

Patientsäkerhetsberättelse

År 2020

Datum och ansvarig för innehållet



PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE 1**Sammanfattning 3****STRUKTUR 4**

Övergripande mål och strategier 4

Organisation och ansvar 5

Funktion 5

Ansvarar för 5

Samverkan för att förebygga vårdskador 7

Patienters och närståendes delaktighet 8

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet 8

Klagomål och synpunkter 9

Egenkontroll 10

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten 10

Minska andelen utlokaliserade patienter 10

Öka andelen verksamheter som arbetar proaktivt med förbättringsarbeten inom
patientsäkerhet 11

Minska andelen trycksår uppkomna på sjukhus 11

Läkemedel 12

Markörbaserad journalgranskning 12

Riskanalys 13

Utredning av händelser - vårdskador 14

Informationssäkerhet 14

Klassning av IT- system 14

Åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten 15**Strålskydd 15**

Strålskyddsbokslut 2020 15

RESULTAT OCH ANALYS 18

Egenkontroll 18

Minska vårdrelaterade infektioner och smittspridning 20

Minska andelen kinoloner 24

Resultat från Infektionsverktyget 25

Avvikelser 25

Klagomål och synpunkter 27

Händelser och vårdskador 30

Riskanalys 30

Mål och strategier för kommande år 31

Indikatorer och målvärden 2021 32

Sammanfattning

Året 2020 har sjukvården i stor omfattning präglats av den pågående pandemin. Verksamheterna har fått ställa om och en del patientsäkerhetsarbete som var planerat har fått stå tillbaka. Patientsäkerhetsarbetet har ändrat fokus till att skapa behandlings- och hygienrutiner för patienter med covid-19.

Vårdhygien har varit högst delaktig i arbetet och ett nära samarbete med kommunal vård och omsorg har byggts upp under året. Det arbetet kommer troligen att ha en stor betydelse även fortsättningsvis. Den hjälp vårdhygien gav var att undervisa personal, skapa hygienrutiner och ge råd både inom Region Västerbotten och i den kommunala verksamheten.

Infektionsverket är ett nationellt it-stöd för att dokumentera, lagra och återkoppla information om vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning. Det är ett uppföljningsverktyg där information registreras direkt i anslutning till vårdarbete som verksamheter inom Region Västerbotten använder. Resultat för 2020 visar bland annat att antal vårdrelaterade infektioner per 100 vårdagar minskar och att antibiotikaordinationer per 100 vårdtillfällen är något lägre än tidigare. Det är positivt framför allt för patienterna men leder även till minskade läkemedelskostnader.

Under den rådande pandemin har särskilda lokala överenskommelse kring utlokaliserade patienter skapats mellan olika kliniker. Anpassade rutiner har framtagits för att säkra patientsäkerheten. Även rutiner för samordning av vårdplatser i länet har skapats. Krisledning från regionens tre sjukhus har haft dagliga avstämningsmöten gällande vårdplatssituationen och "covid" vårdplatser i länet samt planering gällande överflyttningar av patienter mellan sjukhusen.

Verksamheten har trots den svåra situationen arbetat med att förebygga fall, trycksår och undernäring. Positivt är att de sjukhusförvärvade trycksåren har minskat och att nutritionsproblematik uppmärksammats.

Patientsäkerhetsplanen 2021 baseras på Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024. Viktiga mål för 2021 är att återuppta patientsäkerhetsdialoger med verksamheterna och att säkerställa god kunskap inom patientsäkerhet hos de anställda inom Region Västerbotten.

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla 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, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

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. Det målområde som berörs är hållbart samhälle, god och jämlik hälso- och sjukvård, jämlik och attraktiv region. Inriktningsmålen bryts sedan ner inom nämnder och styrelse.

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 2020

- Minska andelen utlokaliserade patienter
- Andel vårdrelaterade infektioner $\leq 7\%$
- Följsamhet till basala hygien- och klädrutiner $\geq 95/90\%$
- Andelen trycksår uppkomna på sjukhus – delmål $\leq 10\%$ av patienterna i PPM
- Öka andelen verksamheter som arbetar proaktivt med förbättringsarbeten inom patientsäkerhet 65%
- Rationell antibiotikaanvändning – rapport via Infektionsverket
 - antal antibiotikaordinationer / 100 vårdtillfällen
 - antal ordinationer av cefotaxim och ciprofloxacin / 100 vårdtillfällen
- Läkemedel
 - andel verksamheter som har en fungerande, dokumenterad rutin som tydliggör att patienten får med sig en uppdaterad läkemedelslista efter besök/utskrivning delmål 90%
 - öka antalet läkemedelsgenomgångar inom primärvården med 2 %
- Rapportera via Infektionsverket
 - antal urinkateterdagar/100 vårddagar
 - antal CVK dagar /100 vårddagar
 - antal VRI/100 vårddagar

Ansvar att arbeta med målen utifrån sin egen verksamhet i dagliga arbete ligger på verksamhetschefen / avdelningschefen

Organisation och ansvar

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

Funktion	Ansvarar för
Regiondirektören	att det övergripande patientsäkerhetsarbetet bedrivs systematiskt
Patientsäkerhetsrådet	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
Verksamhetschefen	att patientsäkerhetsarbetet bedrivs integrerat i dagligt arbete utifrån gällande riktlinjer, att skriva enhetens patientsäkerhetsplan/berättelse
Lokala patientsäkerhetsteamet	att på verksamhetsnivå driva patientsäkerhetsarbetet, göra analyser och vidta åtgärder
Patientsäkerhetsstrateg	att planera, utveckla och analysera regionens patientsäkerhetsarbete på en övergripande nivå
Chefläkaren	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
Cheftandläkaren	att anmäla ärenden som rör regionens tandvård till IVO enligt lex Maria
Kanslichefen för patientnämnden	att återföra patientnämndens iakttagelser till ledning och verksamheter
Central patientsäkerhetssamordnaren	att samordna det strategiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom regionen, att sammanställa den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

Vårdhygien	Ansvarar för förslag / aktiviteter för minskning av vårdrelaterade infektioner samt återföring av mätresultat med vårdhygienisk relevans till vårdens aktörer
Smittskydd/Strama	Ansvarar för förslag /aktiviteter som syftar till rationell antibiotikaanvändning och att motverka antibiotikaresistens

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Arbetet med framtagande av en ny samverkansstruktur har pågått sedan 2018 och projektet avslutades våren 2020. Under hösten 2020 implementerades Samverkansrådet för patientsäkerhet. Syftet är stärkt samverkan, effektiv mötesstruktur och tydlig ansvarsfördelning, samt att länets resurser används till största möjliga nytta för Västerbotten. Samverkansrådet för patientsäkerhet har som funktion att utveckla patientsäkerhet i huvudmännens gemensamma arbete.

Vårdhygien och smittskyddsenheten har under pandemi haft ett tätt samarbete med kommunerna. Den hjälp som vårdhygien gav var att undervisa personal, skapa hygienrutiner och ge råd för att minska den pågående smittspridningen. Samarbete kommer med all säkerhet ha betydelse för framtiden.

Under den rådande pandemin har särskilda lokala överenskommelse kring utlokalisering av patienter skapats mellan olika verksamheter inom sjukhusen. Anpassade rutiner har framtagits för att säkra patientsäkerheten. Rutiner för samordning av vårdplatser i länet har skapats inom alla vårdnivåer.

Under våren 2020 uppstod en brist på skyddsutrustning. Leverantörer kunde inte möta det stora behov som vården hade vad gällde tex skyddsrockar. För att vården skulle kunna ges till de som drabbats av covid- 19 på ett säkert sätt utan att riskera smittspridning bland patienter och personal var skyddsrockar en viktig produkt. Region Västerbotten startade därför en egentillverkning av skyddsrockar. Tillverkningen pågick i regionens egna lokaler och personal från tex tekniska avdelningen och administrationen utförde arbetet. Samtidigt pågick ett aktivt arbete att finna leverantörer som kunde leverera produkterna.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Under 2020 så har arbetet med att införa personcentrerad vård fått stå tillbaka på grund av rådande pandemi. Besöksförbud har gällt på länets sjukhus och sjukstugor. Det har varit en utmaning för verksamheterna att trots detta arbeta för en delaktighet med patienter och närstående. Kontakt med närstående har skett via telefon eller surfplatta.

