Patient-säkerhets-berättelse 2017

2018-02-23

Anders Sylvan
Landstingsdirektör

Västerbottens läns landsting

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning 2
Sammanfattning 3
Övergripande mål och strategier 5
Fullmäktiges inriktningsmål och strategier 2016-2019 5
Hälso- och sjukvårdsnämndens riktade uppdrag från fullmäktige för patientsäkerhet och god kvalitet 5
Målvärden för HSN 2017 5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhets-arbetet 6
Funktion 7
Ansvarar för 7
Vårdgivaren ansvarar för 7
Struktur för uppföljning/utvärdering 8
Uppföljning genom egenkontroll 9
Område 9
Frekvens 9
Källa 9
Kommunikation 9
Patientsäkerhetskultur 9
Omvårdnadsregister 9
Hur har patientsäkerhetsarbete bedrivits under året och vilka åtgärder har genomförts för ökad patientsäkerhet 11
Problem 11
Område 11
Åtgärd 11
Arbetssätt som stimulerat minskad förskrivning av antibiotika 12
Arbete för att minska vårdrelaterade infektioner 13
Läkemedel 14
Omvårdnadssatsningar 16
Förbättrad process för anmälningar till IVO (lex Maria) 16
Värdegrunden - "Ständigt bättre - patienten alltid först!" 16
Tandvården 2017 17
Samverkan för att förebygga vårdskador 18
Samverkan mellan landstinget och kommunerna 18
Arbetssätt för att hitta brister i vårdens övergångar 18
Samverkan med kommunerna 19
Samverkan inom regionen 19
Standardiserade vårdförlopp i cancervården, SVF Göran Hugosson 20
Samverkan med patienter och närstående 20
Riskanalys 21
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporterings-skyldighet 21
Hantering av klagomål och synpunkter 22
Sammanställning och analys 22
Patientnämnden 23
Informationssäkerhetsberättelse 23
Samverkan med patienter och närstående 23
Resultat 24
Strukturmått 24
Processmått 24
Basala hygien- och klädrutiner 25
Antibiotika 26
Resultatmått 26
Vårdrelaterade infektioner 28
Trycksår 29
Måluppfyllelse 30
Analys 31
Övergripande mål och strategier för kommande år 31
Fullmäktiges mål för patientsäkerhet 2016–2019: 31

Sammanfattning

Västerbottens läns landsting har under året fortsatt det etablerade systematiska arbetssätt för att följa upp och förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsrådet har följt utvecklingen inom tre fokusområden under året. Det gäller samverkansfrågor (med samordnad individuell plan), vårdrelaterade infektioner och riskanalysarbetet. Det systematiska arbetet med mätningar, utbildningar och arbete för att minska antibiotikaanvändningen har fortsatt. Resultaten av årets mätningar visar bland en ökning av de vårdrelaterade infektioner och trycksåren, en liten förbättring av de basala hygienrutinerna en förbättring av korrekt läkemedelslista inom sjukhusvården och en försämring inom primärvården. Aktiviteterna är en del av egenkontrollen och verksamhetens resultat diskuteras i patientsäkerhetsdialogerna.

En ny Patientsäkerhetskulturmätning har genomförts där den största förbättringen från föregående mätning skett inom området "öppenhet och kommunikation av avvikelser".
Tillsammans med Läkemedelscentrum och apoteken genomfördes en läkemedelskampanj "Har du koll på dina läkemedel" för att sätta fokus på en korrekt läkemedelslista, där patientens delaktighet var en väsentlig del.

Implementering av den länsgemensamma handlingsplanen för systematiskt patientsäkerhetsarbete inom akut förvirringstillstånd, vårdrelaterade infektioner, fall, trycksår, malnutrition och ohälsa i munnen har skett. En ny riskbedömning har tagits fram i länet där numera även risk för akut förvirring och risk för att få en vårdrelaterad infektion ingår. I klinikernas patientsäkerhetsberättelser finns en rad olika förbättringsarbeten beskrivna som till exempel förhindra fall och förbättra nutritionen hos patienterna men också aktiviteter för att öka patienternas delaktighet med exempelvis enkäter och dialoger.

Stramagruppen har fortsatt arbetat för att öka följsamheten till behandlingsrekommendationerna för infektioner och minska onödig antibiotikaanvändning. Hälsocentralerna har fortsatt att själva analysera sina egna data kring antibiotikaförskrivning på enhets- och förskrivarnivå och har följt upp de egna målen för enheterna. Sjukhusklinikerna har inte kunnat analysera sin förskrivning med hjälp av Infektionsverktyget pga. lokalt IT- problem som påverkat datafångsten. Verktyget är åter igång våren 2018. Västerbotten är det enda landsting som uppnått STRAMAs mål i öppenvård med < 250 recept/1000 invånare/12 månader.

Patientsäkerhet avseende vårdrelaterade infektioner under ombyggnationer har varit viktigt under 2017. Det sker mycket omfattande ombyggnationer i Umeå, Skellefteå och Lycksele. det finns en struktur för varje byggärende där Vårdhygienisk expertis ska finnas med under varje delprojekt.
Utbildningen inom patientsäkerhet inklusive förebyggande av VRI har under 2017 fortsatt vara ett obligatorium inom ST-läkarutbildningen i hela VLL. Samtliga ST-läkare erbjuds en veckas sammanhållen utbildning som ska tillgodose Socialstyrelsens utbildningskrav enligt de så kallade a-målen i den nya författningen från 2015.

Handhygienveckan i maj 2017 genomfördes ambitiöst med bred utbildningsinsats i hela organisationen inklusive föreläsningar, filmer och workshops.
Det var en hård säsong av vinterkräksjuka och influensa med en ovanligt tidig topp i januari 2017. En analys utförd av smittskydd och vårdhygien under februari visade dock att spridning inom vården var ovanligt.

Läkemedelscentrums arbete innebär att verka för en effektiv, säker och ändamålsenlig läkemedelsanvändning samt läkemedelshantering inom VLL. Det har bland annat skett genom uppdaterade terapirekommendationer, utbildningar för AT- och ST-läkare samt att man genomfört mer än 1500 fördjupade läkemedelsgenomgångar inom sluten och öppenvård.

Övergripande mål och strategier

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

Fullmäktiges inriktningsmål och strategier 2016-2019

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

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

Arbetet under 2017 inriktas på att hela tiden systematiskt hitta förbättringar för att minimera antalet vårdskador utifrån mätresultat och avvikelser.

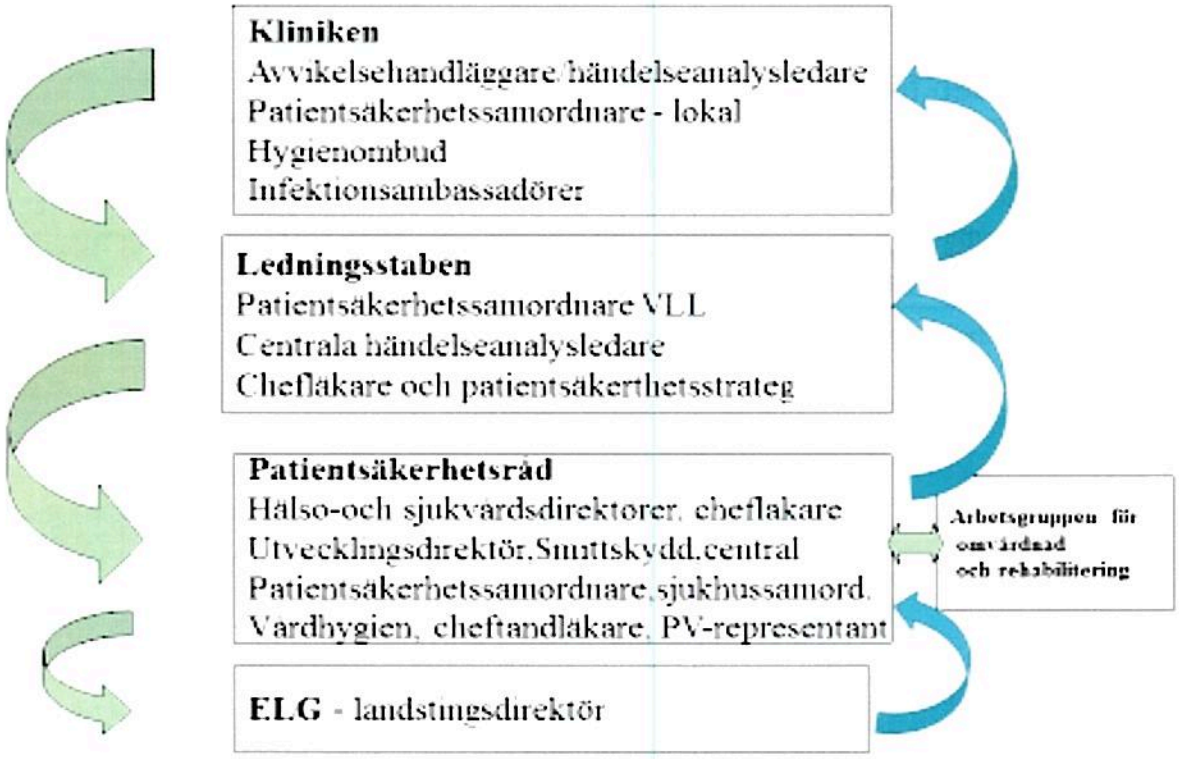
Målvärden för HSN 2017

Målvärde 2017
Antalet vårdrelaterade infektioner per antalet inneliggande patienter ska minska
Andel allvarliga vårdskador i förhållande till vårdtillfällen ska minska
Andel dygn med beläggningsgrad < 93 % ska öka

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Nedan visas en övergripande bild på hur patientsäkerhetsarbetet är uppbyggt.



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

Vårdgivaren ansvarar för

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

Struktur för uppföljning/utvärdering

Politisk uppföljning	Sker via delårs- och årsrapporter där Landstingsstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden redovisar måluppfyllnad
Patientsäkerhetsrådet	Följer löpande upp den övergripande aktivitetsplanen för patientsäkerhet. Avvikelser från planen samt årets samlade resultat går till landstingsdirektören i form av Patientsäkerhetsberättelsen.
I verksamheterna	Sker uppföljning via basenheternas årliga patientsäkerhetsberättelse och via patientsäkerhetsdialoger där resultat, problem och eventuella säkerhetsbrister diskuteras. Utifrån dialogen skrivs sedan en handlingsplan av identifierade förbättringsområden.
Strama/smittskydd	Analyserar antibiotikaförskrivningen och rapporterar till Patientsäkerhetsrådet
Vårdhygien	Aktuella mätresultat gällande vårdrelaterade infektioner och basala hygien och klädrutiner analyseras av Vårdhygien och presenteras i Patientsäkerhetsrådet. Föreslår också aktiviteter för förbättringar

Som ett komplement till avvikelserapportering för att identifiera vårdskador har VLL haft strukturerad journalgranskning(markörbaserad journalgranskning). Organisationen av granskningen ändrades under året till en länsgemensam granskningsgrupp med team som granskar journaler från alla tre sjukhus. Den nya organisationen kom igång efter sommaren vilket innebär att antalet granskade journaler kommer att vara färre under 2017 än tidigare år. Resultaten rapporteras in till SKLs nationella databas. Övergripande resultat på landstings- och sjukhusnivå presenteras i Patientsäkerhetsrådet. Preliminära resultat för första halvåret 2017 visade på en fortsatt ökning av skador i Västerbotten men också på vårdskador vilket även trenden för 2016 var. Det som tidigare är kirurgiska skador och vårdrelaterade infektioner som är de största grupperna men även en trycksårsskada finns rapporterad.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Patientsäkerhetskultur

En god, icke skuldbeläggande säkerhetskultur som präglas av öppenhet är en av de viktigaste förutsättningarna för att nå en hög patientsäkerhet. En ny mätning av patientsäkerhetskulturen genom fördes under hösten där resultatet visar på förbättringar inom ett antal områden, även om vissa skillnader inte är så stora. Öppenhet i kommunikation och återföring och kommunikation runt avvikelser är de områden som har förbättrats mest, vilket är positivt. Det är glädjande att VLLs resultat är bättre än de nationella.

