**Upprättare:** Ulla Karin U Blom Ivarsson

# Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2017 Region Gävleborg

## Innehåll

Sammanfattning ....3
1. Övergripande mål och strategier ....4
2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten ....5
2.1.1. Regionens organisation för patientsäkerhetsarbetet ....5
Stödfunktioner för patientsäkerhetsarbetet ....7
3. Struktur för uppföljning/utvärdering ....9
3.1. Vårdskador och avvikelser ....9
3.2. Patientsäkerhetsronder/Dialoger ....9
3.3. Vårdhygien och Smittskydd ....10
3.3.1. *Smittskydd och antibiotikaförskrivning* ....10
3.4. Kvalitetsregister ....10
3.5. Stöd till medicinska verksamheterna vid användning av tekniska försörjningssystem ....10
4. Uppföljningar genom egenkontroller ....11
5. Hur kvalitet och patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomfört för att öka patientsäkerheten ....13
5.1. Vårdskador ....15
5.1.1. *Vårdrelaterade infektioner (VRI)* ....15
5.1.2. *Trycksår* ....15
5.1.3. *Fallskador* ....15
5.1.4. Läkemedelsrelaterade skador ....15
5.1.5. Journalgranskning ....16
5.2. Vårdflöden och processer ....16
5.3. Arbetsmiljö och kompetens ....18
6. Samverkan för att förebygga vårdskador ....18
7. Riskanalys ....19
8. Informationssäkerhet ....20
9. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet ....20
9.1. Avvikelser ....20
10. Klagomål och synpunkter ....21
10.1. Patientnämnden ....22
11. Samverkan med patienter och närstående ....23
12. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete ....24
13. Resultat ....24
13.1. Nationell patientenkät ....24
13.2. Markörbaserad journalgranskning ....25
13.3. Vårdrelaterade infektioner (VRI) ....25
13.4. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler ....26
13.5. Vårdhygien och Smittskydd ....27
13.5.1. *Strama* ....27
13.5.2. *Antibiotikaförskrivning* ....27

13.6. Trycksår....27
13.7. Enkla läkemedelsgenomgångar....29
13.8. Utbildningsinsatser från KTC....29
13.9. Standardiserade vårdförlopp för cancerpatienter....29
13.10. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter....30
13.11. Väntetider till vård och behandling....31
13.12. Telefontillgänglighet....31
13.13. Hållbart Medarbetar Engagemang- HME....31
14. Måluppfyllelse....32
14.1. Vårdrelaterade infektioner (VRI)....32
14.2. Trycksår....32
14.3. Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)....32
14.4. Antibiotikaförskrivning....32
14.5. Förtroende och tillgång för hälso- och sjukvården....32
14.6. Hållbart medarbetarengagemang (HME)....32
14.7. Tillgänglighet till besök och vård och behandling....32
15. Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet 2018 33

Vårdgivaren är enligt Patientsäkerhetslagen skyldig att senast den 1 mars varje år upprätta en Patientsäkerhetsberättelse, som sedan ska finnas tillgänglig för den som önskar ta del. Av berättelsen ska det framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits och vilka resultat som har uppnåtts. Region Gävleborgs ”Kvalitet och Patientsäkerhetsberättelse 2017” innehåller redovisning från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses (SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §).

# Sammanfattning

Målet för Region Gävleborg är att ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada i samband med vård och behandling. Vården och det strategiska patientsäkerhetsarbetet ska kännetecknas av en kultur där vårdskador förhindras genom att tidigt upptäcka risker, förebygga och mildra konsekvenser av inträffade vårdskador

Regionen har under 2017 fortsatt arbetet med att stärka ett systematiskt arbete gällande avvikelsehanteringen, både på regionsnivå och i verksamheten. Patientsäkerhetsronder och dialoger har fortsatt och alltfler enheter har börjat arbeta med daglig dialog för att identifiera vårdskador i realtid, Gröna Korset. Sistnämnda exempel är ett arbetsätt som stärker patientsäkerhetskulturen.

Månatliga kvalitetsmätningar för vårdrelaterade infektioner och trycksår fortsätter. Resultaten för 2017 visar att målen inte är uppnådda. För att öka fokus på läkemedelrelaterade skador har en månatlig ersättning initieras till de enheter där mer än 50 % av patienterna har en dokumenterad ”enkel läkemedelsgenomgång” utförd.

Arbeten med att förbättra flöden och processer sker i ökad omfattning där verksamheterna bedriver förbättringsarbeten utifrån ”Vårt gemensamma ansvar för vår gemensamma patient”. Under 2017 infördes tio nya standardiserade vårdförlopp inom cancervården. För att möta upp nya samverkanslagen och fast vårdkontakt, som ska stärka patientens ställning har ett stort arbete gjorts. Översyn av rutiner och arbetssätt samt tillsättning av implementeringsledare har gjorts. Även samverkan med patienter och närstående har ökat i omfattning. En ”Patientbank” har inrättats inom cancervården där medborgare som anmält sig deltar i förbättringsarbeten. Fler patienter tillfrågas i de av verksamheterna initierade förbättringsarbetena. Även patienternas delaktighet i sin egen vård utvecklas, till exempel deltagande vid vårdplaneringar.

Det finns i regionen, precis som i övriga landet, en stor utmaning i att säkerställa god bemanning och kompetens inom flera verksamheter. En stabil och varaktig bemanning behövs. Det ger förutsättningar såväl för patienternas bästa som för en god arbetsmiljö och ett långsiktigt utvecklingsarbete där alla är med och bidrar till ökad kvalitet och hög säkerhet.

Mål och strategier för 2018 års arbete kommer att bland annat rikta in sig på framtagande av en övergripande patientsäkerhetsstrategi med tillhörande handlingsplan, att minska andelen patienter med vårdrelaterade infektioner, och implementering av ny läkemedelsföreskrift i syfte att minska läkemedelsrelaterade vårdskador.

För att nå uppsatta mål krävs både kortsiktiga och långsiktiga planerade aktiviteter där processer följs upp. Aktiviteterna behöver präglas av uthållighet och omfatta samtliga nivåer i organisationen, från patientnivå, medarbetarnivå, verksamhetsnära ledning och högsta ledning.

# 1. Övergripande mål och strategier

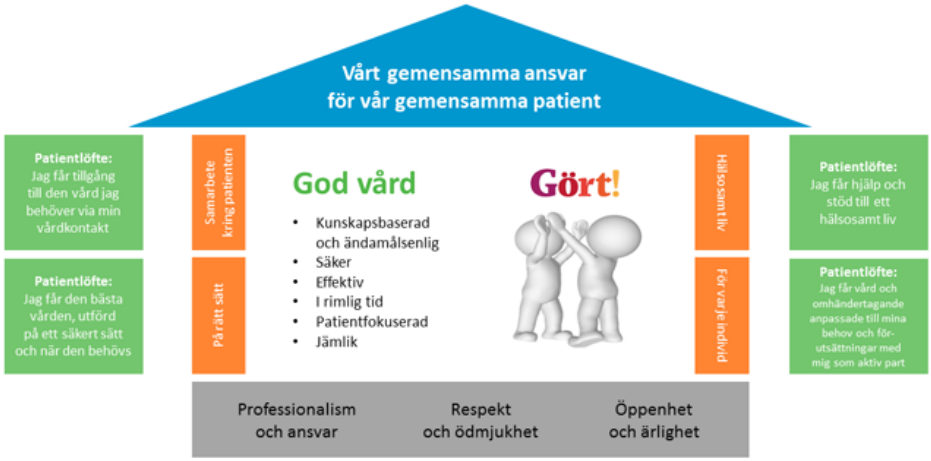
Fullmäktige har fastställt en politisk inriktning för Region Gävleborg 2016-2019. Ett av fyra övergripande områden är ”En välfärd att lita på”. Området innebär bland annat att det i hela länet ska finnas en tillgänglig hälso- och sjukvård av högsta kvalitet, att all befolkning i Gävleborg har rätt till vård på lika villkor, att vården ska vara sammanhållen och alltid utgå från patientens perspektiv, garantera delaktighet och en hög patientsäkerhet. ”Budget för 2017” har utarbetats för att stödja den politiska inriktningen. Följande mål satts upp av Hälso och sjukvårdsnämnden:

- Minska förekomsten av vårdskador med prioriterat område vårdrelaterade infektioner (VRI). Medverkan i olika kvalitetsregister är en förutsättning.
- Att patienterna upplever de fått bästa möjliga vård där de upplever att de varit delaktiga och fått ett gott bemötande
- Förbättra och bibehålla en god hälsa hos befolkningen i länet.
- Förbättra tillgängligheten.

Divisionerna har uppsatt målvärde för; vårdrelaterade infektioner < 7% , följsamhet till Basala Hygienrutiner och Klädregler (BHK) ≥90%, tillgänglighet till vård och behandling ≥80%, avvikelser avslutade inom 90 dagar 80% och Hållbart medarbetarengagemang (HME) ≥75%. Ekonomisk ersättning utgår till enheter som har ≥90%, följsamhet till BHK, mäter trycksår och där ≥80% av risk patienter får två eller fler preventiva åtgärder samt till enheter inom slutenvården som mäter VRI. Målrelaterad ersättning utgår månadsvis till relevanta enheter inom vuxen specialistvård för genomförda läkemedelsgenomgångar där åtgärdskod finns dokumenterad. Grundkrav ersättning är att 50 % av alla patienter har en dokumenterad åtgärdskod för enkel läkemedelsgenomgång vid läkarbesök (akut, förstabesök, återbesök).