Ett stort antal patienter med diagnos covid-19 har under längre tid vårdats på intensivvårdsavdelningar. Fotodagboken har här en stor betydelse, dess syfte är att hjälpa intensivvårdspatienter bearbeta sin sjukdomstid samt det man upplevt under vården. Många intensivvårdspatienter mår i efterhand psykiskt dåligt. De kan ha svaga minnen, mardrömmar eller hallucinationer från intensivvården som saknar sammanhang. Med fotodagbokens hjälp kan patienten fylla några minnesluckor och på så sätt göra sjukdomstiden tillgänglig för bearbetning. Den har ett stort värde även för anhöriga

I slutenvården för barn- och ungdomspsykiatri utvärderas slutenvårdstillfället tillsammans med patienter och vårdnadshavare i skriftlig form och sammanställs sedan i utvecklingssyfte.

Inom cancervården används hälsoskattning som ett verktyg för en återkommande bedömning av rehabiliteringsbehov. Syftet är att tillsammans med patienten göra en bedömning av rehabiliteringsbehovet för att rätt åtgärd ska sättas in i rätt tid.

Verksamhet som vårdar patienter med speciella behov har tillsammans med brukarförening genomgång av lokaler och patientflöden inför och efter genomförda ombyggnationer.

Invånartjänster/1177 vårdguidens e-tjänster ger förutsättningar för ökad delaktighet och medskapande i vården samt bättre överblick av vårdprocesserna. Invånartjänsterna förbättrar också tillgängligheten till vården, och stödjer dessutom valfrihet och flexibilitet i invånarnas val av vårdgivare.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 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 vården. Verksamheten ska kontinuerligt utvärdera om beslutade och genomförda åtgärder har förhindrat återupprepning av händelser och förbättrat patientsäkerheten. Effekttuppföljning av åtgärder görs 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 med chefläkaren under dialogen.

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

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 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. Regionens riktlinjer säger att klagomålen därefter förs in i avvikelshanteringsystemet Platina, för att kunna analyseras och ligga till grund för förbättringsarbete. En webbaserad anmälan via 1177.se har tagits fram där patienten kan skicka sitt klagomål direkt till vården. Det klagomålet går direkt in i avvikelssystemet. Andra sätt är att skriva, mejla eller ringa till verksamheten.

Synpunkter och klagomål som kommer via Inspektionen för vård och omsorg (IVO) diarieförs och handläggs av central avvikelshandläggare. Verksamhetschefer har sedan ansvar för att synpunkten eller klagomålet läggs in i avvikelssystemet för vidare handläggning och uppföljning. Under patientsäkerhetsdialogerna med verksamheterna tas klagomålen upp och innehållet diskuteras samt vilka åtgärder man vidtagit diskuteras.

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

Egenkontroll

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

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	2 ggr/år	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Minska andelen utlokaliserade patienter

Region Västerbotten ligger fortfarande högre än riket gällande andelen utlokaliserade patienter. Misstanke finns att inrapporteringen av antalet utlokaliserade patienter inte är korrekt. Arbete pågår med att säkra metoder för att korrekt statistik gällande andelen av utlokaliserade patienter ska inrapporteras till SKR.

Riktlinjer finns för hur man ska utlokalisera patienter. Grundprincipen är att utlokalisering i första hand ska ske till närliggande specialiteter för att minska patientsäkerhetsriskerna. Ett fortsatt problem är stängda vårdplatser på grund av personalbrist. Under pandemin har särskilda lokala

överenskommelser kring utlokaliserade patienter skapats mellan olika verksamheter. Anpassade rutiner har framtagits för att säkra patientsäkerheten. Rutiner för samordning av vårdplatser i länet har skapats. Krisledning från regionens tre sjukhus har haft dagliga avstämningsmöten gällande vårdplats-situationen och "covid" vårdplatser i länet samt planering gällande överflyttning av patienter mellan sjukhusen.

På Norrlands universitetssjukhus är rutinen att sjukhussamordnare och representanter från verksamheterna träffas 3 gånger i veckan för att sammanställa befintliga vårdplatser och vårdplatsbehov. Vid ansträngd platssituation sker dessa möten alla vardagar och då deltar även områdeschef.

Skellefteå sjukhus har rutiner för regelbundna samordningsmöten samt vid behov. Under pandemi har den lokala krisledningen deltagit i samordningsmöten vid ökad smittspridning och ökat behov av vårdplatser.

Lycksele sjukhus har rutiner för utlokalisering av patienter för att säkerställa patientsäkerheten.

Under 2020 sågs en fortsatt minskning av antalet utskrivningsklara dagar vilket visar på en ansträngning av Region Västerbotten och kommunerna för att minska antalet utskrivningsklara patienter på sjukhus. Sannolikt har det bidragit till att andelen utlokaliserade patienter har minskat.

Öka andelen verksamheter som arbetar proaktivt med förbättringsarbeten inom patientsäkerhet

Aktiviteter med förbättringsarbeten pågår i verksamheterna trots den pågående pandemin. Ett flertal av dessa arbeten har sitt ursprung i avvikelser. Några viktiga aktiviteter som pågår är att förbättra rutiner kring läkemedel, skapa lokala anvisningar för handhavande av perifer venkateter och fortsatt arbete med att förebygga fall, trycksår och undernäring. Under pandemin har verksamheterna arbetat för att ta fram verksamhetsanpassade rutiner för patientflöden och hygien.

Minska andelen trycksår uppkomna på sjukhus

För Region Västerbotten finns en framtagen handlingsplan för patientsäkerhetsarbeten med fokus på omvårdnad där trycksår, fall och nutrition ingår. Syftet med handlingsplanen är att ge förslag på åtgärder och aktiviteter för att utveckla det systematiska patientsäkerhetsarbetet vid regionens sjukhus och sjukstugor.

Inom Region Västerbotten utförs 2 ggr per år punktprevalensmätning (PPM). Av dessa utför Sveriges kommuner och regioner (SKR) en nationell PPM trycksårs mätning årligen. Andelen trycksår inom Region Västerbotten 2020 var 9,8% och är en minskning från mätningen 2019 då andelen var 12%. En minskning av trycksår uppkomna på sjukhus från 9,7% 2019 till 7% 2020 innebär att målet för 2020 är nått. Mätningen visar att 72% av patienterna har förebyggande eller behandlande madrass vilket är ett lågt resultat om man

jämför med riks genomsnittet 97%. Resultaten visar att fortsatt arbete med att sprida kunskap om det förebyggande arbetet är viktigt.

Inom Region Västerbotten utförs årligen en egen PPM av fall, trycksår och undernäring. Syftet med mätningen är följa upp det förebyggande arbetet på en övergripande nivå men också för att ligga till grund för verksamheternas förbättringsarbete. Det som uppmärksammas vid mätningen 2020 är att nutritionsproblematiken uppmärksammas i högre utsträckning än tidigare och att förebyggande insatser sätts in för merparten av patienter med identifierad risk.

Resultaten från mätningarna diskuteras med verksamheterna vid patientsäkerhetsdialoger.

Läkemedel

Inför 2020 fanns målet att andelen verksamheter som har en fungerande, dokumenterad rutin som tydliggör att patienter får med sig en uppdaterad läkemedelslista efter besök/ utskrivning skulle vara minst 90%. Målet att andelen läkemedelsgenomgångar ska öka med 2% inom primärvården fanns också.

Under 2020 har inga mätningar kunnat genomföras då den databas som användes för ändamålet inte var tillgänglig.

Ett flertal av verksamheterna rapporterar i sina verksamhetsberättelser att de har rutiner för säkra läkemedelslistor eller att arbete pågår för att säkra dessa rutiner. Primärvården beskriver rutiner där patienterna får läkemedelsgenomgångar och utskrift av korrekta läkemedelslistor vid mottagningsbesök. Ett fortsatt aktivt förbättringsarbete och utbildning pågår i verksamheterna för att säkra rutiner kring läkemedel.

Inom Region Västerbotten finns 3 farmaceuter som genomför läkemedelsgenomgångar i verksamheterna. Innan pandemin fanns en strategi att kartlägga behovet av läkemedelsgenomgångar och i vilka områden inom sjukvården de skulle göra mest nytta. En kartläggning planeras 2021.

