region
västerbotten

Patientsäkerhetsberättelse

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

2020-02-27

Brita Winsa
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, reviderad 1809

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE 1

Sammanfattning 3

STRUKTUR 4
Övergripande mål och strategier 4
Organisation och ansvar 5
Samverkan för att förebygga vårdskador 7
Patienters och närståendes delaktighet 8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet 8
Klagomål och synpunkter 8
Egenkontroll 9

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten 10
Riskanalys 15
Utredning av händelser - vårdskador 16
Informationssäkerhet 16

RESULTAT OCH ANALYS 18
Egenkontroll 18
Avvikelser 20
Klagomål och synpunkter 21
Händelser och vårdskador 24
Riskanalys 24

Mål och strategier för kommande år 24

Sammanfattning

Patientsäkerhet innebär inte bara att skydda patienten från skada utan också att vi bemöter, informerar och involverar patienterna och närstående i vården. Regionen behöver god kompetensförsörjning för att bemanna vårdenheterna och en bra arbetsmiljö för medarbetarna, det bidrar till en ökad patientsäkerhet. Kompetensförsörjningen är ett problem i Västerbotten precis som i övriga regioner vilket bidrar till att vårdplatser inte kan hållas öppna. Tillsammans med samordningsfrågor för att uppnå en god och sömlös vård är det två stora utmaningarna för patientsäkerheten. Under 2019 har både planerade och akuta omflyttningar/ombyggnationer gjorts vilket involverat resurser från Vårdhygien för att minska patientsäkerhetsrisker, dessutom har det inneburit en belastning på medarbetarnas arbetsmiljö.

För att systematiskt följa hur patientsäkerheten fungerar görs regelbundna mätningar av korrekt läkemedelslista, vårdrelaterade infektioner, följsamhet till basala kläd- och hygienrutiner och förekomst av trycksår. Datakvalitet har säkerställts och återstart av IT-systemet Infektionsverktyget, som kontinuerligt mäter antibiotikaförbrukning och vårdrelaterade infektioner för varje patient, genomförts under 2019. Analys av data från Infektionsverktyget 2016 - 2019 visar att de vårdrelaterade infektionerna minskat över tid. Det är ett kraftfullt verktyg för kvalitetsuppföljning som integreras med annan uppföljning till exempel ekonomi och produktion. Nedgången i följsamheten i de basala hygien- och klädrutinerna fortsätter. Detta trots ett antal aktiviteter som vidtagits under året för att förbättra resultatet. Förekomst av trycksår har ökat något men samtidigt finns en minskning av de allvarligaste trycksåren. Korrekt läkemedelslista visar på ungefär samma resultat för sjukhusvården men även en förbättring inom primärvården, dock är det inte så många enheter inom primärvården som deltar i mätningen. Antalet utlokaliserade patienter har minskat enligt data som rapporteras till SKR.

I punkprevalensmätningen som genomförs under en höstvecka mäts förekomst av trycksår, fall och nutritionsproblem samt vidtagna åtgärder. Resultatet visar på en variation mellan och inom sjukhusen och sjukstugorna, när det gäller systematiskt patientsäkerhetsarbete. Positivt är att nutritionsproblematik uppmärksammats i högre utsträckning och förebyggande insatser har satts in. Resultaten ligger sedan till grund för verksamheternas förbättringsarbeten och resultaten diskuteras i patientsäkerhetsdialogerna med verksamheterna. I dessa tas också upp vilka typer av avvikelser och klagomål som enheten har och hur man arbetar med dem för att göra förbättringar.

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. Det är fem mål som berörs; bättre och jämlik hälsa, god och jämlik vård, aktiv och innovativ samarbetspartner, attraktiva arbetsgivare samt tydligt ledarskap byggt på samverkan för hållbar regional tillväxt. Inriktningsmålen bryts sedan ner inom nämnder och styrelse.

Hälso- och sjukvårdsnämndens mål:

- Regionen ska arbeta för att främja hälsa och förebygga sjukdom
- Patienter/brukare ska få vård i rimlig tid
- Patienter/brukare ska vara nöjda med bemötande och delaktighet
- Regionen ska genom digitala tjänster erbjuda en ökad tillgänglighet för invånare och patienter
- Regionen ska vara en god forsknings-, utvecklings-, innovations- och utvecklingsmiljö
- Regionen ska vara en utvecklande och hälsosam arbetsplats
- Arbetsplatserna ska präglas av ett hälsofrämjande arbetssätt

Regionövergripande patientsäkerhetsmål 2019

- Minska andelen utlokaliserade patienter

- Rapportera via Infektionsverktyget
  - antal urinkateterdagar/100 vårddagar
  - antal CVK dagar /100 vårddagar
  - antal VRI/100 vårddagar