Förståelsen för att arbetsmiljö och patientsäkerhet hör ihop har inneburit ett gemensamt arbete mellan HR och patientsäkerhetsorganisationen där ett underlag för gemensam risk- (och konsekvens) bedömning tagits fram och en gemensam utbildning gällande riskbedömning där både patientsäkerhet och arbetsmiljö ingår planeras. Det finns ett önskemål från klinikerna att i vissa fall kunna sammanföra områdena eftersom de har stor påverkansgrad på varandra.

Omvårdnadsregister

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

Resultat PPM trycksår, undernäring och fall v 39 2017/2016

	Trycksår **2017** *(2016)*	Undernäring **2017** *(2016)*	Fall **2017** *(2016)*
Antal inneliggande patienter	**447** *(572)*	**447** *(572)*	**447** *(572)*
Antal patienter som vid inskrivning har befintligt trycksår och/eller som klassats som undernärd	**10 (2%)** *(16 (3%)*	**22 (6,5%)** *(74 (13%)*	
Antal riskbedömda patienter totalt	***158 (35%)*** *(222 (39%)*	***155 (35%)*** *(239 (42%)*	***196 (44%)*** *(263 (46%)*
Antal patienter som har riskbedömts inom 24 timmar	***137 (87%)*** *(185 (83%)*	***124 (80%)*** *(189 (79%)*	***165 (84%)*** *(223 (85%)*
Antal riskbedömda patienter med identifierad risk	***66 (42%)*** *(62 (28%)*	***86 (55%)*** *(123 (51%)*	***127 (65%)*** *(166 (63%)*
Antal patienter med identifierad risk som har dokumenterade förebyggande åtgärder	***64 (41%)*** *(85 (38%)*	***83 (54%)*** *(133 (56%)*	***110 (56%)*** *(151 (57%)*

Arbetsgruppen för omvårdnad och rehabilitering (AOR)

Västerbottens läns landsting

Journalgranskningen visar att riskbedömning sker i hög utsträckning ute i verksamheterna och att åtgärder sätts in. Resultaten har förbättrats under de år mätningen har skett. Mätningen ger också tillfälle för avdelningarna att fundera över sina egna resultat och vid behov startas lokala förbättringsarbeten.

När det gäller Palliativregistret så ändras inte resultaten så mycket årligen. En ökning av andelen patienter som får injektionsläkemedel mot smärta och ångest är positivt samt att en hög andel av patienterna inte har haft trycksår.

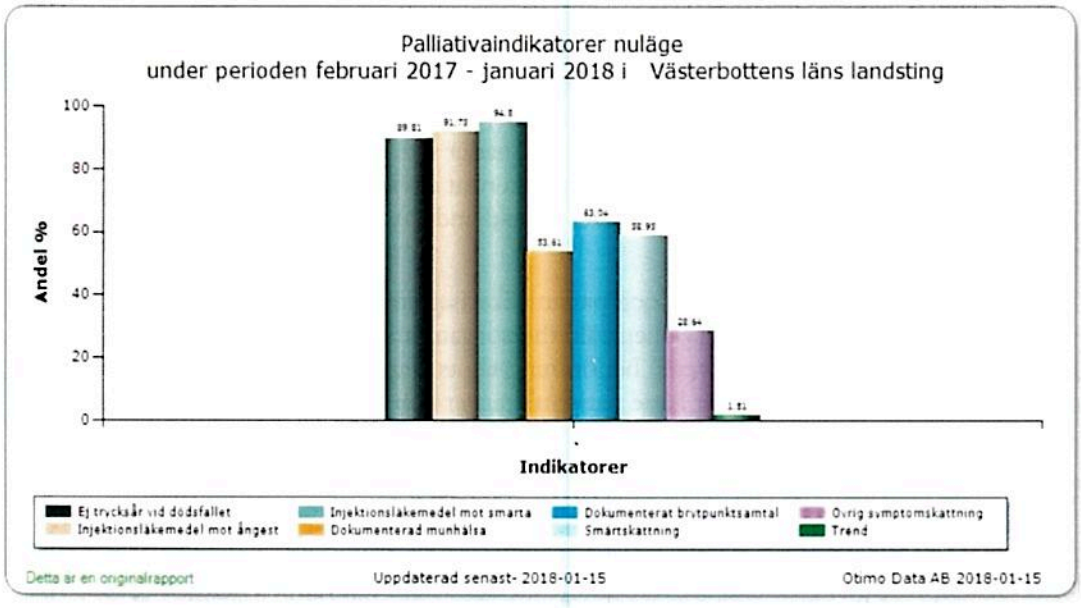


Bild tagen ur SKL:s Kvalitetsportal

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

Problem	Område	Åtgärd
Förbättrade flöden	Standardiserade vårdförlopp inom cancervården	28 vårdförlopp uppstartade Avvikelser i SVF skrivs i avvikelsesystemet och följs.
Få riskanalyser enligt SKLs metod görs i verksamheten	Riskanalyser /förebyggande arbete	Utbildningar genomförda under året och lokala riskanalyser är gjorda i några verksamheter.
Samverkansproblem vid utskrivning från sjukhus	Organisation/rutin	Central riskanalys genomförd med Umeå kommun
Riskbedömningar sker och dokumenteras på olika sätt	Omvårdnadsrutiner	Ny riskbedömning implementerad som även innehåller VRI och akut förvirring
Avsaknad av ett länsgemensamt underlag för att arbeta med gemensamma omvårdnadsaktivitet-er	Omvårdnadsaktiviteter	Handlingsplan implementeras för att minska VRI/trycksår/fall/malnutrition/akut förvirring
Avsaknad av enkel patientinformation till patienterna som vårdas på inneliggande	Kommunikation/ Delaktighet	Framtagen broschyr som används i verksamheterna
Arbetar inte i någon större utsträckning med personcentrerad vård	Omvårdnad/Delaktighet	Arbete med att ta fram underlag som ska kunna användas är påbörjat.
Svårigheter att hantera personal som kan innebära en fara för patientsäkerheten	Personal/Patientsäkerhet	Riktlinje framtagen för VLL i samarbete med HR
Svagt intresse för Markörbaserad journalgranskning	Personal/Patientsäkerhet	Ny organisation skapad som granskar alla tre sjukhus Regional konferens med SKL
Kunskap om anmälningar till LÖF och patientsäkerhet	Personal/Patientsäkerhet/ Delaktighet	Föreläsningar med Pelle Gustavson från LÖF
Korrekta läkemedel	Patientsäkerhet/Läkemedel	Kampanj med apoteken och Läkemedelscentrum,
Akut omhändertagande	Patientsäkerhet	Sepsislarm akutmottagningen NUS
VRI i samband med operation	Patientsäkerhet/VRI	Mätningar av mikroskopisk renhet i operationsrum

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

Arbetssätt som stimulerat minskad förskrivning av antibiotika

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

- VLL har under ledning av den lokala Stramagruppen fortsatt sitt arbete för att öka följsamheten till behandlingsrekommendationerna. Stramagruppen i VLL har kontakt med länets hälsocentraler och kliniker via information på hemsidan www.vll.se/strama, egna kontakter, besök, utbildningar och med hjälp av informatörer på Läkemedels-centrum.

- I primärvården har hälsocentralerna fortsatt med sitt uppdrag att två gånger per år analysera sina egna förskrivningsdata i det administrativa systemet Diver. Där ses trender och fördelning av förskrivningen mellan de olika antibiotikaklasserna avseende länet som helhet, sjukhuskliniker, hälsocentraler och akutsjukvården. Förskrivningen kan också följas på individuell förskrivarnivå. Varje verksamhetschef har tillgång till rapporter för den egna enhetens data. Det finns ingen koppling till diagnos. Efter analysen har enheterna tolkat sina data och satt upp mål för kommande period som sedan följs upp vid nästa genomgång. Vi har fortsatt goda erfarenheter av att återkoppla data. Arbetet med att möjliggöra diagnoskopplade data i Västerbotten står stilla.

- Återkoppling av data på sjukhusen via Infektionsverktyget har inte fungerat under året då möjligheten att ta ut rapporter har legat nere pga. lokala anpassningsproblem till journalsystemet som inte lösts i tid. Flera kliniker har fått lokalt besök med återkoppling av data. Infektionskliniken har startat antibiotikaronder 2 gånger per vecka på Geriatriken NUS, Kir/Ort Skellefteå och Med/Ger Lycksele. Detta kan få stor betydelse för kvalitén på förskrivningen och bör successivt byggas ut till fler enheter.

- Vi har fortsatt med vårt nätverk för läkare med ansvar för äldreboenden och har återkopplat data från tidigare studie av infektionsincidens och antibiotikabehandlingar.

- Riktlinjer för antibiotikabehandling i primärvård har uppdaterats. Alla aktuella riktlinjer finns samlade i "appen" Strama-VLL, tillgängligt för alla. När det gäller rekommendationer på sjukhus hänvisas till appen Strama nationell

Västerbotten har under 2017 tillsammans med norra regionen fortsatt att vara ansvariga för det nationella arbetet mot antibiotikaresistens i Programråd Strama, som är en del av kunskaps-styrningen inom SKL. Resultatmått finns på sidan 23.

Arbete för att minska vårdrelaterade infektioner

- Punktmätningar av VRI och återkoppling av resultaten har fortsatt två gånger per år med mycket god täckning av hela slutenvården. Mätningarna är en del av den normala verksamheten och har hög acceptans inom organisationen. Återkopplingen sker efter varje mätning via systemet Diver där landstingets alla produktionsparametrar samlas. Punktmätningarna av VRI har rapporterats in i det nationella systemet vantetider.se av Vårdhygien, vilka först har kvalitetskontrollerat alla data innan de matats in för att behålla hög datakvalitet och jämförbarhet med äldre data från VLL som genomgått samma kvalitetskontroll.

