidtankar	Har du tänkt på att göra dig själv något? Har du tänkt att du skulle kunna ta livet av dig? Har du tänkt ut hur du skulle göra?
Suicidönskan	Har du tänkt att du vill ta ditt liv? Har du varit nära att försöka ta ditt liv? Är det något som håller emot? Finns det något som talar för att fortsätta att leva?
Suicidförsök	Har du tidigare gjort något självmordsförsök? Genomförde du det som du tänkte göra eller gick det inte? Vad gjorde du? När? Var? Varför?
Suicidplaner	Har du planer på att ta ditt liv? Har du tänkt ut hur du ska göra? Har du bestämt när du ska göra det?
Suicidförberedelser	Har du gjort några förberedelser? Vilka? Har du skaffat tabletter? Har du vapen hemma? Har du skaffat andra redskap? Rep? Kniv?
Suicidavsikt	Har du bestämt dig för att ta ditt liv? När? Var? Hur? Har du skrivit avskedsbrev? Har du gjort dig av med saker som du inte vill ska finnas kvar efter dig?

Frågandet upphör på den nivå man känner att sanningen ligger och vidare frågande känns omotiverat.

*Efter professor Jan Beskow och omarbetad i Nationella riktlinjer för vård och behandling av suicidala ungdomar och deras familjer.

Fler exempel hur psykiatrin i Skellefteå arbetar med suicidpreventiva åtgärder:

Vid psykiatrin i Skellefteå finns Suicidpreventiva kompetensgruppen. De träffas regelbundet, var 14:e dag. Representanter från samtliga mottagningar och avdelningar på kliniken samt samordnare för gruppen ingår. De ansvarar för att se över vårdprogram och handlingsprogram samt för att inhämta ny kunskap och sprida kunskap och utbilda på klinik samt i nätverket.

I det suicidpreventiva nätverket i Skellefteå ingår förutom psykiatrin, hälsocentraler, BUP, kommunen(socialpsykiatrin) sjukhusdiakon och präst, ungdomsmottagningen, representant från SPES (Suicidprevention efterlevande stöd) och vårdguiden 1177, polis och brandkår. De träffas är två gånger/termin. Innehållet kan variera men ofta är i det någon från nätverket som berättar om hur de i sin verksamhet arbetar med suicidpreventivt arbete. Ibland bjuder de in andra aktörer, under vårterminen planerar man att bjuda in POSOM:s krisgrupp, som arbetar med krishantering.

Under två år har personal inom psykiatrin samt socialpsykiatrin gått en utbildning som heter Psyk E Bas. Det är ett kompetenshöjningsprogram i suicidprevention som riktar sig till personal som i sitt arbete kommer i kontakt med självmordsnära personer. Utbildningen har bedrivits i studiecirkelformat, i små utbildningsgrupper. Det är ca 97 personer från psykiatrin och 130 personer från socialpsykiatrin som har genomgått utbildning.

Ett utvecklingsarbete pågår kring säkerhetsplaner. De är ett stöd för att förebygga självmordskriser och beskriver tecken på försämring samt risksituationer.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

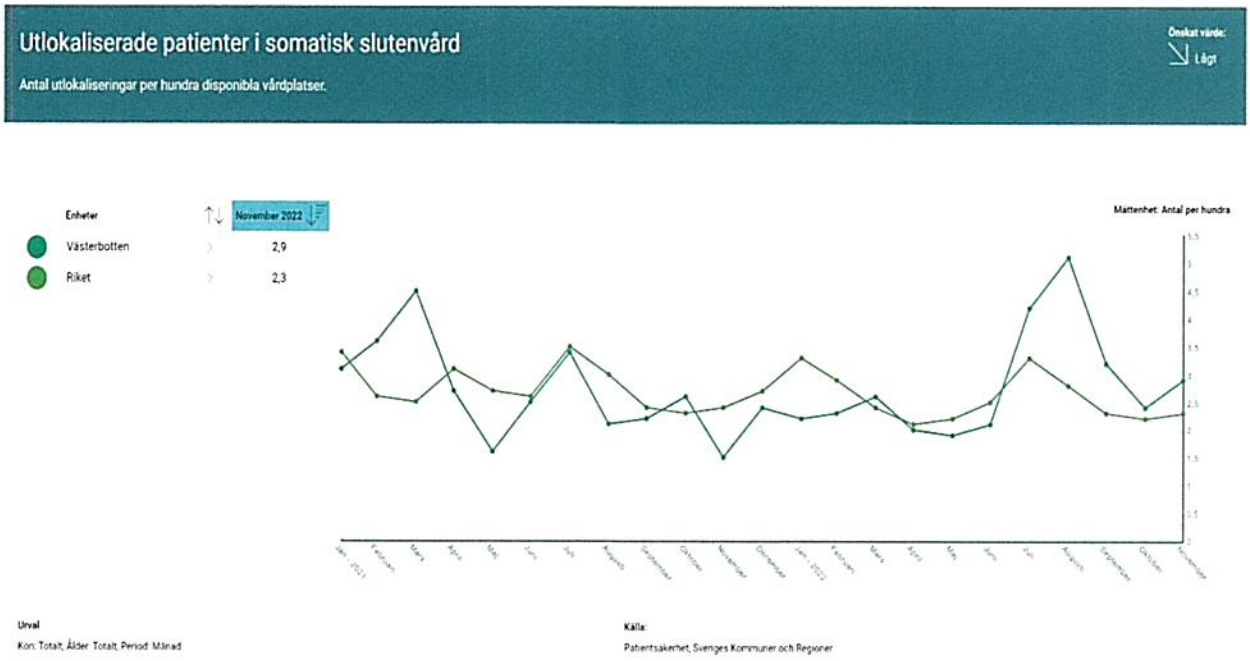
Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

Situationen gällande överbeläggningar och utlokaliserade patienter är fortfarande svårt både nationellt och regionalt. Under 2022 genomförde Inspektionen för vård och omsorg (IVO) en nationell tillsyn av samtliga regioners sjukhusvård, med särskilt fokus på akutsjukhus. Det IVO beskriver är att det råder stor brist på personal vilket leder till brist på vårdplatser och att detta innebär stora patientsäkerhetsrisker. Samtliga regioner beskriver i sina rapporter till IVO att omställningen till god och nära vård och en ökad digitalisering inom vården som förutsättningar att klara uppdraget.

