

Patientsäkerhetsberättelse

År 2018

Datum och ansvarig för innehållet

2019-02-27

Brita Winsa
Hälso- och sjukvårdsdirektör



Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR.....	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Patienters och närståendes delaktighet.....	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Klagomål och synpunkter	7
Egenkontroll.....	8
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
Riskanalys.....	13
Utredning av händelser - vårdskador	13
Informationssäkerhet.....	13
RESULTAT OCH ANALYS.....	15
Egenkontroll.....	15
Avvikelser	17
Klagomål och synpunkter	18
Händelser och vårdskador.....	19
Riskanalys.....	20
Mål och strategier för kommande år.....	21

Sammanfattning

Patientsäkerhet innebär inte bara att skydda patienten från en skada utan också att landstinget har kompetens och möjlighet att bemanna avdelningar och mottagningar, att vi bemöter, informerar och involverar patienterna och närstående i vården. Kompetensförsörjningen är ett problem i Västerbotten precis som i övriga regioner och landsting. Det tillsammans med tillgänglighetsfrågor och samordning mellan vårdgivare är stora utmaningar och som påverkar patientsäkerheten. Samordningsfrågor har också varit ett område som arbetats med under året och det finns fortfarande saker att förbättra för att uppnå en så sömlös vård som möjligt för patienten.

För att följa hur patientsäkerheten fungerar görs regelbundna mätningar av korrekt läkemedelslista, vårdrelaterade infektioner, följsamhet till basala kläd- och hygienrutiner och förekomst av trycksår både via nationellt initiativ men också via lokala mätningar inom VLL. Årets resultat visar på en ökning av förekomst av vårdrelaterade infektioner samtidigt som en liten försämring av de basala kläd- och hygienrutinerna också syns. Det är något som vi kommer att fokusera på att få en förbättring under kommande år. Förekomst av trycksår har minskat och glädjande är det en minskning av de allvarligaste trycksåren också. Korrekt läkemedelslista visar på samma resultat för sjukhusvården medan en försämring ses inom primärvården. Ett problem är antalet utlokaliserade patienter som fortsätter att öka. Interna orsaker till vårdplatsbrist har varit dels brist på medarbetare men också att planerad öppning av vårdplatser inte kunnat ske till följd av VRE-utbrott (vancomycin-resistenta enterokocker). Externa orsaker har varit en stor andel utskrivningsklara patienter som legat kvar på vårdavdelningarna.

Via punktprevalensmätningen som under en höstvecka mäts inte bara förekomst av trycksår utan också om patienterna råkar ut för ett fall eller har nutritionsproblem där ser vi en förbättring med en ökning av riskbedömningar och insatta åtgärder. Alla mätningar ligger sedan till grund för verksamheternas förbättringsarbeten och resultaten tas upp i de regelbundna patientsäkerhetsdialogerna som sker med verksamheterna. I dessa diskuteras också vilka typer av avvikelser och klagomål som enheten har som ligger i Platina avvikelse och hur man arbetar med dem för att göra förbättringar. Allvarliga avvikelser utreds via så kallade händelseanalyser ofta med centrala analysledare och efter chefläkarens bedömning kan en lex Maria göras till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Västerbotten fortsätter att vara framgångsrikt i att ha en låg förskrivning av antibiotikarecept i öppenvården men vi har också ett bra förskrivningsmönster, däremot behöver arbetet med antibiotika inom slutenvården fortsätta förbättras, även om en minskning syns även där, och när nu Infektionsverket fungerar kommer det att vara en god hjälp i det arbetet.

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.

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 bryts sedan ner inom nämnder och styrelse, vilket innebär att nämnder och styrelse har formulerat mål inom patientsäkerhetsområdet som är aktuellt just för dem. I hälso- och sjukvårdsnämndens och Landstingsstyrelsens verksamhetsplan står "Landstingets värdegrund – ständigt bättre, patienten alltid först - ska präglade allt patientarbete med fokus på verksamhetens flöden, att minimera aktiviteter som inte tillför värde och att reducera avvikelser. Värdegrunden är en viktig utgångspunkt för en värdebaserad vård som syftar till att åstadkomma en god hälsa för patienter och invånare med en så låg resursförbrukning som möjligt. För att uppnå en mer värdebaserad vård ska arbetet med kartläggning och förbättringar av vårdens processer fortsätta på alla basenheter..."

Hälso- och sjukvårdsnämndens specifika mål:

Andel vårdrelaterade infektioner per antalet inlaggande patienter -minska

Andel patienter med korrekt läkemedelslista vid utskrivning/efter besök

Öka

Andel dygn med belägningsgrad under 93 % Öka

Andel som är nöjda med bemötande Öka

Andel som känt sig delaktiga i beslut beträffande sin vård/behandling Öka

Landstingsövergripande mål 2018

- minska andelen utlokaliserade patienter

- minska andel vårdrelaterade infektioner PPM VRI ≤ 7%

- öka följsamheten till basala hygien- och klädregler delmål ≥ 95/90%

- öka andelen patienter med korrekt läkemedelslista delmål 90%
- minska andelen trycksår grad 3–4 $\geq 3\%$
- öka andelen verksamheter som arbetar proaktivt med förbättringsarbeten inom patientsäkerhet 60%
- minska andelen kinoloner och antibiotikavolym med 10%

I Västerbotten har de landstingsövergripande målen för patientsäkerhet inte förändrats i någon större omfattning de senaste åren, utan vi anser att det är viktigt att fortsätta arbeta med områdena som då också hör ihop med målet en ”god vård”. Ansvaret att arbeta med målen utifrån sin egen verksamhet i dagligt arbete ligger på verksamhetschefer/avdelningschefer.