Region Gävleborgs vision för strategiskt patientsäkerhetsarbete är en nollvision som innebär att ingen patient ska behöva drabbas av en undvikbar skada. Vården och det strategiska patientsäkerhetsarbetet ska kännetecknas av en kultur där vårdskador förhindras genom att tidigt upptäcka risker, förebygga och mildra konsekvenser av inträffade vårdskador. Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet präglas av regionens gemensamma värdegrund professionalism och ansvar, respekt och ödmjukhet, öppenhet och ärlighet.

Det strategiskt utvecklingsarbete för Hälso och Sjukvården Region Gävleborg som startade under 2015 har fortsatter under 2017. Utvecklingsarbetet, med fyra målområden, är inspirerat av ett arbetssätt där patienten ses ur ett helhetsperspektiv, över de organisatoriska gränserna, oavsett var i vårdflödet patienten kommer ifrån, befinner sig i och ska vidare till.



# 2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten

## 2.1.1. Regionens organisation för patientsäkerhetsarbetet

| | |
|---|---|
| Regionstyrelse/vårdgivare | • Regionstyrelsen har det yttersta ansvaret för patientsäkerheten i Region Gävleborg |
| Hälso- och sjukvårdsnämnd/delegerat ansvar som vårdgivare | • Planerar, leder och kontrollerar att patientsäker-hetsarbetet bedrivs enligt fastställda lagar, direktiv och styrdokument så kravet på god vård tillgodoses<br>• Fastställer den årliga patientsäkerhetsberättelsen |
| Hälso- och sjukvårdsdirektör (HSD) | • Funktionsansvarig för patientsäkerhetsarbetet<br>• Fastställare av den årliga patientsäkerhetsberättelsen samt regiongemensamma rutiner och handlingsplaner för hälso- och sjukvården |
| Divisionschef (DC) | • Övergripande ansvar inom divisionen, samordnar kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom och mellan divisionerna<br>• Ansvarar för att säkerställa att fastställda rutiner och aktiviteter förs ut i organisationen och har det operativa ansvaret för implementering och uppföljning inom divisionen. |
| Verksamhetschef (VC) | • Verksamhetscheferna ansvarar för att diagnostik, behandling och omvårdnad bedrivs på ett säkert sätt.<br>• Ansvarar för att genomföra och följa upp beslutade mål och strategierna i patientsäkerhetsarbetet.<br>• Följer upp verksamhetens förbättringsarbete, analyserar resultat och förbättringsåtgärder samt utvärderar dess effekter<br>• Som uppdragsgivare för riskanalys och händelseanalys besluta om samt utvärdera och följa upp beslutade åtgärder.<br>• Ansvarar för att patient/närstående får information och erbjuds delaktighet i verksamhetens patientsäkerhetsarbete<br>• Ansvarar för att det finns rutiner för hur patienter, anhöriga och personal tas om hand och får stöd vid allvarlig händelse.<br>• Vid vårdskada samarbeta med utsedd anmälningsansvarig person |

| | |
|---|---|
| Vårdenhetschef (VEC) | • Ansvarar för tillämpning av fasställda styrdokument<br>• Vid förbättringsarbeten, riskanalys och händelseanalys ansvara för att tid avsätts för arbetet<br>• Följer upp resultat av insatta åtgärder efter förbättringsarbete och analysarbete samt att resultaten återkopplas till personalen.<br>• Ansvarar för att rutiner för hur patienter, anhöriga och involverad personal tas om hand och får stöd vid allvarlig händelse är kända. |
| Hälso- och sjukvårdpersonal | • Arbetar utifrån regionens regelverk och tillämpar fasställda styrdokument<br>• Medverkar i förbättringsarbetet genom att rapportera observerade risker och registrerar avvikelser i avvikelsehanteringssystemet.<br>• Medverkar i utrednings- och utvecklingsarbetet av patientsäkerhetsområdet |

## Stödfunktioner för patientsäkerhetsarbetet

| Stödfunktion | Stödfunktionens uppgifter |
|---|---|
| **Patientsäkerhetsenheten/** Hälso- och sjukvårdsdirektörens stab | Hälso-och sjukvårdsdirektörens och divisionschefers stöd i patientsäkerhetsarbetet<br>Rådgivande i patientsäkerhetsarbetet inom regionen samt beredningsgrupp för hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp (HSL) i övergripande patientsäkerhetsfrågor |
| *Stabschef* | Chef för patientsäkerhetsenheten med ansvar att samordna och prioritera enhetens resurser samt beakta och lyfta upp patientsäkerhetsfrågor i Hälso- och sjukvårdsnämnden, Hälso- och sjukvårdsledningen samt i FSAM. |
| *Chefläkare (deltid)*<br>*Patientsäkerhetssamordnare*<br>*Anmälningsansvarig* | • Chefläkare sammankallar divisionernas chefläkare för regelbundna möten<br>• Samordnar regionens övergripande arbete inom patientsäkerhet<br>• Utgör stöd i verksamheternas utveckling inom patientsäkerhetsområdet<br>• Samordnar utbildning och kompetensutveckling inom området patientsäkerhet<br>• Patientsäkerhetssamordnare samordnar och skriver patientsäkerhetsberättelsen<br>• Kontaktperson för SKL (chefläkare samt patientsäkerhetssamordnare)<br>• Chefläkare samt anmälningsansvarig samarbetar med och utgöra stöd till verksamhetschef inför Lex Maria-anmälan samt är kontaktperson för IVO |
| *Verksamhetsutvecklare* | • Utgör stöd i verksamheternas utveckling inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet i samverkan med divisoner, andra vårdgivare och inom patientsäkerhetsenheten<br>• Samordnar och genomför kontinuerliga nätverksträffar för kvalitetssamordnare |
| *Leansamordnare* | • Utgör stöd i verksamheternas utveckling framförallt med kartläggning av processer och flöden |
| Chefläkare (för respektive division och sjukhus) | • Rådgivande i samt divisionschefen stöd i patientsäkerhetsarbete<br>• Som anmälningsansvarig samarbeta med och utgöra stöd till verksamhetschef inför Lex Maria-anmälan |
| Kvalitetssamordnare | • Verksamhets- och vårdenhetschefens stöd i patientsäkerhetsarbetet. |

| | |
|---|---|
| Hygienombud | • Verksamhets- och vårdenhetschefens stöd i det infektionsförebyggande arbetet. Bl a genom mätning, registrering och sammanställning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler.<br>• Vårdhygiens kontakt till respektive vårdenhet |
| Patientnämnd | • Bidrar med erfarenheter från analys av patientsynpunkter |
| Lokal Stramagrupp | • Strategigrupp för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens |
| Vårdhygien | • Planerar och samordnar infektionsförebyggande arbete<br>• Stödjer verksamheterna i det lokala arbetet med god hygien |
| Smittskydd Gävleborg | • Arbetar utifrån lagstiftning |
| Läkemedelskommittén | • Arbetar utifrån regionala och nationella rekommendationer |
| Centrum för Forskning och Utveckling Gävleborg (CFUG) | • Stödjer och stimulerar till forskning och utveckling inom landstingets samtliga verksamheter.<br>• Bidra till att ökad FOU-kompetens uppnås och används för att förbättra kvalitén i landstingets olika verksamheter. |
| Samhällsmedicin Gävleborg | • Ansvarar för vissa övergripande analyser samt ge förslag till förbättringsområden |
| Internkontrollenheten | • Säkerställer att det finns övergripande arbetssätt, metoder och verktyg för intern kontroll<br>• Leder och stödjer vid riskanalyser |
| Lednings- och verksamhetsstöd /Utvecklingsavdelningen | • Samordnar och tar på uppdrag fram region-gemensamma kliniska rutiner för Hälso-och sjukvård<br>*Kliniska apotekare*<br>• Samordnar och driver landstingets övergripande läkemedelsfrågor<br>• Sammanställer utförda egenkontroller på enheter<br>• Stödjer på uppdrag verksamheten i dagligt arbete<br>• Ledningssystem ILS för hantering och struktur av samtliga dokument för patientsäkerhet inklusive vårdrutiner - *Ledningssystemsamordnare*<br>• Samordnar och driver landstingets övergripande kliniska utbildningar - *Kliniskt träningscentrum/KTC* |

# 3. Struktur för uppföljning/utvärdering

Den politiska ledningen (Hälso- och sjukvårdsnämnden) följer upp patientsäkerhetsarbetet i samband med årsbokslutet samt vissa parametrar månadsvis. Regionsövergripande uppföljning sker kontinuerligt i Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp (HSL), som är högsta tjänstemannaledning för hälso- och sjukvård. Resultat och mål av divisionernas patientsäkerhets- och kvalitetsarbete följs upp i verksamheterna och divisionernas ledningsgrupper månadsvis mellan divisionschef/ verksamhetschef, i verksamheternas ledningsgrupper och på arbetsplatsträffar. Verksamheter som är ackrediterade/certifierade genomför regelbundet ”Ledningens genomgång”. Alla verksamhetsområden skriver varje år en kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse. Flertalet verksamheter gör uppföljning av det dagliga vårdarbetet med hjälp av styrtavlor/ resultattavlor där bland annat kvalitetsindikatorer från beslutstödsystemet ”Cyklop” redovisas. Inom all primärvård i länet används det Medicinska rapportverktyget MedRave 4 som samlar medicinska data ur patientjournaler för hel population eller på individnivå. MedRave4 omvandlar data till överskådliga rapporter och beslutsunderlag för kvalitetsuppföljning.

