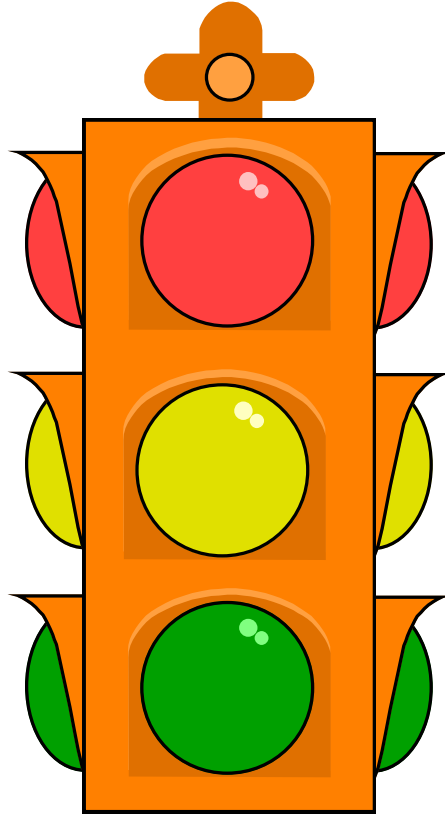




NORRBOTTENS LÄNS LANDSTING



---

## PatientsäkerhetsBerättelse

2012

Luleå den 26 feb 2013

---

Mats Brännström  
Bitr landstingsdirektör

---

# Innehållsförteckning

---

Sammanfattning .....	2
Övergripande mål och strategier .....	3
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....	3
Struktur för uppföljning/utvärdering .....	4
Genomfört patientsäkerhetsarbete och förbättringsåtgärder .....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	9
Uppföljning genom egenkontroll .....	10
Riskhantering .....	12
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	12
Hantering av klagomål och synpunkter .....	13
Samverkan med patienter och närstående .....	13
Struktur .....	14
Process .....	16
Patientrelaterade resultat .....	17
Måluppfyllelse .....	19
Övergripande mål och strategier för kommande år .....	19

## Sammanfattning

Patientsäkerhetsberättelsen för Norrbottens läns landsting baseras på landstingets ledningssystem och divisionernas egna patientsäkerhetsberättelser. Exempel från verksamheten finns inlagda i textrutorna.

De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten är att landstinget sedan 2008 deltagit i samtliga områden i den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet och därmed satt fokus på patientsäkerhetsarbetet. Stor medvetenhet finns numera om vikten av att följa basala hygienrutiner och klädregler, att hålla hög städskvalitet, att göra riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring samt depressioner som kan leda till ökad självska- debeteende. Införandet av kommunikationsmodellen SBAR har medfört säk- rare överrapportering och informationsöverföring. Detta förbättringsarbete fortsätter till att omfatta all verksamhet.

Hög följsamhet till landstingets ledningssystem ska säkerställa att egenkon- trollen sker kontinuerligt och systematiskt per april, augusti och december månad. Genom den grundläggande värderingen att snabbt kunna reagera på resultat underlättas verksamhetens möjlighet att styra det kontinuerliga för- bättrings- och patientsäkerhetsarbetet både på kort och lång sikt.

Riskbedömningar och riskanalyser görs i allt större omfattning både i det dagliga arbetet men även i arbetet med avvikelshantering. Riskanalyser på organisatorisk nivå har genomförts i samband med organisatoriska föränd- ringar.

Hög följsamhet till åtgärds paket och förståelse för vårdskadebegreppet gör att vårdskador identifieras i allt större omfattning. Patientdelaktighet ökar successivt genom till exempel att patienter deltar i händelse- och riskana- lyser.

Patientsäkerhetsarbetet styrs till stor del genom hög följsamhet till avvikel- sehanteringsprocessen, engagerad ledning på *alla* nivåer samt medarbetarnas allt bättre kompetens inom patientsäkerhetsområdet. Medarbetarnas vilja att göra rätt bidrar till att patientsäkerheten har satts högt på agendan.

Patienters och närståendes klagomål tas på största allvar och deras syn- punkter används allt oftare i det systematiska förbättringsarbetet.

Norrbottens läns landsting har ännu inte ”siffror” som pekar på att vårdska- dor minskat. Däremot finns bland medarbetarna en uttalad vilja och medve- tenhet att arbeta för ökad patientsäkerhet. Tecken som tyder på detta är till exempel hög rapportering i kvalitetsregister och hög frekvens av analyserade avvikelser vilket innebär att förbättringar med anledning av avvikelser ge- nomförs.

## Övergripande mål och strategier

Landstingets patientsäkerhetsarbete kännetecknas av ett systemperspektiv där trygga patienter, medarbetare och närstående står i fokus och där förutsättningar finns för att göra rätt från början. Vårdresultatet ska spegla säker och pålitlig vård där hjälplöshet, lidande, sjukdom, onödiga dödsfall och vårdskadestkostnader elimineras.

Det övergripande målet för patientsäkerhetsarbetet är att eliminera förekomsten av vårdskador. Strategin är att identifiera omfattning och typ av vårdskador inklusive risker genom aktivt riskförebyggande arbete och systematiskt förbättringsarbete. Landstinget ska även aktivt medverka i nationella arbeten för att minska vårdskador.

Mått	Mål
Andel vårdrelaterade infektioner hos inneliggande patienter (prevalensstudie)	< 5 %
Andel vårdrelaterade trycksår hos inneliggande patienter (prevalensstudie)	0 %
Andel fallskador hos inneliggande patienter som faller i samband med vård/ behandling (databasen Synergi)	0
Andel patienter med låga sammanfattande betyg (patientenkät om bemötande)	< 4 %

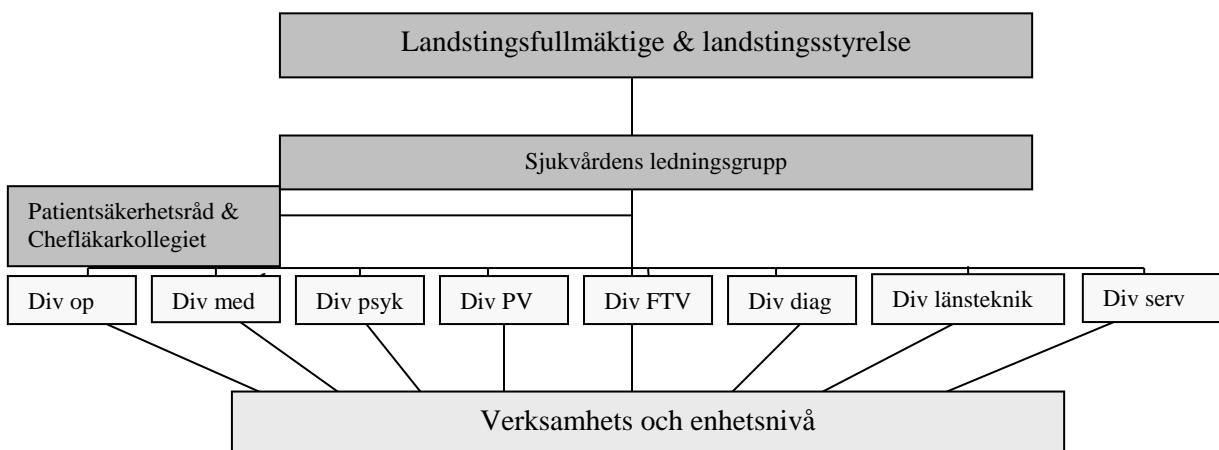
(Landstingsplan 2013-2015)

## Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

### Politisk viljeinriktning

Norrbottningen ska utifrån behov ges rätt behandling, vid rätt tidpunkt, på rätt nivå. Professionellt yrkesutövande och faktorer som kan vara lättare för patienten att bedöma, t ex bemötande och information om vilka möjligheter och begränsningar som finns med hänsyn till patienten hälsotillstånd omfattas av god vård. Det innebär även att resurser används på ett för patienterna effektivt sätt samt att verksamheten grundar sig på evidensbaserad kunskap.