Organisation och ansvar

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

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 klinisk nivå driva patientsäkerhetsarbetet, 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 patient-

		säkerhetsarbete och rapportera väsentliga risker till linjeledning att fatta beslut om rutiner för medicinsk dokumentation och läkemedelsrelaterade rutiner 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.
Vårdhygien		Ansvarar för förslag / aktiviteter för att minska vårdrelaterade infektioner samt återför mätresultat med vårdhygienisk relevans
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

Inför att den nya lagen "Samverkan vid utskrivning från sluten hälso-och sjukvård (2017:612)" trädde i kraft, och länsrutinerna började tillämpas i Västerbotten den 3 april 2018, genomfördes en stor gemensam utbildningsinsats gemensamt för primärvården, slutenvården och kommunerna.

Uppföljningsgrupper i samverkan mellan kommuner och landstinget har funnits i Skellefteå, Lycksele och Umeå sedan länsrutinerna började gälla. Uppföljningsgrupperna har haft i uppdrag att identifiera eventuella risker och hinder samt att arbeta förebyggande med eventuella problem som kan uppstå i och med den förändrade utskrivningsprocessen. Bland annat utifrån områden som uppföljningsgrupperna har identifierat kommer de gemensamma länsrutinerna att revideras med start i januari 2019. För att öka kunskapen om den nya lagen och länsrutinerna har workshops genomförts

med personal både inom landsting och kommuner, med fokus på både somatisk och psykiatrisk vård. Utbildningar har också genomförts i Samordnad individuell planering (SIP) till personal i både kommuner och landsting. Under våren 2019 kommer utbildning att genomföras i egenvårdsbedömningar och SIP för att öka personalens kunskaper inom området, vilket är nära sammankopplat till processen i den nya lagstiftningen.

Ett ytterligare viktigt arbete som har skett i samverkan är att ett vägledningsdokument tagits fram till avtalet om övertagande av hälso- och sjukvård i ordinärt boende (hemsjukvårdsavtalet), vilket har skapat samsyn mellan kommunerna och landstinget i tolkningen av avtalet.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienters och närstående involveras på olika sätt i olika verksamheter. Patienterna involveras alltid när en allvarlig händelse har inträffat eller när enheten skriver en avvikelse men det finns också enheter som har olika typer av dialoger med patientgrupper eller gör intervjuer med patienterna. Det finns också exempel på patientmedverkan när man arbetar med olika vårdprocesser. Ett patientråd finns i Västerbotten med anledning av Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Fler och fler verksamheter arbetar med att införa personcentrerat arbetssätt och därigenom ökar patientmedverkan i vården. Det är också framtaget en broschyr som kan delas ut till patienterna där de själva kan bidra till att deras vård blir säker ”Din trygghet på sjukhus”. Resultaten av den nationella patientenkäten som i år gjordes inom sjukhusvården visar på en tydlig förbättring på nästan tio procentenheter för parametern ”delaktighet och involvering”.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

All personal är skyldig att rapportera risker för vårdskador och händelser som har eller ha kunnat medföra en vårdskada i avvikelssystemet Platina avvikelse. Varje verksamhet ska minst en gång per år göra en sammanställning och analys av avvikelserna och utvärdera om de åtgärder som vidtagits förhindrat återupprepning och förbättrat patientsäkerheten. I patientsäkerhetsdialogerna diskuteras sedan sammanställningen med chefläkaren.

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. Landstingets riktlinjer säger att klagomålen därefter förs in i avvikelshanteringssystemet Platina avvikelse, för att kunna analyseras och ligga till grund för förbättringsarbete.

Synpunkter och klagomål som kommer via Inspektionen för vård och omsorg (IVO) hanteras via berörd verksamhetschef efter hantering av central handläggare. De klagomål som kommit via IVO är ärenden som inte vårdgivaren fått möjlighet att svara på först. De flesta rör Sjukhusvården cirka 66 %, medan ärenden som rör Primärvården utgör cirka 22 %, resterande berör båda verksamheterna och även vårdkedjan. Under patientsäkerhetsdialogerna med verksamheterna tas klagomålen upp och innehållet diskuteras samt vilka åtgärder man vidtagit.

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 återkommande i Patientsäkerhetsrådet, liksom förslag på förbättringsarbeten.

Egenkontroll

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

Område	Frekvens	Källa
Infektioner (VRI)	2 ggr/år	Nationell databas PPM-VRI
Basala hygien- och klädrutiner	2ggr/år	Nationell och lokal databas
Trycksår SKL	1 gång/år	Nationell databas
Fall/trycksår/ nutrition VLL PPM	1 gång/år (en vecka)	Lokalt via arbetsgruppen för omvårdnad och rehabilitering.
Patientsäkerhetsdialoger	Vartannat år	Lokalt
Korrekt läkemedelslista	1 ggr/år	Lokal databas
Kvalitets-register	Enligt den rutin kliniken har	Nationella databaser
Nationell patientenkät	Vartannat år slutet vård, vartannat år primärvård	Nationell databas
Avvikelser	1 ggr/år (minst)	Platina avvikelse
Scanning av avvikelser av central analysledare	Varje månad	Platina avvikelse
Patientens klagomål och synpunkter	1 ggr/år (minst)	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Minska vårdrelaterade infektioner:

Omstart av Infektionsverktyget, utbildning i verksamheterna för rapportuttagning, startat med rondkort för sköterskor med tillägg runt katetrar och mobilisering för att minska UVI och pneumonier. Åtgärderna kom dock igång sent och effekt förväntas inte synas förrän kommande år. Utbildning för i första hand hygienombuden med områden som att minska kateterdagar, minska urinvägsinfektioner.