## 3.1. Vårdskador och avvikelser

Vårdskador identifieras via markörbaserad journalgranskning, månatliga punktprevalensmätningar (VRI, trycksår och BHK, även nationell mätning våren 2017), infektionsverktyget, lex Maria-ärenden, enskild anmälan till IVO, LÖF-ärenden, Patientnämndsärenden samt rapporterade avvikelser i regionens avvikelsehanteringssystem Platina.

Avvikelser rapporteras och hanteras i Platinas avvikelsemodul. Det finns en regionövergripande rutin för avvikelsehantering i regionen. Mindre avvikelser s.k. vardagligt ”strul” eller ”brus” är underlag till förbättringar och hanteras på det sätt som överenskommits inom enheten. Exempelvis daglig styrning med lappar på styrtavla, direkt kommunikation med chef, dagliga avstämningar genom dialogverktyget för patientsäkerhet ”Gröna korset”. Om strulet återkommer trots åtgärd ska det rapporteras in i Platina så att ett systematiskt risk- och säkerhetsarbete möjliggörs.

## 3.2. Patientsäkerhetsronder/Dialoger

Ledningsfunktioner i divisionerna samt representant från ”Enhet för patientsäkerhet” och läkemedelsenheten genomför löpande patientsäkerhetsronder/-dialoger i samtliga verksamheter. Syftet är att inhämta synpunkter från medarbetare och följa upp hur verksamhetsområdets ledning arbetar med avvikelser, kvalitetsregister och andra patientsäkerhetsaaktiviteter. Alltmer så förs samtal även med patienter och närstående vid ronderna. Utifrån detta förs dialog med ledningsgrupperna för att öka medvetenhet och stimulera till ett kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Det finns verksamhetsområden som själva genomför patientsäkerhetsronder inom sitt verksamhetsområde förutom de ronder som utförs av ledningsfunktioner i divisionerna.

## 3.3. Vårdhygien och Smittskydd

Vårdhygien har ett flertal aktiviteter i Region Gävleborg. De utför hospitering och hygienronder inom slutenvården och i primärvården. Obligatoriska utbildningar sker till personal i vården och till lokalvårdspersonal. Det finns hygienombud ute i verksamheten som vårdhygien har kontinuerliga träffar med. Vårdhygien delar även på arbetsplatsträffar när verksamheten så önskar.

### 3.3.1. *Smittskydd och antibiotikaförskrivning*

Smittskyddsenheten följer smittskyddsläget i länet och kontaktar läkare, verksamhetschefer, divisionschefer och Hälso- och sjukvårdsdirektör liksom politiker i ärenden som rör anmälningspliktiga sjukdomar. Smittskyddsenheten har även kontakt med allmänhet och övriga myndigheter i länet beträffande smittskyddsfrågor. Strama är regionens enhet med kunskap för rationell antibiotikaanvändning vilka samverkar med aktörer som förskriver antibiotika. De analyserar antibiotikaförskrivningarna månatligt och informerar ledning och berörda verksamheter om förskrivningsmönster och riktlinjer. Strama stöttar också verksamheternas kvalitetsarbete vad gäller diagnostik och behandling av infektioner. Inom slutenvården har man börjat implementera Infektionsverktyget.

## 3.4. Kvalitetsregister

Målsättningen är att resultat från nationella kvalitetsregister ska följas kontinuerligt och ligga till grund för åtgärder så vården förbättras. Inom division Primärvård-Medicin-Psykiatri har en inventering av samtliga kvalitetsregister som används genomförts, och registeresultat har redovisats och diskuterats såväl lokalt inom verksamhetsområdena som på divisionsledningsmöten.

## 3.5. Stöd till medicinska verksamheterna vid användning av tekniska försörjningssystem

Medicinsk Teknik leder ”Tekniska kommittén” och ”Gaskommittén” vars uppdrag är att stödja verksamhetschefer för att få en säker teknisk drift för verksamhetskritiska medicinska system och säkerställa kvaliteten på medicinska gasanläggningen enligt standard HB 370. Medicinsk Teknik medverkar i verksamheternas teknikronder vid respektive enhet som har medicinteknisk utrustning/-system. De har genomfört utbildningar i medicinteknisk säkerhet och i säker användning och hantering av medicinska gaser för vårdpersonalen.

Strålskyddsorganisation finns utifrån krav från Strålskyddsmyndigheten i syfte att förebygga risker för patienter, personal och allmänhet i samband med användning av joniserande strålning (beskrivs i regiongemensam rutin). Strålskyddsberättelse för 2017 beräknas vara klar mars 2018.

# 4. Uppföljningar genom egenkontroller

| Område | Omfattning | Källa |
|---|---|---|
| Vårdrelaterade infektioner som behandlas med antibiotika | Rapporteras fortlöpande | Nationella IT-stödet Infektionsverktyget |
| Vårdrelaterade infektioner | Granskning av alla inskrivna patienter en specifik dag/mån | Regionens gemensamma databas |
| Hygienrutiner och klädregler | 10 observationer/ enhet genomförs varje månad | Regionens gemensamma databas Cyklop |
| Trycksår | Granskning av alla inskrivna patienter en specifik dag/mån | Regionens gemensamma databas |
| Medicinska vårdinsatser | Rapporteras fortlöpande i relevanta nationella kvalitetsregister | Nationella kvalitetsregister |
| Fall, tryckskada, undernäring och munhälsa | Rapporteras fortlöpande gällande patienter 65 år och äldre | Senior Alert |
| Jämförelser av vårdverksamheter med andra landsting | Årlig rapportering för delatagande enheter | Öppna jämförelser |
| Antibiotikaförskrivning | Månadsvis uppföljning samt halvårsvis | Concise från E-hälsomyndigheten, Strama, regionens gemensamma databas Cyklop, infektionsverktyget |
| Läkemedel | Årlig egenkontroll av läkemedelshantering enligt checklista vid varje vårdenhet | Regionens gemensamma databas |
| Förskrivning av beroendeframkallande läkemedel | Mäts och återförs var tredje månad<br>Enhetsvisa diskussioner | Statistik på förskrivning via Läkemedels-kommittén |
| Slumpmässig markörbaserad journalgranskning | 15 journaler granskas/månad inom slutenvård | Journalsystemet Melior |
| Riktade journalgranskning, exempelvis dokumentation av vårdplaner, specifika diagnoser mm | Utifrån verksamhetens intentioner | Relevanta journalsystem |
| Avvikelser | Rapporteras fortlöpande | Avvikelsemodul i IT-stödet Platina, Regionens gemensamma databas Cyklop |
| Patientnöjdhet | Berörda verksamheter deltar i nationella mätningar och/eller genomför egna mätningar | Nationella patientenkäter och/ eller egna enkäter samt ”tyck och tryck” |

| Område | Omfattning | Källa |
|---|---|---|
| Kundnöjdhet | Berörda verksamheter efterfrågar beställares synpunkter | Egna enkäter |
| Medarbetarnöjdhet | Samtliga medarbetare besvarar enkät en gång/år | Lilla och Stora medarbetarenkäten, HME |
| Ackrediterade/certifierade verksamheter | Interna och externa revisioner genomförs systematiskt enligt plan | Relevanta ackrediterings-/ certifieringsorgan |
| Blodprodukter, strålskydd, arbetsmiljö brand, miljö, medicins teknik m.fl. | Säkerhetsronder genomförs systematisk enligt plan | Protokoll, nationell riskdatabas ”Reidar” |
| Tillgänglighet | Ledtider för bild- och funktionsmedicin, väntetider till besök och behandling samt telefontillgänglighet följs regelbundet | Regionens gemensamma databas Cyklop, nationell databas mm. |
| Överbeläggningar och utlokaliserade patienter | Beläggningsgrad följs dagligen | Landstingets gemensamma databas (BOV) samt nationell databas |
| Återinskrivningar | Regelbunden uppföljning sker av antalet patienter som återinskrivs inom 30 dagar efter utskrivning | Regionens gemensamma databas |
| Ledtider diktat patientjournal | Mätning av antal dagar från diktering av läkaren till dokumentation i journal | Dikteringssystemet Medspeech |
| Användning av SBAR | Genomförts på vissa vårdenheter | Patientsäkerhetsronder samt observationer (fåtal enheter) |
| Händelseanalyser och internutredningar | När allvarlig händelse inträffat | Händelseanalys, enligt nationell metod |

*Kommentar:* Utöver tabellen utförs ett flertal andra egna kontroller, exempelvis verksamhetsspecifika. Analys, återkoppling av resultat sker på olika sätt beroende på område och verksamhet. Cyklop används för mer övergripande uppföljning av t ex kvalitet, tillgänglighet, produktion och läkemedel både genom färdiga rapporter och kvalificerade analyser

# 5. Hur kvalitet och patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomfört för att öka patientsäkerheten

I Region Gävleborgs arbete med vårdkvalitet och patientsäkerhet utförs många olika aktiviteter och förbättringsarbeten på olika nivåer i organisationen och i alla delar av verksamheten.