### Organisation, planering, ledning



Landstingsplan och landstingets gemensamma regler ”den röda tråden” är vårdgivarens dvs landstingets övergripande ledningssystem. De ligger till grund för divisionsplaner som utgör underlaget för verksamhets- och enhetsplaner.

I landstingsplan anger vårdgivaren mål, ansvarsförhållande och nyckeltal för god hälsa, god vård, engagerade medarbetare och stark ekonomi.

Divisionerna anger övergripande mål, ansvarsförhållanden och nyckeltal i sina verksamheter. Landstingsdirektören fastställer divisionsplan efter dialog med divisionschef.

Varje verksamhetsområde utformar sina planer med divisionsplan som utgångspunkt. Planerna fastställs varje höst i dialog med närmaste chef.

Individuella medarbetarplaner för kvalitet och patientsäkerhetsarbetet fastställs i dialog mellan medarbetare och närmaste chef i anslutning till medarbetarsamtal (*Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvård, Norrbottens läns landsting 2011*).

#### **Exempel från verksamheten;**

- Länschefer/verksamhetschefer ansvarar tillsammans med vårdcheferna för att ta fram läns/klinikgemensamma rutiner och regler för patientsäkerhetsarbetet för att säkra likvärdig behandling av patienterna över hela länet. På enhetsnivå ansvarar enhetschefen eller utsedd avvikelseansvarig för bearbetning och analys av enhetens avvikelser alternativt bedömer om avvikelsen ska gå till analysgrupp eller till verksamhetschef för handläggning. Målet är att utarbeta kraftfulla åtgärder som sedan leder till förbättringsarbete.

#### **Patientsäkerhetsrådet**

Patientsäkerhetsrådet är ett rådgivande organ till verksamheten i patientsäkerhetsarbetet. Arbetet i patientsäkerhetsrådet syftar till att utveckla en patientsäkerhetskultur som stödjer verksamhetens patientsäkerhetsarbete enligt systemsyn och förbättringsarbete.

#### **Exempel på arbete i patientsäkerhetsrådet:**

- Varje division samt en representant från patientnämnden företräds av en patientsäkerhets-samordnare som sitter i landstingets patientsäkerhetsråd och samordnar patientsäkerhetsfrågor i divisionen. Det innebär bl. a att vara stöd vid informationsflöde, utbildningsinsatser, internutredning, händelseanalys och riskanalys och vid uppföljning.

#### **Chefläkarkollegiet**

Chefläkare finns på varje sjukhus, i primärvården och i folktandvården. Uppdraget omfattar förutom Lex Mariaarbete även patientsäkerhetsarbete t e x risk- och händelseanalysarbete, markörbaserad journalgranskning samt utbildningsinsatser.

#### **Stödfunktioner**

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) är hälso- och sjukvårdspersonal, vilket även omfattar medarbetarna på division Länsteknik och Service, skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och ansvarar för att rapportera avvikelser när de inträffar/upptäcks.

## **Struktur för uppföljning/utvärdering**

Vårdskador identifieras och registreras enligt landstingets generella riktlinjer för avvikelsehanteringsprocessen. Förekomsten av vårdskador mäts och redovisas på ledningsnivå enligt ledningssystemet.

Hög följsamhet till ”den röda tråden” eftersträvas och ska säkerställa att ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete fungerar inom landstinget, med kommunerna och bl. a Norrlands universitetssjukhus. Egenkontrollen sker kontinuerligt och systematiskt per april, augusti och december månad. Genom den grundläggande värderingen att snabbt kunna reagera på resultat underlättas verksamhetens möjlighet att styra det kontinuerliga förbättrings- och patientsäkerhetsarbetet både kort- och långsiktigt.

Patientsäkerhetsarbetet utvärderas kontinuerligt i sjukvårdens ledningsgrupp genom att bland annat redovisa resultaten.

#### Exempel på uppföljning/utvärdering på divisions- och verksamhetsnivå;

- Divisionens länschefer/verksamhetschefer får kontinuerligt rapport och analyser från verksamhetsrådets avvikelsegrupper som regelbundet går igenom de samlade avvikelser i Synergi. Vid allvarigare händelser görs händelseanalys som återrapporteras till berörda verksamheter och chefer.
- Rutiner för avvikelshantering innefattar roller och ansvar för avvikelshanteringsprocessen. Alla kan och ska skriva avvikelser. Avvikelse analyseras och uppföljning sker på alla nivåer från den enskilde medarbetaren till ledningsnivå.
- Divisionens verksamhetsutvecklare har ett övergripande ansvar för patientnämndsärenden, PPM mätningar, följsamhetsmätningar och avvikelshantering som följs upp och rapporteras till ledningsgruppen samt till verksamheterna.
- Vid divisionschefens tertiär dialog med läns/verksamhetscheferna diskuteras följsamheten till målen i divisionsplanen där patientsäkerhetsmålen diskuteras.
- Divisionens ledningssystem är uppbyggt utifrån LEAN filosofi/struktur och innefattar tillgängliga styrdokument som divisionsplan och styrkort för verksamhetsområde LAB och BFM, lokal planering och arbetsledning samt länsgemensamma och lokala rutiner. Uppföljning sker i dagliga möten vid styrtavla, arbetsplatsträffar och ledningsgruppsmöten.
- Vårdskador mäts genom uttag av statistik ur avvikelshanteringssystemet Synergi, ärenden inkomna från Socialstyrelsen, Lex Maria och ärenden från Patientnämnden. Påbörjat är också arbetet med journalgranskning med metoden "markörbaserad journalgranskning" i syfte att identifiera vårdskador.

## Genomfört patientsäkerhetsarbete och förbättringsåtgärder

Landstinget har deltagit i samtliga delar i den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet.

### Vårdrelaterade infektioner

Trots strukturerat förbättringsarbete på verksamhetsnivå med målet om hög följsamhet till evidensbaserade åtgärder och landstingets hygienpolicy samt ledningens engagemang har målet att minska vårdrelaterade infektioner inte uppnåtts.

#### Exempel från verksamheten

- Hygienfrågor har hög prioritet, verksamheterna bedriver ett kontinuerligt förbättringsarbete. Vid medarbetarsamtal diskuteras och undertecknas "hygienkontrakt", spridning av filmen och skriften "Stopp för smitta och smittspridning" har skett. Vid ett länsdelssjukhus finns idag ett gemensamt beslut inga rockar med lång ärm finns att tillgå. Många har tagit hjälp av vårdhygien i utbildningssyfte under 2012.
- Ortopedin och akutsjukvården deltog under 2012 i PRISS Revision (protesinfektioner ska stoppas) Revisionen, genomfördes i hela vårdkedjan, för patienter som opereras för en höft- eller knäplastik.
- Inom processen "Att städa" togs under 2011en gränsdragningslista fram mellan städverksamhetens uppdrag och vårdens uppdrag. Listan slutreviderades under 2012. Med utgångspunkt av gränsdragningen har säkerställande av rutiner mellan vårdpersonal och lokalvårdare specifikt på operationsenheten slutförts vid två av länets sjukhus. Gränsdragningslista för städning inom Folkandvården är färdigställd.
- De enheter som deltagit i VRISS fortsätter att mäta och följa sina data.
- Specifika städrutiner har tagits fram i samband med hemtagning av transplanterade patienter från Norrlands Universitetssjukhus, detta för att säkerställa rätt rumshygienstandard för denna patientkategori.
- Åtgärder för att minimera legionellatillväxt har utförts i på ett sjukhus med mycket bra resultat. Projektet kommer att fungera som en modell för framtida ombyggnationer.
- Hygienregler enl SOSFS 2007:19 för medarbetare inom Länsteknik som vistas på vårdavdelningar har införts. Detta innebär att servicepersonalen ska använda

Förbättringsarbetet har fokuserats på att förebygga postoperativa sårintektioner, urinvägsinfektioner samt infektioner vid användning av kärlkatetrar. Några exempel är; alla medarbetare ska ha sett filmen "Stopp för smitta och smittspridning" som är producerad av vårdgivaren, utbildning i förbättringskunskap för enhetschefer där åtgärdsprogrammet ingår som obligatoriska uppgifter.