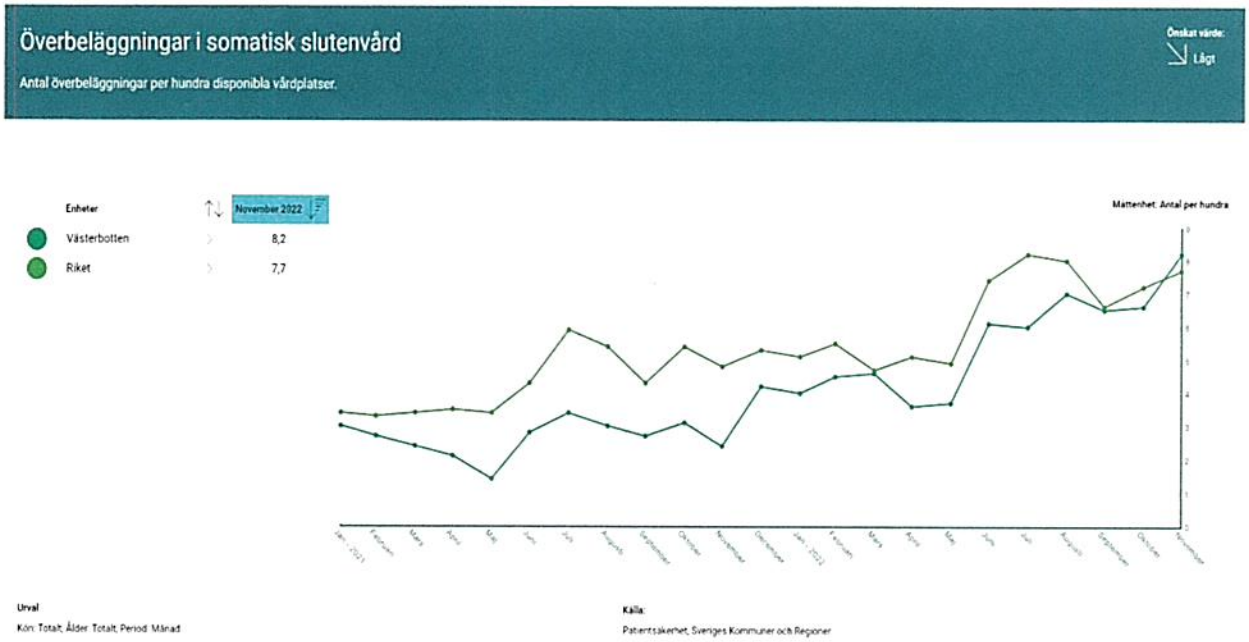
IVO genomförde i september 2022 en tillsyn av patientsäkerheten vid Norrlands universitetssjukhus med särskilt fokus på vårdplatser och bemanning. I sitt beslut angav IVO att man konstaterade att vårdgivaren inte har säkerställt av sjukhuset har disponibla vårdplatser utifrån det faktiska behovet i den somatiska specialistsjukvården vilket medför allvarliga vårdskador/risk för allvarliga vårdskador. IVO har därför begärt att regionen ska redovisa sin inställning till de brister som IVO konstaterat. Region Västerbotten har svarat att man tar allvarligt på beskrivningen och har vidtagit respektive planerar att vidta ett antal redovisade åtgärder, både på kort och lång sikt, för att komma till rätta med de risker som IVO beskriver.

Regionen uppfattar tre huvudsakliga orsaker till IVO`s bedömning: Personalbrist, framför allt gällande sjuksköterskor, köbildning vid triagering på akutmottagningen samt överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Åtgärderna inriktas därför i första hand på dessa orsaker.

Statistik från Vården i siffror



Figur 1 Utlokaliserade patienter i somatisk slutenvård. Antalet utlokaliseringar per hundra disponibla vårdplatser. Källa SKR, patientsäkerhet.



Figur 2 Överbeläggningar i somatisk slutenvård. Antal överbeläggningar per hundra disponibla vårdplatser. Källa SKR, patientsäkerhet.

I den statistik som Vården i siffror presenterar har antalet överbeläggningar (Figur 2) och utlokaliserade patienter (Figur 1) ökat inom Region Västerbotten.

Vid Norrlands universitetssjukhus är rutinen att sjukhussamordnare och representanter från verksamheterna träffas 3 gånger per vecka för att sammanställa befintliga vårdplatser och vårdplatsbehov. Vid ansträngd platssituation sker dessa möten alla vardagar och då deltar även områdeschef. I det dokument som finns i regionens ledningssystem gällande Rutin för placering av patienter vid ansträngt läge vid Norrlands universitetssjukhus (dokumentnr: 245722) skrivs bla:

Det åligger respektive klinik att bemanna beslutade vårdplatser. När tillfälliga bemannings-problem uppstår måste den planerade vården på den egna enheten i första hand reduceras. När så inte är möjligt överbeläggs klinikens egna vårdplatser där så lokalmässigt är möjligt.