**Avvikelsehanteringen** är en viktig del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Rutiner för anmälan enligt lex Maria har utvecklats under 2017. Rutiner för avvikelsehantering, patientrelaterade avvikelser, hantering av klagomål och synpunkter och egenkontroll finns upprättade inom de flesta verksamheterna. Arbeten med att säkra upp systematisk arbete gällande dessa pågår och det finns behov av ett fortsatt arbete inom området. Under 2017 påbörjades ett arbete med att standardisera klassificering i avvikelsesystemet Platina för att möjliggöra uttag av användbara rapporter på olika nivåer. Arbetet behöver utvecklas.

Chefläkargruppen, där anmälningssamordnare samt patientsäkerhetssamordnare ingår, diskuterar kontinuerligt allvarliga risker och händelser samt beslutar om anmälan till lex Maria, utredning och metoder för återkoppling. För ett ökat lärande av händelseanalyser, internutredningar och avvikelser sker träffar mellan kvalitetssamordnare inom slutenvården, chefläkare och patientsäkerhetssamordnare.

**Patientsäkerhetskultur** - arbetet med att förbättra patientsäkerhetskulturen fortsätter på olika nivåer i organisationen. Patientsäkerhetsronder och dialoger, daglig styrning och Gröna Korset är exempel på aktiviteter. Under 2016 utfördes en patientsäkerhetskulturmätning. Verksamheternas har mer eller mindre arbetat med sina handlingsplaner under 2017. Resultatet samt verksamheternas handlingsplaner ligger som underlag till rapporten Patientsäkerhetskulturmätning 2016 - Rapport Hälso och sjukvårdsförvaltningen som återkopplats till HSL under våren 2017. Beslutades att öka samarbete mellan ”Patientsäkerhet” och ”HR” för att stärka både patientsäkerhetsarbetet och HR arbetet eftersom två kompetenser möts i ett område som berör både patientsäkerhet och arbetsmiljö. Patientsäkerhetssamordnare i regionen deltar i en nationell arbetsgrupp som arbetar med rekommendationer för patientsäkerhetskulturmätningar samt utvecklingen av ett frågebatteri för patientsäkerhet. Det beräknas vara färdigt under 2018 och kunna användas tillsammans med den årliga mätningen av arbetsmiljö.

**Utbildning** - Regionen erbjuder fortlöpande utbildningar inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet exempelvis utbildning av förbättringscoacher för att leda förbättringsarbeten i verksamheten, introduktionsutbildning för undersköterskor och sjuksköterskor, händelseanalysutbildning, riskanalysledare, SIP (Samordnad individuell vårdplanering), basala hygienrutiner och klädregler, sjukdomsförebyggande metoder, strålskydd, GPS (Gävleborgs produktionssystem), miljöutbildning och Platina dokument- och avvikelsehantering. Exempel på genomförda utbildningsinsatser som genomförts såväl inom enheter som i samverkan med andra enheter och verksamhetsområden med möjlighet till positiv effektar för patientsäkerheten: traumaövningar, barnscenarie teamträningar, utbildning i medicinsk teknik.

Enheten för patientsäkerhet deltar i nationella nätverk och grupper kring Patientsäkerhet samt anordnar gemensamma ”kvalitetssamordnarträffar” för kvalitetssamordnare/ motsvarande oberoende av vårdgivare.

**Flöden och processer** - vårdprogram och rutiner har fortlöpande reviderats inom hela regionen och i viss omfattning även planer för implementering. Tillgång och sökbarhet till befintliga dokument kan förbättras. Några verksamheter samt ”Enhet för patientsäkerhet” har, mer eller mindre, med hjälp av verktyget 2c8 visualiserat sina processer för att sedan koppla rutiner till aktuell del i processen.

Brister i kommunikation är en vanlig bakomliggande orsak till vårdskada eller risk för vårdskada. Implementeringen av kommunikationsverktyget SBAR sker i verksamheten men bör spridas och utvecklas mer. Brister i överföring av viktig information inom och mellan enheter och vårdgivare är en patientsäkerhetsrisk. Det pågår delvis åtgärder inom olika områden såsom t ex. förbättring av kunskap, kultur, arbetssätt och patientinformationssystem.

**Patientmedverkan och delaktighet** – se sidan 23 Samverkan med patienter och närstående

**Exempel från verksamheten**

Nya arbetssätt har introducerats med positiva effekter för att säkra god omvårdnad. Exempel är införande av omvårdnadsronder på vårdavdelningar och akutavdelning. Vid omvårdnadsronder besöks patienter med visst tidsinterall i syfte att öka patientsäkerheten och patientnöjdheten. Förebyggande åtgärder är vid dessa tillfällen i fokus inom till exempel trycksår, fall och nutrition. På akutmottagning har geriatrisk och fysioterapeutisk kompetens tillsatts. Den närvaron syftar till att minska inläggning, förkorta vårdtid och förebygga trycksår och fall. För att alla akut sjuka barn ska bli omhändertagna på ett patientsäkert, kompetent och jämlikt sätt i ändamålsenliga lokaler så invigdes under våren en specifik barnsektion på akutmottagningen i Gävle.

Andra exempel för att minska vårdskador är psykiatrins arbete med vårdprogram för vård av suicidnära patienter och kvinnosjukvårdens projekt för att förebygga sfinkterruptur ”Säker förlossningsvård del 2”.

Dietisterna har tagit fram behandlingsrutiner för sjukdomsrelaterad nutritionsbehandling.

Verksamhetsområde Anestesis slutförde i juni arbetet med certifiera verksamhetsområde Anestesis kvalitetsledningssystem mot ISO 9001:2015, då en extern revisor genomförde revision vid samtliga enheter.

Inom laboratorieverksamheten pågår förbättringsarbeten i samverkan med kunder för att minska antalet preanalytiska fel inom laboratorieverksamheten. Om endast elektroniska remisser används på fler enheter bedöms antalet avvikelser kunna minska. Laboratoriemedicin har tillsammans med Akademiska Laboratoriet i Uppsala har blivit utsedd till referenslaboratorium vilket är ett förtroendeuppdrag utifrån god kvalitet, kapacitet och kompetens.

## 5.1. Vårdskador

### 5.1.1. *Vårdrelaterade infektioner (VRI)*

Månatliga punktprevalensmätningarna inom slutenvården fortsätter. Utifrån dialoger med vårdenhetschefer inom slutenvården, påverkansanalys och SKLs material för framgångsfaktorer har under 2017 beslut fattats att ett regionsövergripande arbete startas till stöd för verksamheten att minska andelen patienter med VRI.

Ett processråd har inrättats för Infektionsverktyget. Under sista halvåret av 2017 finns stöd från ”Enhet för patientsäkerhet” till verksamheten att implementera Infektionsverktyget. Det är framför allt validering av indata och uttag av rapporter som behöver åtgärdas. Förbättringsarbetet i syfte att minska andelen urinvägsinfektion relaterat till urinavledande kateter fortsätter. Dokumentationsmallen i Melior och informationsbroschyr till patienter har utvecklats. Annat exempel är inrättande av funktionsansvarig för kök i syfte att minska smittspridning.

Ett aktivt arbete sker för att minska antibiotikaförskrivningen. Besök och information på hälsocentraler har skett av smittskydd, Strama och kliniska apotekare tillsammans med analys av förskrivningsmönster. Strama har fortsatt med ”Sit In” som innebär ett kvalitetsarbete för att förbättra samverkan inom en hälsocentral vad gäller diagnostik, omhändertagande och antibiotikabehandling vid infektioner. Strama har skriftlig kontakt med vårdenhetschefen med frågor om kvalitetsarbete inom området. Besök på hälsocentralen görs där Strama sjuksköterska följer arbetet under förmiddagen för att under eftermiddagen ha föreläsning och diskussion kring enhetens eget arbete. Återkoppling till vårdenhetschef med nytt påföljande besök sker efter det. Strama utför även utbildningar till sjuksköterskor. Strama samverkar med Infektionssjukvården för att sprida kunskap om diagnostik och behandling vid slutenvårdsinfektioner.

### 5.1.2. *Trycksår*

Månatliga punktprevalensmätningar för trycksår fortsätter. Kliniskt träningscentrum (KTC) har funnits som stöd och erbjuder utbildning, stöd vid punktprevalensmätningar stöd i uttag av statistik från dessa. Nätverksträffar med trycksårsansvariga har initieras i syfte att ytterligare förbättra den evidensbaserade trycksårspreventionen.

### 5.1.3. *Fallskador*

Systematiskt patientsäkerhetsarbete för att minska risken för fall bedrivs inom verksamheter. Ortopeden har minskat fall med 50% genom flera förbättringsåtgärder, exempelvis daglig dialog vid Gröna Korset genomgång, snubbelronder, god återkoppling av resultat. Andra exempel är borttagande av hjul på patientstolar.

### 5.1.4. Läkemedelsrelaterade skador

Läkemedelsfel är en av de allra vanligaste bristerna i vården som kan orsaka vårdskador.