För att utveckla funktionen Antibiotika ansvarig läkare i landstinget har Strama NLL 120319 fått uppdrag att utbilda och stärka de personer som utsetts till antibiotika ansvariga läkare på länets vårdcentraler och kliniker och i samverkan ta fram rutiner för insatsen. Två möten har genomförts under 2012.

Arbetet med att införa det nationella infektionsverktyget har startat och uppfyller kraven i patientsäkerhetsöverenskommelsen.

### **Fall, trycksår och undernäring**

Arbetet med att förebygga fall, trycksår och undernäring har pågått sedan 2007. I stort sett all verksamhet i slutenvård deltar i nationella kvalitetsregistret Senior Alert, nationellt kvalitetsregister, som visar på både riskbedömningar och insatta åtgärder.

#### **Exempel från verksamheten;**

- De flesta av verksamheter uppger att de implementerat åtgärdsprogrammet gällande trycksår, fall och fallskador. De uppger även att rutiner finns som säkerställer att riskbedömningar, registrering och utvärderingar av fall, trycksår och undernäring genomförs kontinuerligt

Inom ramen för den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet har aktiviteter genomförts i och med kommunerna t ex utbildning i Sveriges Kommuner och Landstings åtgärdsprogrammet för att förebygga trycksår, fallskador och undernäring. Gemensamma utvecklingsledare från kommun och landsting ansvarar för att ge stöd, information och utbildning.

### **Säker läkemedelshantering**

För att höja patientsäkerheten och skapa förutsättningar för säkrare läkemedelsanvändning påbörjades 2011 ett arbete med klinikapotekare som kompetensstöd på några av de verksamheter som behandlar äldre patienter, som använder många läkemedel. Detta arbete har utvecklats och utökats med ytterligare en klinikapotekare.

Arbetet med att upprätta länsgemensamma riktlinjer för Läkemedelsgenomgång och Läkemedelsberättelse är påbörjat och ligger nu i startgroparna för implementering. Syftet är att åstadkomma säkrare läkemedelsanvändning för våra patienter. Riktlinjerna utgår från Socialstyrelsens författning för läkemedelshantering (SOSFS 2000:1).

#### **Exempel från verksamheten;**

- Barnsjukvården har arbetat med framtagande av läkemedelsmallar för läkemedelsmodulen i det vårdadministrativa systemet VAS. Målet är att kunna ordinera alla läkemedel elektroniskt på ett patientsäkert sätt. Utbildningarna fortsätter under 2013.

### **Bemötandefrågor alltid i fokus**

Patientens upplevelse av ett gott bemötande och rätt tillgänglighet är en förutsättning för patientcentrerad vård. Värdegrunds- och bemötandefrågor har därför under lång tid varit ett prioriterat område.

I och med implementering av patientsäkerhetslagen har värdegrundsfrågorna och klagomålshantering åter tagits upp med verksamheterna och en internkontroll visar att följsamheten till klagomålshandlingen successivt förbättras i alla divisioner. Alla divisioner har mål och mått för bemötande i sina divisionsplaner och verksamhetsplaner.

Under 2012 bildades ett övergripande ”Etik råd” och ”Etikombud” har utsetts på verksamhetsnivå. De får nu fortlöpande utbildning, stöd samt möjlighet till nätverksträffar. Syftet med etiska ombud är att på ett systematiskt

sätt medverka till att identifiera, analysera samt lyfta fram etiska frågeställningar och etiska problem på arbetsplatserna.

Det görs många och mycket bra aktiviteter ute i länet för att förbättra bemötandet. Det som saknas är ett trendbrott som visar att bemötandet förbättras och stabiliseras över tid.

#### **Exempel från verksamheten;**

- Inom processen "Att ge kundnära service" har receptionspersonalen tidigare genomgått ett certifieringsprogram, för att kunna erbjuda patienter och närstående en motiverad och kundserviceinriktad personal.
- Under 2012 har initiativ tagits till att alla telefonister ska få utbildning i VAS som används vid patientförfrågningar. Utbildningarna har genomförts under 2012
- För patienter som vårdats på intensivvårdsavdelning finns möjlighet att göra ett återbesök efter utskrivning från sjukhuset. Patienten får också sin "dagbok" som skrevs under vårdtiden samt har möjlighet att ställa frågor, se vådrummet och träffa sjukvårdpersonalen som vårdade patienten.
- Kartläggning över följsamhet till barnkonventionen är genomförd och riktlinjer gällande barn som anhöriga är utarbetade. Barnombud är utsedda i verksamheterna samt utbildning för dessa och övrig personalen är påbörjad.
- Inom ex. kvinnosjukvården och VO kirurgi och har man tagit fram ett värdegrundspel som bygger på synergiavvikelser om bemötande, kommunikation, respekt och ansvar. Spelet finns tillgängligt och används på arbetsplatsträffar och planeringsdagar.
- Inom psykiatri har all personal under året fått utbildning i hot och våldssituationer där fokus har legat på bemötande.

### **Kommunikation & information**

En orsak till vårdskador i Norrbotten är brister i kommunikation och informationsöverföring mellan hälso- och sjukvårdsspersonal, olika vårdnivåer och mellan hälso- och sjukvårdspersonal, patient samt närstående. För att åtgärda bristerna har fokus lagts på hög patientmedverkan i patientsäkerhetsarbetet.

Patientens väg genom vården. Löper oftast över flera organisatoriska gränser (kliniker) där en organisatorisk enhet kan vara en del i processen. Behovet av ett stöd för struktur och regelverk kring dokumentstyrning/hantering i verksamheten har lett till att VIS – verksamhetens informationssystem, har utvecklats av Norrbottens läns landsting under ett antal år. Dokumenthantering för vården, VIS vård, ska göra vårdrelaterad, som ligger utanför journalsystemet, tillgänglig inom hela verksamheten. På varje nivå i landstingets hälso- och sjukvård ska de viktigaste vårdprocesserna beskrivas med avseende på vad som ska göras, när det skall göras och vem som ska göra det.

#### **Exempel på verksamhetens förbättringsåtgärder:**

- SBAR är ett standardiserat arbetssätt för säker kommunikation som är särskilt användbart vid överrapportering. Utbildning/planering för implementering av SBAR har påbörjats under 2010, förfinats och spridits under 2011 för att under 2012 fortsatt implementering samt utbildning i SBAR mot patienter. SBAR används både i den muntliga informationsöverföringen men även som struktur för läsrapporter på en del enheter
- Metoden Teach Back har börjat introduceras och går ut på att Hälso- och sjukvårdspersonal får en bekräftelse att den information som getts till patienterna är klar och förstådd.
- För att säkra information- och kommunikationsöverföringen mellan patologen, mammografin och kirurgen, har rutiner och standardhanteringen internt samt analyskedjan har förbättras och stärkts. Ett konkret resultat av en händelseanalys.
- På flera enheter/verksamheter har man genomfört genomgång av kvaliteten på remisser och på hur remisshanteringen fungerar.
- Divisionens verksamheter har genom informationskampanjer fortsatt att verka för att patienter som opereras elektivt, blir rökfria före ingreppet. Patienterna erbjuds stöd för rökavvänjning inom primärvården



## Patientsäkerhetskultur

En grundläggande Patientsäkerhetsutbildning har publicerats och finns upplagd på landstinget intranät. Utbildningen omfattar sex områden som med bildspel ger en grundläggande kunskaper i patientsäkerhet. Materialet kan delas upp och visas var för sig vid personalmöten eller användas i sin helhet i samband med utbildnings- eller planeringsdag och vid introduktion av nyanställd personal. Utbildningspaketet har påbörjats på flera verksamheter inom landstinget under hösten 2012.

Maj 2011 genomförde landstinget en patientsäkerhetskulturmätning. Resultatet visade att åtgärder behövde vidtas. En handlingsplan upprättades och fyra förbättringsområden prioriterades.

- Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete
- Skapa förutsättningar för läkare att delta i patientsäkerhetsarbete
- Höja svarsfrekvens vid nästa mätning
- Öka benägenheten att rapportera händelser

### Exempel på förbättringsåtgärder utifrån handlingsplanen

- Patientsäkerhet ska vara en obligatorisk punkt på dagordningen för ledningsgrupper på alla nivåer.
- Ansvarig chef för läkargruppen måste skapa förutsättningar för läkarmedverkan i patientsäkerhets- och förbättringsarbete.
- Noggrann tidsplanering bl.a. i förhållande till medarbetarenkäten och andra aktiviteter
- Varje verksamhetsområde ska inom sitt område identifiera och beskriva vad som ska rapporteras som avvikelse utifrån allmänna råd SOSFS 2005:28. Anmälningsskyldighet enligt Lex Maria
- I avsikt att stödja och stimulera verksamhetens utveckling i patientsäkerhetskunskap och säkerhetskultur genomför divisionen årliga nätverksträffar för avvikelseansvariga på varje sjukhus. Dessa årliga nätverksmöten är ett forum där deltagarna delar med sig av sina erfarenheter av patientsäkerhetsarbete.

## Markörbaserad journalgranskning

Strukturerad journalgranskning är en etablerad metod för att identifiera skador som oftast inte uppmärksammas på annat sätt. Markörbaserad journalgranskning är en utveckling av den mest använda metoden

Med hjälp av strukturerad journalgranskning kan dolda vårdskador identifieras och ett mer kraftfullt arbete inledas för att minska riskerna för att patienter skadas.

## Överbeläggningar

Överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter har blivit allt vanligare. En analys av Socialstyrelsens tillsynsrapporter och en kunskapsgenomgång visar att överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter kan innebära allvarliga patientsäkerhetsrisker. Under hösten 2012 har landstingen börjat mäta och rapportera överbeläggningar och utlokalisering av patient till en nationell databas.

## Standardiserade arbetssätt

En standard kan sägas vara ”en överenskommelse om lösning på ett ofta återkommande problem.” I allt väsentligt syftar standardiseringen inom vårdsektorn till höjd patientsäkerhet och kvalitet.

#### Exempel på verksamhetens förbättringsåtgärder:

- Framtagandet av nya standardvårdplaner ur ett jämställdhetsperspektiv har pågått och det finns nu sex färdiga standardvårdplaner inom divisionens verksamhetsområden. Minst lika många standardvårdplaner är under arbete.
- Utbildning i ALERT (A (airway), B (breathing), C (circulation), D (disability) och E (exposure) har genomförts på Sunderby sjukhus av personal från Akutsjukvården. Utbildningen fokuserar på omhändertagande av svårt sjuk patient på vårdavdelning och har som mål att utbilda yngre läkare och sköterskor i att förutse, identifiera, förebygga och behandla patienter i riskzon att utveckla kritisk sjukdom. Syftet är att på så sätt reducera risken för en ytterligare försämring och minimera antalet icke förväntade hjärtstillestånd på vårdavdelning.
- Förbättringsarbetet "Bättre flyt för den akuta patienten" har pågått på IVAK i Kalix och det har skett förbättringar i och med att akuta patienter får komma direkt till röntgen på dagtid när remiss är skriven och patienter som kommer från annat sjukhus kan skrivas in direkt på vårdavdelning.

## Samverkan för att förebygga vårdskador

Arbetet har fokuserats på att förbättra processer som berör "vårdens övergångar" i egen verksamhet, med kommunerna, regional sjukvård samt privat verksamhet.

Norrbottnens läns landsting är ansluten till den Nationella patientöversikten (NPÖ) och kan visa på en bred användning i förmågan att ge och ta emot information. NPÖ gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra vårdgivare.

I hälso- och sjukvårdslagen från 1 juli 2010 ges verksamhetschefen ett tydligare ansvar för att patientens behov av trygghet, samordning, kontinuitet och säkerhet i vården tillgodoses. Om det behövs eller om en patient begär det ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten. För personer i ordinärt boende utses den fasta vårdkontakten bland hälso- och sjukvårdspersonal inom landstinget och för särskilda boendeformer utses denna inom kommunen. För personer med livshotande tillstånd ska verksamhetschefen utse en legitimerad läkare som fast vårdkontakt.

#### Exempel på verksamhetens förbättringsåtgärder:

- Norrbottens läns landsting är delaktiga i SKLs delprojektet som syftar till att utreda och analysera på vilket sätt införandet av Nationell Patientöversikt i landstingen kan påverka och förändra arbetssätten i kommunerna. Målet är att säkerställa att vård- och omsorgspersonal alltid har tillgång till ändamålsenlig och kvalitetssäkrat information på ett effektivt sätt. Delprojektet pågår under 2012
- Landstingets patientjournalssystem VAS har CE märkts under år 2011 som medicinteknisk produkt och division Länsteknik har blivit tillverkare. Patientjournalssystemet uppfyller nu de kriterier för säkerhet som beskrivs i regelverket för medicintekniska produkter.
- Inom laboratoriemedicin och mikrobiologi har ett gemensamt datasystem implementerats under 2012. Det innebär fullständig spårbarhet av elektroniska remisser och provsvar
- Man genomför numer också vårdplanering via CMA-teknik. Det innebär att distriktsläkare vid behov kan delta i vårdplanering, utan att behöva åka till sjukhuset
- Myndighetssamverkan mellan polis, åklagarmyndighet, socialtjänst, skola och landsting. Två handlingsplaner är utarbetade gällande Våld i nära relationer och Hedersrelaterat våld samt informationsbroschyr för våldsutsatta kvinnor.
- Divisionen har deltagit tillsammans med externa verksamheter i syfte att förbättra samverkan kring den enskilde som har behov av gemensamma insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten/kommunen.
- Samverkan sker via vårdplanering och kontinuerliga uppföljningsmöten med kommunen, andra vårdenheter, samt genom samverkan mellan vårdcentralerna och även med privata vårdgivare. Till sin hjälp i detta arbete finns verktyget Meddix.
- Ny rutin för Sekretess i vården har utarbetats i samverkan mellan patientsäkerhet, personalenheten och informationssäkerhet. Implementering pågår dels genom en film som illustrerar olika vardagliga situationer samt föreläsningar.

- Psykiatrien Sunderbyn och primärvården har samverkansmöten fyra gånger per år med syfte att utveckla samarbetet gällande bland annat remisshantering och läkemedelsadministrering.

## Uppföljning genom egenkontroll

### Avvikelsehanteringsprocessen

Ett av vårdgivarens absolut viktigaste verktyg i patientsäkerhetsarbetet är högsta möjliga följsamhet till avvikelsehanteringsprocessen.

Inom några divisioner har en lokal rutin för händelseanalysarbete införts. Ett antal personer har utsetts och utbildats för att fungera som analysledare. På vissa sjukhus ingår dessa personer i divisionsövergripande analysteam.

#### Exempel på divisionernas arbete;

- Inom Länsteknik följs vårdavvikelser upp av utsedda avvikelseansvariga. Uppföljning och utvärdering sker även genom teknikronder och säkerhetsdialoger med vårdverksamheter.
- Kvalitetssäkring av avvikelserapporterna och dess handläggning.
- Internrevisioner av egenkontrollprogrammet inom kostverksamheten har påbörjats under 2011. Resultatet visar att både vårdavdelningar och kök arbetar vidare med egenkontrollprogrammet med samsyn för att den maten vi serverar till våra patienter ska vara säker.
- Egenkontrollprogram av vårdhygienisk standard ska genomföras årligen och följsamheten till detta är god inom specialistsjukvården.
- Under året deltog Kirurgen i Projektet Säker Bukkirurgi som i korthet går ut på att man går igenom verksamheten utifrån ett antal frågor och gör en s.k. självvärderingsrapport. Frågorna handlar om vilka rutiner och efterlevnad av dessa man har för ur komplikationssynpunkt väsentliga aspekter. Rapporten granskas av ett tvärprofessionellt revisorsteam. Uppgiften är att identifiera förbättringsmöjligheter. Ett platsbesök med intervjuer av medarbetare på olika nivåer ingår för att fördjupa analysen. Revisorer och LÖF var nöjda med Kirurgen och uttryckte hade ett mycket bra patientsäkerhetsarbete
- Intern kontroll av remisshanteringen genomförts regelbundet inom flera verksamheter.
- Logg-kontroller genomförs regelbundet av personalens åtkomst till patientjournal.