Resultat: Ett omfattande arbete har lagts ned på omstart av Infektionsverktyget. Insamlingen av data har fungerat och data har lagrats hela året men funktionen för resultatuttag har stått stilla (kopplingen mot nationell databas har ej fungerat). Vi är inte riktigt i mål ännu. Omstarten innebär att såväl gamla som nya data kan återkopplas from våren 2019. Under 2018 har utbildning skett i verksamheterna inför rapportuttagen enligt plan. En ny satsning har sjuöatts: Ett arbetssätt med sjuksköterske-driven daglig strukturerad dialog mellan läkare och sjuksköterska om antibiotikabehandling, urinkateteranvändning samt mobiliseringsbehov (i dagligt tal "rondkortet"). Systemet utgår från den nationella satsningen "Antibiotikasmarta sjuksköterskor" som initierats av Strama via kunskapsstyrningen där Västerbotten i samma satsning med samma grundmaterial driver "Katetersmarta sjuksköterskor". Effekt förväntas inte synas förrän kommande år och uppföljning kommer att ske per verksamhet via Infektionsverktyget. De parametrar som följs upp är kunskap hos sjuksköterskor via en enkätundersökning samt hårda data på antibiotikaanvändning per 100 vård dagar samt antal urinkateterdagar per 100 vård dagar.

"Antibiotikasmarta-" och "Katetersmarta sjuksköterskor" inklusive kommunikationssatsning och enkätundersökning har hösten 2018 pilottestats på två vårdavdelningar. Brett genomförande planeras ske 2019. Mätningar av PPM-VRI har genomförts vid två tillfällen på samtliga vårdavdelningar. Mätningarna hade en täckningsgrad på ca 90 % av alla inneliggande patienter vilket är fortsatt bra men andelen patienter med VRI vid de två mättillfällena ökade jämfört tidigare vilket inte är enligt målbilden. Mätningen PPM-VRI v. 12 visade 11.0 % VRI inom somatisk vård. Mätningen PPM-VRI v.42 visade 12.3 % VRI inom somatisk vård.

Minska andelen utlokaliserade patienter

Resultat En ökning av antalet utlokaliserade

Arbetet med att minska utlokaliserade patienter påverkas av tillgång till vårdplatser. Till viss del beror resultatet på att VLL har haft vårdplatser stängda pga. personalbrist samt att vårdplatser behövts stängas till följd av ett VRE-utbrott, men också på att en stor andel utskrivningsklara patienter vårdats på framför allt Norrlands universitetssjukhus. Riktlinjer finns för hur man ska utlokalisera och ett underlag/checklista är framtaget som ska fyllas i vid utlokalisering. Grundprincipen är att utlokalisering sker inom närliggande specialiteter s.k. "vårdfamiljer" för att minska patientsäkerhetsriskerna. Under hösten har också VLL och Umeå kommun utökat ansträngningarna för att minska antalet utskrivningsklara patienter, vilket har frigjort vårdplatser vilket i sin tur minskar andelen utlokaliserade patienter.

Öka följsamheten till basala hygien- och klädregler delmål $\geq 95/90\%$

Resultat: En icke önskvärd viss försämring av följsamheten av handhygien syns. Detta har tagits upp till diskussion inom patientsäkerhetsrådet. Vårdhygien har av landstingsledning fått i uppdrag att tillsammans med patientsäkerhetssamordnare och kommunikationsavdelning genomföra en satsning på förbättrad följsamhet 2019.

Öka andelen patienter med korrekt läkemedelslista delmål 90%

Förutom en mätning av korrekt läkemedelslista har VLL haft en kampanj för att "städa" i läkemedelslistorna under vecka 41–42. I år vände vi oss med direkt information till läkarna via mejl förutom via verksamhetschefer och information via intranätet.

Resultat: Målet uppnås för sjukhusvården, däremot inte för primärvården som uppvisar en försämring. En bidragande orsak kan vara deltagandet av hälsocentralerna i mätningen "korrekt läkemedelslista" minskat.

Minska andelen trycksår grad 3–4 $\geq 3\%$

Det finns en framtagen handlingsplan för patientsäkerhetsarbeten med fokus på omvårdnad där trycksår ingår och som används i verksamheterna. Kopplat till riskbedömningen som görs kan också verksamheterna följa hur många patienter som riskbedöms och vilka åtgärder som vidtas för att minska risken för trycksår.

Resultat: Målet uppnås en minskat trycksår kategori 3–4 jämfört med fjolåret har skett.

Öka andelen verksamheter som arbetar proaktivt med förbättringsarbeten inom patientsäkerhet 60%

På nätverksträffar och information till de lokala patientsäkerhetssamordnarna presenteras förslag på förbättringsarbeten, verktyg som finns osv.

Resultat: Inom sjukhusvården uppnås målet med råge, endast två verksamheter uppger att man inte genomfört några förbättringsarbeten under året. Tyvärr finns inget resultat från Primärvården.

Minska andelen kinoloner och antibiotikavolym med 10 %

Den totala antibiotikaanvändningen till inlaggande patienter på sjukhus har minskat med 3,4% och förskrivning av kinoloner har minskat med 5,1%. Utvecklingen således åt rätt håll men vi har inte nått målet. När det gäller antibiotika på recept uppnåddes 250-målet redan 2017, med en fortsatt minskning 2018 på 2%. Kinolonförskrivningen på recept från sjukhus har minskat med 3,5% och från primärvården med 4,2%

Åtgärder på sjukhusen har varit införande av Antibiotikaronder på två vårdavdelningar på NUS och en vårdavdelning i Lycksele och Skellefteå. Under slutet av året påbörjades arbete med "Antibiotikasmarta sjuksköterskor och rondkort" för att öka antalet antibiotikabehandlingar som dagligt utvärderas. Ett stort arbete har lagts ner för att få Infektionsverket att fungera igen och vi är inte i mål ännu. Både sjukhuskliniker och Hälsocentraler har fått besök och utbildning från Strama och hälsocentralerna har fortsatt med sina analyser av förskrivningsdata två gånger per år.