Det pågår flera aktiviteter i verksamheten syfte att förebygga läkemedelsfel när patienten byter vårdenhet eller vårdnivå Kliniska apotekare och verksamheterna arbetar tillsammans med läkemedelsgenomgångar, säkerställande av aktuella läkemedelslistor, genomförande av utbildningsinsatser, granskar egenkontroller av läkemedelhantering vid enheterna.

En enkät har besvarats av läkare där följsamheten till rutinen enkla läkemedelsgenomgångar undersöktes. Resultatet visar på brister i följsamheten och behov av implementeringsinsatser. Ett projekt med positiva resultat är apotekare på hälsocentral. Förändringsarbete angående adekvat förskrivning av beroendeframkallade läkemedel sker inom flera hälsocentraler.

Läkemedelsenheten i samråd med verksamheten och ”Enhet för patientsäkerhet” har startat ett regionövergripande arbete för att anpassa den övergripande läkemedelsrutinen till ny föreskrift från Socialstyrelsen.

Läkemedelsenheten publicerade under 2017 en app med kortversion av rekommendationslistan/läkemedelslistan. Har fått uppmärksamhet utöver Region Gälveborg.

### 5.1.5. Journalgranskning

Riktade journalgranskningar sker i verksamheten som underlag till förbättringsarbeten och utvärdering, exempelvis inom vuxenpsykiatrin, ortopeden och kvinnosjukvården. Slumpmässigt uttagna journaler där man letar markörer och bedömer vårdskada har skett i Gävle och Hudiksvalls slutenvård med sammanlagt 15 journaler per månad. Dessa ligger till underlag för SKLs nationell databas samt för regionens patientsäkerhetsarbete.

## 5.2. Vårdflöden och processer

Ett flertal förbättringsarbeten har initierats inom alla verksamheter med syfte att förbättra vårdflöden och processer inom vården.

Ett fortlöpande arbete sker för att standardisera vårdprocesser för cancer patienter utifrån nationella mål och överenskommelse. De totalt 18 standardiserade vårdförloppen (SVF) som infördes 2015 och 2016 har följts upp. Under 2017 har tio stycken nya SVF införts och genomlysts för att tydliggöra roller och ansvar i syfte att säkra patienters väg genom vården. I arbetet med SVF har även införande av processägare, processledare och processteam för att säkra upp det fortsatta arbetet inom 28st införda SVF. Under 2017 har Cancerrådet och dess AU i Gävleborg träffats och aktivt arbetat med innehållet i den lokala cancerstrategin.

Under 2017 har utbildning och stöd till förbättringscoacher givits i egen regi via Enheten för patientsäkerhet. Totalt startade nio nya förbättringsteam inom ramen för utbildningen, exempelvis för förbättrade flöden, tillgänglighet och ökat nyttjande av kvalitetsregister.
Under 2017 har 14 förbättringscoacher avslutat sin utbildning.

Som åtgärd utifrån allvarliga avvikelser har rutiner för bedömning[1] (NEWS) och dokumentation av vitala funktioner inom vuxen somatisk slutenvård uppdaterats och skärpts under 2017. Implementering av rutinen fortsätter under 2018 för att få full följsamhet.

[1] [1] För att bedöma graden av svikt i vitala funktioner används skattningsskalan National Early Warning Score (NEWS). De parametrar som ingår i skalan är andningsfrekvens, saturation, puls, systoliskt blodtryck, temperatur, eventuell syrgasbehandling samt medvetandegrad

## Exempel från verksamheten (vårdflöden och processer)

Bedömningsbilen i Los som infördes i projektform 2015 har utifrån goda resultat permanentats under 2017. Projektet som infördes tillsammans med Aleris med läkarstöd till ambulanser i Södra Hälsingland har utvärderats under 2017 med goda resultat och kommer fortsätta införas inom hela regionen under 2018. Samverkan mellan psykiatrin och primärvården för nya vårdlinjer för psykosocial ohälsa, samordnad vård och stöd med ett helhetsperspektiv enligt behandlingsmetoden RACT för patienter med psykossjukdom. Tillsammans med länets kommuner förbättringsarbete med Vuxenpsykiatrin, Vuxenhabiliteringen och Primärvården inom vårdflödet för patienter med autism och/eller intellektuell funktonsnedsättning. Förbättringsarbete gällande remissinnehållet för patienter som remitteras till ortopeden har utarbetats tillsammans med primärvården med målet att patienter får rätt vårdnivå.

Inom slutenvården arbetar man med vårdplatsmöten för att förbättra patientflödet. Förändring av arbetsmetoder och förbättringar av flöden inom Bild och funktionsmedicin har genomförts under året för att öka tillgängligheten, exempelvis internutbildning av ytterligare medarbetare inom magnetröntgen. Ett fortsatt arbete med att effektivisera strokeflödet och samverkan mellan enheter ha skett. . Vårdplatskoordinatorer anställdes innan sommaren i Gävle för samordna vårdplats för inläggning på internmedicin. Nya arbetssätt har tagits fram inom primärvården inom ”akutflödet”. Det är samlokalisering och resursoptimering för patienter som ringer sin ordinarie hälsocentral och bedöms ha behov av att träffa sjuksköterska, läkare eller fysioterapeut samma dag

Telemedicinska patientbesök/konferenser mellan vårdgivare inom- samt utomläns ökar. Dessa har bidragit till ökad tillgång till medicinsk kompetens, förbättrad kompetensöverföring mellan vårdgivare och samordnad information till patient/anhörig, vilket minskar risken för vårdskador och brister till följd av otydlig kommunikation. Vårdplanering via videokonferens används i allt större utsträckning såväl inom regionen som med externa vårdgivare. Införande av telemedicin inom neonatalvården alla tider på dygnet pågår. ”Vård på distans” utvecklas vidare exempelvis neonatalavdelning i Hudiksvall erbjuder möjlighet till återbesök via telemedicin vid tidig hemgång, logopederna utför videobehandlingar från Ljusdal för att minska patientresor. Bild och funktionsmedicin använder verktyget Takt som visualiserar patientensbehov så att teamet lättare kan anpassa sina resurser.

Ett treårigt projekt ”Ögonlyftet” som utgår ifrån slutsatserna i Ögonutredningen, och utförts på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämnden, har startat. Projektet har lett fram till en handlingsplan med en rad åtgärder i syfte att komma till rätta med bristande tillgänglighet och patientsäkerhetsrisker. Samarbete med kommunen för patienter med påsdialys i hemmet. Blodtransfusion ges (Palliativa teamet Gävle och Hudiksvall) i patientens hem vilket leder till att patienterna inte behöver komma till slutenvården för behandling. De psykosociala teamens arbete har genomlysts och ett nytt arbetssätt har utarbetats tillsammans med leansamordnare i syfte att minska väntetiderna både för kontakt, bedömning och behandlingsstart. Infektionsavdelningen har påbörjat uppringning till patienter som skrivits ut i syfte att minska återinläggning samt att kvalitetssäkra utskrivningsarbetet. Utvecklingsarbete ”Projekt nyfödd-sammanhållen familj” sker i samverkan med barn och ungdoms- samt kvinnosjukvården. Projektgruppen arbetar med att utveckla och optimera gemensamma flöden inklusive planering av framtidsbygget. En utmaning som lyfts är att bygga upp en jämlik och stabil hemsjukvårdsorganisation för länets barn och unga, en grupp som växer i antal och i överlevnad med svårare sjukdomar.

## 5.3. Arbetsmiljö och kompetens

En bra arbetsmiljö går hand i hand med god patientsäkerhet. Ett nationellt problem, även i Region Gävleborg, är bristen på framförallt sjuksköterskor och läkare inom allt fler verksamheter. Det pågår ett ständigt arbete med att rekrytera och behålla rätt kompetens både inom sluten- och primärvården. Ett arbete med att rätt använd kompetens utförs. Flera enheter har börjat se över hur sjuksköterskans tid kan användas mer effektivt. Primärvården har på vissa ställen svårt att upprätthålla läkarkompetens och verksamheten är beroende av hyrläkare. Brist finns även på sjuksköterskor med specialkompetens.

**Exempel från verksamheterna**

Inom Barn och ungdomssjukvården har ett arbete startat i ledningsgruppen med syfte att skapa en kompetens och försörjningsplan. Målsättningen här att ha rätt kompetens på rätt plats och rätt tid genom att 1) attrahera rätt medarbetare, 2) rekrytera dessa genom effektiva processer, 3) utveckla kompetens på kort och lång sikt, 4) behålla rätt medarbetare genom att vara en attraktiv arbetsplats och 5) avveckla anställningen på ett professionellt sätt.

För att stärka kompetensen inom omvårdnaden har intensivvården har anställt ”Senior undersköterska” för att hjälpa att introducera undersköterskor, skapa trygghet och möjlighet till reflektion. På kirurgen har avancerade specialistsjuksköterskor en viktig uppgift i utvecklingen av omvårdnad och patientsäkerhet. Syftet är att stäkra omvårdnaden genom att behålla och bygga upp omvårdnadskompetensen.

# 6. Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan i patientens vårdflöde är viktigt ur patientsäkerhetsperspektiv. Det finns olika forum för samverkan inom och mellan divisionerna samt kommunen i syfte att förbättra patientsäkerheten. Regionen och kommunerna i länet har gemensamma samverkansforum för olika grupperingar mellan huvudmännen, bland annat för att säkra övergångar i vården, hanteringa av gemensamma avvikelser samt införande av vårdkedjegrupper.