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 4 sjuksköterskor och 4 läkare som är utbildade för att utföra granskningarna. Varje månad granskas 20 journaler från universitetssjukhuset och 10 journaler från länsdelssjukhusen.

Resultaten från 2019 visade att antalet skador var 2 – 10 och antalet vårdskador var 2 - 8 per 100 vårdtillfällen och månad. En ökning av skador och vårdskador sågs i perioderna januari – mars och augusti – november. De skador

och vårdskador som var mest förekommande är postoperativa sårinfektioner, postoperativa blödningar och läkemedelsrelaterade skador.

Under 2020 beslutade SKR att MJG skulle omfatta journaler från patienter som fått diagnosen covid-19. Slumpvis utplockade journaler från perioden mars 2020 - juni 2020 har granskats. 48 journaler har granskats från universitetssjukhuset och 32 journaler från länsdelssjukhusen. Resultatet från MJG visar långa vårdtider och att patienterna var svårt sjuka. Flera av patienterna drabbades av trycksår kategori 2-4 vilket bland annat kan bero på långa vårdtider och svår sjukdomsbild. En del av behandlingen av dessa patienter är att vårdas i bukläge vilket försvårar den förebyggande vården gällande trycksår. Man kan också se att patienterna drabbades av VRI. På grund av ett litet material att analysera kan inte några större säkra slutsatser dras men viktiga kunskaper att ta med inför vidare utvärderingar av den vård som givits under pandemin framkom.

Vårdetik

Arbetet i gruppen för vårdetik har under 2020 präglats av tre saker; den satsning på en fördjupad utbildning av etikombud i regionen som genomförts, pandemin och sökandet efter nya arbetsformer för etikarbetet inom regionen.

Sedan början av 2019 har planering av att genomföra en fördjupad utbildning av regionens etikombud pågått. Under hösten 2020 startade utbildningen med tre träffar innehållande teoretiska genomgångar och praktiska etikmöten i grupp. Totalt har 50 ombud deltagit i utbildningen. Den rådande pandemin har påverkat genomförandet till viss del men behovet av etiska diskussioner i verksamheterna är så stort att vi bedömt att det var viktigt att utbildningen genomfördes.

Pandemin har även påverkat arbetet i etikgruppen. Möten har behövt genomföras digitalt och frågor angående pandemin har kommit att spela en stor roll i våra möten. Rapporter om läget i vården, diskussioner om etiska svårigheter i samband med restriktioner samt hantering och spridning av riktlinjer som kommit kring frågor relaterat till pandemin har varit centrala för arbetsgruppen. Det som förvånat är att efterfrågan utifrån verksamheterna av stöd från arbetsgruppen varit så begränsat. Vår bedömning är att orsaken bland annat är att kunskap om regionens etikarbete saknas i verksamheterna.

En beredningsgrupp som ska utreda behov och skapa riktlinjer för fortsatt arbete med etik inom vården inom Region Västerbotten är tillsatt.

Risicanalys

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

Antalet riskanalyser som utförs inom regionen är fortsatt mycket lågt. I patientsäkerhetsplanen 2021 finns en aktivitet att initiera fler riskanalyser.

Patientsäkerhetsfunktionens uppgift är att när risker uppmärksammas uppmärksamma och stötta verksamheterna i att utföra riskanalyser.

Gröna Korset är en arbetsmetod för att synliggöra patientsäkerheten på avdelningen. I samband med daglig styrning, pulsmöte eller liknande kan frågan ställas om något har hänt som påverkat patientsäkerheten eller något som man uppfattat som "strul". Man kan på detta sätt fånga upp problem och åtgärda direkt eller skriva en avvikelse. Flera enheter arbetar med Gröna Korset. En enkät har under hösten 2020 skickats till verksamheter med frågeställningen om man använder Gröna Korset. Av 47 tillfrågade enheter svarade 18 att man använde Gröna Korset eller var i införandefas.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Alla avvikelser som rapporteras i hälso- och sjukvården i Västerbotten bedöms primärt inom den/de aktuella verksamheterna och handläggs av respektive avvikelsehandläggare i nära samarbete med klinikens 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 klinikens/klinikernas 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).

För att få en överblick över rapporterade allvarliga avvikelser genomförs regelbunden scanning av samtliga avvikelser i avvikelssystemet av central analysledare. Chefläkare delges resultatet av scanningen och kan vid behov efterfråga och följa upp om misstänkt allvarlig avvikelse blivit utredd.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Klassning av IT- system

Klassificering av informationssystem ligger till grund för att identifiera att det finns ett rimligt och balanserat skydd i förhållande till det värde och den känslighet som informationen som hanteras i systemet har. Detta arbete sker som en del av det kontinuerliga informationssäkerhetsarbetet inom Region Västerbotten. SKR:s verktyg KLASSA tillämpas för genomförandet.

Under 2020 har fler av Regionens större IT-system klassats. Av cirka 50 större IT-system är det nu 21 som klassats och har aktiva handlingsplaner. Utöver detta klassas informationstillgångar i samband med upphandling och systemutveckling i allt större omfattning.

Åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten

Genom EU-domstolens dom i det så kallade Schrems II-målet (C-311/18) från EU-domstolen i juli 2020 förändrades förutsättningarna för personuppgiftsöverföringar till länder utanför EU/EES, eftersom det inte längre är tillåtet för personuppgiftsansvariga i EU att med Privacy Shield som grund överföra personuppgifter till mottagare i USA. Med anledning av detta har fokus under 2020 legat på att förbereda eventuella anpassningar av system, rutiner och avtal (tekniska, organisationella respektive juridiska säkerhetsåtgärder). Detta arbete kommer att fortgå under 2021. Ett system för registerförteckningar har utvecklats och kompletterats under året. Dataskyddshandläggare har utsetts inom de flesta enheter inom regionen.

Utöver arbetet kopplat till dataskyddsförordningen har insatser skett för att öka motståndskraften mot ransomware-angrepp. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har genom CERT genomfört en särskild informationsinsats mot hälso- och sjukvårdssektorn med i synnerhet uppmaningar om förebyggande åtgärder mot ransomware. I samband med detta har rekommenderade åtgärder vidtagits i form av information, utbildning och tekniska anpassningar. Detta arbete får allt större fokus och kommer att bedrivas intensivt under de närmaste åren.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap 13§

Strålskyddsbokslut 2020

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), kabinett-röntgenutrustning 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 kan personer med lämplig kompetens adjungeras.

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. En extern revision av ledningssystemet för Centrum för medicinsk teknik och strålningsfysik har genomförts, vilken visade att verksamheten håller en god kvalitet. Bland annat noterade man följande styrkor; (1) Robust resursfördelning för ständigt förbättrat ledningssystem, (2) Imponerande processororientering med väl bearbetade processer som kvalitetssäkrar det dagliga arbetet samt (3) Systematiserad produktionsuppföljning med ökad möjlighet till snabba reaktioner.

Man pekade ut ett par förbättringsområden gällande bland annat dokumentationen kring intresseanalys samt formulering av verksamhets- och effektmål.

Coronapandemin har påverkat det kontinuerliga strålskyddsarbetet i regionen genom att försvåra det kontinuerliga förbättringsarbetet i form av optimeringsinsatser. Strålsäkerhetsmyndigheten har inte genomfört några fysiska inspektioner i regionen under året. Pandemin har påverkat produktionen av diagnostiska undersökningar vid Bild- och funktionsmedicin och Tandvård. Produktionen vid extern strålbehandling, Cancercentrum, har väsentligen varit opåverkad. Det planerade införandet av SharePoint för regionens ledningssystem har blivit försenat på grund av pandemin.

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 har ett projekt för att förbättra kvalitetssäkring av intraoral röntgenutrustning inletts. 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. Det återstår att koppla portalen till det personaladministrativa systemet i regionen för enklare uppföljning av fortbildning och kompetensbehov.

Under 2020 har regionen upphandlat ny radiologisk utrustning: C-bågar, PET-CT och ESVL. Regionen deltagit i ett upphandlingsprojekt tillsammans med åtta andra regioner för inköp av tandvårdsutrustning. Inom Tandvård har två panoramaröntgen och en CBCT installerats under året. Centrum för medicinsk teknik och strålningsfysik har deltagit i samtliga upphandlingar, och kommer att medverka vid installationer och klinisk utbildning för att upprätthålla och utveckla strålsäkerheten i regionen.