Övriga åtgärder:

Nutrition

Övergripande nutritionsriktlinjer för VLL är framtagna som sedan kan ligga till grund för verksamhetens egna rutiner.

Läkemedel

Analys av avvikelser 2017 som rör läkemedelshantering där några områden kan identifieras som exempelvis att kunskap om läkemedelshantering i olika datasystem. Utbildningsomgångar är genomförda i Pascal och ett önskemål finns att minst en läkare /enhet ska gå för att kunna systemet och fungera som hjälp till andra. Tillsammans med Läkemedelscentrum har det varit två kampanjveckor där fokus har legat på att patienten ska ha en korrekt läkemedelslista efter utskrivning från sjukhus eller vid mottagningsbesök. Metavision har fått en E-utbildning för att främst nya användare ska lära sig grunderna men som också fungerar som fördjupningsutbildning. Ett påbörjat arbete för att titta mer på de riskläkemedel som identifierats via avvikelssystemet och vilka åtgärder som kan vidtas.

Samarbete med HR

Ett utökat samarbete med HR är startat för att vid organisatoriska förändringar också komma ihåg att bedöma om förändringen kan påverka patientsäkerheten på ett enkelt sätt.

Tandvård

Folk tandvårdens patientsäkerhetsorganisation, där basenhetens patientsäkerhetsarbete leds av en ansvarig patientsäkerhetssamordnare/ OLA tillsammans med sitt patientsäkerhetsteam har förbättrat kvaliteten och ökat effektiviteten i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Folk tandvårdens cheftandläkare har gemensamma möte med alla patientsäkerhetssamordnare/OLA för att kunna diskutera hur processen fortlöper på basenheterna men också för att identifiera områden som sedan kräver övergripande

insatser. Under 2018 når Folktandvården upp till satta målvärden för patientsäkerhetsarbetet. Tandvårdens antibiotikaförskrivning är fortsatt lägst i riket.

Avvikelser/lex Maria tandvård

Antalet inrapporterade avvikelser ligger kvar på samma nivå som tidigare år, där vi ser en minskning av inrapporterade avvikelser i områden med resursbrist. Följsamheten till kläd- och hygienregler förbättras över tid, där användandet av stänkskydd vid patientnära arbete ännu inte blivit rutin på alla enheter

Vanligast förekommande områden för avvikelser är försenad diagnos och behandling samt brister i patientadministration. Vi ser fortfarande att en vanligt förekommande bakomliggande orsak är brister i bildtagning och röntgendiagnostik. Brister i endodontisk behandling har också uppmärksamats liksom i klinikernas remisshantering. Till sist så har ett antal allvarliga händelser med infektionsspridning inrapporterats. Ett tiotal händelseanalyser har genomförts under året men ingen av dessa har föranlett en anmälan till IVO enligt Lex Maria under 2018

Antalet klagomål till patientnämnden har minskat något under året och även i år är brister i bemötande, information och kommunikation vanligast. I relation till att tandvården har över 300 000 patientbesök per år så är andelen klagomål fortfarande låg.

Aktiviteter för att förbättra patientsäkerheten tandvård

Under 2017–2018 har ett kvalitetsprojekt inom radiologi genomförts där all personal inom Folktandvården utbildats under en dag, såväl teoretiskt som praktiskt. Dessutom har planeringen av ett kvalitetsprojekt inom Endodonti påbörjats och utbildningsinsatserna planeras att genomföras under 2019.

Ett annat fokusområde har varit hygienprocessen. Hygienombud har utsetts på varje klinik och en utbildningsdag för dessa ombud genomfördes i början av året. Uppföljning av denna utbildning är inplanerad under början av 2019.

Under hösten påbörjades en genomlysning av Folktandvårdens remissadministration, vilket kommer att medföra att varje behandlare får i uppgift att titta igenom remisser som ej avslutats eller remisser som idag är flera år gamla och ligger kvar i remissmodulen. Skulle denna uppstädning i remissadministrationen uppdaga allvarliga avvikelser får dessa sedan utredas enligt gängse rutiner.

Risikanalys

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

Att arbeta med riskanalyser är inte så vanligt förekommande i verksamheten, viss oklarhet föreligger också genom att det är svårt att skilja på riskanalys (Patientsäkerhetslagen) och risk- och konsekvensanalys (Arbetsmiljölagen). Ett flertal enheter arbetar med Gröna Korset som på ett snabbt och enkelt sätt fångar upp risker och avvikelser i verksamheten, det är dock främst inom den slutna vården verktyget används i dagsläget.

På central nivå har tre riskanalyser genomförts som gäller läkemedelsbibliotek i sprutpumpar, magnetkameran samt väntetider på akuten.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Alla avvikelser i hälso- och sjukvård i Västerbotten, bedöms alltid primärt inom den/de aktuella verksamheternas och handläggs av avvikelseutredare eller patientsäkerhetsteam. Verksamhetschefen kontakter chefläkare, vid misstanke om allvarlig vårdskada eller risk, och gemensamt beslut tas om en central utredning skall göras. En så kallad central händelseanalys genomförs med metodstöd av en central analysledare. Anmälan görs till IVO vid allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada. Antalet lex Maria anmälningar i Västerbotten har de senaste åren varierat mellan 50–70 st.