Samverkan har också skett med olika vårdaktörer, polis, SOS-Alarm, försäkringskassa, arbetsförmedling, barnahus, kommun m.fl. om enskilda patienter eller kring generella samverkansfrågor.

Vårdplaneringar mellan slutenvården och hemsjukvården och privata vårdgivare har utvecklats, på vissa enheter erbjuds kommunens distriktssjuksköterskor deltagande via MOVI-möten. Samordnad individuell vårdplan (SIP) är ett viktigt verktyg för kommun och regionen för att samordnade insatser ska kunna ske på ett effektivt och sammanhållet sätt. Sker i viss men inte tillräcklig omfattning.

Ny lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård gäller fr. o m 2018. När alla inblandade aktörer samverkar och tar sitt ansvar för planeringen, så kan patienten skrivas hem samma dag som hen är utskrivningsklar oavsett boendeform. Utöver arbetet med att ta fram överenskommelsen mellan regionen och samtliga kommuner i Gävleborg har översyn av befintliga rutiner och arbetssätt gjorts. Fast vårdkontakt ska erbjudas för

samordning av vårdinsatser till patienter med omfattande behov. En övergripande rutin för ”Fast vårdkontakt” har fasställts under 2017, implementeringsarbetet är påbörjat.

Utredningar av avvikelser visar att det finns ett behov av att förbättra samverkan och informationsöverföring mellan enheter och vårdgivare. Verksamheten försöker mer och mer arbeta efter konceptet ”Vår gemensamma patient”. Till exempel vid utredningar av vårdskador, i förbättringsprojekt, framtagande av rutiner och vid förbättring av flödesprocesser.

**Exempel från verksamheten**

Olika samverkansforum har startat, exempelvis samverkan med kommun och primärvård för patienter med särskilda behov i hemmet, läkarchefer inom kirurgi och medicin, vårdenhetschefer inom primärvården och specialistvården och kontinuerliga möten både på chefs- och medarbetar nivå med kommunen och slutenvården

Onkologisk avdelning och Palliativa enheten har kontinuerlig samverkan med kommuner och privata vårdgivare ex. vid vårdplaneringar. Palliativa teamen har nära samarbete med sjuksköterskor inom hemsjukvården när det gäller patienter inskrivna i Palliativa teamen.

Barnpsykiatrin arbetar med att se över sina slutenvårdsplatser och ge förslag på utvecklingsmöjligheter och behov vi ser i vår samverkan med vuxen psykiatrin stärka kvalitativ psykiatrisk heldygnsvård får länets barn och ungdomar.

”Projekt Barnahus” en medarbetare jobbar 50% med kvalitetsutveckling av rutiner för sexuella övergrepp på barn. Projektet bekostas av statliga medel. Arbetet sker i samverkan med verksamhetsområde Kvinnosjukvård. Kirurgi, Akuten samt Barnahus i Gävleborg för att förebygga psykiska vårdskador.

Ambulanssjukvården har avtal med länets räddningstjänster om IVPA ( I Väntan På Ambulans) vilket innebär att om räddningstjänsten bedöms vara snabbare på plats larmas räddningstjänst ut samtidigt som ambulanssjukvården.

# 7. Riskanalys

Rutin för när och hur riskanalyser ska genomföras inom regionen finns. Internkontrollenheten svarar för utbildning av riskanalysledare samt har under året fungerat vid behov som stöd vid genomförande av riskanalyser.

Internkontrollenheten har under 2017 genomfört 31 riskanalyser för områden under Hälso och sjukvårdsnämnden. Huvudsakligen har de rört organisationsförändringar och större ombyggnationer men också beläggning och bemanning. Även implementation av ny teknik och nya metoder har varit förekommande. Utöver det har även verksamhetsområdena själva utfört riskanalyser exempelvis före sommarstängning av då barnavdelningen, byte av triagesystem för både vuxna och barn. I samband med patientsäkerhetsronder och dialoger diskuteras de risker som kommer upp och dokumenteras vid behov i de handlingsplaner som tas fram där.

Riskanalysen görs för att hitta och undanröja hinder. Att genomföra förändringar och följa upp dem utifrån effekt är den fortsatta utmaningen samtidigt som ”vardagen” pågår. Systematisk uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån resultaten kan utvecklas.

# 8. Informationssäkerhet

Uppföljning av informationssäkerheten har skett av regionens ledningssystem för informationssäkerhet, incident- och samtyckeshantering, samt IT-säkerhet under 2017.

Rekryteringar har inletts för bemanning av informationssäkerhetsfunktionen. Åtgärder som har vidtagits för att förbättra informationssäkerheten av större betydelse är ett projekt för anpassning till dataskyddsförordning ett arbete med uppdatering av informationssäkerhets-policy med tillhörande direktiv är inlett. En organisationsförändring har genomförts i syfte att lyfta informationssäkerhetsfunktionen från en operativ till en strategisk funktion.

Efter kritik från Datainspektionen om användningen av hälso- och sjukvårdens vårdgivarens största vårdsystem Melior utfördes en riskanalys. En åtgärdsplan lämnades in sommaren 2017 och en arbetsgrupp med flera olika kompetenser tillsattes. Nya behörighetsprofiler har upprättats och genomgång av sekretess bestämmelserna till medarbetare har skett. Aleris är även med i arbetet och inkluderade i processen. Resultatet kommer att utvärderas första kvartalet 2018.

Under hösten genomfördes en uppgradering av det patientadministrativa systemet ELVIS som medförde mer eller mindre störningar i det dagliga arbetet för verksamheterna. Händelsen har föranlett ett fortsatt arbete för att förebygga liknande händelser.

# 9. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporterings-skyldighet

## 9.1. Avvikelser

Under 2017 rapporterades 6277 avvikelser i Platina inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Det är en minskning med 21% jämfört med 2016 men jämförbart med 2015. Flertalet
(> 5000) är klassificerade/bedömda ha inträffade i vårdprocessen.

När en avvikelse bedöms vara av allvarlig karaktär beslutar verksamhetschef att internutredning/händelseanalys ska utföras. I samråd med chefläkare görs bedömning om händelsen ska anmälas till IVO, en lex Maria-anmälan.

Tabellen nedan visar antal enskilda klagomål från patient/närstående och lex Maria som inkommit till IVO under 2012 – 2017 avseende hälso-och sjukvården inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | **2017** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Enskilda klagomål | 68 | 202 | 185 | 143 | 94 | **150** |
| lex Maria | 44 | 34 | 48 | 39 | 32 | **45** |

**Lex Maria** - av samtliga 45 lex Maria anmälningar handlade 15 om suicid varav 12 stycken från psykiatri.

**Enskilda klagomål** - fördelning av områden gällande:




IVO har under 2017 bedrivit 4 tillsynsärenden inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen Region Gävleborg. Dessa ärenden rörde förlossningsvården sommaren 2017, Psykiatrisk akutmottagning, samverkan BUP/skola, vävnadsinrättning Ortopedi och remisshantering diagnostik/primärvård. Fyra nationella tillsyner gällande multisjuk patient, hyrläkare, akutmottagning/inläggning vårdavdelning samt jämlik vård har genomförts.

Det är skillnad i hur verksamheterna följer upp och utvärderar de åtgärder som föreslås i utredningar vid allvarlig avvikelse. ”Enhet för patientsäkerhet” har påbörjat en uppföljning av de intern utredningar och händelseanalyser som genomförts inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen under 2014-2016. Resultatet presenteras under våren 2018 och kommer att vara ett underlag för förbättringsåtgärder i syfte att möjliggöra ett bra lärande och effektiva åtgärder vilket dessa utredningar är tänkt vara till för.

Allt fler verksamheter använder Gröna Korset, ett verktyg för dialog i realtid på enheten kring identifierade vårdskador och risker för vårdskador. Positiva erfarenheter beskrivs och flera förbättringsarbeten har initierats.

# 10. Klagomål och synpunkter

Patient och/eller närstående kan lämna synpunkter och klagomål direkt till verksamheterna, Patientnämnden eller Inspektion för vård och omsorg (IVO) se ovan rubrik 9.1. Patientnämndens förvaltning har till respektive verksamhet månadsvis redovisat en sammanställning av innehållet i de ärenden som inkommit. Ärendena hanteras som övriga avvikelser.

Handläggare från patientnämndens förvaltning har också haft dialoger med verksamheter och är behjälpliga i att analysera mönster av inkomna ärenden.

Regionsgemensamma rutiner finns för hantering av patientnämndsärenden och för hantering av anmälan om fel i vården till IVO.
Under hösten 2017 har aktiviteter påbörjats för att säkerställa att patienten kan lämna klagomål till berörd verksamhet utifrån ny lagstiftning från och med 1 januari 2018 (länk till informationssida IVO)

Medborgare erbjuds årligen att svara på Nationella Patientenkäten (se sidan 24 Rubrik Resultat). Resultaten delges verksamhetschefer och vårdenhetschefer och används för att tillsammans med andra underlag utveckla och förbättra vården.