Regionen har under 2020 deltagit i ett nationellt kvalitetssäkringsprojekt för radiologisk utrustning, där samtliga offentliga och de större privata vårdgivarna medverkar i samarbete med leverantörer. Projektet initierades av Strålsäkerhetsmyndigheten 2017.

Resultat som uppnåtts i strålskyddsarbetet

Totalt för 2020 rapporterades 11 avvikelser i verksamhet med joniserande strålning i regionen. Under 2020 har regionen bedömt att en avvikelse var av allvarigare karaktär. Det handlar om en mjukvaruuppgradering av en dattortomograf i Umeå, där tillverkaren inte informerade om förändringar i funktion för dosautomatik.

Regionens interna kvalitetskontroller kunde identifiera avvikelsen efter fem dagar.

Under dessa dagar utsattes ett 50-tal patienter för oberättigat höga stråldoser, i vissa fall mer än dubbel stråldos. Händelsen har rapporterats till Strålsäkerhetsmyndigheten, Läke-medelsverket och Inspektionen för vård och omsorg. Myndigheterna utreder det inträffade tillsammans med regionen och den aktuella tillverkaren. Regionen kontaktade andra vårdgivare i Sverige, Norge och Finland som har liknande utrustningar, vilket ledde till att verksamhet med samma problem kunde avbrytas och åtgärdas. På grund av det inträffade kommer regionen att genomföra en riktad intern revision av ledningssystemet under 2021.

Under 2019 granskade Strålsäkerhetsmyndigheten regionens verksamhet med extern strålbehandling. Regionen har under året tagit emot Strålsäkerhetsmyndighetens slutrapport från inspektion. Det enda föreläggandet var krav på kompletterande dokumentation om specialistläkares kompetens,

vilket har förtydligats. Med detta avslutades inspektionsärendet och godkändes.

På uppdrag av Strålsäkerhetsmyndigheten genomförde regionen en omfattande riskanalys av strålbehandlingsprocessen under 2019. Arbetet, som har varit multidisciplinärt i samarbete med läkare och sjuksköterskor från Cancercentrum, resulterade i en rapport som innehåller flera förbättringsförslag. Sedan början av 2020 pågår det arbete med målsättningen att implementera dessa förslag i någon form. Mycket av förbättringsarbetet sker inom de multidisciplinära diagnosgrupperna för strålbehandling samtidigt som det pågår särskilda aktiviteter riktade mot ett förbättrat remissförfarande (strålanmälan) samt att försöka minimera antalet omplaneringar i ett tidigt behandlingskede.

Under 2019 upptäckte Strålningsfysik icke försumbara strålningsnivåer runt avloppsrör som utgår från ett strålskärmad vådrum för patienter som behandlats med radiofarmaka. Det kunde konstateras att jod 131 fastnar på insidan av dessa avloppsrör. Inga stråldoshastigheter som ska kunna leda till doser över gränsvärde har upptäckts för patienter eller personal, men regionen beslutade att problemet måste åtgärdas. Under 2020 har dessa avloppsrör åtgärdats enligt plan med blyskydd, uppmätta dosnivåer runt rör har minskat med 90% vilket bedöms vara säkert för personal och patienter som uppehåller sig i berörda lokaler.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat	Analys
Minska utlokaliserade patienter	I första hand ska överbeläggning ske innan patienter utlokaliseras. Alla avdelningar har ett visst antal överbeläggningsplatser	Skriftliga riktlinjer hur patienter ska utlokaliseras	Resultat från SKR visar en minskning av utlokaliserade patienter	Fortsatt höga siffror i nationell jämförelse. Höga siffror kan förklaras delvis av det sätt som inrapporteras men även av brist på vårdplatser
Minska VRI	Arbeta enligt SKL:s framgångsfaktorer mot VRI och enligt WHO:s "Core Components" för Infection Prevention and Control	Infektionsverktyget för återkoppling av VRI-resultat på verksamhets och ledningsnivå. Katetersmarta sjuksköterskor-satsningen	Antal VRI per 100 vårdtillfällen har sjunkit från 9,9, 2019 till 8,8, 2020 i data från infektionsverktyget. Rondkort för katetersmarta sjuksköterskor används i vissa verksamheter. Den breda implementeringen har fått skjutas på framtiden med anledning av pandemin	Minskning av antal VRI med 11 %. Särskilt opererande specialiteter har en tydligt lägre VRI-incidens. Fortsatt satsning på implementering av rondkortet samt åtgärds paket för att minska

		Satsning på patientmedverkan avseende handhygien.	Satsning på patientmedverkan avseende handhygien har inte genomförts med anledning av pandemin.	vårdrelaterade urin-vägsinfektioner. Satsning på patientmedverkan avseende handhygien och förebyggande av VRI planeras 2021
Basala hygien- och klädrutiner	Mätningar i verksamheten som tas upp i patientsäkerhetsdialogerna.	För att förbättra resultatet måste vi sätta nytt fokus tillsammans med VRI	Den sammantagna följsamheten till basala hygienrutiner steg från 72 till 75 %. Flera av delmomenten i basala hygienrutiner har en följsamhet på ungefär 90 %. Följsamheten till klädregler låg stabilt från föregående år.	Tandvården redovisade den största ökningen i personalens följsamhet till basala hygienrutiner från 64 till 85 % baserat på 384 st observationer. Medvetenheten om vikten av att följa basala hygienrutiner har sannolikt ökat med anledning av pandemin. Stora utbildningsinsatser är gjorda under året i det förebyggande arbetet. Det arbetat kan aldrig upphöra utan fortsatta utbildnings- och informationsinsatser från Vårdhygien planeras.
Trycksår	Använda det underlag som är framtaget i handlingsplanen för att minska trycksår	Trycksår på länet tre sjukhus mäts på våren och rapporteras till SKR. Under hösten utförs en "egen" PPM inom regionen	Andel trycksår i region 2020: 9,8% (2019. 12%). Andel patienter med sjukhusförvävade trycksår 2020: 7% (2019. 9.7%) Andel trycksår kategori 2-4 2020: 5% (2019. 5,46%)	Trots den rådande pandemin har andelen sjukhusförvävade trycksår minskat. Fortsatt arbete krävs för att medvetandegöra vikten av användandet av förebyggande eller behandlande madrass
Proaktivt patientsäkerhetsarbete	Att ha kontaktpersoner i verksamheten som testar och inför nya arbetssätt.	På nätverksträffar/månadsbrev till lokala patientsäkerhetssamordnare och avdelningschefer visa vad som pågår i andra verksamheter och därigenom få inspiration.	Olika typer av arbeten har ökat år från år utifrån de behov verksamheterna själva identifierat. Inom slutenvården rapporterar i sin verksamhetsplan ca 80 % att ett proaktivt förbättringsarbete pågår. Samtliga enheter inom primärvården uppger att ett proaktivt förbättringsarbete har utförts 2020	Förbättringsarbeten pågår i verksamheterna trots den pågående pandemin. Ett flertal av dessa arbeten har sitt ursprung i avvikelser
Minska kinoloner/antibiotikavolymer	Följsamhet till Strama och Region Västerbottens antibiotikarekommendationer		När det gäller antibiotiketryck mätt i antal antibiotikaordinationer per 100 vårdtillfällen så förändringen liten, något lägre 2020 än för 2018 och 2019. Andelen behandlingsordinationer har	Båda dessa indikatorer varierar dock stort jämfört med tidigare år när man bryter ner dem på avdelningsnivå vilket tros spegla

			minskat med 5%, medan andelen profylaxordinationer är oförändrade. Hos tredje generationens cefalosporiner (cefotaxim) och kinoloner (ciprofloxacin), som anses särskilt resistensdrivande är antalet ordinationer per 100 vårdtillfällen i stort sett oförändrade	förändrat patientunderlag för vissa enheter till följd av pandemin.
Rapportera via infektionsverktyg - antal urinkateterdagar / 100 vård dagar - antal CVK dagar / 100 vård dagar - antal VRI / 100 vård dagar			12,5 urinkateterdagar / 100 vård dagar 2020 (2019 13,6) 3,4 CVK-dagar / 100 vård dagar 2020 (2019 4,0) 1,56 VRI / 100 vård dagar 2020 (2019 1,83)	Se nedan i resultat från infektionsverktyget