- Mätningarna av basala hygienrutiner och klädregler har fortsatt som obligatorium minst två gånger årligen inom slutenvården, primärvården och den landstingsdrivna tandvården. Då den egenutvecklade modulen BHKreg fortsatt att användas för att underlätta import i Diver innebär detta att data av tekniska skäl inte rapporterats på individnivå till det nationella systemet, dessa data visas dock inom organisationen. Återkopplingen sker efter varje mätning via systemet Diver.

- Bibehållen patientsäkerhet avseende vårdrelaterade infektioner under ombyggnationer har varit mycket viktigt under 2017 och kommer fortsätta vara det. Det sker mycket omfattande ombyggnationer i Umeå, Skellefteå och Lycksele. Ombyggnationerna omfattar bland annat stegvis total renovering av operationsavdelningarna och endoskopiavdelningarna. Det finns även inom VLL omfattande sjukahusproblem som framtvingar snabb renovering av många vårdavdelningar. En hel del vårdverksamhet använder under byggtid tillfälliga lokaler. För att klara dessa stora utmaningar har VLL utvecklat ett strukturerat arbetssätt. Det finns nu en övergripande strategisk planerande chefsposition direkt under landstingsdirektören som ska koordinera verksamhetsbehov och fastighetsavdelningen planerar och ansvarar fler genomförandet. och det finns Vårdhygienisk expertis ska finnas med under varje delprojekt. Extra städåtgärder har blivit rutin under byggprocesser. Alla riskbedömningar inklusive logistiska frågor har vårdhygieniska implikationer och bevakas inom varje projekt vilket är resurskrävande men medverkar till en riskminimering för patienten.

- Ortopedkliniken på Nus/Lycksele har arbetat med systematisk kartläggning och granskning av djupa infektioner i höft- och knäplastiker. De fortsätter även ett omfattande multidisciplinärt förebyggande arbete som startades 2016 och omfattat i stort sett all inblandad personal. De har fortsatt ha workshops där Vårdhygien har fungerat som expertfunktion.

- Utbildningen inom patientsäkerhet inklusive förebyggande av VRI har under 2017 fortsatt vara ett obligatorium inom ST-läkarutbildningen i hela VLL. Samtliga ST-läkare erbjuds en veckas sammanhållen utbildning som ska tillgodose Socialstyrelsens utbildningskrav enligt de så kallade a-målen i den nya författningen från 2015. Det har fått god kurskritik av deltagarna och kommer att behållas.

- Systematiska mätningar av mikrobiologisk renhet i operationsrum är infört med återkoppling och utbildning av operationspersonal för att minimera risk för postoperativa infektioner vid framförallt ortopedi, thoraxkirurgi, kärlkirurgi och neurokirurgi. Ca 40 luftmätningar sker årligen inom VLL enligt roterande schema med prioritering utifrån riskprofil för olika operationsrum.

- IT-systemet Infektionsverktyget har haft driftstopp i återkopplingsfunktionen hela 2017. Detta avbrott har förhindrat genomförande av många planerade aktiviteter, både i arbetet för förbättrad antibiotikaanvändning och för att förebygga, övervaka och återkoppla VRI. Den långsamma processen för åtgärd av problemen har berott på resursbrist inom VLLs informatikavdelning men resurser tillsattes från maj månad vilket kommer att lösa stoppet.

- Handhygienveckan i maj 2017 genomfördes ambitiöst med bred utbildningsinsats i hela organisationen inklusive föreläsningar, filmer och workshops. Undervisningsmaterialet har sedan blivit en etablerad del av personalens introduktion och vidareutbildning.
  Två temavecka om vårdhygien med omfattande utbildningsinsatser har genomförts inom hela intensivvården Nus samt inom akutverksamheten på operationscentrum Nus.

Läkemedel

I arbetet med att öka patientsäkerheten i frågor som rör läkemedel har Läkemedelscentrum (LmC) en viktig roll som kunskaps- och utvecklingscentrum i norra regionen. Läkemedelscentrum ska verka för en effektiv, säker och ändamålsenlig läkemedelsanvändning samt läkemedelshantering inom VLL.

Patientsäkerhetsarbetet har bland annat bedrivits genom insatser i att: främja säker, evidensbaserad och ändamålsenlig förskrivning av läkemedel genom:

- Uppdateringar av Terapirekommendationer för sjuk- och tandvården i VLL. Dessa distribueras till förskrivare och finns tillgängliga via intranätet Linda samt www.vll.se

- Utökning och underhåll av förskrivarstöd i form av centrala receptfavoriter i receptmodulen. Receptfavoriter minimerar risken för felskrivning av recept och förbättrar följsamheten till terapirekommendationerna. Utökning och underhåll av ordinationsstöd i form av centrala ordinationsfavoriter för slutenvården

- Medverkan i den regionala processen för ordnat införande och uppföljning av nya läkemedelsbehandlingar nationellt och inom norra regionen genom sitt ordförandeskap inom ARIL där det ställs krav på läkemedelsuppföljning vid introduktion av nya läkemedel.

- Kliniska farmakologer företräder VLL i fullmaktsgruppen vid överläggningar med TLV i samband med förmånsbeslut

Utbildning:

- Utbildning inom läkemedelsområdet har genomförts för AT- och ST-läkare för att de ska få en bra grund för evidensbaserad och kostnadseffektiv förskrivning. Ansvar för specialistövergripande ST-läkarutbildning inom läkemedelsområdet i enlighet med Socialstyrelsens nya direktiv

- Konstruktion av MCQ-frågor inom farmakologi och klinisk farmakologi till kunskapsprovet för läkare som är utbildade utanför EU- och EES-området

- Utbildning och information i olika läkemedelsfrågor samt läkemedelsrelaterade problem och om aktuella Terapirekommendationer till hälsocentraler, kliniker och personalgrupper pågår kontinuerligt under året och är också en del i patientsäkerhetsarbetet. Utbildningar i läkemedelsgenomgångar till olika grupper i sjukvården

Övriga insatser för ökad patientsäkerhet:

- Mer än 1500 fördjupade läkemedelsgenomgångar har genomförts i öppen och slutenvård samt även för Vårdsamordningspatienter

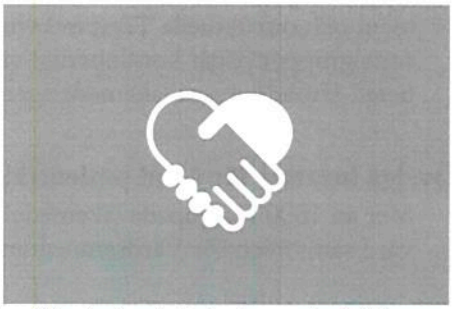
- Aktivt deltagande i upphandling av läkemedel som används inom sjukvården och bidrar till utformning av krav för att öka patientsäkerheten

- Årliga kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering inom sjukvård och tandvård
  Egeninspektion av vätskehanteringen inom sjukvården
- Kvalitetsansvar för gas- och dialysverksamhet där kvalitetsmöten och interninspektion utförs under året

- Ansvar för kontinuerlig uppföljning och förbättring av rutinerna vid dosdispensering. Arbete för en säker läkemedelshantering och ökad spårbarhet av läkemedel

- En högkvalitativ service med evidensbaserade och kvalitetskontrollerade utredningar till hela regionen av läkemedelsfrågor som ställs till ELINOR. Utredningar om olika läkemedelsfrågor från sjukvården i regionen finns även tillgängliga på Linda- Medicinska databasen – Relis eller www.relis.no

Omvårdnadssatsningar



Arbetsgruppen för omvårdnad och rehabilitering (AOR) rapporterar till och får uppdrag av Patientsäkerhetsrådet. Det innebär också att aktiviteter har en direkt koppling mot ledningen och får på så sätt förbättrad legitimitet samtidigt som det är ett länsperspektiv man arbetar med.

Den länsgemensamma handlingsplanen för systematiskt patientsäkerhetsarbete inom områdena akut förvirring/vårdrelaterade infektioner/trycksår/malnutrition/fall implementerades under hösten. En informationsbroschyr "Din trygghet på sjukhus" är också framtagen som kan delas ut till patienterna. Ett nytt underlag för riskbedömning för patienter ≥ 65 år (inom omvårdnad), där nu också akut förvirring och vårdrelaterade infektioner ingår är framtaget. Riskbedömningen svarar emot den länsövergripande handlingsplanen.

Som tidigare år har också temadagar för munhälsa, trycksår och fallprevention genomförts. Ett grundmaterial för att bidra till kunskap för att börja arbeta med ett personcentrerat arbetssätt har tagits fram i samarbete med verksamhetsrepresentanter och Umeå Universitet och kommer att presenteras 2018. En utbildningsdag i personcentrerad vård har genomförts tillsammans med Vårdförbundet och några verksamheter var representerade på utbildningen som SKL anordnade.

Förbättrad process för anmälningar till IVO (lex Maria)

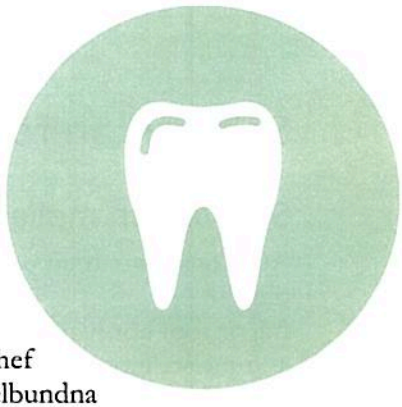
Arbete med att minska handläggningstiderna och förbättra kvalitetskontrollen på lex Maria-ärenden samt förbättra uppföljningen av de handlingsplanerna i lex Maria ärendena har fortsatt under året. IVO har tidigare riktat mot landstinget tidigare inom dessa områden. Handläggningstiden har minskat under året men det finns fortfarande vissa fördröjningar i processen att arbeta med. Andelen kompletteringsbegäran från Ivo har minskat något. Ett nytt arbetssätt där chefläkarna aktivt efterfrågar resultat utifrån de handlingsplaner som skrivs vid lex Maria anmälningarna har också införts.

De centrala resurserna används i första hand till att genomföra händelseanalyser där flera verksamheter är inblandade och tendensen är att det är en ökning på den typen av analyser. Utbildning av lokala händelseanalysledare på klinikerna har genomförts som led i att kunna utreda avgränsade händelser inom den egna verksamheten. Funktionen att identifiera allvarliga risker och avvikelser via de centrala händelseanalysledarnas scanning av avvikelser har pågått fram till hösten då ett temporärt stopp skett på grund av resursbrist.

Värdegrunden - "Ständigt bättre - patienten alltid först!"

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

Tandvården 2017



- En ny patientsäkerhetsorganisation har införts januari 2017, som en del i tandvårdens organisationsförändring där 14 basenheter minskats till 5. Varje basenhet har ett patientsäkerhetsteam som på uppdrag av verksamhetschefen leds av basenhetens patientsäkerhetssamordnare som är tandläkare. I teamet ingår dessutom, 1 avdelningschef och 1-2 avvikelseutredare. Patientsäkerhetsteamet har regelbundna möten varje vecka där veckans alla avvikelser bedöms och hanteras. Denna förändring har ytterligare förbättrat det systematiska patientsäkerhetsarbetet med bättre utredningar, handlingsplaner och uppföljning.