Skellefteå sjukhus har rutiner för regelbundna samordningsmöten samt vid behov

Vid Lycksele sjukhus och inom primärvården i södra Lappland påverkade pandemin verksamheterna i mindre utsträckning än föregående år. Samarbetet både inom sjukhuset och mellan sjukhusen/sjukstugorna har varit mycket bra. Vid planerad sammanslagning av medicinska och kirurgiska vårdavdelningar under sommaren förbereddes alla medarbetare med fortbildning och genomgång av vårdprogram och behandlingsriktlinjer. Vid schemaläggning säkrade man även att det fanns erfaren omvårdnadspersonal i tjänst. När det gäller jourverksamheten i primärvården i södra Lappland har man arbetat med tidigare identifierade förbättringsområden, framför allt att öka kompetensen hos sjuksköterskorna när klinisk bedömning utförs på distans. Regionen har skapat och genomfört utbildning med 22 sjuksköterskor under hösten med utgångspunkt från "Riktlinjer för arbete i hårt väder och glesbygd" samt universitetskursen "Klinisk bedömning". Man har även arbetat med att förtydliga riktlinjer för användande av digitala stöd för jourhavande läkare. Båda dessa arbeten kommer att fortsätta under 2023.

Riskhantering

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

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Riskanalyser

Ett aktivt arbete har de senaste åren förts för att initiera centrala riskanalyser vid en identifierad risk i verksamheten, upprepade avvikelser inom samma område samt inför större organisatoriska förändringar. Syftet med en riskanalys är att förhindra en negativ händelse och resultatet ska ligga till grund för ett förbättringsarbete. Tidigare har en till två centrala riskanalyser genomförts per år, under 2022 genomfördes sex riskanalyser:

- Patientsäkerhetsrisker relaterade till nuvarande arbetssätt och den föreslagna förändringen av remiss och rondrutin för Bild och Funktionsmedicin/Neurokirurgi
- Införande av länsgemensam läkemedelskatalog för infusions- och injektionsläkemedel
- Patientsäkerhetsrisker utifrån lång kö till endoskopisk undersökning
- Patientsäkerhetsrisker relaterade till informationssäkerhetsbrister
- Riskanalys - Patientsäkerhetsrisker vid neddragning av vårdplatser sommaren 2022 (Skellefteå)
- Riskanalys - Identifierade patientsäkerhetsrisker utifrån tandvårdsuppdraget

SBAR

En vanlig anledning till vårdskada är att kommunikationen har brustit, det kan vara i kommunikation mellan patient och personal, personal emellan och mellan verksamheter, t.ex i samband med överflyttningar av patienter. Patientnämnden kategoriserar de ärenden som handläggs och redovisar i sin rapport för 2022 att i 41% av ärendena kategoriserades huvudproblemet som kommunikation.

Region Västerbotten rekommenderar användning av SBAR vid kommunikation. Det är en kommunikationsmodell för att säkerställa god informationsöverföring som ger förutsättningar att fokusera på det viktiga i budskapet.

I verksamheternas patientsäkerhetsberättelser för 2022 rapporterar flera att de använder SBAR i muntlig men även i skriftlig kommunikation. Det finns dock ett ständigt behov att utbilda och påminna personalen om att använda modellen.

Akutkliniken vid NUS har ett pågående utvecklingsarbete för en god och säker vård, vilket kräver en god kommunikation mellan patient och vårdpersonal, att patienten känner sig delaktig i sin vård, blivit lyssnad på och förstådd samt att patienten kan förstå och ta till sig den information som givits.
Akutkliniken har under våren 2022 testat "SBAR patient". Patienten har då fått en enkät med frågor om sin situation, bakgrund och aktuella besvär. Informationen används som underlag och stöd vid bedömningen av patientens tillstånd och hjälpa vårdpersonalen att fokusera på det som är viktigast för patienten vid besöket och minska risken för att viktig information ska glömmas bort eller missuppfattas. Formuläret förstörs efter utvärdering. Arbetet med "SBAR patient" är under utveckling och en utvärdering av arbetet pågår.

NEWS-bedömningar

Inom Region Västerbotten använder sjukstugor och flera av sjukhusens slutenvårdsavdelningar National Early Warning Score (NEWS). Syftet med NEWS- bedömning är att öka patientsäkerheten genom att standardisera bedömningen av patientens vitala parametrar och därigenom ge förutsättningar för ett effektivt akut omhändertagande vid försämring.

Gröna Korset

"Gröna korset" är en enkel visuell metod för medarbetare i sjukvården. Den används för att snabbt kunna identifiera risker och vårdskador i realtid och skapar ett underlag för riktat systematiskt förbättringsarbete som ökar patientsäkerheten och kan förbättra säkerhetskulturen. Den ska ses som ett komplement till avvikelserapportering och är en del av det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Metoden används i samband med daglig styrning/pulsmöten och en gemensam diskussion med fokus på patientsäkerhet.

Rörelseorganens centrum (ROC) Västerbotten valde att pausa "Gröna Korset" på flera enheter då fokus upplevdes till stor del ligga på att söka negativitet. De hade testat "Solrosen" under en period som motvikt, men i samband med pandemin pausades allt då dagliga styrningar minimerades.

Vid diskussioner i sitt patientsäkerhetsteam identifierade man dock fler avvikelser som gällde irritation över flöden som inte fungerade optimalt och brister i följsamhet till rutiner när "Gröna korset" användes, och en återstart på samtliga enheter diskuteras för att kunna skilja på "strul "och vårdskada/risk för vårdskada.

ROC`s öppenvård har utvecklat en digital lösning genom att skapa ett Forms-formulär där man med QRkod startar "Gröna Korset". Det provades vid ortopedmottagningen och togs vidare till andra enheter inom sin verksamhet.