- Följsamheten till basala hygien- och klädregler delmål ≥ 95/90%
- 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 %
- Andelen trycksår uppkomna på sjukhus - delmål 10 %
- Öka andelen verksamheter som arbetar proaktivt med förbättringsarbeten inom patientsäkerhet 65%
- Rationell antibiotikaanvändning - rapport via Infektionsverktyget
  - antal antibiotikaordinationer /100 vårdtillfällen
  - antal ordinationer av cefotaxim och ciprofloxacin /100 vårdtillfällen
  - antal vårdtillfällen / 100 vårddagar

För 2019 ändrades de regionövergripande målen i ett försök att verksamheterna lättare skulle kunna bidra och se hur sin verksamhets arbete bidrar till slutresultatet, vissa mål är dock kvar sedan tidigare. 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
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 kliniknivå 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 patientsäkerhetsarbete 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
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 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

Under året har riktade insatser genomförts för att följa och utveckla samarbetet kopplat till lagen "Samverkan vid utskrivning från sluten hälso-och sjukvård (2017:612)" som trädde i kraft 2018. Länssamordningsgruppen initierade en översyn av de gemensamma länsrutinerna för att förtydliga delar som visat sig vara otydliga eller vållat olika tolkningar. Praktiska utbildningar har genomförts i samordnad individuell planering (SIP) gemensamt för kommunerna och regionen. Under året har också utbildning genomförts i bedömning, planering och uppföljning av ordinerad egenvård för att öka personalens kunskaper inom området.

Idag saknas ett system för att via statistik följa upp samverkan. Länssamordningsgruppen har uppdragit att utveckla en uppföljningsstruktur för att skapa förutsättningar för att kunna följa relevant statistik på såväl övergripande som på operativ nivå.

Under 2019 har ett projekt beställts av samtliga kommuner och regionen, i syfte att implementera en ny samverkansstruktur. Projektet startade i februari och avslutas i maj 2020. Ny samverkansstruktur förväntas starta under hösten 2020, efter beslut är tagna hos alla huvudmän. Bakgrunden är att dagens samverkansstruktur som helhet inte varit effektiv eller ändamålsenlig. Implementeringsprojektet har ansvarat för att skapa en process där samtliga parter varit delaktiga i att diskutera den mer detaljerade utformningen och anpassningar som upplevts nödvändiga av den nya strukturen för samverkan.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienter och närstående involveras på olika sätt i verksamheten men det är fortfarande ett område som kan förbättras. Förutom vid lex Maria utredningar görs exempelvis telefonintervjuer, enheter gör patienter delaktiga i framtagandet av utbildningsmaterial, via enkäter eller via fokusgrupper. Ett patientråd finns i Västerbotten med anledning av Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Det personcentrerade arbetssättet införs succesivt verksamheter.

Resultaten av den nationella patientenkäten 2019 för primärvården visar att patienterna i Västerbotten är något mer positiva till vården 81,4% (nationellt 80,9%). Områdena respekt och bemötande 86,4 (85,7%) och tillgänglighet 84,2% (82,9%) har bättre resultat än den nationella jämförelsen. Däremot är patienterna mindre nöjda än snittet i landet när det gäller delaktighet och involvering 79.1% (79.8 %), kontinuitet och koordinering 69.9 (71,5%), och information och kunskap 75,4 (76,1%) även om skillnaderna inte är så stora.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

All personal är skyldig att rapportera om de upptäcker en risk för vårdskada eller händelser som har eller ha kunnat medföra en vårdskada i avvikelsesystemet 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. I verksamheternas patientsäkerhetsberättelse efterfrågas de vanligaste avvikelseområdena och vidtagna åtgärder. Varje skriven handlingsplan i händelseanalyserna, främst lex Mariorna, följs upp centralt efter cirka sex månader. Föreslagna aktiviteter är i stor omfattning genomförda vid uppföljningarna.

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 avvikelsehanteringssystemet Platina avvikelse, 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 avvikelsesystemet. Andra sätt är att skriva, mejla eller ringa till verksamheten.

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 och som vårdgivaren inte fått möjlighet att svara på först är 33 ärenden,55 ärenden har inkommit där IVO hanterat ärendet. Under patientsäkerhetsdialogerna med verksamheterna tas klagomålen upp och innehållet diskuteras samt vilka åtgärder man vidtagit.

Klagomål som kommer till Patientnämnden hanteras av patientnämndens tjänstepersoner 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 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 patien-	Vartannat år slu-	Nationell databas

tenkät	ten vård, vartannat år primärvård	
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, avvikelsehanteringssystemet

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Minska vårdrelaterade infektioner:

Resultat Ett större arbete med att sprida ett arbetssätt som innebär dagliga påminnelser om ställningstagande till behov av urinkateter har genomförts inom slutenvården för att minska vårdrelaterade urinvägsinfektioner. Det har skett genom successiv spridning via avdelningschefer av så kallade rondkort som innehåller en kort checklista med faktorer som avgör urinkateterbehov. Processen har varit inriktad på att ta tillvara lokalt engagemang. Vårdhygiens personal har genomfört lokala utbildningspaket som riktats framförallt till sjuksköterskor och undersköterskor där de dagliga påminnelserna föreslagits som arbetssätt. Parallellt har läkare på samma avdelningar utbildats av hygienläkare och Strama-anslutna läkare om vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning där också rondkorten ingått eftersom förbättringsarbetet med dagliga påminnelser förutsätter partnerskap mellan professionerna för att nå framgång.