- Den patientsäkerhetskulturmätning som genomförts under året visar på ett högt patientsäkerhetsmedvetande inom organisationen. Svarsfrekvensen var också hög (75 %) och ingen aspekt visar på nivåer som kräver omedelbara åtgärder men åtgärdsplaner har upprättas för att ytterligare förbättra resultaten.

- Under 2017 har antalet inrapporterade avvikelser ökat något. Fortfarande ses en stor spridning mellan olika kliniker i benägenheten att inrapportera avvikelser. Det är en av de fokusuppgifter som patientsäkerhetsteamen arbetar med under 2018. Inkomna avvikelser analyseras kontinuerligt och frekventa och allvarliga händelser leder till mer djupgående utredningar.

- Tre allvarliga händelser har anmälts till IVO enligt lex Maria och två enskilda klagomål har inkommit till IVO. Antalet klagomål har minskat något under året. Även i år är brister i bemötande, information och kommunikation vanligast. I relation till att tandvården har över 330 000 patientbesök per år så är andelen klagomål fortfarande låg. Den nya klagomålshanteringen från 2018 har processats och struktur för hantering av klagomål har upprättats.

- Ett kvalitetsprojekt, både innefattande utbildning och revidering av riktlinjer inom odontologisk radiologi, har påbörjats under 2017 och kommer att slutföras under 2018. Över 200 medarbetare har genomgått grundläggande utbildning i radiologi 2017 och lika många planeras utbildas under 2018. Planering av ett nytt kvalitetsprojekt, denna gång inom Endodonti, har påbörjats och kommer att genomföras under 2018. För att förbättra följsamheten till kläd- och hygienregler har en processledare utsetts. Denne ska revidera nuvarande hygienriktlinjer, utse hygienombud på varje klinik och utbilda dessa samt uppdatera allt informationsmaterial som skall finnas som stöd till verksamheten.
- Tandvårdens antibiotikaförskrivning fortsätter att minska och är fortfarande den lägsta i landet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan mellan landstinget och kommunerna

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

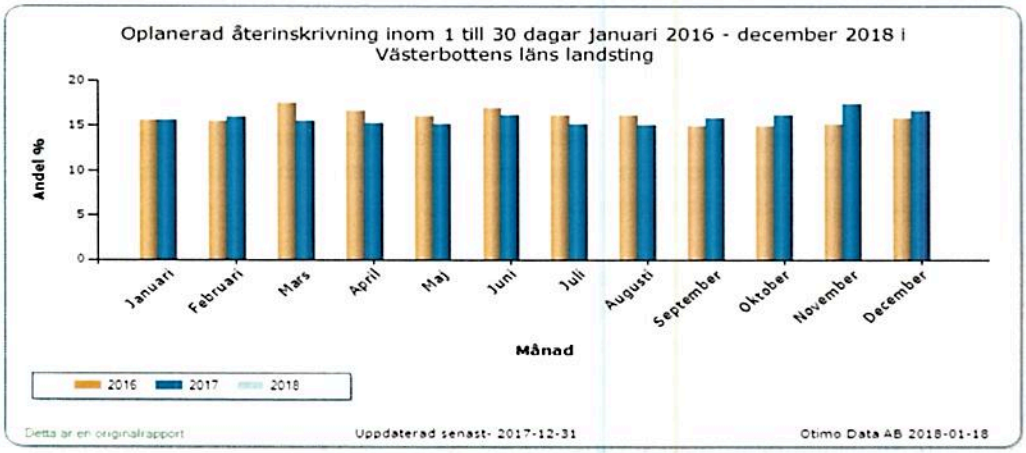


Bild tagen ur SKLs Kvalitetsportal

Arbetssätt för att hitta brister i vårdens övergångar

I enlighet med överenskommelsen mellan VLL och kommunerna när det gäller samordnad vårdplanering sker regelbundna träffar för att hantera avvikelser kring samverkan. Från sjukhusen skickas avvikelser alltid först till berörd part inom kommun med en kopia till landstingets sjukhussamordnare.

I kommunerna är det den medicinskt ansvariga sjuk- sköterskan (MAS) som hanterar samverkansavvikelser. Träffarna sker i olika konstellationer där man diskuterar avvikelser utifrån ett systemtänk och diskuterar hur förbättringar kan ske. Sjukhussamordnarnas arbete kring avvikelser syftar till att se övergripande systemfel/brister och i samverkan med kommunerna arbeta utifrån en åtgärdsplan tillsammans eller var för sig.

Eftersom vi ser att allvarliga avvikelser sker mellan kommunen och landstinget har landstingets utbildning i händelseanalys även erbjudits kommunen vid ett utbildningstillfälle. Patientsäkerhetsrådet har gjort en kartläggning över i vilken omfattning samordnad individuell plan (SIP) används av verksamheterna och om någon skriftlig rutin finns för det. Behovet av att använda sig av SIP varierar naturligtvis inom olika verksamheter. Men det är vanligare inom psykiatrin, geriatriken och på hälsocentralerna, men det finns fortfarande en förbättringspotential i användandet.

Samverkan med kommunerna

Den nya lagen om Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård träder i kraft 2018. Lagen ska främja en trygg och säker vård och omsorg för patienter som efter utskrivning från sluten vård behöver insatser från både landsting och kommun. Förberedelsearbete pågår tillsammans med länets kommuner, inkluderande bland annat riskanalys, framtagande av länsrutiner och utbildningsaktiviteter. Nya länsrutiner ska implementeras i april 2018 och kommer att medföra nya arbetssätt, såväl inom VLL som i samverkan med kommunerna, i samband med utskrivning av patienter.

Under sommaren 2017 var antalet utskrivningsklara patienter på sjukhusen färre än sommaren 2016, delvis som ett resultat av gemensamt förbättringsarbete, vilket främjande vårdplatssituationen. Under året har också den lokala samverkansstrukturen utvecklats, bland annat genom att arbetsgrupper fått tydligare uppdrag, arbetssätt strukturerats samt att fler lokala verksamhetsnära samverkansgrupper med representanter från hälsocentraler och hälso- och sjukvård i hemmet i kommunen har bildats.

Problem under året avseende samverkan avser främst tolkning och följsamhet till det avtal och den fördelning av ansvar som gjordes i samband med skatteväxlingen av hälso- och sjukvård i hemmet. Under året har därför ett gemensamt arbete genomförts med att ta fram en vägledning till avtalet, med utgångspunkt i värdegrunden, för en gemensam tolkning av grundläggande principer och förhållningssätt. Vägledningen fastställs i februari 2018.

Samverkan inom regionen

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

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

Västerbotten har tillsammans med SKL haft en regional konferens inom MJG (markörbaserad journalgranskning) där resultat av granskningar och utvecklingsområden diskuterades. Västerbotten har också gjort några gemensamma centrala händelseanalyser tillsammans med de andra landstingen.

Standardiserade vårdförlopp i cancervården, SVF

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

Patientsäkerheten förväntas öka genom införandet av SVF genom:

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

Efter 2017 har totalt 28 vårdförlopp införts. Arbetet sker i samverkan med hela landet och inom den norra sjukvårdsregionen varför risker vid gränsöverskridande vård och personalrörlighet kan minimeras, eftersom "alla gör lika". Även privata utförare inom länets primärvård involveras i detta arbete.

Samverkan med patienter och närstående

Ett patientråd bildades 2016 i Västerbotten med anledning av införande av Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Patientföreträdare i rådet deltar vid regelbundna möten (4-5 per år) med företrädare från landstinget. Patientrådet lämnar också synpunkter på årsvisa handlingsplaner och redovisningar till Socialdepartementet.

Två medlemmar deltar vid möten i landstingets lokala cancercentrum, LCC. Där insyn i och delaktighet i hur landstingets totala SVF- projekt leds och drivs diskuteras. Vid uppstart av nya vårdförlopp och vid dialogmöten inom etablerade förlopp deltar patientråds-representanter med värdefulla synpunkter.

Patientrådet deltar också vid formulering av uppdrag till koordinatorer och kontaktsjuksköterskor och deltar vid utbildningsinsatser. Utfallet av PREM-enkäten (patientnöjdhetsmätning) är en återkommande fråga på dagordningen i patientrådet.. Även efter att projektet avslutas (från 2019) kommer samarbetet med patientrådet att bibehållas.

Riskanalys

Alla risker ska rapporteras i avvikelsehanteringssystemet Platina avvikelse enligt samma rutin som följer av nästa kapitel (Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet). I modulen finns också en riskfunktion där enheterna själva kan rapportera risker uppåt i organisationen. Risken tas emot av kvalitet- och patientsäkerhetssamordnaren som lyfter risken i Patientsäkerhetsrådet.

Riskanalys ska initieras vid större organisatoriska förändringar, vid en identifierad risk i verksamheten eller vid en samling av avvikelser inom samma område så att man i verksamheten på systematiskt sätt identifierar och värderar risker samt identifierar orsaker till dessa. Åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna, eller mildrar konsekvenserna av dessa tas därefter fram och kan ligga till grund i ett förbättringsarbete. Uppdragsgivare till riskanalyser på basenheter är verksamhetschef. Uppdragsgivare på övergripande nivå är landstingsdirektör eller Patientsäkerhetsrådet.

I VLL används har inte riskanalysmetoden använts i någon större omfattning vilket föranlett utbildningsinsatser i verksamheten, där vi nu ser att metoden börjat användas om än fortfarande i mindre omfattning. För att tillföra fokus "patientsäkerhet" i de risk- och konsekvensanalyser som görs i relativt stor omfattning, men med arbetsmiljöaspekten främst, har ett underlag gemensamt med HR tagits fram för att tydliggöra att även perspektivet patientsäkerhet ska komma med i analysen.

Tre riskanalyser är föreslagna ur landstingsperspektiv förutom analysen gällande samverkan som genomfördes under året. De kommer att genomföras under 2018 och rör läkemedelsordinationer, magnetröntgen och akutmottagningens verksamhet.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

All personal är enligt patientsäkerhetslagen skyldig att rapportera risker och avvikelser som observerats och samtliga enheter ska ha en handlingsplan för patientsäkerhet utifrån VLLs
anvisning, i vilken det ska ingå en beskrivning av hur avvikelsearbetet är organiserat.

Organisation, mål och aktiviteter följs upp i den årliga patientsäkerhetsberättelsen som verksamheterna skriver. Avvikelsehandläggare och lokal patientsäkerhetssamordnare har en viktig roll i arbetet att sammanställa och analysera avvikelser. Samtliga basenheter ska sammanställa sina avvikelser minst en gång per år, vid verksamhetsplanearbetet, men det bör med fördel göras flera gånger per år.

I de patientsäkerhetdialoger som chefläkarna genomför diskuteras typen av avvikelser. De allvarligaste händelserna ska utredas med händelseanalys enligt av Socialstyrelsen rekommenderad modell. Flertalet enheter har egna utbildade analysledare. Centrala analysledare finns som metodstöd vid mer komplexa ärenden framför allt ärenden där flera enheter är inblandade. Verksamhetschef ansvarar för att kontakta chefläkare som sedan beslutar om i VLL.