Minska vårdrelaterade infektioner och smittspridning

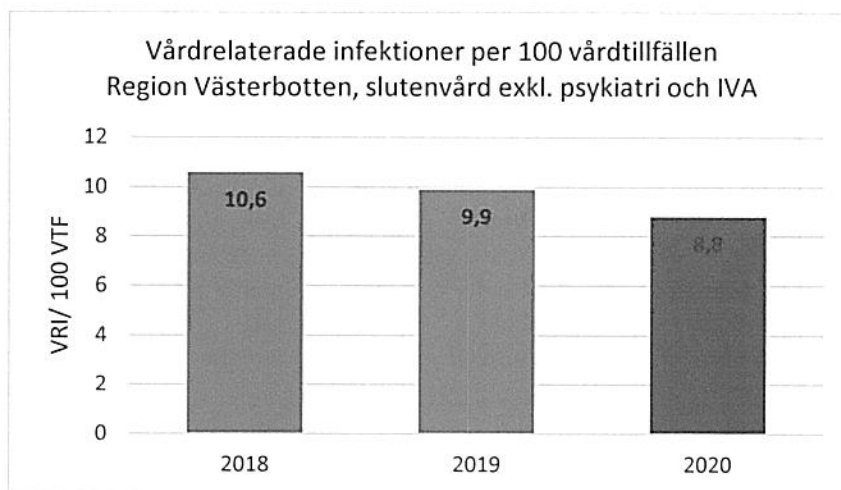
Resultat Året 2020 har i det förebyggande arbetet mot vårdrelaterade infektioner (VRI) präglats av arbetsinsatser för att minska risken för spridning av covid-19 till patienter och personal. Personal har utbildats i basala hygienrutiner, användning av personlig skyddsutrustning och i hur smittkedjor ska brytas. Hygienläkare och hygiensjuksköterskor har tagit fram utbildningsmaterial ex filmer som har setts av tusentals personal i organisationen och även använts i andra regioner. Fokus har varit på covid-19 men den kunskap som organisationen erhållit under året gällande basala hygienrutiner och andra smittförebyggande åtgärder är applicerbar på att förhindra många av våra andra vanliga vårdrelaterade infektioner. Vårdhygien har smittspårat vårdpersonal och patientens väg i vården samt smittspårat personal och brukare i kommunal verksamhet i Västerbotten. Västerbotten har från pandemins start smittspårat alla fall inom vård och omsorg vilket vi bedömer förebyggt många fall av smittspridning inom vården. Under 2020 hade vi få fall av smittspridning av covid-19 mellan personal som inkluderat mer än ett fåtal personal och enstaka fall där personal smittat patient. Det förebyggande arbetet mot VRI bedöms därför ha haft ett gott resultat.

Inget utbrott av multiresistenta bakterier har förekommit på något av våra tre sjukhus under 2020 vilket även det visar att följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är god.

Vårdhygien Västerbotten har tillsammans med Operationscentrums IT-enhet utvecklat en applikation för mätning av antibiotikakonsumtion i realtid på patientnivå. Syftet med applikationen är övervakning av antibiotikakonsumtion och ge möjlighet till att utvärdera interventioner för att minska och förbättra

antibiotikabehandling hos intensivvårdspatienter i Västerbotten. Applikationen är den första i sitt slag i Sverige och är driftsatt med möjlighet till klinisk användning på Region Västerbottens fem intensivvårdsenheter. Den är också validerad för användning för forskning och utveckling och har under året använts i flera studentarbeten. Applikationen kan också användas för att övervaka förekomst av riskfaktorer för VRI på IVA.

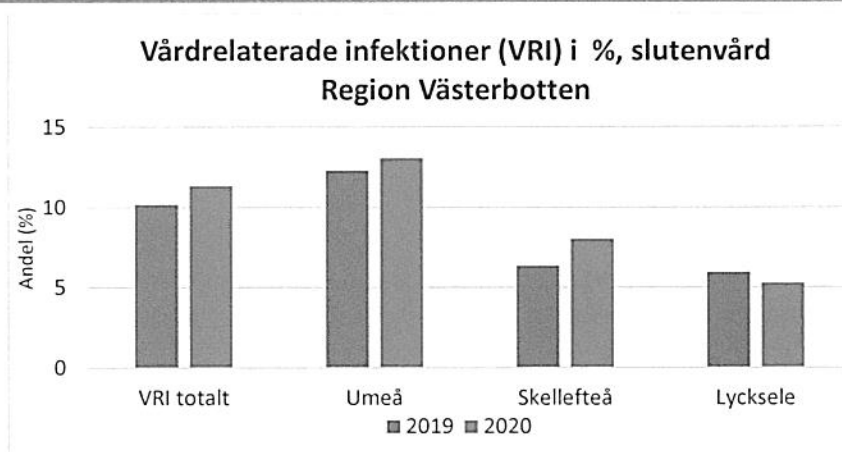
Infektionsverktyget har fortsatt att användas ute i verksamheten. Vidare implementering av infektionsverktyget ute i verksamheterna har skett i mindre utsträckning än planerat beroende på att arbete med pandemin har prioriterats. Utfallet för 2020 från infektionsverktygets skiljer sig i några avseenden från utfallen 2018 och 2019. Det beror mest sannolikt på att Infektionsverktyget det gångna året samlar data från delvis olika populationer på grund av covid-19-pandemin. Data från infektionsverktyget visar på en fortsatt minskat antal vårdrelaterade infektioner inom slutenvården i Västerbotten från 2018 till 2020 (Figur 1).



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

VRI per 100 vårdtillfällen har sjunkit från 9,9 till 8,8 en minskning med 11 %. Särskilt opererande specialiteter har en tydligt lägre VRI-incidens. Kirurgpatienter och ortopedpatienter har i regionala sammanställningar en minskning med 18% respektive 28% jämfört med 2019.

Punktprevalensmätning av VRI, PPM-VRI, har i Västerbotten skett vid två tillfällen på inläggande patienter en specifik dag. Den nationella mätningen på våren 2020 ställdes in pga pandemi men utfördes i Västerbotten varför vi har två mätningar i länet även i år. Båda mätningarna hade högre andel patienter med VRI, 11,3 % respektive 11,4%, än målbilden på 7 procent och är högre än föregående år. Under båda mätningarna 2020 var den generella beläggningsgraden på sjukhusen lägre än föregående år. Det skulle kunna innebära att i pandemins spår var enbart de sjukaste patienterna inlagda och att det i sin tur påverkar VRI förekomsten åt det högre hållet i punktprevalensmätningarna. Datat i infektionsverktyget baserar sig på ett mycket större antal vård dagar.



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

I båda punktprevalensmätningarna mätningarna 2020 har vi ett lägre antal inkluderade patienter än föregående år, förutom vårens mätning på Lycksele sjukhus. Totalt är det 321 färre patienter som ingår i punktprevalensmätningen jämfört med föregående år.

Måttillfälle	NUS		Skellefteå sjukhus		Lycksele sjukhus	
	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

Tabell 1. Tabellen visar antal patienter som ingått i de fyra 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.

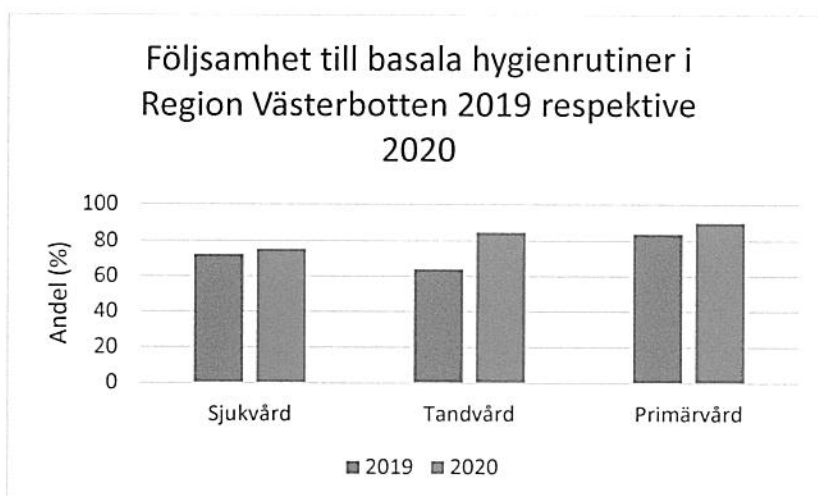
Öka följsamheten till basala hygien- och klädregler delmål > 95/90%

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 2020 jämfört med 2019 för både följsamheten till basala hygienrutiner och följsamheten till klädregler.