Exempel på händelser som utretts är fördröjningar av diagnos av olika maligniteter, komplikationer efter ERCP, missad senskada och fallolyckor, vidare analys se under avsnittet ”resultat och analys”.

Scanning av samtliga avvikelser i avvikelssystemet görs månadsvis av central analysledare. Chefläkare kan då, vid behov, följa upp misstänkt allvarliga händelser där utredning ej har genomförts.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Informationssäkerhet är de säkerhetsskydd som är vidtagits i syfte att försvåra och förhindra att information läcker och därmed hamnar i orätta händer. Informationen kan vara av både analog (papper) och digital karaktär. Ytterst handlar det som att i någon mening skydda liv, informationstillgångar (ex. journaler) och materiella tillgångar.

Vidare är syftet med informationssäkerheten att konfidentialitet (bara den som är behörig att ta del av informationen har det), riktighet (informationen är korrekt och inte förvanskad), tillgänglighet (att den finns tillgänglig när den behövs) och spårbarhet (att man vet vem som ev. ändrat i informationen) hos information säkerställs.

Av kap 3§ SOSFS 2008:14 framgår att vårdgivaren skall utse en eller flera personer som ska ansvara för informationssäkerhetsarbetet och en ny informationssäkerhetssamordnare för Region Västerbotten har tillträtt f o m 2019-01-01.

Riktlinjen Ledning- och styrmodell för informationssäkerhet i VLL utgår ifrån SIS standard Ledningssystem och den fokuserar på informationshantering med IT-stöd, men berör också manuell hantering. Den innehåller också tillämpningsanvisningar, instruktioner och rutiner som konkretiserar krav inom respektive område. Från och med 25 maj, 2018 gäller GDPR, EU:s dataskyddsförordning. Under hösten 2018 har personuppgiftsombud och informationssäkerhetsstrateg utarbetat följande förberedelseplan och genomförande för anpassning till förordningen där lagkrav, informationssäkerhet, systemsäkerhet för personuppgiftsbehandling beaktas.

Säkerhetsanalys

Instruktionen för säkerhetsanalys påbörjades under hösten 2017 och har fortsatt under 2018 där SKL's mall för systemsäkerhetsklassning har anpassats till ett format passande för Region Västerbotten. Den 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.

Loggkontroller

Inom sjukhusvården uppger 37% av verksamheterna att man upptäckt obehörig åtkomst av journal som hanterats enligt rutin. Upptäckterna är i gjorda i samband med dels rutin- men också slumpmässiga kontroller.

Klassning av IT- system

Av ett 30-tal större IT- system är det några som under 2018 har informationsklassats. Det arbetet kommer att fortsätta under 2019. Klassning ligger till grund för det skydd (balanserat) som är rimligt kopplat till det värde och den känslighet som informationen har.

Driftstörningar och riskanalyser

Under 2018 har ett fåtal icke planerade driftstörningar skett. Inte vid något fall har verksamheten rapporterat att det har haft men på verksamheten och att det har påverkat patientsäkerheten på något sätt. Viss fördröjning kan ha upplevts, men inte mer. Hänsyn taget till alla om- och tillbyggnationer är det att betrakta som bra. Enligt rapport från IT- Västerbotten har inga särskilda riskanalyser gjorts av system som är i drift, underhålls- och förvaltningsfaser. Däremot har det riskanalyserats system som är under införande med om inte ännu är ackrediterade.

Åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten som är av större betydelse

Som nämnt tidigare har det under 2018 varit stort fokus på GDPR. Mycket har handlat om utbildning, uppbyggnad av rutiner, informationsspridning.

En bland många utmaningar har varit och är att få ett IT- stöd som förenklar och förbättrar möjligheterna att ha "koll" på vilka register vi har. På det området finns förbättringar att göra och arbetet fortsätter.

En önskan är att nämnderna, som de facto är personuppgiftsansvariga, under 2019 tar en mer aktiv roll när det gäller GDPR.

Utvärdering av vårdgivarens skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem

Rutin ligger ute i verksamheterna. Skyddet ser över kontinuerligt. Dels i form av digitala skydd med som en del i informationssäkerheten ses även de manuella rutinerna över allt i syfte att bibehålla och stärka känsliga personuppgifter.

Granskning som har gjorts av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.

Loggkontroller sker ute i verksamheterna. Syftet är att kontrollera att det inte är några personer som har tillgång till eller som otillbörligen tar del av patienters journaler. En förbättringspotential vad gäller att få detta (loggkontroller) som en rutin och därmed systematisk och en "naturlig" del i patientsäkerhetsarbetet är under ständig översyn.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Målområde	Strategi	Åtgärd	Resultat	Analys
Minskade utlokaliseringar	I första hand ska överbeläggning ske innan patienten utlokaliseras. Alla avdelningar har ett visst antal överbeläggningsplatser	Skriftliga riktlinjer hur patienterna ska utlokaliseras.	Antalet utlokaliserade vård dagar har ökat	Vi har inte lyckats minska antalet utlokaliseringar. Interna orsaker till vårdplatsbrist har varit dels brist på medarbetare men också behov av att stänga vårdplatser till följd av VRE-utbrott. Externa orsaker har varit en stor andel utskrivningsklara patienter. Under året har vi arbetat systematiskt med kompetensförsörjning, rätt använd kompetens samt också ökad städning för att häva VRE-utbrottet, vilket lett till en bättre vårdplatssituation. Dessutom har åtgärder vidtagits tillsammans med Umeå kommun för att minska antalet utskrivningsklara, t.ex. har fler platser på korttidsboende öppnats.