Utbildningssatsning inom vårt avvikelsehanteringssystem har fortsatt under året. Det nya systemet har haft problemet att man inte kan skriva en avvikelse om man sitter vid en dator som har gemensam inloggning utan att logga ut och in, vilket tar för mycket tid. Det har lett till att vissa enheter har färre avvikelser och det har funnits en stor irritation och frustration ute i verksamheterna. Förhoppningsvis kan en lösning finnas under början av 2018.

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål från patienter eller närstående som kommer direkt till verksamheten bör i första hand hanteras av verksamhetschefen eller utsedd person enligt egen rutin. Landstingets riktlinjer säger att klagomålen därefter förs in i avvikelsehanteringssystemet Platina avvikelse, för att kunna analyseras och ligga till grund för förbättringsarbete.

Synpunkter och klagomål som kommer via Inspektionen för vård och omsorg hanteras via berörd verksamhetschef efter hantering av central handläggare. Den så kallade "klagomåls-utredningen" tydliggör vårdgivarens ansvar och ett utvecklingsarbete har startats i landstinget för att säkerhetsställa lagens intentioner.

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

Sammanställning och analys

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

Antal inrapportering-ar/anmälningar	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Antal risker/avvikelser inrapporterade i Platina avvikelse	9934	11345	12155	11695	11590	11055	10000	10216
Antal Lex Maria-ärenden	47	39	39	53	64	67	54	68
Antal enskilda klagomål,(HSAN-ärenden 2010)	62	53	122	117	114	100	107	125
Antal ärenden anmälda till patientförsäkringen LÖF	406	454	487	533	624	638	638	679

Antalet avvikelser har ökat igen underåret vilket är positivt trots problemet med inloggning från gemensamma datorer som tar extra tid för medarbetarna.

Antalet händelseanalyser som anmälts som lex Maria har ökat och vi kan se att ärendena är mer komplicerade och cirka en tredjedel handlar om fördröjning av diagnos och behandling. Kommunikation, informationsöverföring och ansvarsfördelning är betydelsefulla faktorer. Även de enskilda klagomålen har ökat under året.

Antalet ärenden till Löf visar på en mindre ökning. I dagsläget har beslut tagits i 455 ärenden och 190 av dem har fått ersättning vilket motsvarar cirka 42 %, övriga saknar slutgiltigt beslut. Merparten av ärendena rör sjukhusvård som tidigare. Nationellt gör Löf analysen att ökningen av ärenden kommer att fortsätta. Dels beroende på att det är en start korrelation mellan antalet vårdkontakter och anmälda ären-

den, där en ökande befolkning med högre levnadsålder bidrar till fler vårdkontakter. Dels beroende på patientsäkerhetslagen och det arbete landstingen gör inom patientsäkerhetsområdet. Västerbotten har en högre andel anmälningar än landet i övrigt, vilket kan bero på att vi har en högre andel högspecialiserad vård fördelat på ett mindre befolkningsunderlag.

Vi ser att det finns ett behov att omarbeta och förbättra informationen gällande patientsäkerhet till chefer i landstinget för att nå fler.

Patientnämnden

Patientnämnden tillsammans med den centrala patientsäkerhetsfunktionen initierade en föreläsningsdag med Pelle Gustafson från LÖF (landstingens ömsesidiga försäkringsbolag) som förutom patientsäkerhetsaspekter tog upp typer av vårdskador som anmäls till LÖF och utveckling av dessa. Föreläsningen blev uppskattad av verksamheten och hade ett oväntat högt deltagarantal.

Under året har 914 ärenden registrerats vilket är en minskning på 142 ärenden. Det är primärvården och de opererande klinikerna som har de flest ärenden. De vanligaste anledningarna till att Patientnämnden kontaktas är fördröjt behandling och utredning samt brister i information och kommunikation i samband med diagnos och behandling. I dialogen med patienten påtalas upplevelsen att patienten inte ges möjlighet att vara delaktig i sin vård och behandling. Patienter beskriver att de inte blivit tagna på allvar/ inte blivit lyssnade till.

Andra exempel på tendenser som observerats är de långa väntetiderna till operation och framflyttade operationsdatum, kritik gällande basal omvårdnad gällande trycksårsförbyggande behandlingar och att ärenden inte besvaras av verksamhetschefen.

Informationssäkerhetsberättelse

Se bilaga 1.

Samverkan med patienter och närstående

Patienters erfarenheter av och synpunkter på hälso- och sjukvården är en viktig del i kvalitetsarbetet och målsättningen är att öka delaktigheten. Patientlagen understryker vikten av patientens delaktighet i vården. I verksamheternas patientsäkerhetsberättelser ger man exempel på patienternas delaktighet via egna patientenkäter, dialogmöten och fokusgrupper.

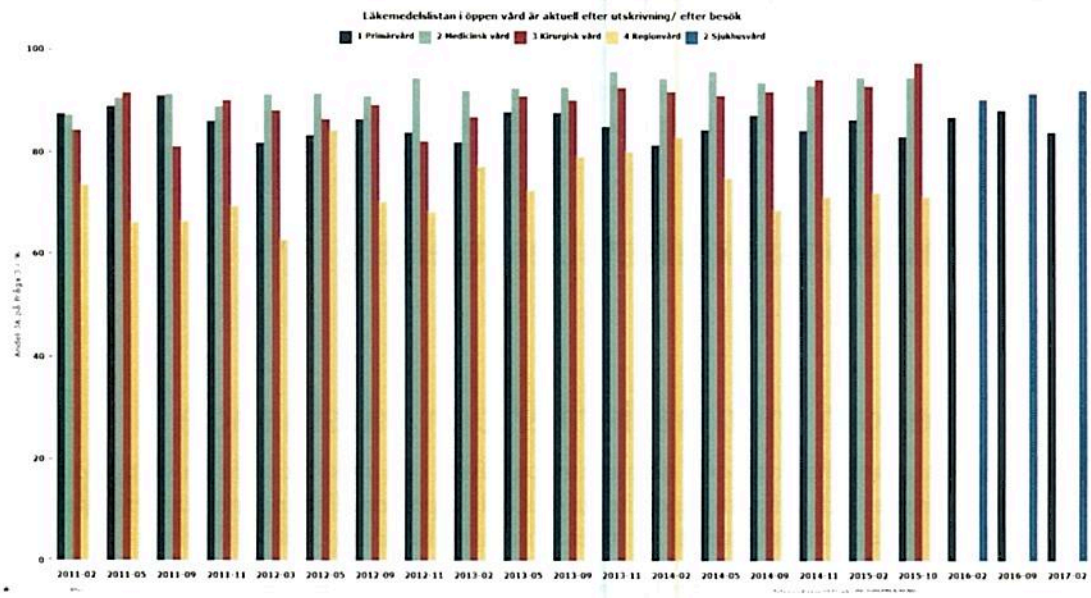
Resultat

Strukturmått

Under året har 23 patientsäkerhetsdialoger genomförts inom sjukhusvård, primärvård och tandvård. Utbildning i avvikelsesystemet och i händelse- och riskanalysmetodik har genomförts tillsammans med workshops och nätverksträffar för att öka kunskap och ge inspiration till ett förbättrat patientsäkerhetsarbete. Stramagruppen i VLL har kontakt med länets hälsocentraler och kliniker via information på hemsidan www.vll.se/strama, egna kontakter, besök, utbildningar och med hjälp av informatörer på Läkemedelscentrum.

Processmått

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



Figur Andel patienter som vid utskrift från slutenvård eller besök i öppenvård har en aktuell korrekt läkemedelslista 2011-2017

Resultaten är relativt konstanta och någon direkt förbättring är svår att se på ett övergripande plan. Eftersom det är ett mindre antal journaler som granskas så är det också svårt att dra alltför stora slutsatser av resultaten. För att pröva ett nytt angreppssätt gjordes en kampanj under hösten "Har du koll på dina läkemedel" i samarbete med Läkemedelscentrum, apoteken och vården. Förhoppningen var att ordinationer som legat "orörda" i NCS cross i 24 månader skulle minska men tyvärr såg vi ingen förändring. Däremot rapporterade apoteken att de tillsammans med patienten gjort rättning-

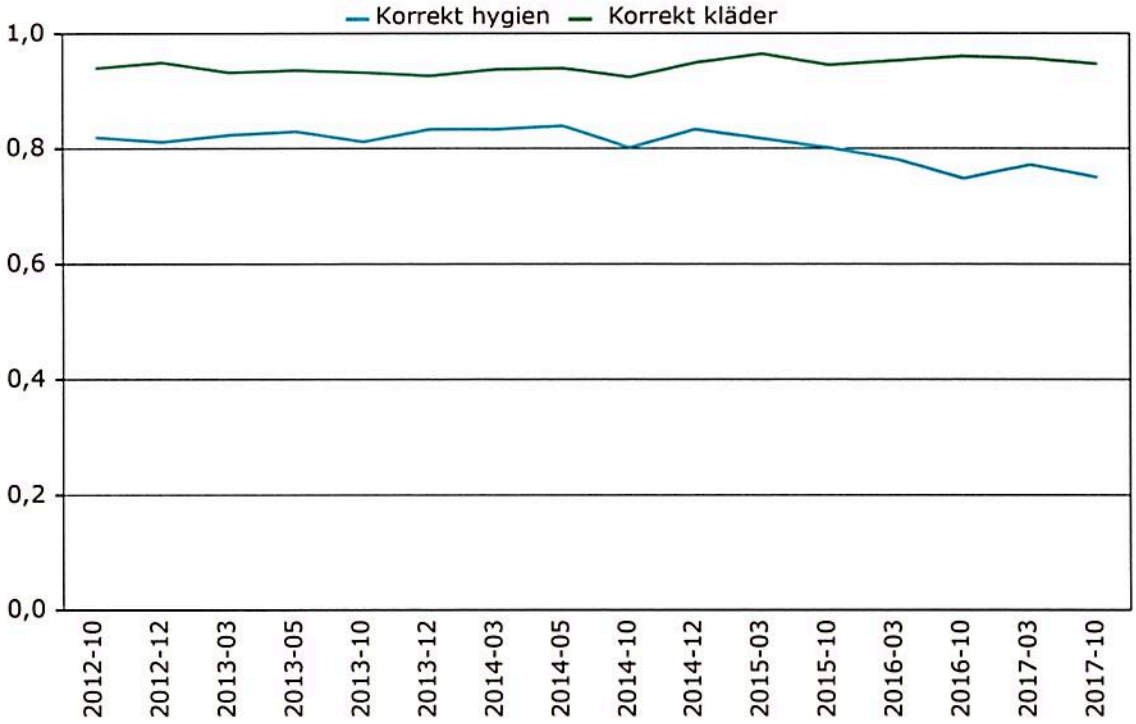
ar i apotekets läkemedelslista i cirka 600 fall, det vara dock bara cirka 30 % av apoteken som rapporterade in sina resultat.