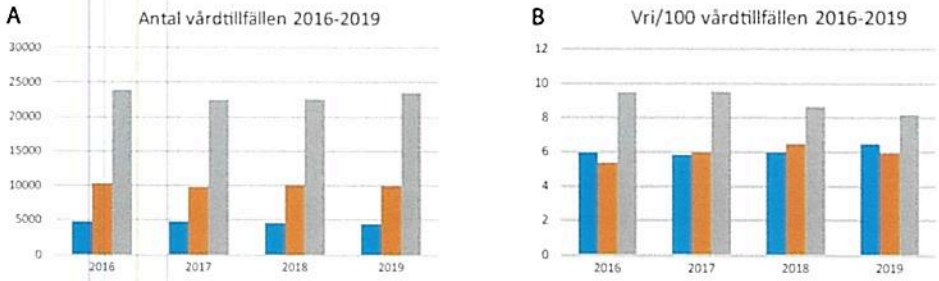
Inom området utbildning har introduktion av ett nyutvecklat e-learningverktyg skett. Det ger förståelse hos användare av vilka faktorer som ökar risken att en patient drabbas av vårdrelaterad infektion. Verktyget är webb-baserat och ligger öppet på internet vilket gör att användarna kan använda verktyget på mobil eller en dator som har tillgång till internet. Vi bedömer att det fungerar väl för att öka förståelsen av vilka patienter som har stor och liten risk och att det manar till förebyggande arbete. Verktyget bygger på verkliga data från ca 18500 patienter och är utvecklat på Vårdhygien Västerbotten inom ett Vinnova-finansierat forskningsprojekt (VRI-Proaktiv). Verktyget nås via

https://statistical-pete.shinyapps.io/Swedish/

Ett annat större arbete som gjorts under 2019 är att kvalitetssäkra och återstarta IT-systemet Infektionsverktyget. I korthet har Vårdhygien Västerbotten tillsammans med IT-avdelningen validerat stora datamängder och säkerställt att verktyget mäter vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning korrekt och att dessa data nu har en upplösning ned till avdelningsnivå så att varje avdelning kan följa sina data samtidigt som vi kan göra sammanställningar på högre nivåer i organisationen. Validering av vårdhygienisk expertis med jämförelse av data på vårdrelaterade infektioner i Infektionsverktyget vilka har matats in av lokala användare och data från patientjournaler bedömd av vårdhygienisk expertis visar en överenstämmelse på 80–95% beroende på verksamhet vilket är mycket bra.

Under året har Vårdhygiens personal och den lokala Strama-gruppen gemensamt genomfört utbildning och demonstrationer av hur verktyget bör användas i de flesta verksamheterna på sjukhusen i Umeå, Skellefteå och Lycksele. Det har också nu initierats ett arbetssätt att data om vårdrelaterade infektioner, användning av urinkatetrar och antibiotikaanvändning varje kvartal ska rapporteras till linjechefer. Varje verksamhetschef rapporterar enligt de indikatorer som fastställts av Patientsäkerhetsrådet. Vi avser att succesivt öka integrationen av dessa data på vårdkvalitet med andra mått som används för kvartalsrapportering.

Data från infektionsverktyget visar en bra trend med minskning av vårdrelaterade infektioner inom slutenvården i Region Västerbotten från 2016 till 2019 (Figur X). Där syns att antalet vårdtillfällen per år på länets tre sjukhus legat stabilt medan antalet vårdrelaterade infektioner per 100 vårdtillfällen har minskat, trenden beror i hög uträckning på minskning på Norrlands universitetssjukhus.



Figur X. Panel A visar antal vårdtillfällen 2016–2019 för Lycksele lasarett (blå stapel), Skellefteå lasarett (orange) och Norrlands universitetssjukhus (grå). Panel B visar minskning av VRI/100 vårdtillfällen med samma färgkodning. VRI på Norrlands universitetssjukhus har minskat från 9,5 till 8,2 VRI per 100 vårdtillfällen baserat på mätningar av hela vårdproduktionen som är ca 23 000 vårdtillfällen årligen.

Vi vet inte orsaken till minskning av VRI på Norrlands universitetssjukhus men bedömer att en delorsak är att satsningen på att minska urinkateteranvändning har givit resultat. Antalet dagar som patienterna har urinkateter har minskat. En analys av data från de ca 152 000 – 160 000 vårddygnen årligen visar minskning från 17,6 till 15,0 urinkateterdagar per 100 vårddagar på Norrlands universitetssjukhus mellan 2016 och 2019.