### Nationella kvalitetsregister & öppna jämförelser

Grundtanken är att oavsett vem som tillhandahåller vård behövs kontroll på egna resultat, följa dem över tid och jämföra med andra liknande verksamheter. Utöver detta behövs kunskap om hur verksamheten kan förbättras. Genom att resultaten från kvalitetsregistren och öppna jämförelser används i kliniskt arbetet skapas förändringstryck vilket också avspeglas i divisionernas förbättringsarbete.

#### Exempel från verksamheten;

- Vuxenpsykiatrien deltar sedan i höstas tillsammans med ett par andra psykiatriska verksamheter i landet i ett nationellt pilotprojekt som syftar till att utveckla arbetet med inrapportering och analys av kvalitetsregisterdata.
- Landstinget deltar i mer än 40 olika kvalitetsregister, indikatoransvariga finns för flertalet områden. Riktlinjer för hur vi arbetar med kvalitetsregister/Öppna jämförelser finns på flera divisioner. Respektive indikatoransvarig tolkar och analyserar data i kvalitetsregister/öppna jämförelser och identifierar förbättringsområden samt sammanställer detta i en skriftlig rapport med åtgärdsförslag. Analys och åtgärdsförslag ska presenteras till resp. VO-ledning. I uppdraget ingår även att initiera och bidra till förbättrings- och utvecklingsarbete inom området.
- Folkandvården håller på att ansluta sig till ett kvalitetsregister för karies och parodontit.
- Under hösten 2012 har fem enheter inom medicin deltagit i en uppföljning gällande Senior alert med lärande seminarier och eget arbete under ca 3 månader.
- Alla relevanta enheter registrerar i palliativregistret. Några har påbörjat förbättringsarbeten med fokus på smärtskattning och brytpunktsamtal.
- Munvårdsutbildning för munvårdsansvariga vid vårdenheterna på Sunderby sjukhus och i länets kommuner

## Målgruppsundersökningar

En av landstingets grundläggande värderingar är samverkan med patienter, närstående, studenter samt kunder inom lästeknik och service. I dessa målgrupper görs målgruppsundersökningar i syfte att kunna styra och leda verksamheten i ett patient- och kundfokuserat perspektiv.

Norrbottnens läns landsting har från år 2011 anslutit sig till Nationell Patientenkät. Syftet med enkäten är att använda resultaten i det egna förbättringsarbetet. Det är därför angeläget att få så hög svarsfrekvens som möjligt och därför är det också viktigt att berörda enheter marknadsför enkäten bland patienterna. Under 2012 har följande divisioner medverkat i den Nationella Patientenkäten;

- Primärvård (hösten 2012)
- Psykiatri öppenvård och slutenvård (våren 2012)
- Specialiserad sjukhusvård öppenvård och slutenvård (våren 2012)
- Akutmottagningar (hösten 2012)

### Exempel från verksamheten;

- Division Vuxenpsykiatri har under flera år genomfört patientenkäten. 2012 års nationella patientenkät sammanställdes och det gjordes ett utplock av resultat och synpunkter och anslag sattes upp i väntrummen på kliniken.
- Inom division opererande har handlingsplan utarbetats utifrån resultatet från den nationella patientsenkäten.
- Patientenkäter har genomförts i samband med verksamheternas genomgång av vårdprocesser samt vid uppföljning av data till patientregister. Några enheter har även genomfört landstingets egen patientenkät som är på väg att utrangeras. Kundkontakter och kunddialog med andra discipliner sker kontinuerligt.
- Kundenkäter där patienter är en målgrupp används inom kostverksamheten, patienthotell och receptioner. Syftet är att höja kvaliteten på tjänsterna.

## Patientnämnden och patientsäkerhet

Alla verksamheter har ett nära och bra samarbete med patientnämnden och dess verksamhet. Genom att alla divisioner har kontinuerliga möten med patientnämnden diskuteras ärenden, processerna och resultaten. Patientnämnden är även representerad i Patientsäkerhetsrådet. Detta möjliggör kontinuerligt samarbete genom bevakning, analys och informationsutbyte.

### Exempel från verksamheten;

- Patientnämndsärenden behandlas och analyseras av verksamhetschefen för den klinik ärendet berör.
- Samverkan med Patientnämnden sker bland annat i dialog med divisionschef och verksamhetsutvecklare.

## Revisorerna i patientsäkerhetsarbete

Revisorerna har under 2012 gjort ett antal revisioner som berör patientsäkerhetsområdet.

- semesterplaneringen inom landstinget
- läkemedelsrutiner inom den slutna barnsjukvården

### Exempel från verksamheten;

- Revisionsrapport om den semesterplaneringen visade att trots brister vad gäller bemanning prioriterades patientsäkerheten. En ökning av fallskador observerades men antalet patientrelaterade avvikelser ökade inte under sommarmånaderna. Vidare uppgavs att dokumentationen i patientjournalerna försenades.
- Revisionsrapporten om läkemedelsrutiner inom den slutna barnsjukvården visade behov av doseringsmallar på de vanligast förekommande läkemedlen eftersom de flesta läkemedel inte är anpassade för små barn. Helhetsbedömningen var att läkemedelshandlingen inom de båda granskade enheterna är tillräckligt patientsäker men att det finns förhållanden där förbättringar kan göras. Förbättringsåtgärder pågår.

- Inom processen Att städa togs under 2011 en gränsdragningslista fram mellan städverksamhetens uppdrag och vårdens uppdrag. Listan slutreviderades under 2012. Med utgångspunkt av gränsdragningen har säkerställande av rutiner mellan vårdpersonal och lokalvårdare specifikt på operationsenheten slutförts vid Sunderby sjukhus och Piteå äldvårdssjukhus. Gränsdragningslista för städning inom Folkandvården är färdigställd

## Riskhantering

### Riskanalyser

Syftet med riskanalyser är att identifiera och värdera risker, identifiera orsaker till dessa och ta fram åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna eller mildrar konsekvenserna av en negativ händelse. Att analysera risker är ett framåtsyftande arbete för att vidta förebyggande åtgärder innan något har hänt. Under 2012 har en pilotutbildning i riskanalys inom Norrbottens läns landsting startat enligt metoden Healthcare Failure Mode Effect Analysis. Sammanlagt har 25 riskanalyser genomförts på verksamhetsnivå under 2012.

### Riskbedömningar

Verksamheterna använder ett flertal verktyg för riskbedömningar inom t ex narkos, operation och vuxenpsykiatri.

Reflekterande samtal med riskbedömning är en del av det dagliga arbetet.

#### Exempel från verksamheten;

- VAS har under 2012 släppt fem nya versioner och alla har föregåtts av riskanalyser som i flera fall resulterat i att potentiella risker upptäckts och kunnat förebyggas.
- Det görs riskbedömningar i mindre skala inför ingrepp/operationer där frågan "Vad finns det för risker med detta" ställs och besvaras.
- Riskbedömning för fall, trycksår och nutrition genomförs systematiskt på alla patienter över 65 år inom divisionens verksamhet.
- Flera enheter använder sig av dagliga riskbedömningar när det gäller tillsynsgraden till patienter med behov av ökad tillsyn.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Sedan 2006 finns Generella riktlinjer för avvikelshanteringsprocessen och internkontroller visar hög följsamhet. I januari 2012 uppdaterades riktlinjedokumentet i enlighet med SOSFS 2011:9.