I verksamheternas patientsäkerhetsberättelser framgår att tydliga rutiner finns, däremot kan rutinen se olika ut på enheterna. Man beskriver att både sköterska och läkare kontrollerar och att man ger läkemedelslista till patienten eller att läkemedlen finns med i utskrivningsmeddelandet patienten får med sig.

Basala hygien- och klädrutiner

Följsamheten till hygien- och klädregler har tyvärr en oönskad trend av sämre följsamhet till hygienregler 2012-2017. Bilden nedan beskriver ca 18000 observationer av personal på de tre sjukhusen i Västerbotten. Vi har inte lyckats vända trenden 2017 utan är på ungefär samma nivå som 2016. Vi ska lägga fortsatt fokus på vikten av följsamhet till hygienrutiner under 2018 då detta är en av mycket få parametrar som tydligt kan kopplas till ökad patientsäkerhet avseende VRI. Det är främst två moment som har lägre resultat i mätningarna handtvätt före och användandet av förkläde.Vi mäter även systematiskt följsamhet i tandvård och inom primärvården, där ses förbättring av följsamhet till hygienregler men de startar från en lägre nivå.

Andel korrekt följsamhet till basala hygienrutiner & klädregler, slutenvård

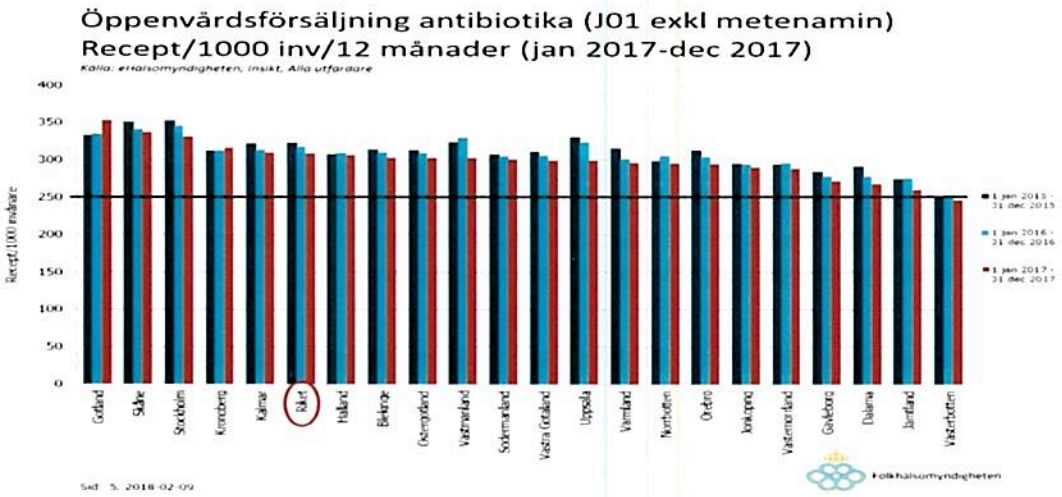


Följsamhet till klädregler är god i VLL som helhet enligt mätningarna.

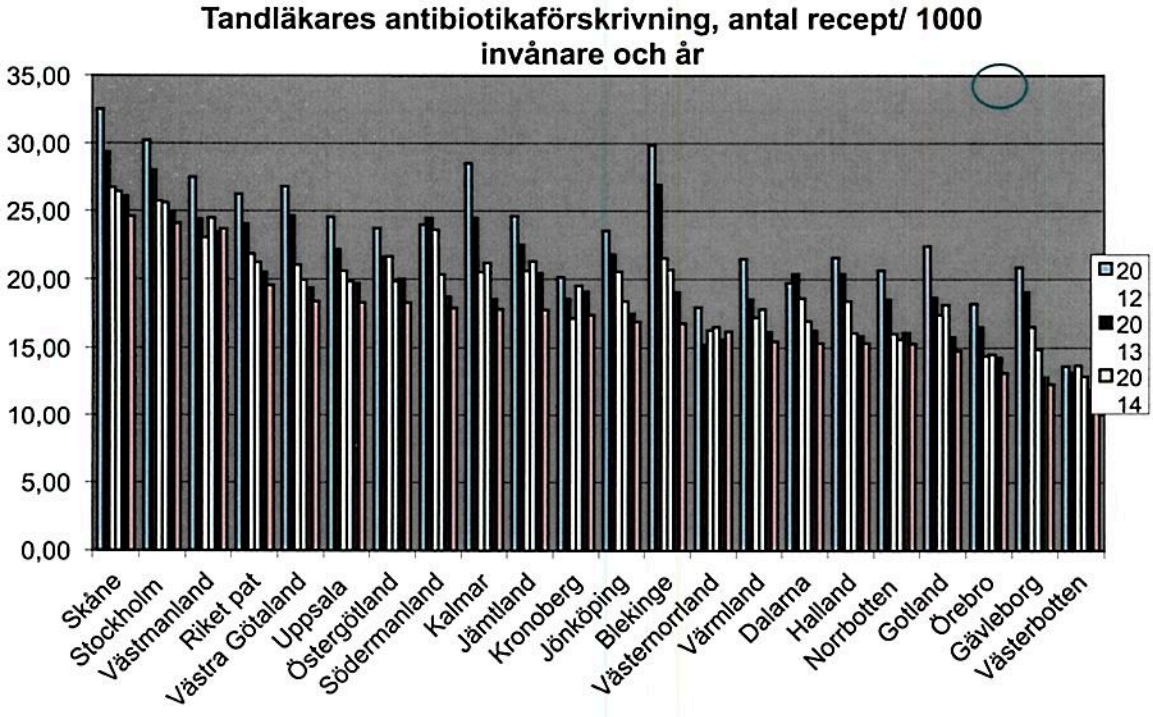
Antibiotika

Resultatmått

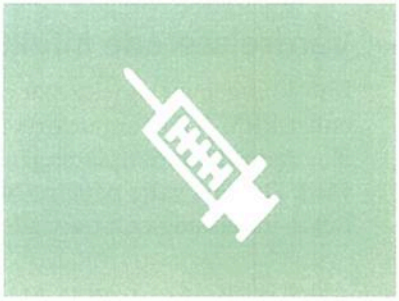
VLL hade 2017 fortsatt landets lägsta antibiotikaförskrivning med 246 recept per 1000 invånare och år inom öppenvård (se figur 3). Utöver en sjunkande volym av antibiotika ser vi även ett bra förskrivningsmönster med hög följsamhet till behandlingsrekommendationerna.



Figur: Antibiotikaförskrivning i öppenvård 2015-2017, recept per 1000 invånare



Västerbotten har ökat sin totala rekvisition av antibiotika mätt i DDD/100 inv från 1,80 till 1,84. Den totala nivån ligger för fortfarande högt i relation till andra län och fördelningen av de olika preparatgrupperna ger en blandad bild.



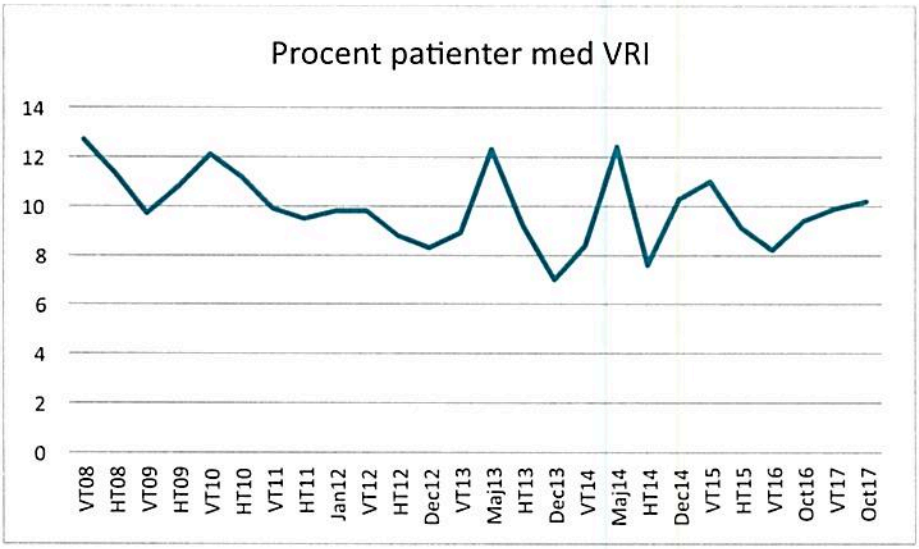
Positivt är att andelen PcV och PcG ökar till 11,4% och Cephalosporiner+kinoloner minskar till 22,3% (nästa mål är att gå under 20%). För breda antibiotika som piperacillin-tazobactam och karbapenemer ligger vi på andelar under rikssnittet. 2018 gör vi en nysatsning och återupptar vi arbetet att med stöd av rapporter i Infektionsverktyget för att följa antibiotikaprofil. Vi kommer bl.a. försöka påverka behandling av urinvägsinfektion utan feber och andelen penicillinbehandlade samhällsförvärvade lunginflammationer.

Kinolonförskrivning på recept mot urinvägsinfektion för kvinnor 18-79 år har ökat något och ligger på 15,9 % 2017. Det är långt kvar till målet under 10 %, förskrivningen i primärvården är dock nere på under 5 %. Andelen barn 0-6 år som får Penicillin V förskrivet vid luftvägsinfektion har ökat till 79 %. Målet är att nå upp till 80 %.

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

Vårdrelaterade infektioner

Minskningen av andelen patienter med VRI inom slutenvården i VLL har avstannat enligt PPM-VRI som utförts minst 2 ggr årligen 2008-2017. Nedan visas en graf som illustrerar 26 punktmätningar på länets tre sjukhus inom både somatisk och psykiatrisk vård. Data på varje patient (N=18993) har kvalitetsgranskats av vårdhygienisk expertis innan inmatning och bortfallet är <10%.

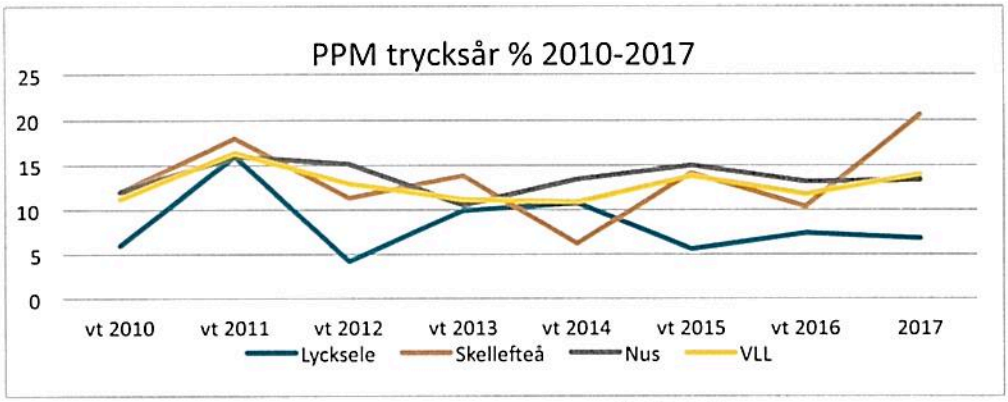


Andelen patienter som har KAD och central venaccess ligger fortsatt högt inom VLL slutenvård i nationell jämförelse enligt två mätningarna av PPM-VRI under 2017. Data på totalt 1411 inneliggande patienter inom både somatisk (n=1255) och psykiatrisk vård (n=156) visade att 24% av patienterna hade KAD och 19% hade en central venaccess vilket är höga andelar som behöver utvärderas mer systematiskt avseende medicinskt behov kontra risken att detta leder till vårdskador.