Arbetsgång för det digitala Gröna Korset:

- Medarbetaren rapporterar "strul" via länk eller QRkod
- Rapporterade "strul" går till ansvarig chef på aktuell enhet
- Ansvarig chef identifierar orsaker till händelsen
- Ansvarig chef ansvarar för bedömning om händelse ska avvikelserapporteras eller hanteras som "strul"
- Ansvarig chef skapar tillsammans med medarbetare på aktuell enhet åtgärder för att undvika upprepande
- Återföring sker enligt tidigare rutin på daglig styrning och APT

Fördelar man beskriver från ROC med det digitala verktyget är:

- att medarbetare kan rapportera en händelse direkt när den inträffar och inte behöver komma ihåg den till nästa dagliga styrning
- att händelser kan rapporteras under hela dygnet, vilket gör att även nattetid kan föra vidare "strul" utan att behöva rapportera till kollega att ta vidare

En nackdel man beskriver är att medarbetare regelbundet behöver påminnas om "strulrapporten".

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5
All personal är skyldig att rapportera en avvikelse när de upptäcker en risk för vårdskada eller händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Avvikelsen rapporteras i avvikelsesystemet Platina. Avvikelser utreds på varje enhet av utsedd handläggare. Åtgärder vidtas för att förbättra verksamheten. Verksamheten ska kontinuerligt utvärdera om beslutade och genomförda åtgärder har förhindrat återupprepning av händelser och förbättrat patientsäkerheten. Effektuppföljning av åtgärder görs efter sex månader, via avvikelsesystemet. Varje verksamhet ska minst en gång per år göra en sammanställning och analys av inrapporterade avvikelser. I verksamheternas patientsäkerhetsberättelser ingår att beskriva de mest förekommande avvikelseområdena och vidtagna åtgärder. Uppföljning sker i de patientsäkerhetsdialoger som genomförs i verksamheterna. Verksamhetens sammanställning och analys diskuteras under dialogen.

Avvikelser relaterat till utlokalisering av patienter ökade under 2022, vilka omfattande dels specifika medicinska och omvårdnadsavvikelser, dels avvikelser som påverkar patientsäkerheten och arbetsmiljön utifrån hög arbetsbelastning och låg bemanning.

Åtgärd: Avvikelsehandläggaren märker avvikelser relaterat till "Utlokalisering", (med nyckelord) under 2023 för regionövergripande uppföljning och analys

I varje anmälan enligt lex Maria samt central utförd händelseanalys följs verksamhetens handlingsplaner upp av Hälso- och sjukvårdsförvaltningens stab. Uppföljningen görs efter cirka sex månader när de föreslagna aktiviteterna är genomförda i verksamheten

Markörbaserad journalgranskning

Sedan 2016 använder Region Västerbotten metoden markörbaserad journalgranskning (MJG). Metoden innebär att dokumentationen från ett urval avslutade vårdtillfällen granskas retrospektivt enligt en strukturerad metod med syfte att identifiera skador och vårdskador. I Region Västerbotten finns fyra sjuksköterskor och fyra läkare som är utbildade för att utföra granskningarna. Från varje månad granskas 30 journaler från universitetssjukhuset och 15 journaler från respektive länsdelssjukhus.

SKR har sammanställt alla resultat från 2021 års granskning från somatiskvård och rapporterar att planen är att 9-årsrapporten kommer att innehålla resultat från den vanliga slumpmässiga sjukhusövergripande granskningen inklusive jämförande resultat för hela perioden 2013–2021 som innefattar drygt 118 000 slutenvårdstillfällen. Den specifika delrapporten av covid-19 har granskat perioderna våren och hösten 2020 samt våren 2021 som totalt innefattar drygt 5 000 vårdtillfällen av patienter med diagnosen covid-19.

Vad gäller psykiatriskvård meddelar SKR att en sammanställning gällande alla resultat från 2021 års granskning på går och planen är att 4-årsrapporten publiceras under januari – februari månad 2023. Region Västerbotten har under 2022 granska totalt 360 journaler. Perioden som granskats är januari tom juni. Resultaten inrapporteras till SKR senast april 2023. Orsaken till att inte hela året granskas är en brist på läkarresurser. Inom somatisk sjukhusvård är vårdrelaterade infektioner den vanligaste vårdskadan. Länk till rapporter:
https://skr.se/skr/tjanster/pressrum/nyheter/nyhetsarkiv/farreskadorinomsjukvarden.68695.html

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6
Klagomål från patienter eller närstående som kommer direkt till verksamheten hanteras av verksamhetschefen eller utsedd person enligt egen rutin. Enligt regionens riktlinjer ska klagomålen därefter föras in i avvikelsehanteringssystemet Platina, för att kunna analyseras och ligga till grund för förbättringsarbete. En webbaserad anmälan via 1177.se finns där patienten kan skicka sitt klagomål direkt till vården och går då direkt in i avvikelsesystemet. Andra sätt är att skriva, mejla eller ringa till verksamheten.

Synpunkter och klagomål som kommer via Inspektionen för vård och omsorg (IVO) diarieförs, läggs in som avvikelse, förmedlas till berörd verksamhetschef och vid behov chefläkare. Handläggningen sker med stöd från handläggare inom Sektionen för Kvalitet och Patientsäkerhet. Verksamhetschefen har sedan ansvar för att klagomålet handläggs och följs upp enligt regionens riktlinjer för klagomål. Under patientsäkerhetsdialogerna med verksamheterna tas klagomålen upp och diskuteras.