**Exempel från verksamheten**

Några verksamheter har haft Tyck och Tryck-pelare tillgänglig för patienter där de kunnat lämna sin åsikt kring väntetid, omvårdnad, bemötande och läkarbedömning. Resultaten från dessa har visat att nöjdheten avseende omvårdnaden och bemötandet är hög.

Verksamhetsområde Ortopedi har skapat möjlighet att lämna synpunkter på vården via 1177.

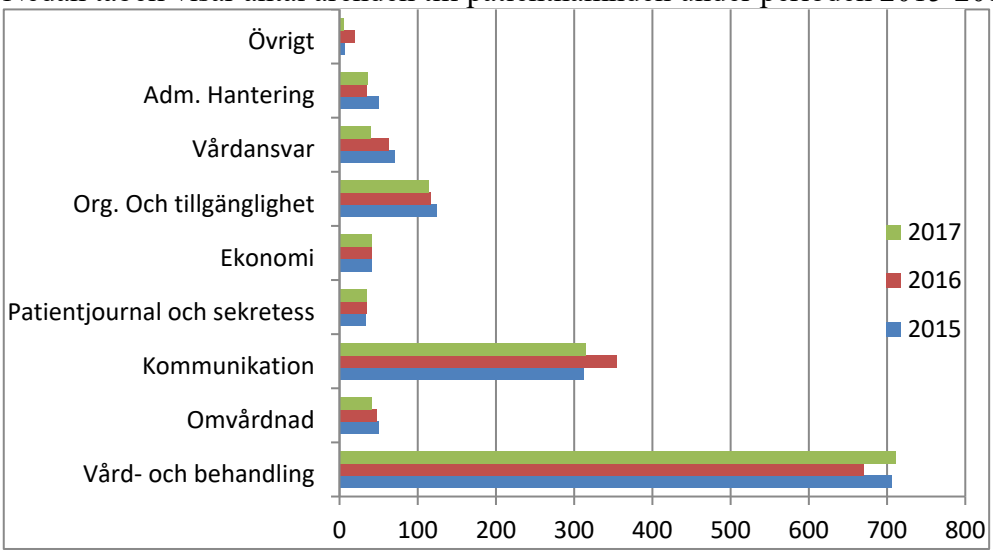
## 10.1. Patientnämnden

Patientnämndens förvaltning har haft totalt 1652 kontakter från patient/anhörig varav 1341 har registrerats som ärenden, övriga är registrerade som information till patienter/närstående. Antalet ärenden har minskat med lite drygt 3 %. Däremot har antalet informationskontakter ökat med 67 %. Sammantaget har således antalet kontakter från patienter/närstående ökat.

De flesta ärendena totalt sett handlar om patienter i åldersspannet 70-79 år. 58 % av ärendena handlar om kvinnors sjukvård, där de flesta finns inom åldersspannet 70-79 år. 41 % av ärendena handlar om mäns sjukvård, även där finns de flesta inom åldersspannet 70-79 år.

Under 2017 har tre rapporter skrivits och redovisats till Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp samt till Hälso- och sjukvårdsnämnden. Rapporterna har skrivits utifrån patientsynpunkter/klagomål rörande diagnostiska fel, kommunikation och läkemedel. Rapporten rörande kommunikation har även redovisats för division operation- och diagnostiks ledningsgrupp.

Nedan tabell visar antal ärenden till patientnämnden under perioden 2015-2017



*Kommentar till tabell:*
Sett till huvudgrupper har det varit en ökning inom vård- och behandling med 6 %, det handlar främst om undergrupperna remisser och behandling. Avseende tillgängligheten har det varit en ökning av ärenden rörande vårdgaranti. Antalet kommunikationsärenden och ärenden rörande vårdansvar har under 2017 minskat. Patientnämndens förvaltning uppföljningen av yttrandena från vården visar att patientens frågor i hög grad är besvarade, 87 % under januari-augusti. Patienters nöjdhet med yttrandena ligger på 66 % under samma period. Vårdens utredningar sker huvudsakligen utifrån journalgenomläsning, vilket i vissa fall resulterar i att patienten inte känner igen sig i yttrandet eller anser att det inte stämmer. Patient/närstående har då en annan bild av vad som hänt än det som vården beskriver. Vården har sällan skrivningar om att det kan ha brustit i dokumentationen.
I väldigt liten grad sker oberoende granskning av ärenden, vilket patientnämnden efterlyser för att kunna identifiera eventuella patientsäkerhetsrisker eller brister.
Under året har en patientenkät rörande patientnämndernas egen verksamhet avseende bland annat information, respekt och tillgänglighet genomförts. 13 landsting av totalt 21 deltog i enkäten. Patientnämnden i Region Gävleborg hade en svarsfrekvens på 37 %, vilket var 0,5 % högre än riket. Vad gäller resultatet nådde Patientnämnden något högre än riket generellt.

# 11. Samverkan med patienter och närstående

Representanter från regionens olika verksamheter har deltagit i brukarråd och haft direktkontakt med patientföreningar, exempelvis för att hämtat in synpunkter från patienter/anhöriga till utredningar, utvärderingar eller utvecklingsarbeten, vilket sker i ökad omfattning.

För att ta del av patienter/närståendes erfarenheter från vård och behandling inom cancersjukvården så har en ”patientbank” bildats. Cirka 50 personer anmälde intresse och bidrar till att utveckla vården genom att delta på dialogmöten samt ingå i olika förbättringsgrupper. Under 2018 kommer ”patientbanken” att vidgas till samtliga sjukdomsdiagnoser.

Region Gävleborg har ett samverkansavtal med handikapporganisationernas samarbetsorgan (HSO). HSO är en samverkanspart i länets handikappråd samt i andra arbetsgrupper och brukarråd relaterat till regionens aktivitetsplan för likabehandling för personer med funktionsnedsättning. Vid omfattande verksamhetsförändringar involveras funktionshinderrörelsen via samordnare funktionsnedsättning i alla processer.

**Exempel från verksamheten**

När det gäller patientens delaktighet i behandling finns ett flertal aktiviteter. Flera verksamheter arbetar med att förbättra vårdplanerna i patientens journal så patientens delaktighet i beslut tydligt framgår. Införande av Bedside-rapporter inom allmänpediatriska vårdavdelningar vilket bidrar till ökad patientdelaktighet i vården Det finns behov av fortsatta aktiviteter på fler enheter. IVA i Gävle och Hudiksvall har varsin återbesöksmottagning som leds av särskilt ansvariga IVA-sjuksköterskor dit patienter och/eller anhöriga erbjuds komma för uppföljande samtal kring vårdtiden.

Inom ett verksamhetsområde i primärvården arbetar man med informationsbladet ”vad kom vi överrens om idag” då vårdgivaren ska skriva ned vad som överrenskommits vid vårdmöten. Onkologen arbetar med ett nytt ansvarsområde där barn till cancersjuka uppmärksammas, ”Barn som anhöriga”.

Vid utvecklingsarbeten/ förbättringsarbeten medverkar patienter/brukarorganisationer allt oftare. Exempelvis i den cancerstrategi som Cancerrådet tagit fram ingår träffar med brukarorganisationer 2 gånger per år. Cancersamordnare träffar brukarorganisationer en gång per termin. Psykiatrin har brukarråd där Verksamhetschefen är sammankallande. Inom vissa verksamhetsområden finns anhöriggrupper.

Patient och närstående har möjlighet att lämna synpunkter i s.k. förslaglådor eller genom egna och/eller nationella enkäter och ”Tyck och Tryck” terminaler. Patienter på Rehabiliteringsmedicinenheten har lämnat synpunkter på vården i ett flertal enkäter samt i telefonuppföljningar. På geriatriken har patienter involverats i arbetet att utveckla personcentrerad vård.

# 12. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete

Region Gävleborg tillsammans med övriga landsting och regioner fortsätter att arbeta för ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete, bl. a genom implementering av riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Riktlinjerna ökar fokus på att främja hälsa och diskutera levnadsvanor i vården. Enligt den nationella patientenkäten som utfördes 2016 i Gävleborg innehåller mellan 41-50 procent av besöken diskussion om minst en levnadsvana. Det är något vanligare att motionsvanor och tobaksvanor diskuteras i samband med besök jämfört med ex alkoholvanor. Gävleborg är i nivå med eller något över riksgenomsnittet i detta.

Samhällsmedicin har jämfört den patientupplevda kvaliteten hos primärvårdsbesökare 2016 för besökare som har haft och inte har haft ett besök som inkluderar diskussion om levnadsvanor. Resultatet visar att den patientupplevda kvaliteten är högre i gruppen med diskussion om levnadsvanor i alla dimensioner. Ett fortsatt arbete med att implementera riktlinjerna pågår och handlar bland annat om att förbättra och göra journaldokumentationen mer fullständig när det gäller det hälsofrämjande arbetet.