Sedan 2008 finns ett IT stöd för rapportering, analys, förbättringsarbete och lärande.

#### Exempel från verksamheten;

- I Psykiatrin utreds, sammanställs, analyseras och återkopplas avvikelser på lokal nivå och på divisionsnivå av patientsäkerhetsutredaren som återkopplar till divisionsledningen som också beslutar om vilka åtgärder som skall vidtas.
- På enhetsnivå ansvarar enhetschefen eller annan utsedd avvikelseansvarig för analys av avvikelser. I avvikelsegrupperna som finns på enheterna sker uppföljning och genomgång regelbundet av inkomna avvikelser för att upptäcka trender och föreslå åtgärder inom bristområdet. Vid allvarigare händelser ger verksamhetschefen uppdrag att händelseanalyser ska göras och beslutar i samråd med chefläkare om Lex Maria anmälan är aktuellt.
- Alla ska vid anställningens början introduceras i rutiner för avvikelshantering. Många enheter har som rutin att vid varje arbetsplatsträff gå igenom avvikelserna och diskutera vad som kan förbättras, sätta in åtgärder samt utvärdera dessa. En rapporterad risk eller *avvikelse ska följas av snabb återkoppling för att enheten ska bygga vidare på en öppen säkerhetskultur där syndabockstänkandet har ersatts med systemtänk*

## Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål omhändertas i möjligaste mån i verksamheten enligt landstingets rutiner för klagomålshantering.

När/om inte klagomålet kan lösas i verksamheten ska alltid patient/närstående informeras om att de kan vända sig till Patientnämnden. Det personliga mötet är alltid att föredra vid återkoppling till den klagande. Vid vårdskada ska vägledning *När en skada inträffat i vården* för personalen och *Vid skada i vården* för patienten och/eller LÖF:s rekommendationer användas.

Om/när patienten lämnat sitt klagomål enligt Enskilda klagomål ska verksamhetschefen ha sådana rutiner att begärda handlingar, journaler och yttranden med mera skickas till Socialstyrelsen inom den tid som angett. Socialstyrelsen gör utredningen.

### Exempel från verksamheten;

- Inom Psykiatrin träffar verksamhetschef om möjligt alla patienter och anhöriga som har klagomål av något slag. Vid brukarrådet har brukarorganisationerna möjlighet att ta upp synpunkter på vården, vilket de gör. Ärenden från patientnämnden och socialstyrelsen som inkommer till verksamhetschefen utreds, analyseras och återkopplas av verksamhetschef samt av chefsöverläkare om klagomålet har innehåll av medicinsk karaktär.
- Registrering av externa avvikelser i IT-stödet ger en samlad bild och ett underlag för analys och förbättringsarbete. Dessa rutiner testas inom flera verksamhetsområden.
- Divisionsstaben gör årligen en sammanställning av inkomna ärenden. Patientklagomål ska enligt våra rutiner rapporteras i IT stödet men detta fungerar ännu inte fullt ut och informationsåtgärder för att förbättra följsamheten till rutinerna pågår.
- Ärenden som är anmälda till Socialstyrelsen kommer till divisionen för kännedom och omhändertas i verksamheten. Årligen sammanställs och presenteras ärendena för divisionsledningen.
- Patientnämndsärenden inkommer till divisionsledningen per tertiäl och år, sammanställs och läggs ut på verksamhetens hemsida. Antalet vårdskador, synergiärenden sammanställs och återfinns i tertiäl och årsrapport.

## Samverkan med patienter och närstående

Patientens roll och erfarenhet spelar en central roll i utveckling av verksamheten. Sedan lång tid tillbaka har patientnöjdhet mätts på olika sätt. Dock finns mycket kvar att göra tills vi har förhållningssätt, rutiner och arbetsätt som bekräftar vad patienter och närstående tänker, tycker och upplever.

### Exempel från verksamheten;

- Patient/närstående medverkar i händelseanalyser men former för att involvera dem i det förebyggande arbetet ex riskanalyser, har inte nåtts ännu.
- Divisionen har tillsammans med externa verksamheter förbättrat samverkan kring den enskilde patienten som har behov av gemensamma insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten/kommunen.
- Samverkan med närstående är en viktig komponent i vården som bedrivs. Vid negativa händelser eller risker får patienten också uttrycka sin åsikt och när det bedöms vara viktigt så skall det också finnas kontakt med närstående.
- Inom Psykiatrin sker samverkan med brukarorganisationer som bjuds in till samverkansmöten 1 gång per termin.
- Patientutbildningar har genomförts för patienter med bipolär sjukdom samt utbildning för närstående till patienter som genomgår DBT-behandling
- Filmer där patient och närstående har varit delaktiga har producerats av vårdgivare.
- Som en följd av ett patientförslag har inom Folkandvården rutiner rörande omhändertagandet av patienter som står på Waranbehandling tagits fram.

## Struktur

### Nätverk, utbildning, patientsäkerhetskonferenser

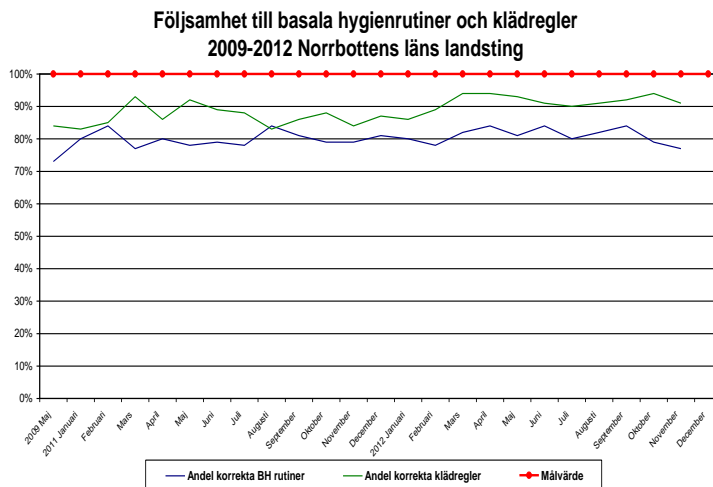
Nätverk	Omfattning
Nätverk för risk-/händelseanalyser och patientsäkerhet	Landstingsövergripande
STRAMA - Norrbotten läns landsting	Landstingsövergripande
Patientsäkerhetsrådet	Landstingsövergripande
Chefläkarkollegiet	Landstingsövergripande
Strålskyddsorganisation	Landstingsövergripande
Inspiration Mätning av BHR och VRI	Landstingsövergripande
Etiknätverk	Landstingsövergripande
Bamombud	Landstingsövergripande
Kontaktpersonsnätverk Patientsäkerhet	Nationellt
Nätverksgrupp patientsäkerhet	Division läns teknik
Avvikelsehanteringsprocessen och patientsäkerhet/händelseanalyser	Division Medicin & Psykiatri
Utbildningar	Omfattning
<ul style="list-style-type: none"> <li>Strukturerad journalgranskning</li> <li>Risikanalytutbildning (pilot)</li> <li>Grundläggande patientsäkerhetsutbildning</li> <li>Förbättringskunskap enhetschefer</li> <li>Etikombud</li> <li>Bamombud</li> <li>Utbildning i patientsäkerhet för ST och AT läkare               <ul style="list-style-type: none"> <li>AT läkarna, vid introduktion</li> <li>ST läkarna under utbildning</li> </ul> </li> <li>Seminarier – Att känna otillräcklighet &amp; samvetsstress i vårdarbetet</li> </ul>	Landstingsövergripande
<ul style="list-style-type: none"> <li>Årlig patientsäkerhetsdag för chefer, kvalitets- och avvikelseansvariga</li> <li>SBAR</li> <li>Kvalitetssäkring av patientnära analyser – 800 utbildade i preanalys</li> <li>Patientsäkerhet – föreläsning på alla enheter</li> </ul>	Division Diagnostik
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortbildning inom folktandvården för att bibehålla/öka medarbetarnas kompetens, tandläkarna (ca 140 st) har år 2012 genomfört ca 750 utbildningsdagar och tandhygienisterna (ca 90 st) 460 utbildningsdagar.</li> <li>Tekniska genomgång på samtliga divisionens röntgenapparater samt utbildning som klinikernas röntgenansvariga fått</li> </ul>	Folktandvården
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortsatt utbildning i riskhantering av medicintekniska produkter/system Utbildningar genomförs 2 gånger/år.</li> <li>Länsteknik Medicinsk Teknik håller utbildning i medicinteknisk säkerhet till vårdpersonalen. Under 2012 har 6 st utbildningar genomförts till vårdpersonalen inom landstinget.</li> <li>Riktad utbildning till medarbetare för att höja kompetensen för säkrare hantering av patientinformation som, via nätverk, färdas mellan olika medicintekniska produkter och informations medier.</li> </ul>	Division Länsteknik
<ul style="list-style-type: none"> <li>Teamutbildning i Senior Alert har genomförts där fem av divisionens enheter har deltagit.</li> <li>Medarbetare har genom internutbildning utbildats i avvikelsehanteringsprocessen. Återkoppling och lärande avseende inträffade händelser beskrivs som en viktig del i processen och i arbetet med att bygga en säkerhetskultur</li> <li>Utbildning SBAR och Patientsäkerhetsutbildningen</li> <li>Utbildning i palliativ vård på några enheter</li> <li>Vi ett länsdelssjukhus har man utbildat samtliga vårdavdelningar i LCP (standardvårdplan i livets slut)</li> <li>Utbildning av läkemedelsmallar för läkemedelsmodulen i VAS inom barnsjukvården</li> <li>CEPS-utbildning i samarbete med kvinnoklinik och anestesi klinik.</li> <li>Utbildning i IT – stödet Synergi erbjuds kontinuerligt under året, flera av divisionens avvikelseansvariga har genomgått dessa.</li> </ul>	Division Medicin
<ul style="list-style-type: none"> <li>Strukturerad utbildning och färdighetsträning inom verksamhetsspecifika områden har utförts och pågår ex: IVPA ("I väntan på ambulans"),</li> <li>RETTS, prioriterings- och beslutsstöd på alla akutmottagningar,</li> <li>CEPS, simulerad träning i omhändertagandet av ett nyfött sjukt barn under stressnivåer.</li> <li>SBAR</li> <li>Repetitions utbildning i uttag av rapporter och registrering i Senior Alert</li> </ul>	Division Opererande