Vi har tyvärr inte kunnat använda infektionsverktyget för resultatuttag av antal VRI per vårdtillfällen under 2017 vilket varit en missräkning. Fel uppstod vid versionsuppgradering av patientjournalsystemet. Användarna har rapporterat in alla data som vanligt men ingen har pga. driftstoppen kunnat se data eftersom de inte går vidare till nationella databasen. Informatikenheten har hela året arbetat med att lösa problemet genom att bygga och kvalitetssäkra en ny lokal lösning för dataöverföringen som blir kompatibel med ett nytt central datalager inom VLL. Denna lösning kommer förutom felrättningen att innebära att infektionsverktyget kopplas implementeras fullt ut på intensivvårdsavdelningar, neonatalavdelningar och thorax-IVA viket blir unikt i landet. Lösningen för intensivvården bygger på nära samarbete med användarnas behov av uppföljningsdata.

Det var en hård säsong av vinterkräksjuka och influensa med en ovanligt tidig topp i januari 2017 som sammanföll med platsneddragningar under jul- och nyårsledigheter. En analys utförd av smittskydd och vårdhygien under februari visade att spridning inom vården var ovanligt, en handfull fall av vinterkräksjuka och influensa kan ha överförts inom vården under 2017. Även om nollvisionen för smittöverföring inom vården inte kunde uppfyllas får resultatet betraktas som bra mot bakgrund av platsläge och mycket stor arbetsbelastning.

Trycksår



Figur Andel inneliggande patienter med trycksår i VLL över tid (2010-2017)

Resultatet visar en försämring avseende andel trycksår totalt inom VLL. Det är stora skillnader mellan sjukhusen, Lycksele visar på en förbättring och NUS har i princip samma värde som fjolåret, däremot ses en markant försämring i Skellefteå där en fördubbling av trycksåren har skett. Det är fortfarande kategori 1(den lindrigaste kategorin) som står för över hälften av trycksåren, positivt är att de allvarligaste trycksåren (kategori 4) har minskat med två procent.

Lokalisationen av trycksår följer samma mönster som tidigare mätningar där ryggslut och häl är de vanligaste lokalisationerna även om en förbättring ses av resultatet gällande ryggslut. Närmare 78 % av riskpatienterna får avlastande eller behandlande madrasser. Ett observandum är att könsfördelningen på trycksår har ändrats markant. Från att ha varit nästan lika många kvinnor som män som drabbas av trycksår (män 12,7 % kvinnor 10,7 % 2016) visar mätningen 2017 att kvinnor har ökat andelen trycksår (män 10,4 % kvinnor 17,2 %), vilket vi måste arbeta mer med.

Måluppfyllelse

Västerbottens läns landsting övergripande mål för patientsäkerhet samt måluppfyllelse.

LANDSTINGSGEMENSAMMA MÅL	MÅL 2017
Andel utlokaliserade patienter	Minska jfr med 2016
Andel vårdrelaterade infektioner inom slutenvården Implementera resultatuppföljning via Infektionsverktyget per verksamhet (indikatorn andel vårdtillfällen med VRI rapporteras kvartalsvis till sjukvårdsdirektören) Resultat från PPM-VRI i slutenvården inkl. psykiatrin (medelvärde andel patienter med VRI)	Alla verksamheter med vårdtillfällen rapporterar. PPM-VRI ≤ 7%
• hygienregler	Visionsmål 100% Delmål 90%
• klädregler	Visionsmål 100% Delmål 95%
Andel patienter med korrekt läkemedelslista vid utskrivning/efter besök	Visionsmål 100% Delmål 90%
Andel trycksår grad 3–4 uppkomna på sjukhus (av deltagande patienter)	3%
Andel verksamheter som arbetar proaktivt med utfallet av ps-kulturmätningen ex Gröna korset	50%
Strukturerad antibiotikarond 2 gånger i veckan på minst en vårdavdelning per sjukhus	3 avdelningar

Målvärden för Hälso- och sjukvårdsnämnden

Målvärde 2017
Antalet vårdrelaterade infektioner per antalet inneliggande patienter ska minska
Andel allvarliga vårdskador i förhållande till vårdtillfällen ska minska
Andel dygn med beläggningsgrad < 93 % ska öka

Analys

Problem med att kunna hålla vårdplatser öppna främst beroende på personalbristen har gjort att andelen utlokaliserade patienter inte kunnat minska. En genomlysning för att titta på hur utlokalisering sker har gjorts och rutin för hur en utlokalisering ska ske finns framtagen.

Andelen patienter med VRI har ökat vilket kan bero på att det i större utsträckning äldre patienter som ligger kvar en längre tid på sjukhus och som har större risk att drabbas av en infektion. Tekniska problem med Infektionsverktyget har gjort att verksamheterna inte kunnat nyttja verktyget i den utsträckning som var tänkt. Målvärdet för andelen allvarliga trycksår uppnås (1,5 %) även om en ökning den totala andelen trycksår ses.

Målvärdet för korrekt läkemedelslista uppnås inte utan landar på 87,8 % i VLL. Sjukhusvården klarade målet med 91,9 % vilket är en förbättring från fjolåret. Primärvården visade på en försämring från fjolårets 88 % till 83,67 %.

Högt ställt mål på 100 % gällande hygien- och klädrutiner uppnås inte men en förbättring ses i mätningarna, där klädrutiner ligger på 94 % medan hygienrutinerna fortfarande har förbättringsmöjligheter även om värdet har förbättrats.

Målet med ökat proaktivt arbete med exempelvis "Gröna Korset" uppnås. Andelen allvarliga vårdskador (med risktal 8 eller högre) har minskat från fjolårets 0,63 % till 0,42 %.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Fullmäktiges mål för patientsäkerhet 2016–2019:

Landstingsplanen för mandatperioden har fyra övergripande inriktningsmål med strategier för varje inriktningsmål. Dessa är bättre och jämlik hälsa, god och jämlik vård, aktiv och innovativ samarbetspartner samt attraktiv arbetsgivare. Där finns bland annat att hälso-och sjukvård utgår från delaktiga patienter. De övergripande målen bryts sedan ner i planerna för landstingsstyrelsen och i planen för hälso- och sjukvårdsnämnden.

Informationssäkerhet

Dan Harnesk

Informationssäkerhetsberättelse 2017

Denna rapport sammanfattar Västerbottens läns landsting uppföljande arbete på informationssäkerhetsområdet. I olika lagrum, föreskrifter och standards inom området ställs krav på uppföljning och rapportering. Enligt HSLF-FS 2016:40 ska informationssäkerhet vara en del av vårdgivarens kvalitetsledningssystem. Det omfattar bland annat riskbedömningar av vårdinformation. I patientsäkerhetsberättelser som är kvalitetsredovisningen för vårdgivare skall enligt HSLF 2016:40 informationssäkerhets inkluderas i patientsäkerhetsberättelsen.

Fokus i uppföljningen av 2017 års informationssäkerhetsarbete ligger på de utvecklingsinsatser av betydelse som genomförts under 2017 för landstingets systematiska informationssäkerhetsarbete och en utökad egenkontroll jämfört med tidigare års uppföljning av basverksamheter arbete med informationssäkerhet.

Genomförda åtgärder under 2017

Ledning- och styrmodell för informationssäkerhetsarbete

Riktlinjen Ledning- och styrmodell för informationssäkerhet utformades under hösten 2017 och utgår ifrån SIS standard Ledningssystem för informationssäkerhet SS-ISO/IEC 27001 samt vägledning för informationssäkerhetsåtgärder SS-ISO/IEC 27002. Riktlinjen fokuserar på informationshantering med IT-stöd, men berör också manuell hantering. Ledning- och styrmodellen är uppdelad i ett antal områden som sammanfattar vad som gäller avseende informationssäkerhet i Västerbottens läns landsting. Det innehåller också tillämpningsanvisningar, instruktioner och rutiner som konkretiserar krav inom respektive område. Ledning och styrmodellens lämplighet, tillräcklighet och verkan kommer att kunna utvärderas i samband med 2018 års informationssäkerhetsberättelse.

Säkerhetsanalys

Instruktionen för säkerhetsanalys påbörjades under hösten där SKL:s mall för systemsäkerhetsklassning har anpassats till ett format passande för VLL. Den anpassade instruktionen innehåller modell för informationsklassning som i sin tur utgår från den modell som MSB tagit fram och anvisar till statliga myndigheter, kommuner och landsting. I instruktionen ingår även process för riskbedömning. Instruktionen har namnet *Säkerhetsanalys av informationstillgångar*. Hantering av organisationens informationstillgångar är en viktig beståndsdel i informationssäkerhetsarbetet eftersom de inom ramen för informationssäkerhet utgör skyddsobjektet, d v s det som ska skyddas. Att klassificera information är en grundläggande aktivitet som syftar till att information och resurser ges

lämpligt skydd i förhållande till dess värde. Om skyddet är fel dimensionerat kan det leda till onödigt hög risknivå eller onödigt höga kostnader

Efter klassificeringen bör aktuella hot och sårbarheter analyseras och värderas. Därefter kan riskbedömning genomföras som utgör underlag för beslut om att vidta lämpliga säkerhetsåtgärder. Vid klassificering av information ska alltså inte hänsyn tas till den sammanlagda risken, utan fokus ska vara på de konsekvenser för organisationen som otillräcklig konfidentialitet, riktighet, tillgänglighet och spårbarhet hos information kan leda till.

Under oktober 2017 har instruktionen testats på förlossningskliniken vid en workshop som tog ca två timmar. Deltagare var systemägare, systemförvaltare och infosäkstrateg (analysledare). Systemägare representerade i detta fall också informationsägare. I december genomfördes en samma typ av workshop där informationssäkerhet i processen blodtransfusion analyserades.

Resultatet av säkerhetsanalysen är tvådelat. Dels fastställs en säkerhetsprofil på informationstillgången avseende nivåvärden på konfidentialitets, riktighet, tillgänglighet och spårbarhet. Nivåerna är 1-3 där 1 är lägst nivå, där säkerhetsincident medför ingen eller försumbar påverkan på verksamheten. Värdet för landstinget i denna del är följande:

- Verksamheten skapar en gemensam förståelse för informationstillgångens skyddsvärde.
- Säkerhetsprofilen gör att kravställning för säkerhet gentemot systemleverantörer förenklas.
- Efterlevnad av nya dataskyddsförordningen (GDPR) artikel 32:b,c- säkerhet i personuppgiftsbehandlingar- säkerställs.