Under 2022 inkom 74 klagomål (under 2021 83 st) gällande Region Västerbotten till IVO. Av dessa utreddes 40 klagomål direkt av IVO och 34 klagomål skickades åter till verksamheten för primär handläggning och utredning.

Nationella patientenkäten

Nationell patientenkät, NPE, är ett samlingsnamn för återkommande nationella PREM undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Resultaten kan användas för att förbättra och utveckla vården utifrån ett patientperspektiv. Resultaten är också underlag för jämförelser mellan vårdenheter och ett redskap för styrning och ledning.

Under de senaste åren har utvecklingen gått mot att öka patientinflytandet. Valfrihetsreformer och ökad patientrörlighet samt utveckling av alternativa driftsformer har påskyndat utvecklingen mot en förändrad syn på den enskilde patientens ställning i hälso- och sjukvården. Patientlagen som trädde i kraft 2015 hade som syfte att stärka och tydliggöra patientens ställning och främja integritet, självbestämmande och delaktighet.

I Region Västerbotten under 2022 genomfördes nationella mätningar inom Barnpsykiatri sluten- och öppenvård, Vuxenpsykiatri sluten-och öppenvård samt Rättspsykiatri samt inom Akutmottagningar. Mätning genomfördes även inom Habilitering och Primärvård.

Resultat: Inom Barn- och Vuxenpsykiatrin ges gott omdöme gällande respekt och bemötande. Förbättringsområden är information och kunskap, kontinuitet och koordinering. Även delaktighet och involvering samt emotionellt stöd är områden med förbättringspotential.

Svarsfrekvensen för Barnpsykiatrins öppenvård var 28% (riket 29%). Föregående mätning 2018 var svarsfrekvensen 17% (riket 15%).

Inom vuxenpsykiatrins öppenvård var svarsfrekvensen 33% (riket 32%). Föregående mätning 2018 var svarsfrekvens 36% (riket 32%). Inom slutenvården var svarsfrekvensen 30% (riket 25%). Föregående mätning 2018 var svarsfrekvensen 20% (riket 45%).

Primärvården ges goda omdömen med ett helhetsintryck på 82% positiva svar. Särskilt positiva svar ges gällande respekt och bemötande 87%, så väl som delaktighet och involvering. Områden med förbättringspotential är kontinuitet och koordinering.

Inom primärvården var svarsfrekvensen 48% (riket 41%). Föregående mätning 2021 var svarsfrekvens 40% (riket 38%).

Akutmottagningarna i regionen ges goda omdömen av de patienter som besökt mottagningarna under mätperioden, med ett helhetsintryck på 87%. Särskilt positiva svar ges gällande respekt och bemötande 86,5%, tillgänglighet 88% samt kontinuitet och koordinering. Information och kunskap är ett förbättringsområde.

Inom akutmottagningar i regionen var svarsfrekvensen 40% (riket 37%). Föregående mätning 2020 var svarsfrekvens 41% (riket 36%).

Habiliteringsverksamheten i regionen ges goda omdömen på flertalet dimensioner med ett helhetsintryck på 86%. Särskilt positiva svar ges gällande respekt och bemötande 91% och information och kunskap 86%, så väl som delaktighet och involvering. Emotionellt stöd är ett område som kan utvecklas. Fysiska vårdbesök skattas generellt högre än distanskontakter.

Inom habiliteringen var svarsfrekvensen 33% (riket 36%). Föregående mätning 2020 var svarsfrekvens 29% (riket 36%).

Åtgärd: Identifierade utvecklingsområden i regionen är att förbättra information- och förberedelsen inför enkätundersökningar. Syftet är att sprida kännedom om mätningar till patienter/vårdnadshavare och personalen för att därmed öka svarsfrekvensen.

Hur resultaten tas tillvara varierar och bedöms vara ett utvecklingsområde i regionen. Patienternas upplevelser och synpunkters på hälso- och sjukvården är av stor vikt i omställningen till nära och säker personcentrerad vård.

Resultaten kan i ökad omfattning utgöra jämförelser mellan vårdenheter samt vara ett redskap för styrning och ledning.

Patientnämnden

Patientnämndens huvuduppgift är att stödja och hjälpa patienter och deras närstående att föra fram synpunkter och klagomål till vårdgivare och se till att de blir besvarade om patienten/närstående så önskar. Patientnämnden skall även hjälpa patienter att få den information de kan behöva för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården.
Nämnden skall vidare bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet genom att analysera klagomål och synpunkter och uppmärksamma regionen eller kommuner på riskområden och hinder för utveckling av vården.
Patientnämndens arbete omfattar all offentligt finansierad hälso- och sjukvård hos Region Västerbotten, kommunerna Västerbotten och privata vårdgivare med avtal samt folktandvården och den tandvård som regionerna finansierar.

Under 2022 var antalet registrerade och avslutade ärenden vid Patientnämnden i huvudsak i paritet med 2021 men färre än både 2019 och 2020.
Under 2022 har 917 patientärenden avslutats, varav 803 hör till Region Västerbotten, 45 till privata vårdgivare som hade avtal med Region Västerbotten och 17 till länets kommuner.

Andelen ärenden fördelar sig inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningens i Region Västerbotten mellan olika områden på följande sätt:

Närsjukvårdsområde Umeå	36,4 %
Närsjukvårdsområde Skellefteå	16,4%
Närsjukvårdsområde Södra Lappland	6,9%
Länssjukvårdsområde 1 och 2	35,7%
Tandvård	3,5%

Fördelningen av områden på olika delar av vården ser för 2022 ut på följande sätt:

Primärvård	27,3%
Psykiatrisk sjukhusvård	19,0%
Somatisk sjukhusvård	49,1%
Tandvård	3,5%

Patientnämnden kategoriserar de ärenden som handläggs enligt ett kategoriseringssystem som är gemensamt med alla landets patientnämnder och med IVO.
Den ojämförligt vanligaste kategorin hos ärenden som handlagts vid Patientnämnden i Västerbotten är *Kommunikation,* som kategoriserades som huvudproblem i 41 % av ärendena under 2022.
Den näst vanligaste kategorin var *Vård & behandling* och den tredje vanligaste var *Tillgänglighet.* Dessa samlade 24 respektive 14% av ärendena.