Mätningar av PPM-VRI enligt SKR:s protokoll 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 vi de två mättillfällena var högre än målbilden 7 %. Mätningen PPM-VRI v. 12 på 702 patienter visade 9,0 % VRI inom somatisk vård. Mätningen PPM-VRI v.42 på 709 patienter visade 11,6 % VRI inom somatisk vård men osäkerheten är stor då detta bara representerar ca 1400 vårddagar av de totalt ca 234 000 vårddagarna i Västerbotten 2019.

Minska andelen utlokaliserade patienter

Resultat En minskning av antalet utlokaliserade

En minskning av antalet utlokaliserade ses under 2019 jämfört med 2018. Arbetet med att minska utlokaliserade patienter påverkas av tillgång till vårdplatser. Region Västerbotten har minskat andelen utlokaliserade patienter från 6,6 till 5,6 en minskning med 15 %. Motsvarande resultat för hela riket är en minskning från 2,5 2018 till 2,2 2019; en minskning med 12 %. Att vi fortfarande ligger högre än riket kan till stor del förklaras av att Region Västerbotten har haft vårdplatser stängda på grund av personalbrist och att många utskrivningsklara patienter vårdats på framför allt Norrlands universitetssjukhus. Riktlinjer finns för hur man ska utlokalisera och ett underlag/checklista finns som ska fyllas i vid utlokalisering. Grundprincipen är att utlokalisering sker i första hand inom närliggande specialiteter så kallade "vårdfamiljer" för att minska patientsäkerhetsriskerna. Under 2019 har också Region Västerbotten och Umeå kommun utökat ansträngningarna för att minska antalet utskrivningsklara patienter, vilket sannolikt har bidragit till att andelen utlokaliserade patienter på NUS minskade under 2019 (från 12,4 2018 till 4,1 2019, en minskning med 67 %).

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

Resultat: Vi har liksom tidigare utfört en mätning enligt SKR:s protokoll på våren och en på hösten inom hälso- och sjukvård slutenvården, primärvården och tandvården. Vi noterar fortfarande klart sämre värden än önskat. Slutenvården hade baserat på ca 2600 enkäter medelvärde på total följsamhet 69 %, primärvården hade baserat på ca 600 enkäter 78 %, tandvården hade total följsamhet 65 %. Det innebär att vi måste satsa vi-

dare på att öka följsamheten och strategin för 2020 kommer att bygga på att öka patientinvolvering som i sin tur kan förväntas öka följsamhet hos vårdpersonal. Följsamhet till i synnerhet handhygien är en kritisk faktor för att förhindra smittspridning i vården och att minska infektioner från till exempel hanteringen av katetrar i urinvägar och i blodbanan.

Andel verksamheter som har en fungerande, dokumenterad rutin som tydliggör att patienten får med sig en uppdaterad läkemedelslista efter besök/utskrivning delmål 90%

Resultat: Inom primärvården har 40% av hälsocentralerna en rutin på detta. På vissa enheter fokuserar man på patienter med kroniska sjukdomar. Inom den slutna vården uppger 74 % att de har en sådan rutin.

Andelen läkemedelsgenomgångar ska öka med 2 % inom primärvården

Resultat: Målet har inte uppnåtts utan det är en minskning med cirka 300 genomgångar.

Minska andelen trycksår delmål ≤10%

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 har inte uppnåtts, utan utfallet är 12 %. En tydlig skillnad fanns på länets sjukhus och där försämringen på ett sjukhus gjorde att målet inte nåddes.

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 med mera.

Resultat: Inom sjukhusvården uppnås målet med råge, endast två verksamheter inom sjukhusvården uppger att man inte genomfört några förbättringsarbeten under året vilket motsvarar att 93 % har arbetat med förbättringsarbeten. För primärvården är det drygt hälften (56 %) som uppger att man har haft förbättringsarbeten under året.

Minska andelen kinoloner och antibiotikavolym med 10 %

Den totala antibiotikaanvändningen till inneliggande patienter på sjukhus ligger på samma nivå som 2018. Utvecklingen går åt rätt håll för två viktiga antibiotikaklasser ur resistenssynpunkt men vi har inte nått målet. Rekvisition av kinoloner har minskat med 5 % och för cefalosporiner med 9%.

När det gäller antibiotika på recept uppnåddes 250-målet redan 2017, med en fortsatt minskning under 2019 på 2 %. Vi är nu nere på 236 recept/1000 invånare och år. Kinolonförskrivningen på recept har minskat med 4,0 %

Åtgärder på sjukhusen har varit fortsatt arbete med Antibiotikaronder på tre vårdavdelningar på NUS och en vårdavdelning i Lycksele och Skellefteå. Fortsatt introduktion av rondkorten "Antibiotikasmarta sjuksköterskor och katetersmarta sköterskor" för att öka antalet antibiotikabehandlingar och urinvägskatetrar som utvärderas dagligen. Infektionsverktyget har kunnat tas i bruk igen men vi har ett pågående arbete med nylansering. 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:

Läkemedel

En enkät skickades till ett urval grupper av chefer, AT- och ST-läkare där frågor runt hur läkemedelshanteringen i praktiken fungerade ute i verksamheterna. Resultatet visar på att det finns förbättringsområden och har tagits upp i hälso-och sjukvårdens ledningsgrupp.