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Munvårdsutbildning för munvårdsansvariga</li> <li>• Utbildning av all personal på IVAK i Gällivare i användandet av LUCAS</li> <li>• Personalen vid IVAK i Kiruna har utbildats i AMLS (Advanced Medical Life Support)</li> <li>• Akutsjukvården i länet har infört och utbildat i TILDA, ett Webbaserat utbildningsverktyg där man skapar, hanterar och följer upp utbildningar och kompetens hos personalen.</li> <li>• ÖNH / KÅK har genomfört en utbildningsdag i syfte att öka kunskapen inom det medicnrättsliga området</li> <li>• Repetitionsutbildning i följsamhetsmätning gällande Hygienpolicy.</li> <li>• Utbildning i "Senior Alert" för att registrera och ta ut statistik ur kvalitetsregister.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SBAR.</li> <li>• Utbildning av avvikelseansvariga på alla vårdcentraler i Synergi både grundutbildning och användarträffar</li> <li>• 13 utbildningar i Synergi, varav sex användarträff</li> <li>• Lean utbildning för chefer</li> <li>• Utbildning i händelseanalys och riskhantering</li> </ul>	Division Primärvård,
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Omfattande utbildningsaktiviteter har även bedrivits de senaste åren inom divisionen med syfte att utveckla det suicidpreventiva arbetet där vårdprogrammet nyttjas som grundläggande kompetensmaterial. Under året har detta kompletterats med en strukturerad mall för suicidriskbedömning</li> <li>• Ett regionalt utbildnings- och utvecklingsarbete pågår inom Psykiatri Luleå i nära samverkan mellan socialtjänsten och Sunderby vuxenpsykiatri under namnet Projekt IVAR.</li> <li>• Under året har 147 personer grundutbildats i metoden "Ett självständigt liv" (ESL), en metod för social färdighetsträning., varav 116 från kommunen och 31 från landstinget</li> <li>• Patientutbildningar har genomförts för patienter med bipolär sjukdom samt utbildning för närstående till patienter som genomgår DBT-behandling</li> <li>• Utbildning i avvikelshanteringssystemet</li> <li>• Utbildningar i Psykopedagogisk intervention riktad till familjer och IPT-k (Integrerad psykologisk terapikognitiv), ett träningsprogram för personer med allvarlig kognitiv funktionsnedsättning.</li> </ul>	Division Psykiatri
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inom processen Att ge kundnära service har initiativ tagits till att alla telefonister ska få utbildning i VAS som används vid patientförfrågningar. Utbildningarna har genomförts under 2012.</li> </ul>	Division Service
Utbildning i patientsäkerhet för Patientnämndens politiker	Vid ny mandatperiod
<b>Patientsäkerhetskonferenser</b>	
Regionala konferenser för patientmedverkan Sveriges Kommuner och Landsting	Luleå
Nationell kvalitetsregisterkonferens	Sveriges Kommuner och Landsting
Chefläkardagen	Patientförsäkringen LÖF

Ovanstående matris visar exempel på aktiviteter knutna till patientsäkerhetsarbete 2012



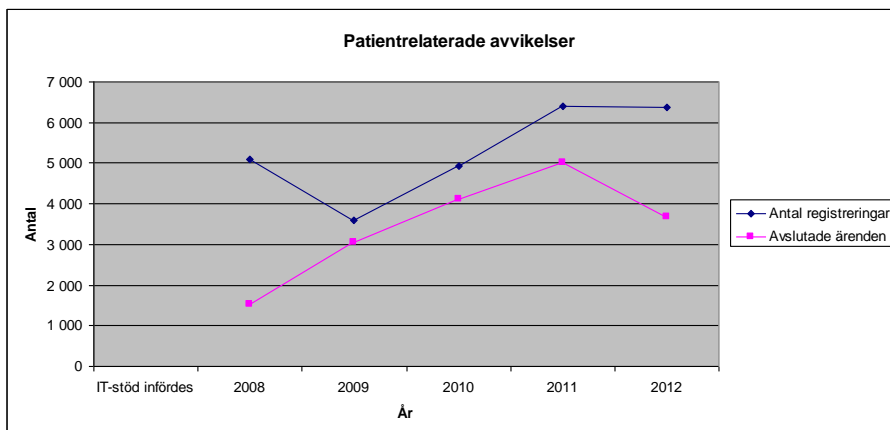
## Process



## Lex Mariaärenden, händelse- och riskanalyser, enskilda klagomål och patientnämndsärenden

	2012	
	Antal	Antal
Lex Maria	57	
Händelseanalyser	94	
Enskilda klagomål	219	
Risikanalyser	25	
Patientnämndsärenden	605	
	- Bemötande	212
	- Organisation/rutiner/resurser	142
	- Vård/behandling	251

## Avvikelsehanteringsprocessen



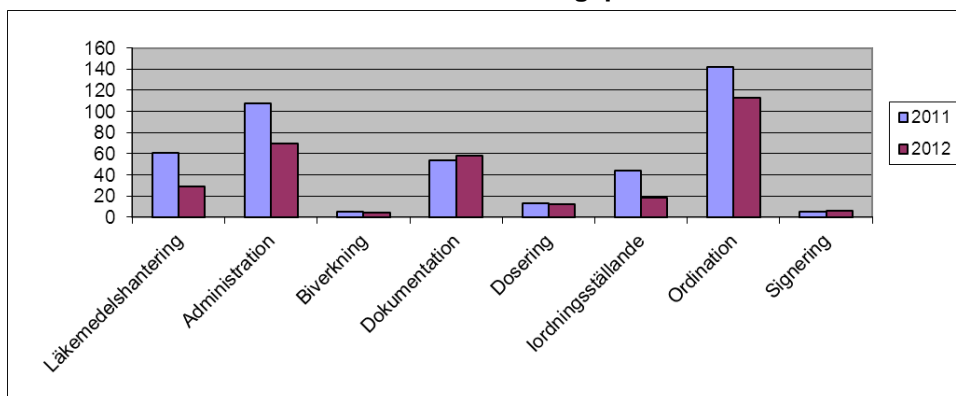
Källa: Databasen Synergi 2012

## Vanligaste förekommande avvikelserna

Typ av avvikelse	Antal
Dokumentation	776
Omvårdnad	581
Fall	500
Vård- och rehabprocessen	431
Läkemedelshantering	352
Informationsöverföring	350