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 Satsning på patient-medverkan i ny handhygienkampanj	VRI/vårddagar på verksamhetsnivå Kateterdagar per vårdagar på verksamhetsnivå Enkät för att mäta personalens kunskap och attityd till VRI	Partiell framgång avseende VRI-frekvens som avstannat. Vi behöver nytändning för frågan som konkurrerar med andra frågor i en högt belastad vårdorganisation. Vi behöver i högre grad engagera patienterna i frågan.
Basala hygien och klädregler	Mätningar i verksamheten som tas upp i patientsäkerhetsdialogerna.	För att förbättra resultatet måste vi sätta nytt fokus tillsammans med VRI.	Vi ser ett försämrat resultat i mätningarna	Vi behöver på nytt fokusera på vikten att följa basala hygien och klädrutiner. En "kampanj" planeras till våren 2019.
Trycksår	Använda det underlag som är framtaget för att minska på trycksår i handlingsplanen.	Trycksår dagar på länets tre sjukhus.	Vi har lyckats minska de allvarligaste trycksåren	De allvarliga trycksåren har minskat men vi måste också fokusera på kategori 1 som faktiskt har potential att bli ett allvarligare trycksår.
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 allt från införande av "Gröna Korset" till "timrond".	Här skiljer sig sjukhusvården och primärvården åt. Inom sjukhusvården pågår det nästan överallt någon form av förbättringsarbete medan det inte är samma sak i primärvården, kanske därför att PV arbete i stort sätt styrs av beställarenheten och det är inte så tydligt i beställningen.
Minska kinoloner/antibiotikavoly m	Följsamhet till Stramas och VLL:s antibiotikarekommendationer	Antibiotikaronder Antibiotikasmarta sjuksköterskor och rondkort Besök på enheterna med utbildning och återkoppling av data	Rekvisition till sjukhus: *total antibiotika -3,4% *kinoloner -5,1% Förskrivning på recept: *total antibiotika -2% *kinoloner på recept, primärvård -4,2 *kinoloner på receptsjukhus -3,5	Minskad total användning av antibiotika och av kinoloner både på sjukhus och i primärvård. Målet har dock inte uppnåtts och nivån fortfarande hög på sjukhus. För vidare åtgärder se under Mål och strategier för kommande år

Avvikelser

Landstingets totala antal avvikelser har ökat under 2018 vilket är positivt. Det är sjukhusvården som har de flesta avvikelserna följt av primärvård och tandvård.

Fördelning av alla avvikelserna 2018 inom de olika processområdena utifrån avvikelsehandläggarnas klassificering.

Totaler	11384
	538
Administrativ stödprocess	103
Fastighets- och försörjningsprocess	280
Skicka till ny handläggare (när avvikelserna ska byta organisation)	209
Teknisk stödprocess	375
Transportprocess	345
Utbildning och kulturprocess	18
Vårdprocess - Kommunikation	863
Vårdprocess - Omvårdnad	1089
Vårdprocess – Behandling	1500
Vårdprocess – Diagnostik och utredning	2792
Vårdprocess – Läkemedel	753
Vårdprocess – Patienttransporter	375
Vårdprocess – Vårdadministration	2144

De flesta avvikelser hanteras på enheten men i vissa fall återkommer liknande händelser på flera enheter och då har mer övergripande åtgärder tagits fram oftast med chefsläkaren. Centralt scannas alla avvikelser regelbundet för att fånga upp händelser som behöver utredas vidare.

När det gäller avvikelser som berör att man missat kommunicera väsentlig information när man utlokaliserar patienter har en checklista tagits fram som kan användas av alla enheter.

Inom läkemedelsprocessen finns exempel på att olika datasystem har lett till ordinationer som tappats bort. Här finns nu en utbildning på "lärande landsting" som kan komplettera introduktionen för nya medarbetare men som också innehåller en fördjupning, även avvikelser gällande Pascal har föranlett att nya utbildningar hållits under hösten via Läkemedelscentrum.

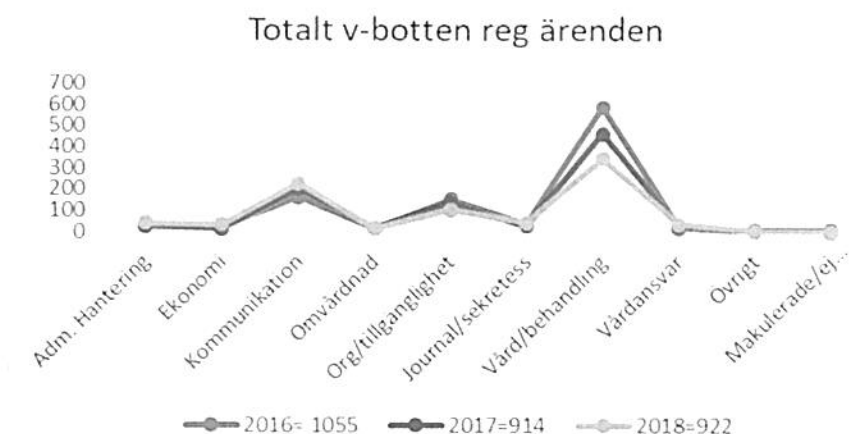
När det gäller avvikelser som finns inom processen vårdadministration är det att journalanteckningar inte är signerade eller problem runt remisshantering och att det inte finns följsamhet till rutinerna. Det är områden som diskuteras i patientsäkerhetsdialogerna.