Vid analys av läkemedelsavvikelser fanns det vissa läkemedels som förekom mer frekvent och utifrån det har en riktlinje för så kallade riskläkemedel tagits fram med råd hur man ska undvika att det blir fel vid läkemedelshanteringen.

Samarbete med HR

Samarbete med HR har fortsatt under året för att ta fram riktlinjer hur man alltid vid organisatoriska förändringar också ska bedöma om förändringen kan påverka patientsäkerheten på ett enkelt sätt.

Patientsäkerhet och vårdetik

Arbetsgruppen för vårdetik har i uppgift att stödja de ca 220 etikombud som finns i den patientnära vården. Detta innebär bla. att anordna utbildningstillfälle och temaeftermiddagar inom aktuella etiska frågor och ett tema 2019 var "Vård i mobilen, tekniken, etiken och patientsäkerheten". Varje år genomförs också en introduktion i januari för nya etikombud. Under 2019 har en mindre kartläggning genomförts med etikombud och deras avdelningschef om behovet av en gemensam överenskommelse om uppdraget. Det finns många verksamheter som på ett systematiskt sätt arbetar med etisk reflektion och etikombudsträffar används också för att bilda nätverk och sprida olika arbetssätt.

En utbildningssatsning har planerat under 2019 som genomförs 2020. Den innebär att fördjupa kunskaper och träna olika arbetssätt för att genomföra etikcafé eller etikronder samt förutsättningar att stärka den etiska medvetenheten och handlingsberedskapen i patientnära vård. Arbetsgruppen har också gett underlag för remissvar.

Ordförande i arbetsgruppen för vårdetik deltar höst och vår i det nationella nätverket för etikfrågor inom hälso- och sjukvården som SKR håller samman på uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektören

Tandvård

Folktandvårdens patientsäkerhetsorganisation, där basenhetens patientsäkerhetsarbete leds av en patientsäkerhetssamordnare/OLA tillsammans med sitt patientsäkerhetsteam, är nu etablerat och fungerar bra. Regelbundet träffar dessa Folktandvårdens cheftandläkare för gemensamma uppföljningsmöten där avvikelser och inkomna klagomål diskuteras för att identifiera områden som kräver övergripande insatser. Avvikelserapporteringen har minskat något under året, en bakomliggande orsak kan vara den resursbrist som idag finns inom Folktandvården. Missad diagnostik, bristfälliga röntgenunderlag, problem vid överlämningar samt brister i den administrativa handläggningen är de områden som under året haft flest avvikelser. Tre anmälningar enligt Lex Maria har insänts till IVO samt ett enskilt klagomål har utretts. Andelen klagomål till patientnämnden är få, 22 ärenden, vilket visar på en väl fungerande klagomålshantering på klinikerna. Antibiotikaförskrivningen är fortsatt lägst i landet. Fokusområden för patientsäkerhetsarbetet 2020 blir, diagnostik och behandlingsplaneringar, patientadministration, följsamhet till hygienriktlinjer samt att säkra överlämningar mellan behandlare, kliniker och vårdgivare.
Utifrån de region övergripande målen ses en långsam förbättring till följsamheten av hygienriktlinjerna, som tidigare är det användandet av plastförkläden som brister, däremot uppnås målet av följsamhet till klädregler. Loggkontroller genomförs kontinuerligt och vid tecken på intrång. Har inte upptäckts någon otillbörlig åtkomst.
GDPR – några personuppgiftsincidenter har upptäckts och hanterats.

Riskanalys

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. Utbildning i riskanalys har genomförts under året för att verksamheterna enklare kan använda metoden själva när de exempelvis ser upprepade avvikelser inom ett område.

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 kontaktar 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 (Inspektionen av vård och omsorg) 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 bland annat olika maligniteter, allvarliga infektioner och allvarliga operationskomplikationer.

Scanning av samtliga avvikelser i avvikelsesystemet 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 informationssäkerhetsabetet och en ny informationssäkerhetssamordnare för Region Västerbotten har tillträtt f o m 2019-01-01.

Riktlinjen Ledning- och styrmodell för informationssäkerhet i Region Västerbotten 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.