Sjukhusvården har ett något lägre antal genomförda observationer gällande följsamhet år 2020 (2360 st) jämfört med 2019 (2600 st). Den sammantagna följsamheten till basala hygienrutiner steg från 72 till 75 procent. De enskilda stegen i basala hygienrutiner visar dock på en hög följsamhet som givetvis kan bli ännu bättre. Den del som alltid har en lägre följsamhet är utförande av handdesinfektion innan patientnära arbete, 81 procent i årets mätningar, medan 96 procent av personalen använder handskar i rätt situation och 95 procent av personalen använder handdesinfektion efter ett arbete med patient. 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 redovisade den största ökningen i personalens följsamhet till basala hygienrutiner från 64 till 85 procent vilket baserades på 384 stycken observationer (415 observationer år 2019). Tandvården har även de en hög följsamhet i de enskilda stegen i basala hygienrutiner på en hög följsamhet. Personal använde handdesinfektion innan patientnära arbete till 97 procent, 100 procent använde handskar i rätt situation och 98 procent använde handdesinfektion efter arbete med patient.

Primärvården hade också de ett lägre antal observationer, 455 jämfört med 600 stycken året innan. Den totala följsamheten till basala hygienrutiner steg från 84 till 90 procent. Primärvården har också i de enskilda stegen i basala hygienrutiner en hög följsamhet. Följsamheten hos personalen till basala hygienrutiner var 95 procent till handdesinfektion innan patientnära arbete, 95 procent använder handskar i rätt situation och 99 procent använder handdesinfektion efter ett arbetsmoment.



Figur 3. Personalens följsamhet till basala hygienrutiner har stigit från år 2019 till år 2020.

Klädregler

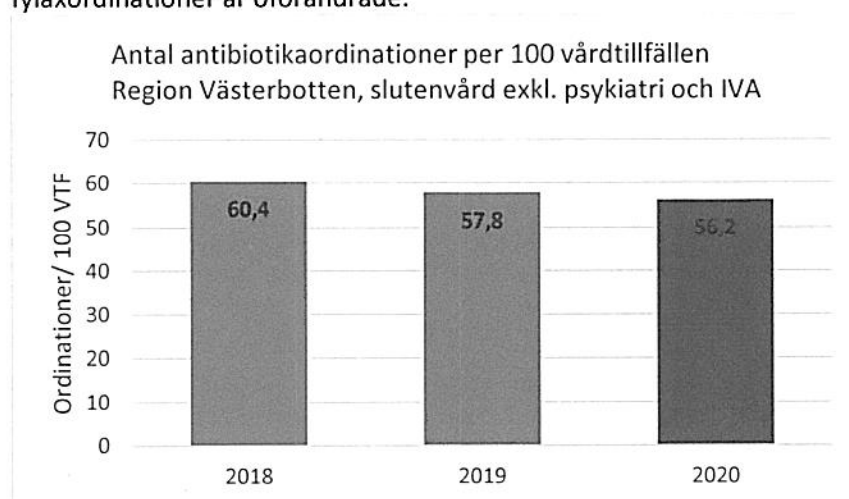
Följsamheten till klädregler ligger stabilt mellan åren 2019 och 2020. Slutenvården har en följsamhet på 94 procent, tandvården på 97 procent och primärvården en följsamhet på 91 procent.

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

Minska andelen kinoloner

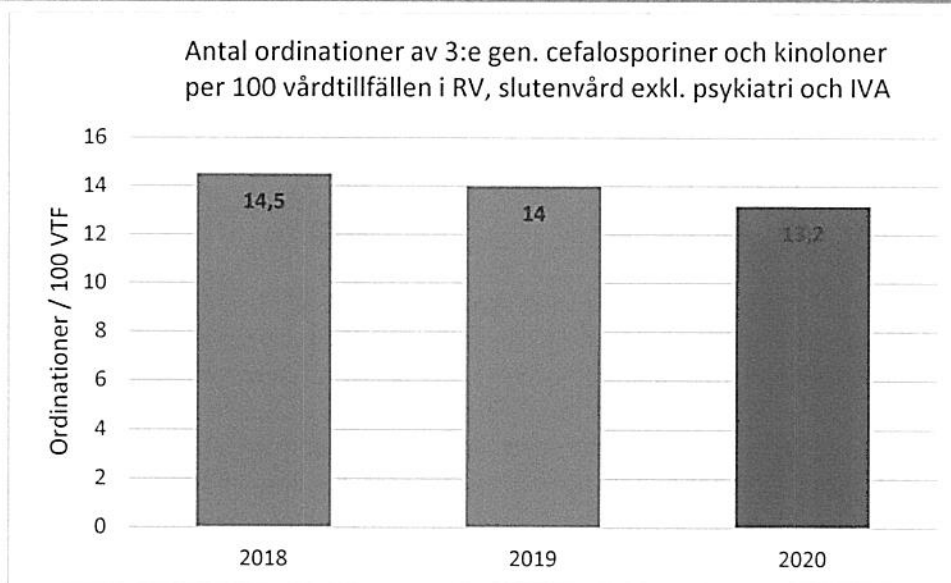
Antibiotika

När det gäller antibiotiketryck mätt i antal antibiotikaordinationer per 100 vårdtillfällen så förändringen är liten, något lägre 2020 än för 2018 och 2019. Andelen behandlingsordinationer har minskat med 5%, medan andelen profylaxordinationer är oförändrade.



Figur 4. Antibiotiketryck mätt i antal antibiotikaordinationer per 100 vårdtillfällen visar en liten förändring mellan åren 2018-2020.

Hos tredje generationens cefalosporiner (cefotaxim) och kinoloner (ciprofloxacin), som anses särskilt resistensdrivande är antalet ordinationer per 100 vårdtillfällen i stort sett oförändrade. 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 5. Antal ordinationer av tredje generationens cefalosporiner och kinoloner per 100 vårdtillfällen är i stort oförändrat mellan 2018 - 2020.

Resultat från Infektionsverket

Utfallet för 2020 från Infektionsverktygets skiljer sig i några avseenden från utfallen 2018 och 2019. Det beror mest sannolikt på att Infektionsverktyget det gångna året samlar data från delvis olika populationer på grund av covid-19-pandemin. När det gäller trender över tre år är de säkrare för region Västertotten och NUS där talen är större än för Skellefteå och Lycksele.

VRI per 100 vård dagar har sjunkit, det gäller särskilt opererande specialiteter som har en tydligt lägre VRI-incidens. Förändringar i antal och typ operationer, såväl som vem som blivit föremål för kirurgi tros påverka utfallet för 2020.

Förekomst av urinkateter och central venkateter hos patienten är riskfaktorer för att drabbas av en vårdrelaterad infektion. Det fanns en försiktig trend till minskande förekomst av kateterdagar innan pandemin. Den riktade interventionen Katetersmarta sjuksköterskor kan ha bidragit till detta. De sjunkande talen för 2020 tros i huvudsak bero på förändringar på grund av pandemin som nämnts tidigare.

Avvikelse

Antal inrapporterade avvikelser för 2020 har minskat med 276 från föregående år 2019. Inrapporteringen dock ligger stabilt mellan 11 000–12 000 under de senaste åren. Hälso och sjukvårdsförvaltningen handlägger 10 815 avvikelser av totalt 11 504.

Fördelning av dessa ses i tabellen nedan.

Hälso och sjukvårdsförvaltningen	10 815
Folktandvården	543

Länssjukvårdsområde 1	3747
Länssjukvårdsområde 2	2020
Närsjukvårdsområde Skellefteå	991
Närsjukvårdsområde Södra Lappland	747
Närsjukvårdsområde Umeå	2782

Externt inrapporterade klagomål/synpunkter från webben är 54 st. Dessa handläggs i systemet som avvikelser enligt särskild rutin för klagomål. Av dessa 54 är 19 inte handlagda vilket tyder på att rutinen bör implementeras ytterligare för att nå förbättrad följsamhet. Övriga är under utredning och endast ett klagomål är stängt, vilket innebär att handläggningstiden i många ärenden överstiger de föreskrivna 4 veckorna. Orsakerna bör undersökas mer grundligt men den avsatta tiden för avvikelserhandläggarna är en faktor av betydelse. Om tiden är för knapp för en fullständig kvalitativ utredning drar utredningarna ut på tiden och därmed återkopplingen till inblandade.