Källa; Databasen Synergi 2012

### Avvikelser läkemedelshanteringsprocessen



Källa; Databasen Synergi 2012

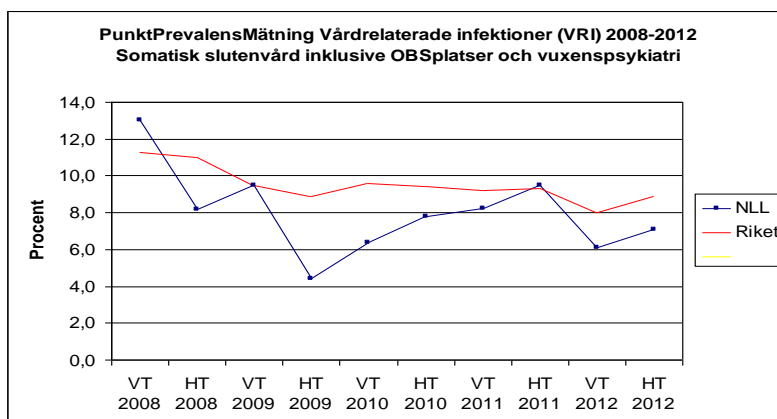
### Antibiotikaförskrivning

Division	2011 Jmf 2012
Öppenvård	Minskning 4,9 %
Slutenvård	Ökning 7,7 %

Källa; STRAMA uppföljning 2012

### Patientrelaterade resultat

#### Förekomst av vårdrelaterade infektioner



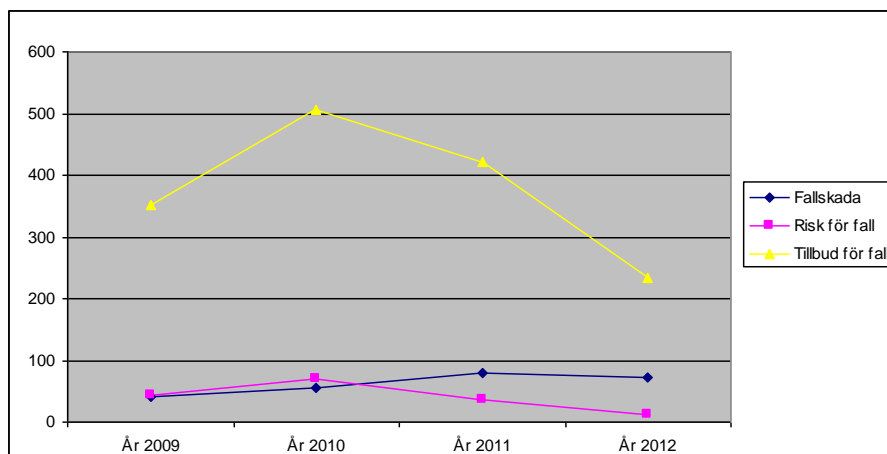
Källa; Punktprevalensmätning, SKL databas 2012

### Förekomst av trycksår

Tidpunkt	Antal patienter			Antal och andel patienter med trycksår		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Mar 2010	292	241	533	45 15,4 %	36 14,9 %	81 15,2 %
Okt 2010	313	258	571	50 16,0 %	32 12,4 %	82 14,4 %
Mar 2011	304	265	569	34 11,2 %	34 12,8 %	68 12,0 %
Okt 2011	293	248	541	37 12,6 %	38 15,3 %	75 13,9 %
Mar 2012	281	282	563	36 12,8 %	40 14,2 %	76 13,5 %
Okt 2012	268	235	503	44 16,4 %	36 15,3 %	80 15,9 %

Källa; Punktprevalensmätning, SKL databas 2012

### Förekomst av fall och fallskador



Källa; Databasen Synergi 2012

### Förekomst av vårdskador och allvarliga vårdskador

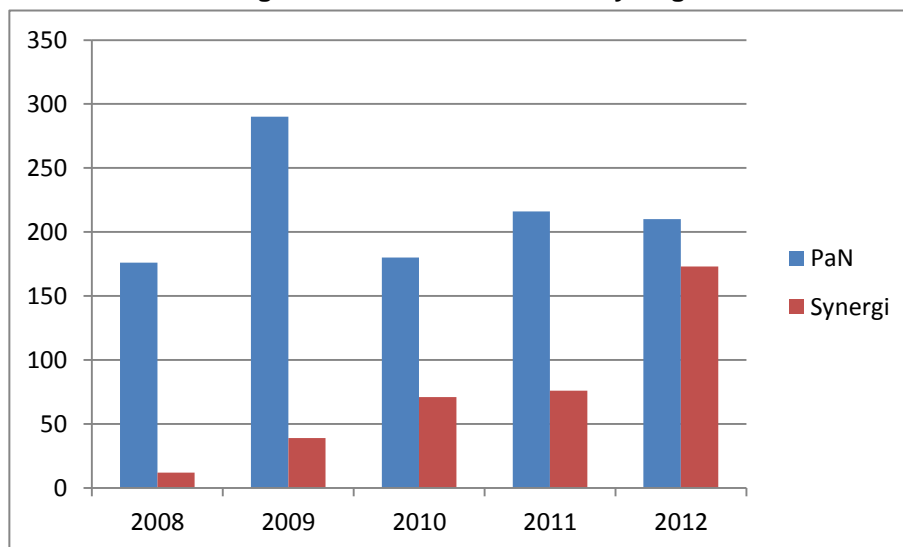
Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som

1. är bestående och inte ringa, eller
2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Vårdskador	2012
Behandlingskrävande skada med bestående men	21
Behandlingskrävande skada utan bestående men	112
Dödsfall	18
Ej behandlingskrävande skada som medfört obehag	230
<b>Totalt</b>	<b>381</b>

Källa; Databasen Synergi 2012

### Antal klagomål på bemötande till Patientnämnd (PAN) och klagomål registrerade som avvikelser i Synergi



Källa; Databasen Synergi 2012

## Måluppfyllelse

Mått	Mål	Måluppfyllelse
Andel vårdrelaterade infektioner hos inneliggande patienter (prevalensstudie)	< 5 %	Nej
Andel vårdrelaterade trycksår hos inneliggande patienter (prevalensstudie)	0 %	Nej
Andel fallskador hos inneliggande patienter som faller i samband med vård/behandling (databasen Synergi)	0	Nej
Patients upplevelser av bemötande	< 4 %	Nej

### Övergripande mål och strategier för kommande år

Norrbottens läns landsting har i ledningssystemet d v s *Landstingsplan 2012-2014* starkt fokus på patientsäkerhetsarbete i syfte att eliminera vårdskador.

Det långsiktiga arbetet fokuserar på att;

- förbättra patientsäkerhetskulturen med stöd i ledning och styrning av patientsäkerhetsarbetet
- minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner
- minska förekomsten av trycksår, fallskador och undernäring
- förbättra läkemedelshanteringen i hela läkemedelsprocessen
- öka patient medverkan
- stöd i systematiskt patientsäkerhetsarbete

Landstingets grundläggande värderingar präglas bland annat av långsiktighet, processorientering, ständiga förbättringar, snabba reaktioner och faktabaserade beslut.

De grundläggande värderingar ingår i strategierna att nå målet om att eliminera vårdskador.