Säkerhetsanalys

Instruktionen för säkerhetsanalys påbörjades under hösten 2018 och har fortsatt under 2019 där SKR´s mall för systemsäkerhetsklassning har anpassats till ett format passande för Region Västerbotten. Den utgår från den modell som MSB (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap) 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

Sjukhusvård

- Loggkontroller har gjorts av samtliga utom två kliniker (9%) (som har patientjournal)
- Obehörig åtkomst hittades hos 9 kliniker (41%)
- Personuppgiftsincidenser hade inträffat i 16 verksamheter (73%) ibland mer än en incidens

Primärvård

- Loggkontroll görs inte av 2 hälsocentraler (7%)
- Loggkontroll genom stickprov eller mer sporadiskt görs på 8 hälsocentraler (30%), resterande uppger att de gör loggkontroll enligt den rutin som finns vilket motsvarar 63 %
- Obehörig åtkomst har hittats i 4 verksamheter (16 %), av de som har någon form av loggkontroll
- Personuppgiftsincidenser har förekommit i 8 verksamheter (30%)

Klassning av IT- system

Av drygt 50 större IT- system är det ca 15 som under 2019 har informationsklassats. Det arbetet kommer att fortsätta under 2020. Klassning ligger till grund för det skydd (balanserat) som är rimligt kopplat till det värde och den känslighet som informationen har. Verktyget KLASSA från SKR ligger som grund för genomförandet.

Driftstörningar och riskanalyser

Under 2019 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

Under 2019 har det varit fortsatt stort fokus på GDPR., det har handlat om utbildning, uppbyggnad av rutiner och informationsspridning. Önskvärt vore att nämnderna, som de facto är personuppgiftsansvariga tar en mer aktiv roll när det gäller GDPR.

Ett system för registerförteckning har införts under året. Förutom GDPR påverkan på informationssäkerhetsarbetet har också NIS- direktivet [1] påverkat samt ny säkerhetsskyddslagstiftning.[2]Dessa har ställt och kommer att ställa avsevärt högre krav på informationssäkerhetsarbetet.

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

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.

[1] NIS (Network and Information Security) trädde i kraft den 1: a augusti 2018 och lagen kallas även för Lagen om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. NIS-direktivet är ett EU-direktiv i socialt kritiska sektorer.

[1] En ny säkerhetsskyddslag trädde i kraft den 1 april 2019. I den nya lagen ställs tydligare och mer omfattande krav på organisationer som bedriver säkerhetskänslig verksamhet. Den innebär bland annat krav på att man inventerar och klassificerar IT-system och information.

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.	Skriftliga riktlinjer hur patienterna ska utlokaliseras.	Antalet utlokaliserade patienter har minskat	Vi har lyckats minska antalet utlokaliseringar men ligger fortfarande högt i nat-

	Alla avdelningar har ett visst antal överbeläggningsplatser			ionell jämförelse. Interna orsaker till vårdplatsbrist har varit brist på medarbetare Externa orsaker som bidragit till ett förbättrat resultat är samarbetet med kommunerna där andel utskrivningsklara patienter minskat.
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 patientmedverkan avseende handhygien.	VRI/vårddagar på verksamhetsnivå minskat. Kateterdagar per vårddagar på verksamhetsnivå har minskat.	Viss framgång avseende VRI-frekvens enligt storskalig mätning via infektionsverktyget. Vi behöver arbeta vidare med frågan då det fortfarande är den vanligaste patientskadan. 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 inte tillräckligt bra resultat i mätningarna	Vi behöver på nytt fokusera på vikten att följa basala hygien och klädrutiner. Mer patientinvolvering planeras. .
Trycksår	Använda det underlag som är framtaget för att minska på trycksår i handlingsplanen.	Trycksår på länets tre sjukhus mäts på våren och en "egen PPM" mätning sker på hösten	Vi inte lyckats minska den totala andelen trycksår	De allvarliga trycksåren har minskat däremot behöver vi fortsätta att arbeta förebyggande och ffa ett sjukhus bör fokusera på detta.
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 verksamheten själva identifierat.	Inom sjukhusvården pågår det nästan överallt någon form av förbättringsarbeten medan det är ungefär hälften av primärvården som uppger att man aktivt arbetar förbättringsarbeten. Primärvårdens arbete styrs av en beställarenhet vilket kan påverka behovet av förbättringsarbeten.
Minska kinoloner/antibiotikavolym	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 oförändrat *kinoloner -5% Förskrivning på recept:	Oförändrad total användning av antibiotika men minskning av kinoloner både på sjukhus och i primärvård. Målet har dock inte uppnåtts.

			*totala antibiotika -2% *kinoloner på recept -4%	För vidare åtgärder se under Mål och strategier för kommande år

Avvikelser

Regionens totala antal avvikelser har fortsatt ökat under 2019 vilket är positivt. Det är sjukhusvården som har de flesta avvikelserna följt av primärvård och tandvård.

Fördelning av alla avvikelserna 2019 inom de olika processområdena utifrån avvikelsehandläggarnas klassificering syns nedan i tabellen.