Klagomål och synpunkter

Innehållet i de klagomål som kommit från IVO är ärenden där Inspektionen för vård och omsorg konstaterar att vårdgivaren inte givits möjlighet att svara på klagomålet eller inte givits tillräckligt med tid att svara. Innehållet i klagomålen berör till stor del att patient eller närstående inte fått tillräcklig information för att förstå situationen och att förväntningar varit andra än det utfall av vården man fick, men även bemötande problematik återfinns i ärendena.

Patientnämnden

Patientnämndens iakttagelse är att i samtal med anmälaren så går de gärna vidare i egen kontakt med vården när det gäller vård och behandling, i området kommunikation vill anmälaren använda sig av stöd från patientnämnden i kontakten med vården. Under året 2018 har 922 Patientärenden registrerats och 830 har avslutats. Under klassificeringen "vård/behandling" återfinns merparten av ärendena 346 stycken. Dessa fördelas i sin tur och där är det område "resultat" har med 92 ärenden "undersökning/utredning" 61 ärenden, "behandling" 50 ärenden och till sist "diagnos" med 44 ärenden. När det gäller området "kommunikation" fördelas ärendena på område "information" med 89 ärenden, "bemötande" 80 ärenden, "dialog / delaktighet" 29.



Utöver registrerade ärenden har Patientnämndens kansli tagit emot olika typer av frågor som registreras som "pinnstatistik", bland annat patientförsäkringsfrågor, LÖF (landstingets ömsesidiga försäkringsbolag) och påminnelse för begäran om yttrande från verksamheten. Rådgivning och hänvisning till vården så att patienter själva kan gå vidare med sina frågeställningar eller synpunkter. Patientnämnden har också bidragit i att informera verksamheterna via olika möten exempelvis genomfördes en information om klagomålshantering för verksamheter genomfördes tillsammans med Socialstyrelsen och IVO. (inspektionen för vård och omsorg)

Ärendeåterkoppling till verksamheterna

Under 2018 genomfördes besök i 35 verksamheter som haft sex eller fler ärenden under 2017. Sammanställning av respektive enhets ärenden skickades ut till varje enhet innan besöken via videolänk eller besök. På sex av enheterna har det inte framkommit om det finns rutiner för att verksamhetschef eller annan lämplig person regelmässigt kontakter patienterna. Vid de övriga enheterna kontaktas som regel patient/närstående, särskilt om önskemålet framförts.

Specifikt för årets träffar var den nya lagen om klagomålshanteringen som trädde i kraft 1 januari 2018. Samtalet rörde sig kring farhågor, förberedelser och eventuella nya rutiner, då den nya lagen trycker på vårdens ansvar att utreda klagomål, förtydligade vårdens, patientnämndens respektive IVO:s ansvar. Processen kring ärendehantering beskrevs.

Informationen att Löf numer inte tar ut någon självrisk i samband med utbetalning av skadestånd nämndes, vilket inte var känt på så många enheter. Mötena hölls med prestigelösa samtal, vilket speglade hur olika man arbetar med patientsäkerhetsfrågor på enheterna.

Hur verksamheten ser på patientnämnden fick varierande svar. Genomgående nämndes samarbetet i positiva ordalag där synpunkter som att det är bra med en oberoende enhet, patientnämndsärenden läggs in i avvikelssystemet och blir en del i patientsäkerhetsarbetet, i vissa fall kan de föranleda en händelseanalys och lex Maria eller ändringar av rutiner och verksamhetschefer uppskattar att de får kontakt med patienter och får kännedom om klagomål/synpunkter.

Men också synpunkter som att Patientnämnden underlättar för verksamheten när brev skickas som uppmärksammar att fler enheter är involverade i samma fråga. Verksamheterna uttryckte också att Patientnämnden fyller en viktig funktion i svåra kommunikationsärenden. Det framkom också andra synpunkter som är av vikt för patientsäkerheten som att verksamheten upplever patientsäkerhetsrisker med stor mängd inhyrd personal och när det i perioder är extremt trångt på sjukhusen och att privata aktörer glöms ibland bort i informationsspridning från landstinget, trots att de påverkas samt att man upplever en brist från den slutna vården om hur beställningen för primärvården ser ut.

Händelser och vårdskador

Vid genomgång av lex Maria-anmälningarna ser man förutom "skador inom kirurgisk-/akutvård" att "fördröjning av diagnos och behandling" är en av de vanligaste anledningarna till allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada. De vanligaste bakomliggande orsaker som identifierats i analyserna, är "kommunikation & informationsöverföring", "otydlig ansvarsfördelning" samt "organisation & bemanning". Även bristande "rutiner & riktlinjer" nämns ofta som en bakomliggande orsak men det förefaller sällan bero på frånvaro av rutiner utan istället att dessa inte är tillräckligt kända och tillämpade alternativt ej uppdaterade.

Vid uppföljning av handlingsplaner framtagna genom central händelseanalys ser vi att flertalet av de riskförebyggande åtgärder som föreslås är angivna på "micro-nivå" dvs avser den egna verksamheten. Åtgärder på meso- och macro-nivå, är mer sällan förekommande och svårare att genomföra. Det finns anledning att tro att fler åtgärder på meso- och macronivå skulle minska risken för upprepade vårdskador.

Lärande organisation: Hälso- och sjukvård är ett komplext system. För att förbättra patientens väg genom vården och minska brister inom t.ex. "kommunikation & informationsöverföring" samt "otydlig ansvarsfördelning", krävs samsyn och gemensamt beslutade förbättringsåtgärder. I syfte att öka lärande har vi under 2018 genomfört s.k. lärande seminarier, där händelseanalyser som involverat flera verksamheter diskuteras gemensamt med.