Sedan 2019 genomförs återkoppling på Patientnämndens ärenden till vårdens företrädare på aggregerad nivå. Målgrupp är framför allt ledningsgrupper i hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsområden.

Under vinter/vår 2022 har informations- och återkopplingsmöten med samtliga verksamhetsområdes ledningsgrupper genomförts. Då återfördes statistik och erfarenheter avseende 2021. Vinter vår 2023 kommer motsvarande återföring att ske avseende ärenden som handlagts under 2022.

Dessutom har återföringsmöten genomförts med några klinikledningar utifrån ett från patient-nämndens sida bedömt behov av att lämna information.

Under 2022 har Patientnämnden också sammanställt två så kallade analysrapporter – *"Patienter och närståendes informationsbehov från vården"* och *"Covid-19"*.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Ett av Region Västerbottens mål är att all hälso- och sjukvårdspersonal ska genomgå Socialstyrelsens e-utbildning i patientsäkerhet -"Agera för säker vård". Syftet är att försäkra sig om att hälso- och sjukvårdspersonalen i Region Västerbottens får en grundutbildning och god kunskap i patientsäkerhet så att patienterna ska garanteras så säker vård som möjligt med målsättningen ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada.

Patientsäkerhetsdialogen syftar till att tydliggöra vikten av ett systematiskt patientsäkerhetsarbete inom verksamheten. Dialogen ska fungera som ett årligen återkommande möte mellan patientsäkerhetsteamet och olika patientnära verksamheter, och ta upp frågor rörande patienternas säkerhet. Under dialogen går vi igenom verksamhetens interna struktur för patientsäkerhetsarbete, problemområden, målsättningar samt uppnådda resultat. Dialogen har på detta sätt både en kontrollerande och en stödjande funktion.

Patientsäker vård i en krissituation när det uppstår en akut personalbrist

Flera av regionens verksamheter, både inom öppen och sluten vård, har i samband med pandemin reviderat omfallsplaner med prioriteringsordning. Bland annat beskrivs samarbete och förflyttning av personalresurser mellan enheter. Rutiner och PM har tagits fram för att möta framtida krissituationer. Ett antal verksamheter som saknar skriftliga omfallsplaner planerar att skapa sådana under 2023.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Inför genomförande av Region Västerbottens verksamhetsplanering under 2022 kompletterades det digitala verktyget Stratsys med en patientsäkerhetsmodul. I Region Västerbotten baseras utformningen på den "Nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024" från Socialstyrelsen. Under 2023 planeras utbildning för verksamheterna i att skapa aktiviteter med uppföljningar i Stratsys patientsäkerhetsmodul, med målet att den ska användas vid patientsäkerhetsmöten och ledningsgruppsmöten för att göra uppföljningar av det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Digitala överföringar från Power BI till Stratsys patientsäkerhetsmodul ska möjliggöras.

Införandet av det vårdinformationsstödet Cosmic innebär potentiella patientsäkerhetsrisker som behöver identifieras och förebyggas genom relevanta åtgärder utifrån riskanalyser.

Även under 2023 prioriterar Sektionen för Kvalitet och Patientsäkerhet att fortsätta uppmuntra och stödja verksamheterna att planera genomförande SoS e-utbildning i patientsäkerhet - Agera för säker vård.

En introduktionsutbildning i patientsäkerhet till nya chefer planeras och ska finnas tillgänglig i regionens utbildningsplattform "Lärande region".

Lärandeseminarier kommer att anordnas även under 2023, syftet med dessa att från bland annat händelseanalyser sprida resultat och ta lärdom för att undvika upprepning av händelser.

I Sektionen för Kvalitet och Patientsäkerhets uppdrag är en viktig del att hantera och utgöra stöd för verksamheterna i kommunikationen med IVO i ärenden gällande tillsyn, lex Maria, klagomål och legitimerad hälso- och sjukvårdpersonal som kan utgöra en fara för patientsäkerheten. Ett annat prioriterat område är att fortsätta uppmuntra och stödja genomförande av centrala riskanalyser.

Brister i kommunikation är en viktig bidragande orsak till att vårdskador inträffar. I Patientnämndens redovisning är det också den vanligaste kategorin i ärenden som handläggs. Ämnesområdet är brett men verksamheterna behöver medvetandegöra problemet, som kommer att diskuteras bland annat med de lokala patientsäkerhetssamordnarna inom Region Västerbotten

På grund av personalbrist och brist på vårdplatser är situationen i vården svår vilket gör att patientsäkerheten försämras. Om belastningen i ett normalläge är på så höga nivåer försvagas allvarligt förmågan att hantera krislägen, som under en pandemi eller en katastrofmedicinsk händelse, eller perioder av lägre bemanning som semesterperioder.

I den ansträngda situationen i vården har verksamhetsutveckling fått stå tillbaka, bland annat vad gäller patientsäkerhetsfrågor. Sektionen för kvalitet och patientsäkerhet fortsätter med patientsäkerhetsdialoger och har som en del i arbetet med att stödja verksamheterna skapat webbinarier för avvikelsehandläggare. Under våren 2023 planeras webbinarier i omvårdnadsfrågor för lokala patientsäkerhetssamordnare där man ska kunna dela med sig av erfarenheter, arbetssätt och rutiner.