Utöver säkerhetesprofil resulterar analysen i en åtgärdslista avseende risker som omgärdar informationstillgången. Riskbedömningen görs med fokus på de eventuella konsekvenser som otillräcklig konfidentialitet, riktighet, tillgänglighet och spårbarhet hos information kan leda till. Åtgärdslistan beskriver:

- Vilken hotbild som rör informationstillgången i fråga
- Vad riskbedömningen blev, till exempel om hotet uppträder sällan men har allvarlig konsekvens på verksamheten
- Vilken åtgärd som ska göras
- Vilken prioritet åtgärden har, och
- Vem som är ansvarig för åtgärden

Instruktionen bedömdes av deltagande verksamhetschefer, systemägare och systemförvaltare som relevant och förhållandevis lätt att förstå och arbeta med trots att liknande analysövningar inte genomförts tidigare. Deltagarna har fått möjlighet att efteråt lämna synpunkter på mall och genomförande av analysen. Det visade sig vid den senare workshopen att deltagarna behövde ägna tid

att kartlägga själva arbetsflödet med tillhörande information och informationssystem innan säkerhetsanalysen kunde genomföras.

Egenkontroll informationssäkerhet

Underlag till uppföljningen i form av egenkontroll olika basverksamheter ett frågeformulär som utgår från SKL:s rekommendation om informationssäkerhet i samband med att landstingen undersöker patientsäkerheten. Frågeformuläret är brett och täcker in fem tematiska områden: Utbildning, Styrdokument, Avvikelsehantering, Mobila enheter och Åtgärder informationssäkerhet med Ja/Nej alternativ och möjlighet att förklara svar. Såtillvida var frågeformuläret utökad jämfört med tidigare års enkäter. Utskick av enkät gjordes till verksamhetschefer (VC) i primärvården, på NUS, folktandvården, ekonomistaben, HR-staben, enheten för e-hälsa och Informatik.

I huvudsak handlar det om generella självskattningar av säkerhetsläget, behov och brister avseende enskilda sjukhusenheters arbete med informationssäkerhet. Nivån på generalisering gör det svårt att avgöra de kriterier och underlag som vägleder bedömningar, till exempel frågan om informationssäkerhetsavvikelser där enheterna bör ha identifierat de viktigaste processerna och informationsmängderna. 34 svar inkom som redovisas nedan.

Tema utbildning

Andel respondenter som anger att deras personal har genomgått utbildning i informationssäkerhet är 26 %, och andel chefer som att personer i ledningsposition har genomgått utbildning i informationssäkerhet uppgår till 50 %.

Tema Riktlinjer

Andel respondenter som anger att landstingets riktlinjer för informationssäkerhet är väl kommunicerad inom sitt verksamhetsområde är 47 %. I ljuset av revisionsrapporten – Granskning av IT-systemens robusthet - som uppmärksammade att ingen utbildning om riktlinjer för informationssäkerhet finns i landstinget; kan det noteras att relativt många i gruppen verksamhetschefer anser att riktlinjerna är väl kommunicerade. Det betyder dock inte att riktade utbildningsinsatser inte är nödvändiga utan fortlöpande kunskapsutveckling kommer att krävas av medarbetare i takt med ökad digitalisering av vården och uppgraderingar av befintliga IT-system.

Tema avvikelsehantering

Temat utgörs av fyra delområden (1) rapportering avvikelser under 2017 gällande konfidentialitet, riktighet, tillgänglighet, (2) riskanalyser vid förändrade arbetssätt eller byte tekniskt stöd, (3) rutiner för att hantera risker, och (4) rutin för intern/extern kommunikation av avvikelser.

(1) Andel respondenter som svarar att man rapporterat informationssäkerhetsavvikelser är 26 %

(2) Andel respondenter som svarar att man genomfört riskanalyser vid förändrade arbetssätt eller byte av tekniskt stöd är 47 %

(3) Andel respondenter som svarar att man rutiner på plats för att informationssäkerhetsrisker är 70 %

(4) Andel respondenter som svarar att intern/extern avvikelsekommunikation fungerar är 100 %

Tema mobila enheter

Temat berör inte ifall verksamheterna faktiskt använder sig av mobila enheter och i så fall i vilken form. Respondenterna redovisar sin upplevelse att användning av mobila enheter medför att risken för avvikelser ökar. 5 % anser att risken ökar. 2 fysiska respondenter har inte svarat.

Resultatet kan möjligen tolkas så att man antingen (1) saknar kunskap om de förändringar i informationshantering som mobila enheter medför eller, (2) mobila enheter inte används i någon större utsträckning, eller (3) mobila enheter används och man har lämpliga säkerhetsåtgärder för de teknologier som används.

Tema åtgärder informationssäkerhet

44 % av respondenterna anger att man vidtagit åtgärder för förbättring av informationssäkerheten i sin verksamhet. Exempel på åtgärder är:

- Rutiner kring hantering av patientdata och information
- Åtgärder inom informationssäkerhet har utgjort fokusområde på en gemensam dag för hela basenheten samt uppföljning på API
- Infört intern avvikelsehantering
- Via proaktivt arbete, händelser i vardagen, uppdaterade processer, riktlinjer och rutiner samt via uppföljning av de åtgärdsförslag som tagits fram vid genomförda händelseanalyser.

Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring avseende riktighet i information:

- 61 % av respondenterna har granskat när klagomål inkommit
- 61 % av respondenterna har granskat vid patientsäkerhetsavvikelser
- 29 % av respondenterna har genomfört stickprovskontroll.
- 17 % av respondenterna anger annan form av granskning
- 12 % av respondenterna anger att granskning inte är aktuellt i deras verksamhet.

Frågeformuläret har inte tagit hänsyn till typ av klagomål, till exempel om det handlar om bristfällig vårdinformation till patienter eller närstående eller remisser och journalfrågor.

Stickprovskontroll avseende informationens riktighet är inte detsamma som loggkontroller och resultatet indikerar att djupare analys krävs för att få kunskap hur man granskar journalföring.

Exempel på annan form av granskning som framkommit är:

- Genomfört journalstudie, ca 50 journaler
- Vid uppföljning av besök, telefonkontakter. Har som egna kvalitetsindikatorer t.ex. genomförda riskbedömningar

Övriga frågor som berör informationssäkerhet och har ingått i frågeformulär avseende patientsäkerhet (separat utskick)

Genomförs loggkontroller

Två kliniker säger nej, någon "sporadiskt" och någon var 4.de månad. Inom delar av vissa länskliniker kan det se olika ut. Det är en förbättring.

Upptäckt obehörig åtkomst

11 kliniker har upptäckt någon obehörig som varit inne i journalen (vilken är en ökning från fjolårets 8 kliniker)

Effekt av oplanerat datastopp

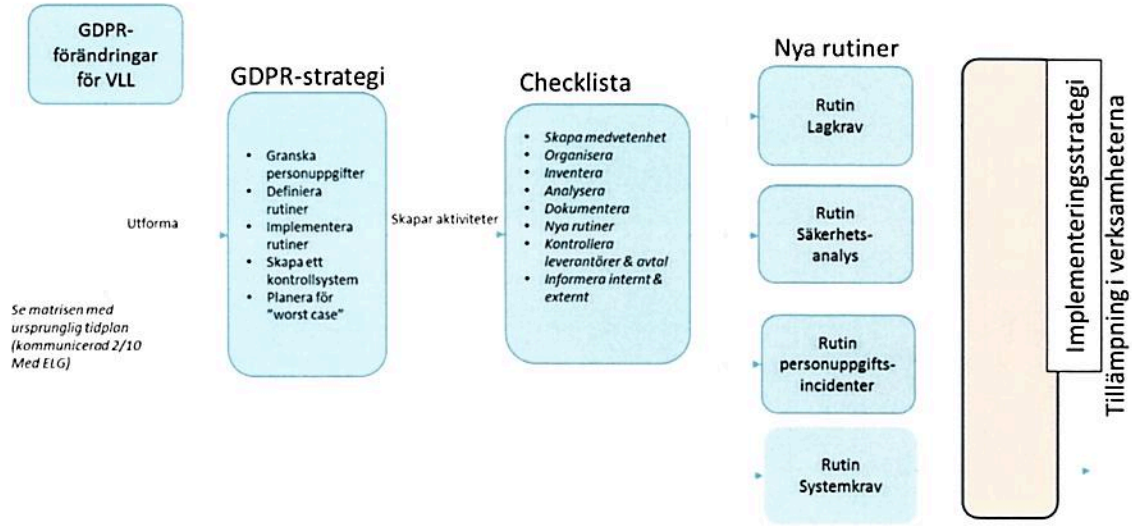
Nästan alla säger att det inte varit någon fara för patientsäkerheten men arbetsmiljön försämras och personalen upplever stress. Dock finns exempel som ges där telemetriövervakningen inte registrerat korrekt och att adekvat information gått förlorad.

En kommentar att ta med sig är att en klinik påpekade att det blir färre och färre medarbetare som har någon vana vid att arbeta på papper vid datastopp som i sig kan vara en risk.

Ny dataskyddsförordning

Från och med 25 maj, 2018 gäller GDPR, EU:s dataskyddsförordning som är en ny lag på europeisk nivå och som tagits fram i syfte att harmonisera lagstiftningen i EU:s medlemsstater. Lagen behandlar hantering av personuppgifter. Förordningen kommer att innebära en hel del förändringar för de som behandlar personuppgifter och stärkta rättigheter för den enskilde när det gäller personlig integritet. GDPR ersätter det gamla EU direktivet från 1995. Förordningen kommer att ersätta Personuppgiftslagen (PUL). I Sverige är det Datainspektionen (från 2018 nytt namn – Integritetsmyndigheten) som kommer att vara tillsynsmyndighet.

Under hösten 2017 har personuppgiftsombud och informationssäkerhetsstrateg utarbetat följande förberedelseplan för anpassning till förordningen där lagkrav, informationssäkerhet, systemsäkerhet för personuppgiftsbehandling beaktas.



Vägledande dokument:

- Introduktion till GDPR och dess inverkan på VLL (sammanfattning av de centrala GDPR-artiklarna för att medvetandegöra organisationen om vilka artiklar som kräver ändringar i befintliga arbetsprocesser och informationssystem)
- Rutin Lagkrav för personuppgifter
- Rutin för personuppgiftsincidenter
- Rutin Säkerhetsanalys
- Rutin Systemkrav

Implementeringsstrategi

Alla enheter ansvarar för att deras del i processen kring befintliga och inrättande av nya personuppgiftsbehandlingar inte strider mot GDPR och registerförtecknas. Alla enheter ansvarar för att rutinerna implementeras i verksamheten.

Plan för implementering:

- Vägledande dokument fastställs och publiceras på Linda
- Kommunikation av rutinerna riktas till verksamheterna via VO-chefer och stabschefer.
- Korta powerpointbaserade instruktionsfilmer på Lärande landsting
- Stöd i användning av rutinerna ges av personuppgiftsombud och informationssäkerhetsstrateg
- Uppföljning av rutinernas användning görs av verksamhetschefer.
- Revidering av rutinernas utformning sker på verksamhetschefers signal och/eller personuppgiftsombuds och/eller informationssäkerhetsstrategs initiativ