Fördelning av alla avvikelserna 2020 inom de olika processområdena utifrån avvikelserhandläggarnas klassificering vid utredning ses i tabellen.

Totalt antal inrapporterade avvikelser under 2020	11 504
Administrativ stödprocess	106
Fastighets- och försörjningsprocess	197
Teknisk stödprocess	364
Transportprocess	219
Utbildning och kulturprocess	6
Vårdprocess - Kommunikation	995
Vårdprocess - Omvårdnad	956
Vårdprocess – Behandling	1347
Vårdprocess – Diagnostik och Utredning	3153
Vårdprocess – Läkemedel	667
Vårdprocess – Patienttransporter	462
Vårdprocess – Vårdadministration	1965
Registrerade avvikelser där utredning ej påbörjats	882
Skicka till ny handläggare – ej klassificerad ¹	265

Fotnot 1: Representerar avvikelser som vid 2020 års slut ej är klassificerade klart

Angående klassificering av avvikelsernas typ avseende händelsens art så är antalet klassificerade enligt följande:

<i>Negativ händelse</i> (händelse som medfört vårdskada, arbetsskada eller annan skada t ex på organisation, utrustning och besökande)	1005
<i>Tillbud</i>	3543

(händelse som hade kunnat medföra vårdskada, tillbud inom arbetsmiljö eller händelse som kunnat medföra en annan skada t ex på organisation, utrustning och besökande)	
<i>Risk</i> (avser endast potentiella händelser som risk)	3650
<i>Patient-/kundklagomål</i> (synpunkt från patient, anhörig eller kund som lämnats muntligt eller skriftligt)	1061

Negativa händelser utgörs framför allt av vårdskador i varierande grad som patienter åsamkats i vården. Även andra skador kan förekomma enligt definitionen. I 202 avvikelser har angivits att skada uppstått efter fall. Vårdskador utreds både på enheterna lokalt med utredning/händelseanalys och som centrala händelseanalyser. Det är registrerat att 114 händelseanalyser är utförda i regionen. Klassificeringen av Tillbud och Risk har delvis visats sig vara sammanblandade med varandra beroende på svårigheten att klassificera händelsen, men även att distinktionen mellan typerna inte följts vid klassificering. Ökad samsyn vid klassificering bör kunna bidra till mer rättvisande statistik.

I verksamheten pågår förbättringsarbeten som har sitt ursprung från avvikelser. Några viktiga aktiviteter som pågår är att förbättra rutiner kring läkemedel, skapa lokala anvisningar för handhavande av perifer venkateter och fortsatt arbete med att förebygga fall, trycksår och undernäring.

Klagomål och synpunkter

Totalt har 90 ärenden som gäller klagomål mot hälso- och sjukvården i Region Västerbotten inkommit till IVO, av dessa är 31 klagomålsärenden som IVO lämnat till Region Västerbotten som vårdgivare att hantera och besvara. Antalet är i stort sett detsamma som 2019.

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 i stort sett all offentligt finansierad hälso- och sjukvård hos Region Västerbotten och Västerbottens kommuner och privata vårdgivare med avtal samt folktandvården och den tandvård som landstingen finansierar.

Under 2020 har antalet ärenden registrerade vid Patientnämnden minskat något i förhållande till 2019. Under året avslutade ärenden har minskat i ungefär samma omfattning.

Under 2020 har 1051 ärenden avslutats, varav 906 hör till Region Västerbotten. Avslutade klagomåls-/synpunktsärenden fördelar sig för 2019 och 2020 enligt bild 1.

Fördelning på medicinskt område 2020 framgår av bild 2.

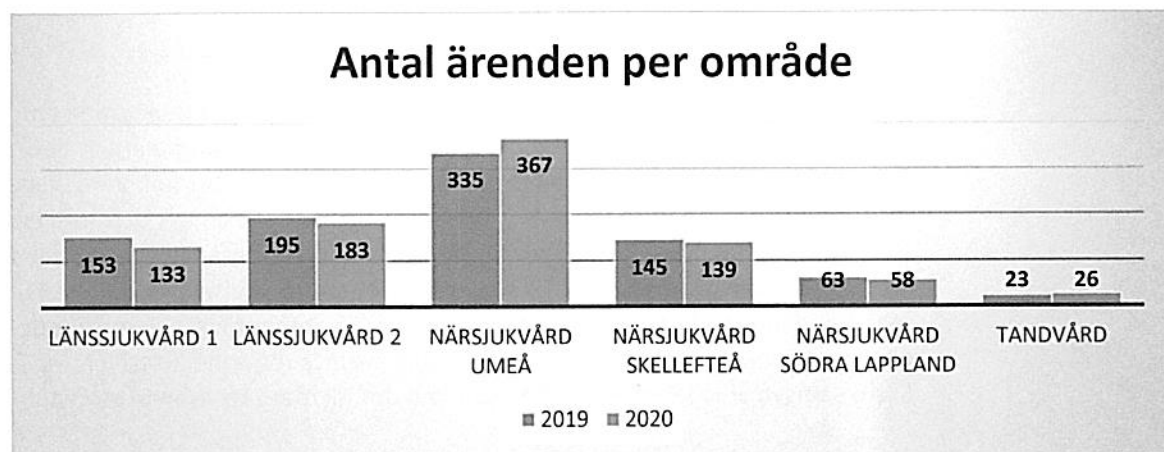


Bild1: Fördelning av Patientnämndens ärenden 2019 och 2020 fördelade på områden.

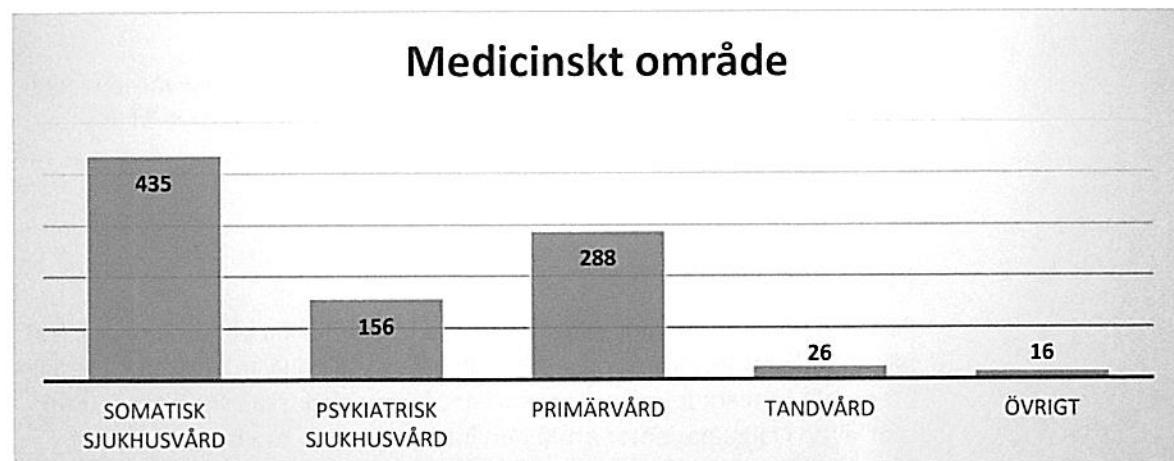


Bild2: Fördelning av Patientnämndens ärenden 2020 fördelade på medicinska områden.

Liksom föregående år har flest ärenden, 430 ärenden, kategoriserats som "Kommunikation". Under kategorin "Vård och behandling" har 197 ärenden registrerats och under kategorin "Resultat" har 49 ärenden registrerats. Ytterligare en kategori som sticker ut över övriga kategorier är "Tillgänglighet" där 134 ärenden registrerats.