Indikatorer inom region Västerbotten 2023	Mål
Andelen av all personal inom hälso-och sjukvård som har genomgått SoS nationella e-utbildning i patientsäkerhet	≥70%
Öppna och klassificera avvikelseområde inom 7 dagar	≥80%
Avsluta avvikelse inom 180 dagar	≥80%
Handlägga och avsluta utredningsärende inom 60 dagar från att utredningsärendet kommit in	≥80%
Utreda klagomål/ synpunkter, återkoppla resultat till rapportör och avsluta inom 30 dagar	100%
Andel patienter med vårdrelaterade infektioner mätt med infektionsverktyget	≤ 7/vårdtillfällen/år
Deltagande i samtliga genomförda punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner	100%
Personalen har korrekt följsamhet till basala hygien- och klädrutiner	≥ 95/90%
Deltagande i samtliga genomförda mätningar av följsamhet till klädregler	100%
Genomförande av minst en egenkontroll för vårdhygienisk standard per verksamhet	1ggr/år
Andelen patienter med trycksår uppkomna på sjukhus av patienter i PPM	delmål ≤ 6%
Antal antibiotikaordinationer / 100 vårdtillfällen	
Antal ordinationer av cefotaxim och ciprofloxacin / 100 vårdtillfällen	

BILAGA 1. Strålskyddsbokslut 2022

Nedan sammanfattas Regionen Västerbottens strålskyddsbokslut för 2021 enligt SSMFS 2018:5 3 kap. 13§.

Det systematiska strålskyddsarbetet

Region Västerbotten har tillstånd att bedriva medicinsk och odontologisk verksamhet med joniserande strålning. Tillstånd omfattar medicinsk röntgendiagnostik, delar av odontologisk röntgendiagnostik (panoramaröntgen och conebeam CT), nuklearmedicin, extern strålbehandling, inklusive buckyterapi, samt brachyterapi (SSMFS 2018:1). Till anmälningspliktig verksamhet i Region Västerbotten hör odontologisk röntgendiagnostik (intraoralt placerad bildmottagare), kabinettröntgenutrustning vid mammografi, medicinska solarier, samt strålkälla för blodbestrålning (SSMFS 2018:2). Dessutom finns tillstånd för produktion av positronstrålande radionuklider med cyklotron i syfte att tillverka radiofarmaka för positronemissionstomografi (PET).

Regionens ledningssystem definierar ansvarsfördelning och samverkan mellan tillståndshavare, regionledning och direktörer, verksamhetschefer, innehavare av radiologisk ledningsfunktion (RLF), strålningsfysikalisk ledningsfunktion (SFL), samt strålskyddsexpertfunktion. Regionen arbetar kontinuerligt med att utforma ledningssystemet så att krav på strålsäkerhet tillgodoses samordnat med övriga krav på verksamheten (SSMFS 2018:1), vilket är en förutsättning för systematiskt kvalitetsarbete enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9).

Regionen har tillsatt ett strålskyddsråd för att hantera strategiska frågor och medverka på operativ nivå i fråga om utveckling, uppföljning och förbättring av strålskyddet inom medicinsk och odontologisk röntgenverksamhet samt nuklearmedicin. Regionen har även en samordningsgrupp för strålterapi, vilken utgör ett expertorgan i frågor som rör extern strålbehandling, brachyterapi och buckyterapi. Strålskyddsrådet är regionens övergripande expertorgan i strålskyddsfrågor. Strålskyddsrådet ska övervaka att all bestrålning av patienter är berättigad och optimerad, liksom att strålskydd för personal och allmänhet följer lagstadgade krav. I strålskyddsrådet ingår följande roller: Hälso- och sjukvårdsdirektör, samordnare för strålsäkerhet i regionen (strålskyddsexpertfunktion), verksamhetschef för Bild- och funktionsmedicin respektive Cancercentrum, avdelningschef för Bild- och funktionsmedicin i Umeå, Skellefteå och Lycksele, avdelningschef för Strålningsfysik och radiologisk ledningsfunktion för Tandvård. Beroende på vilka frågor som behandlas i strålskyddsrådet adjungeras personer med lämplig kompetens. Radiologins forskningsråd som hanterar kliniska studier med joniserande strålning rapporterar till strålskyddsrådet.

Åtgärder som vidtagits för att upprätthålla och utveckla strålskyddet

Det kontinuerliga arbetet med att upprätthålla och utveckla regionens ledningssystem utgör grunden för strålsäkerhet i regionen. Under året har Bild- och funktionsmedicin, Cancercentrum och Tandvård vidareutvecklat sina respektive delar av ledningssystemet.

Under året har regionen deltagit i flera aktiviteter initierade av Strålsäkerhetsmyndigheten:
1. Inspektion av hur våra interventionella verksamheter arbetar med höga huddoser som kan leda till patientskada.

2. Inspektion av hur tandvården arbetar med berättigandebedömning.
3. Enkät om kompetensförsörjning inom verksamheter som arbetar med joniserande strålning.
4. Inspektion av PCI-verksamheten vid Hjärtcentrum.

Regionen arbetar fortsatt under dispens vad gäller krav från Strålsäkerhetsmyndigheten på remisskriterier för diagnostiska undersökningar med joniserande strålning. Inera har under våren 2022 genomfört en förstudie gällande remittentstöd för joniserad strålning på uppdrag av Region Stockholm. Förstudien syftar till att undersöka möjligheter och förutsättningar för upphandling samt förvaltning av system för remittentstöd för radiologiska undersökningar. Baserat på resultatet av förstudien rekommenderas att Inera går vidare med att undersöka intresset från regionerna för att Inera upphandlar, tillhandahåller och förvaltar ett remittentstöd (inklusive eventuell teknisk och kunskapsmässig förvaltning). Regionen har lämnat ett positivt svar på denna förfrågan från Inera.