Under februari till september drabbades av spridning av Vankomycin-resistenta enterokocker (VRE) inom VLL slutenvård till 101 patienter. Spridning skedde på avdelningar på alla tre sjukhusen med den stora majoriteten av fall på Nus. Utbrottet krävde mycket stora resurser som satsats på förbättrad städning, minskad patientomflyttning, förbättrade vårdhygieniska rutiner, utbyte av undermåligt svårrengjord utrustning samt mycket omfattande smittspårning och patientinformation med bland annat >8000 extra laboratorieanalyser. Utbrottet har krävt resurser som annars hade planerats för annat vårdhygieniskt förbättringsarbete. Vi bedömer att anledningen till utbrottet var att vi hade en alltför låg nivå på vårdhygieniska rutiner och städning vid utbrottets start och att när smittspridning väl kommit igång krävs mycket stora resurser för att bryta spridningen av dessa bakterier som kan överleva mycket bra i sjukhusmiljön. Förbättrad städning bedöms behöva permanentas för att detta inte ska upprepas.

Risikanalys

Ett aktivt arbete för att initiera riskanalyser vid upprepade avvikelser har genomförts under året. Tre centrala riskanalyser har genomförts under 2018. Dessa har gällt a) risker vid MRT-undersökning, b) väntetider på akuten och c) standardiserade ordinationer i läkemedelsbibliotek för infusionspumpar. Resultaten har varit värdefulla och legat till grund för fortsatt arbete. När det gäller väntetider på akuten visar riskanalysen bland annat att kliniken måste tydliggöra struktur på triagering, visa tydligare om det rör sig om en multisjuk äldre men också att information måste finnas på annat språk än svenska. Riskanalysen som gällde länsbiblioteket för infusionspumpar visade på vikten att ta med alla tre sjukhusen och att infusionspumpar används olika beroende på enhet samt att en Översyn av alla ordinationsformulär i Metavision så att doseringsintervall och angivelse av doser är desamma som i läkemedelsbibliotek för pumparna. När det gäller riskanalysen för MRT-undersökning så finns aktiviteter framtagna för att MR säkra implantat vid upphandling, standardisera dokumentation så uppgifter återfinns på enkelt sätt.

Mål och strategier för kommande år

Inför kommande år behålls de målområden som varit aktuella men nya eller utvecklade strategier kommer att användas för att uppnå målen.

Fortsätt arbetet med att förbättra antibiotikaförskrivningen.

På sjukhus behövs en fortsatt minskning av den totala antibiotikavolym och ett särskilt fokus på andelen kinoloner och cefalosporiner.

För att nå framgång i det arbetet behövs; en fortsatt utbyggnad av antibiotikaronder till fler kliniker på alla tre sjukhus. ett fungerande infektionsverktyg med återkoppling av data och klinikbesök med utbildningar från lokala Strama, en fortsatt satsning på Antibiotikasmarta sjuksköterskor med tillämpning av rondkortet på alla vårdavdelningar.

I det fortsatta arbetet inom primärvården behövs; att Hälsocentralerna får tillgång till diagnoskopplade förskrivningsdata via systemet Primärvårds-Kvalitet, stöd för analys av data, tillgång till uppdaterade behandlingsrekommendationer och utbildningar från lokala Strama.

Fortsatt arbete för att minska vårdrelaterade infektioner

Det behövs fortsatt satsning på minskning av VRI inom slutenvården eftersom den minskning som sågs 2008–2014 sedan dess inte fortsatt. Det syns snarare en viss ökning om man använder PPM-VRI-mätningarna som utgångspunkt. Ökningen kan troligen i viss mån förklaras med förändrad patientpopulation då patienterna som vårdas i medeltal nu är sjukare i grundsjukdomar och därmed har större risk att drabbas av VRI. Det är ändå inte acceptabelt med en ökning när målsättningen är minskning.

För att nå framgång behövs:

Att det fortsatt finns uthållighet i att efterfråga kvalitetsmålen samt ett fungerande Infektionsverktyg för återkoppling av VRI-indikatorer på verksamhetsnivå och på ledningsnivå.

Ett arbetssätt inom organisationen där VRI-resultat är en naturlig del av annan regelbunden resultatåterkoppling till tjänstemannaledningen (liksom ekonomi och vårdproduktion). VRI och hygienresultat behöver efterfrågas och rapporteras med samma regelbundenhet som övriga resultat.

En verksamhetsorganisation där verksamhetens ledningsgrupp kontinuerligt leder och efterfrågar resultat av lokalt VRI-förbättringsarbete.

En fortsatt satsning på Antibiotikasmarta och katetersmarta sjuksköterskor med tillämpning av rondkortet på alla vårdavdelningar inom slutenvård. Ett arbetssätt mot VRI som är multiprofessionellt och inkluderar ledande personer med hög trovärdighet inom organisationen för patientvård. Vårdhygieniska kvalitetskrav på städning, om- och nybyggnation, upphandling av medicintekniska produkter och på steril- och desinfektionsprocesser måste fortsätta ställas.

Övriga områden

Att förbättra basala hygien- och klädrutinerna framförallt då hygienrutinerna är ett område där strategin att ha en ”kampanj” och att även bjuda in patienterna att delta. Att minska utlokaliserade patienter är en av de största utmaningarna eftersom i den problematiken ligger också kompe-

tensförsörjningen och där HR fortsätter att arbeta med den processen som också involverar "vårdnära service". Arbetet med att minska andelen trycksår fortsätter med bland annat inplanerade work-shops på de tre sjukhusen, men fokus kommer att vara på totala andelen trycksår inte bara de allvarligaste.