Totaler	11780
	521
Administrativ stödprocess	98
Fastighets- och försörjningsprocess	199
Skicka till ny handläggare – ej klassificerad	253
Teknisk stödprocess	465
Transportprocess	218
Utbildning och kulturprocess	12
Vårdprocess - Kommunikation	932
Vårdprocess - Omvårdnad	928
Vårdprocess – Behandling	1593
Vårdprocess – Diagnostik och Utredning	3150
Vårdprocess – Läkemedel	748
Vårdprocess – Patienttransporter	484
Vårdprocess – Vårdadministration	2179

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. Jämfört med 2018 verkar problematiken inom läkemedelsprocessen som berörde olika datasystem ha minskat däremot finns fortfarande avvikelser där fel i administreringen förekommer. En riktlinje gällande riskläkemedel har tagits fram utifrån avvikelser som förhoppningsvis ska medföra färre avvikelser runt exempelvis opioider och insulin.

Positivt att antalet avvikelser som gäller fall har minskat med 29 % en orsak kan vara att flera enheter har haft ett fokus just på att minska fall.

När det gäller avvikelser som finns inom processen vårdadministration är det avvikelser i hantering av journalen exempelvis att anteckningar inte är

signerade eller problem runt hantering av remisser och avvikelser i hantering av väntelistan.

Klagomål och synpunkter

Vårdgivaren ska först ges möjlighet att svara på klagomål från patienter eller anhöriga enligt 7 kapitlet 12§ Patientsäkerhetslagen (PSL 2010-659)
I klagomål som kommit från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) är det ärenden som vårdgivaren *inte* givits möjlighet att svara på, eller inte givits tillräckligt med tid att svara på så att patienten eller närstående har lämnat in ett klagomål till IVO. Klagomål berör att patient eller närstående inte fått tillräcklig information för att för förstå situationen eller att förväntningar varit andra än det utfall av vården man fick. Bemötandeproblematik återfinns i princip i alla verksamheter. Det är också klagomål där vårdgivaren har lämnat ett svar men svaret är inte tillräckligt så IVO vill ha ett utförligare svar eller en bättre utredning av händelsen. Även egeninitierade ärenden av IVO kommer som utreds.

En tillsyn gjordes av IVO gällande hantering av klagomål som inkommit under en viss period och beslutet av tillsynen var att IVO inte uppmärksammat några brister i hanteringen av klagomål.

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 också 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 samt privata vårdgivare med avtal och folktandvården och den tandvård som landstingen finansierar.

Under 2019 har ärenden registrerade vid Patientnämnden ökat med cirka 20 % i förhållande till 2018, under året avslutade ärenden har ökat i samma omfattning.
Tidigare år har flest ärenden registrerats under kategorin "Vård och behandling". Under 2019 har istället flest ärenden, 402 ärenden, kategoriserats som "Kommunikation". Under kategorin "Vård och behandling" har 301 ärenden registrerats och under kategorin "Resultat" har 72 ärenden

registrerats. Ytterligare en kategori som sticker ut över övriga kategorier är "Tillgänglighet" där 133 ärenden registrerats.

Bild 1: Fördelning av Patientnämndens ärenden på kategorier.

Tidigare 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 anmälarens 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. Sedan 2019-01-01 använder patientnämnden samma kategorier som IVO (Inspektionen för vård och omsorg), vilket innebär att en jämförelse på kategori- och underkategorinivå jämfört med tidigare år vansklig att göra.

Under året har Patientnämnden haft fem fokusområden som registrerats och följts upp Den största gruppen av ärenden har handlat om långvarig smärta. Under 2020 kommer samma fokusområden som 2019 att följas. Fokusområdena kommer att utgöra underlag för att göra analysrapporter. Under 2019 har en analysrapport avseende barn gjorts. Denna presenteras under februari 2020.

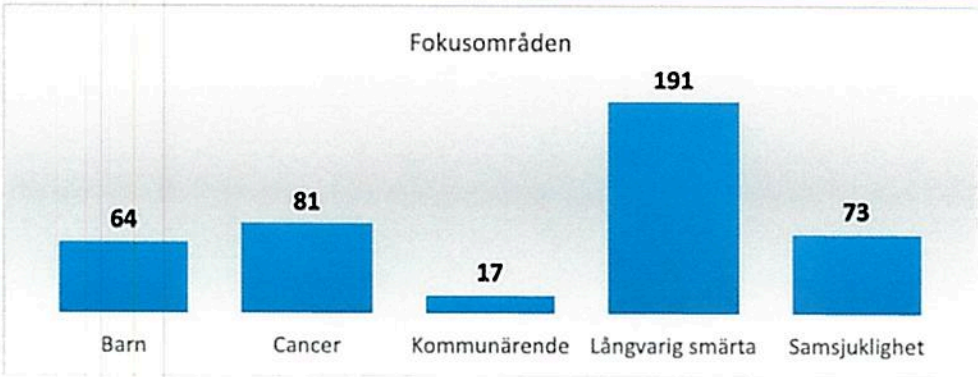


Bild 5: Fördelning av ärenden som registrerats under fokusområden.