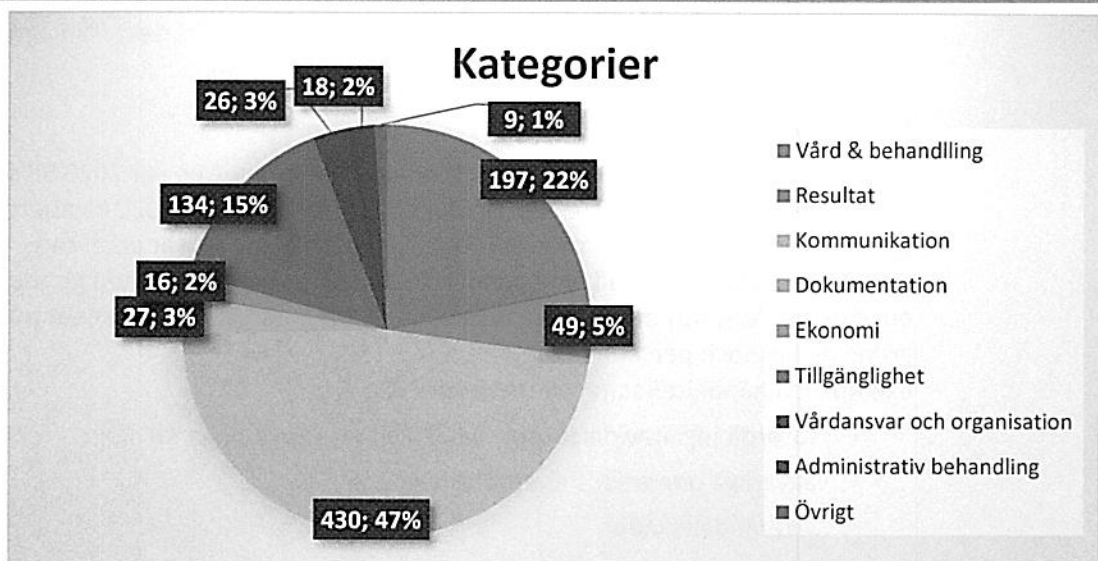


Bild 3: Fördelning av Patientnämndens ärenden 2020 på kategorier.

Före 2019 gjordes kategoriseringen utifrån vad patienten eller dess närstående menade var huvudproblemet. Från och med 2019 görs kategoriseringen utifrån den sammanvägda bilden som Patientnämndens handläggare får av både anmälares uppgifter och vårdens svar.

En bedömning är att glidningen från "Vård och behandling" till "Kommunikation" som största kategori är att Patientnämndens handläggare bedömer att huvudproblemet, i många fall, snarare är hur vårdens företrädare har kommunicerat vid vårdsituationen än själva vården, behandlingen och resultatet av vården.

Under året har Patientnämnden haft fem fokusområden som registrerats och följts upp. Dessa områden har varit: "Cancer", "Kommunärenden", "Barnärenden", "Långvarig smärta" samt "Samsjuklighet".

I mars 2020 fastställdes att den pågående pandemin skulle följas upp och utgöra ett sjätte fokusområde.

Den största gruppen av ärenden har handlat om långvarig smärta.

Under 2020 har två så kallade analysrapporter fastställts av Patientnämnden – *När barn är patienter*, (februari 2020) och *Smärtpatienters upplevelser inom Västerbottens primärvård* (september 2020)

2021 ersätts fyra av fokusområdena och nya fokusområden kommer att vara: "Cancer", "Covid-19", "Specifika diagnoser", "Vårdens respons" samt "Vårdgaranti".

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

Under 2020 har informations- och återkopplingsmöten genomförts med samtliga verksamhetsområdens ledningsgrupper. Dessutom har

återföringsmöten genomförts med några klinikledningar utifrån ett från patientnämndens sida bedömt behov av att lämna information.

Händelser och vårdskador

Antalet anmälningar till IVO enligt lex Maria från Västerbotten var 2020 58 st (2019 75 st). Att det var färre anmälningar av lex Maria under 2020 kan bero på färre centrala händelseanalyser på grund av tillfälligt minskat antal centrala analysledare. Den rådande pandemin innebar att verksamheten gjorde enklare avvikelsetredningar gjorts i stället för att göra händelseanalyser på grund av tids- och personalbrist.

Exempel på händelser som utretts under 2020 är:

- fördröjningar av diagnoser, handläggningar och behandlingar
- allvarliga operationskomplikationer
- läkemedelsskador
- kvarlämnat operationsmaterial
- infektioner
- förlossningsskador
- suicid
- tandskador

Risakanalys

Ett aktivt arbete för att initiera riskanalyser vid upprepade avvikelser har genomförts de senaste åren. En central riskanalys har genomförts och följts upp under 2020: Handläggning av väntande patienter till urologisk mottagning. Behovet av att genomföra fler riskanalyser har funnits under 2020 men har inte prioriterats på grund av pandemi.

Mål och strategier för kommande år

Patientsäkerhetsplanen för Region Västerbotten 2021 baseras på den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvård 2020 - 2024 från Socialstyrelsen.

Patientsäkerhetsplanen för Region Västerbotten innehåller permanenta aktiviteter 2020 - 2024 och tillfälliga aktiviteter för 2021. Aktiviteterna utgår ifrån de fem fokusområdena i den nationella handlingsplanen:

- Öka kunskap om inträffade vårdskador
- Tillförlitliga och säkra system och processer
- Säker vård här och nu
- Stärka analys, lärande och utveckling
- Öka riskmedvetenhet och beredskap

Under 2020 utfördes ett fåtal patientsäkerhetsdialoger på grund av pandemin. 2021 kommer det vara ett prioriterat område att genomföra patientsäkerhetsdialoger. Syftet med dessa är att tydliggöra vikten av ett systematiskt patientsäkerhetsarbete inom den egna verksamheten. Under dialogen går man igenom verksamhetens interna struktur för patientsäkerhetsarbete, problemområden, målsättningar samt uppnådda resultat. Dialogen har på detta sätt både en kontrollerande och en stödjande funktion.

En annan aktivitet för 2021 är att genomföra en sammanslagen medarbetar- och säkerhetskulturmätning. Arbetet med planering, genomförande och uppföljning sker i samarbete mellan patientsäkerhetsfunktion och HR.

Utbildning inom patientsäkerhet till samtliga personalkategorier med särskilt fokus på chefer är ett område som behöver stärkas och är prioriterat 2021. God kunskap i patientsäkerhet hos chefer och medarbetare är en förutsättning för en välutvecklad patientsäkerhetskultur och ökar riskmedvetenhet och beredskap.

Digitala, interaktiva utbildningar, föreläsningar och lärandeseminarier planeras.

Handläggningstiderna för avvikelseärenden och klagomål är för långa i Region Västerbotten och målsättningen är att förkorta dessa genom att tydligare kommunicera de tidskrav som anges i lagar och förordningar till verksamheterna så att de kan se till att tillräckliga personal- och tidsresurser finns i de lokala patientsäkerhetsteamerna för att kunna uppfylla dessa krav.

En prioriterad åtgärd är att uppmuntra och stödja verksamheten att genomföra riskanalyser vid frekvent förekommande risker i befintlig verksamhet samt vid förändringar i verksamheten.

Under våren 2021 så arrangerar SKR utbildning i ledarskap som stöd till tjänstepersoner och förtroendevalda i arbetet kring omställningen Nära vård. De personer som ingår i samverkansrådet för patientsäkerhet deltar i utbildningen.

Indikatorer och målvärden 2021

- Förbättra registrering av utlokaliserade patienter
- Avvikelsehantering
 - Öppna och klassificera avvikelserområde 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%
 - Utredda klagomål/synpunkter, återkoppla resultat till rapportör och avsluta inom 30 dagar - målvärde 100%
- Andel patienter med vårdrelaterade infektioner $\leq 7/100$ vårdtillfällen/ år mätt med Infektionsverktyget
- Deltagande i samtliga genomförda punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner
- Personalen har korrekt följsamhet till basala hygien- och klädrutiner $\geq 95/90\%$
- Deltagande i samtliga genomförda mätningar av följsamhet till klädregler
- Genomförande av minst en egenkontroll för vårdhygienisk standard per verksamhet.
- Andelen patienter med trycksår uppkomna på sjukhus – delmål $\leq 6\%$ av patienterna i PPM
- Rationell antibiotikaanvändning – rapport via Infektionsverktyget, enligt STRAMA
 - antal antibiotikaordinationer / 100 vårdtillfällen
 - antal ordinationer av cefotaxim och ciprofloxacin / 100 vårdtillfällen