Centrum för medicinsk teknik och strålningsfysik har kontinuerligt genomfört kvalitetssäkring av radiologisk utrustning, både i egen regi och i samarbete med regionens leverantörer. Inom Tandvård pågår ett projekt för att förbättra kvalitetssäkring av intraoral röntgenutrustning. I det kontinuerliga förbättringsarbetet har sjukhusfysiker samverkat med sjuksköterskor och läkare i regionen för att utveckla diagnostisk och terapeutisk verksamhet med joniserande strålning. Inom vissa verksamheter är det fortsatt en utmaning att bemanna läkare i förbättringsarbete.

Regionen bedriver ett kontinuerligt arbete med undervisning inom strålsäkerhet för berörd personal. Sedan några år tillbaka tillhandahålls sådan undervisning huvudsakligen som e-lärande via portalen Lärande region. Portalen har under året kopplats till det personaladministrativa systemet i regionen för enklare uppföljning av fortbildning och kompetensbehov. Dock återstår för majoriteten av regionens medarbetare att knyta sina användare till Office365, vilket krävs för uppföljning.

Under 2022 har regionen upphandlat ny radiologisk utrustning till PCI- och arytmiverksamheterna vid Hjärtcentrum. Vidare har följande utrustning installerats under året: röntgensystem i Tärnaby, C-bågar i Lycksele, mini C-bågar NUS, interventionell radiologi NUS, bentäthetsmätare NUS, sprutdragare nuklearmedicin NUS, doskalibrator radiokemi NUS, samt dosplaneringssystem strålterapi NUS.

Regionen har under året deltagit i ett nationellt projekt med beröring till strålsäkerhet. Det handlar om en arbetsgrupp för kvalitetssäkring av radiologisk utrustning, där samtliga offentliga och de större privata vårdgivarna medverkar i samarbete med leverantörer. Inom ramarna för projektet kommer regionen (Strålningsfysik och Medicinsk teknik) att anordna en nationell workshop om kvalitetssäkring under mars 2023 i Umeå.

Under året har regionen initierat två utredningar inom strålsäkerhetsområdet:
1. Nytta och risk med användning av gonadskydd inom radiologi. Bakgrunden är att det under senare år kommit internationella guidelines som understryker risker med användning och ifrågasätter nyttan med dessa skydd. Inom Bild- och funktionsmedicin pågår revision på metodnivå.

2. Radiologiska ledningsfunktioner i verksamheter utanför Bild- och funktionsmedicin, Cancercentrum och Folktandvården. För sådana verksamheter med röntgenutrustning har regionen beslutat att gå ifrån tidigare arbetssätt med radiologer och i stället komplettera med nödvändig strålskyddskompetens hos specialistkompetenta läkare i respektive verksamhet (t.ex. Hjärtcentrum och Ortopedi).

Resultat som uppnåtts i strålskyddsarbetet

Regionen har under 2022 anmält en avvikelse till Strålsäkerhetsmyndigheten. Det handlar om en patient som behandlades för prostatacancer med extern strålterapi. Personalen hanterade utrustningen felaktigt, behandlingsbordet sänktes i stället för att höjas, vilket ledde till att patienten fick en högre stråldos än vad som planerats. Efter uppföljning av avvikelsen har regionen genomfört utbildningsinsatser och förtydligat rutiner. Strålsäkerhetsmyndigheten har utrett händelsen och godkänt regionens åtgärder. Under 2022 har även andra avvikelser, av mindre allvarlig karaktär, anmälts och hanterats i regionen i olika verksamheter: nuklearmedicin (4), röntgen (6), strålbehandling inkl. hudkliniken (2), tandvård (9) och MR (1).

Interna och externa revisioner av ledningssystem som genomförts under året har inte resulterat några avvikelser relaterade till strålskyddsarbetet. Certifiering (ISO 9001:2015) kvarstår inom Strålningsfysik och Medicinsk teknik och planen framåt är att utöka scoopet till att gälla även resten av Centrum för informationsteknik och medicinsk teknik (CIMT). Dessutom har arbete påbörjats med att byta plattform för regionens ledningssystem samt intranät och det kommer således att underlätta utvecklandet av ett gemensamt ledningssystem för kvalitet och säkerhet.

Med anledning av en avvikelse i samband med uppgradering av en datortomograf i Umeå 2020 har ledningen för Centrum för medicinsk teknik och strålningsfysik initierat ett projekt med leverantörsbedömningar. Uppdraget syftar till att hitta en arbetsform där avvikelser (och positiva omdömen) återkopplas på ett sådant sätt att de kan användas juridiskt, t.ex. för viten, omförhandling eller uppsägning av befintliga kontrakt. Det finns nu ett utkast till en ny rutin och ett föreslaget arbetssätt som kräver anpassning av funktionalitet i regionens inventariesystem (Maximo).

Under året har 28 kliniska studier granskats och godkänts för genomförande av radiologins forskningsråd, där radiologer (radiologiska ledningsfunktioner) och sjukhusfysiker (strålningsfysikaliska ledningsfunktioner) bistår vid bedömning.

Regionens Strålskyddsbokslut för 2021 granskades under året och godkändes utan kommentarer från Strålsäkerhetsmyndigheten.

Umeå 2023-01-16
Jonas Andersson
Leg. sjukhusfysiker, Docent
Centrum för informationsteknik och medicinsk teknik
Norrlands universitetssjukhus
901 85 Umeå
Tel. 070-377 42 32