Utöver registrerade ärenden har Patientnämndens kansli tagit emot olika typer av frågor som noterats som så kallad "pinnstatistik". Dessa ärenden har bland annat handlat om information om LÖF (landstingets ömsesidiga försäkringsbolag), IVO och andra typer av information och rådgivning samt lämnande av kontaktuppgifter och hänvisning till berörd verksamhet. Under 2019 uppgår dessa kontakter till ca 300.
En inte oväsentlig del av dessa övriga arbetsuppgifter består i påminnelser till vårdgivare om att inkomma med yttranden som begärts. Påminnelser som innebär att patienter får vänta längre på att få svar på sina frågor än 2 eller 4 veckor (2 veckor för barnärenden och 4 veckor för övriga ärenden). Under 2019 har närmare 300 sådana påminnelser gjorts till vårdgivare, varför Patientnämnden har utarbetat en princip för hur yttranden som inte inkommer inom avsatt tid eskaleras till överordnad chef. Denna eskaleringsprincip tillämpas från 2020-01-01.

Sedan 2019 genomförs återkoppling på Patientnämndens ärenden på aggregerad nivå. Målgrupp är framför allt ledningsgrupper i hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsområden. Under december 2019 och januari 2020 har informations- och återkopplingsmöten genomförts med samtliga verksamhetsområdes ledningsgrupper. Utöver dessa återföringsmöten har möten skett med 3 klinikers ledning/verksamhetschefer utifrån ett från patientnämndens sida bedömt behov av att lämna information.

Tertialvis sker möten med chefläkarfunktionen där information lämnas om ärenden som inkommit till Patientnämnden. Inför patientsäkerhetsdialoger lämnar Patientnämnden information om inkomna ärenden avseende verksamheter aktuella för dialog. Viss återföring görs också till patientsäkerhetsrådet där Patientnämndens kanslichef ingår. Generellt har återföringsmötena varit uppskattade och präglade av en god dialog.

Händelser och vårdskador

I de lex Maria -anmälningar som gjort under året ses förutom skador inom kirurgisk-/ akutsjukvård också att fördröjd diagnos och behandling är vanliga anledningar till allvarlig vårdskada. Som tidigare är otydlighet i "kommunikation & informationsöverföring" en vanlig bakomliggande orsak tillsammans med "otydlig ansvarsfördelning" samt "organisation & bemanning". I år finns även vårdskador relaterade till omvårdnad som trycksår, sepsis relaterad till perifer venkateter och blåsöverfyllnad representerade. Utifrån vissa av händelserna har centrala arbeten genomförts för att minska risken för återupprepning.

Uppföljning av handlingsplanerna efterfrågas centralt efter cirka sex månader. Vid framför allt av de centrala händelseanalyserna 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.

För att lära av varandra har så kallade "lärande seminarier" genomförts främst i Skellefteå och Lycksele där presentation och diskussion runt vårdskador tagits upp

Riskanalys

Ett aktivt arbete för att initiera riskanalyser vid upprepade avvikelser har genomförts de senaste åren. Ingen central riskanalys genomförts under 2019 men planering har gjort för en riskanalys avseende multiresistenta bakterier. Denna har ännu inte kommit till stånd eftersom avgränsning och uppdragsgivare har varit oklart.

Mål och strategier för kommande år

Kommande år så finns aktiviteter kvar som vi följer, men de kommer att läggas in i Region Västerbottens patientsäkerhetsplan som bygger på Socialstyrelsens nationella handlingsplan för patientsäkerhet Vi utgår från de fokusområden som omnämns och arbetar sedan fram permanenta och tillfälliga aktiviteter utifrån dessa med indikatorer och målvärden.

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 en struktur för återkoppling av data, klinikbesök med utbild-

ningar från lokala Strama och Vårdhygien och en fortsatt satsning på "Antibiotika- och katetersmarta sjuksköterskor" med tillämpning av rondkortet på alla vårdavdelningar.

I det fortsatt 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

Arbetet med att minska VRI kommer att fortsätta då VRI är den vanligaste vårdskadan i både Västerbotten och i svensk sjukvård som helhet. Vi planerar att fortsatt utnyttja den möjlighet till återkoppling till verksamheterna som ges av ett fungerande Infektionsverktyg.

För att nå framgång behövs:

- Att det fortsatt finns uthållighet i att efterfråga kvalitetsmålen samt 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.
- En vårdplatssituation som ger möjlighet för vårdpersonalen att prioritera detta patientsäkerhetsarbete.

Övriga områden

Att förbättra följsamhet till basala hygien- och klädrutinerna då en hög nivå är en evidensbaserad faktor för att både förebygga VRI i allmänhet och att förebygga smittspridning inom vården i synnerhet. Patientinvolveringen ska öka i detta arbete.

Att fortsätta minskningen av utlokaliserade patienter är en av de största utmaningarna eftersom i den problematiken ligger också kompetensförsörjningen.

Arbetet med att minska andelen trycksår kommer att fortsätta.