# 13. Resultat

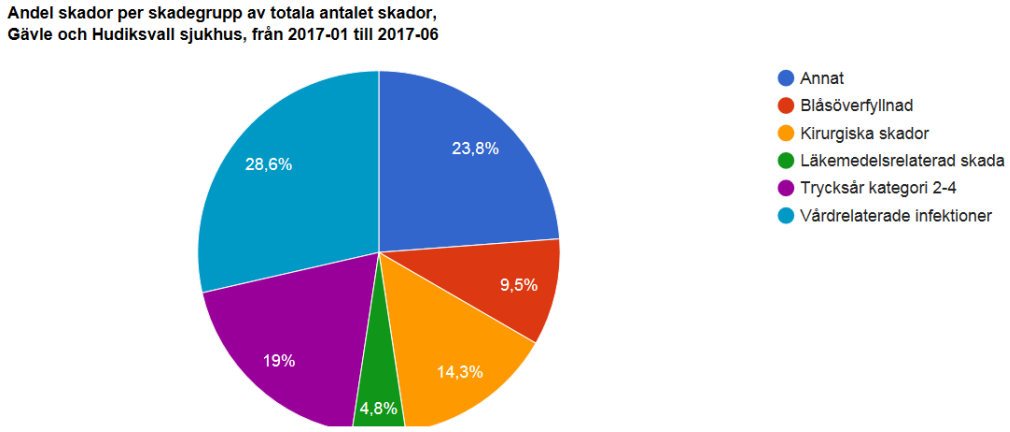
## 13.1. Nationell patientenkät

Under senare delen av hösten 2017 genomfördes den nationellt gemensamma enkätundersökningen inom primärvården i Gävleborg. Resultatet presenteras under 2018. Månadsvis under 2017 genomfördes den nationella gemensamma mätningen för 18 standardiserade vårdförlopp (SVF) inom cancervården i syfte att utvärdera hur patienterna upplever att utredas inom SVF. Resultat för första kvartalet 2017 visar ett positivt svar (89%) inom dimensionen helhetsintryck vilket överensstämmer med riket (87%).

## 13.2. Markörbaserad journalgranskning

Resultat från nationella databasen baserad på slumpmässigt utvalda journaler månadsvis. Rikets medelvärde för vårdskador jan-juni 2017 var 8 %[2].

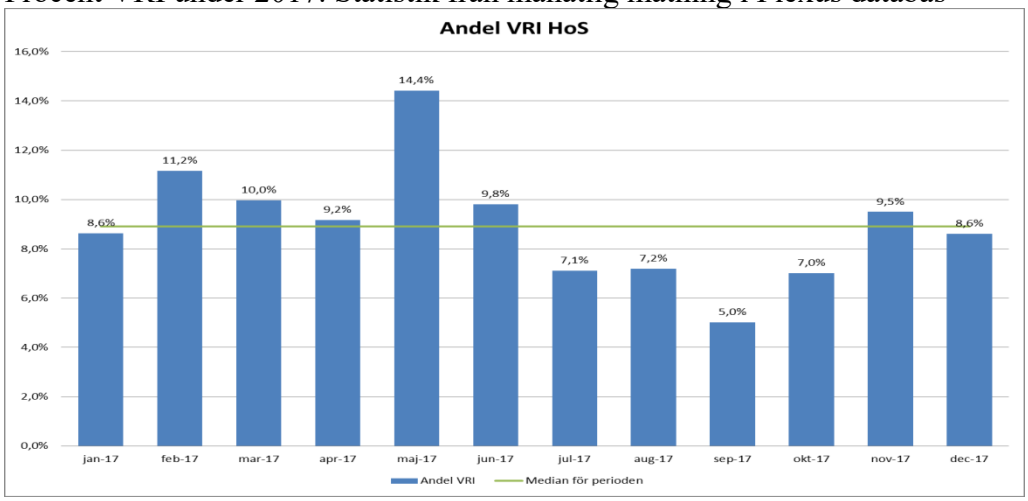
Regionens resultat första halvåret 2017 (Gävle och Hudiksvalls sjukhus) visar att 13 % av patienterna hade vårdskador av totalt 90 granskade journaler. Ingen vårdskada orsakade bestående skada, men krävde någon extra åtgärd eller förlängd vårdtid. Skadorna fördelades enligt nedan:




## 13.3. Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Resultatet från månatliga mätningar visar att 9,1 % av alla patienter (4165 st) som ingått hade VRI. Totalt hade 8,2 % av alla patienter som deltagit i mätningen under 2015 VRI. Samma siffra för 2015 var 8,2 % och för 2016 8,3 % (statistik tagit från Plexus månatliga PPM mätningar). Nedan redovisas resultatet för varje månad, båda divisionerna

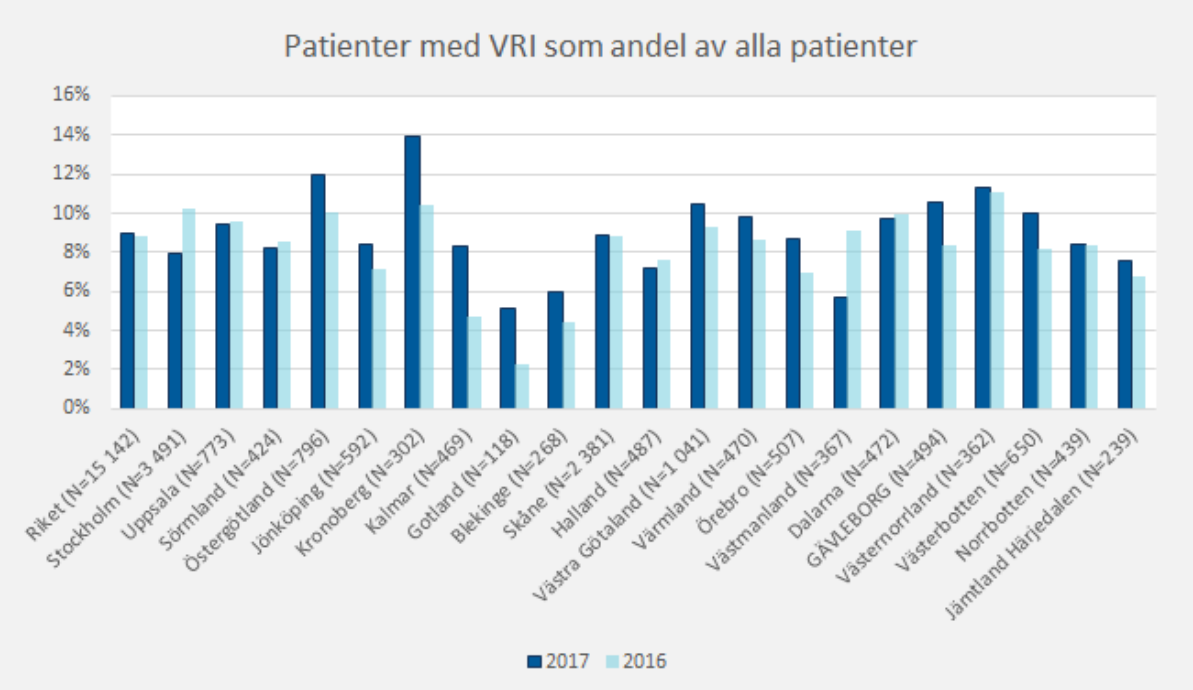
Procent VRI under 2017. Statistik från månatlig mätning i Plexus databas




[2] *SKL rekommenderar inte jämförelser mellan landsting/regioner*

En gång om år genomförs nationell punkt prevalensmätning. Resultatet visar att i Region Gävleborg hade 10,5 % av patienterna VRI, jämfört med riket 8,9 %.

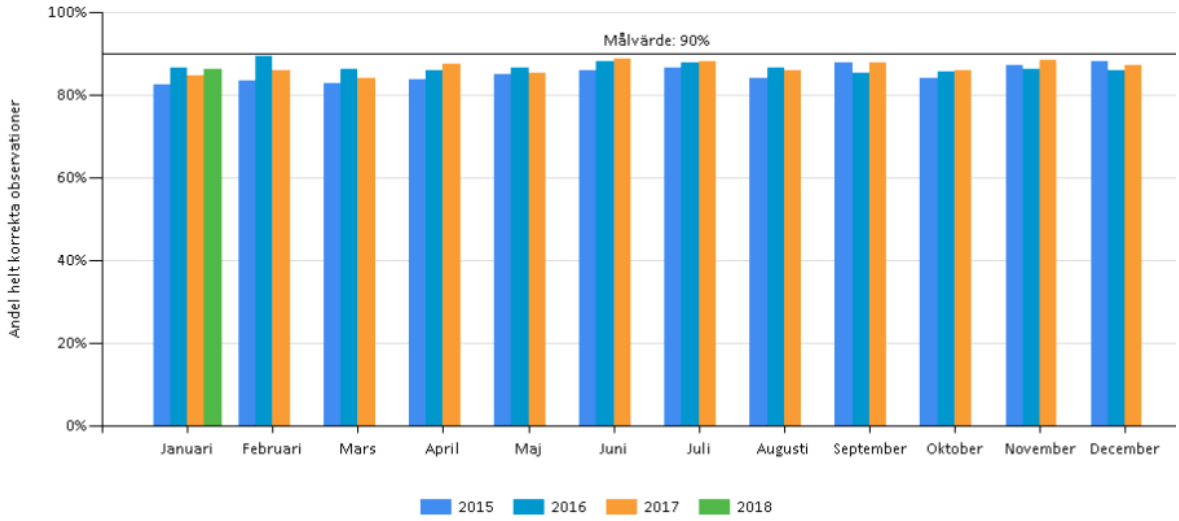
Resultat nationell punktprevalensmätning 2016 och 2017




## 13.4. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

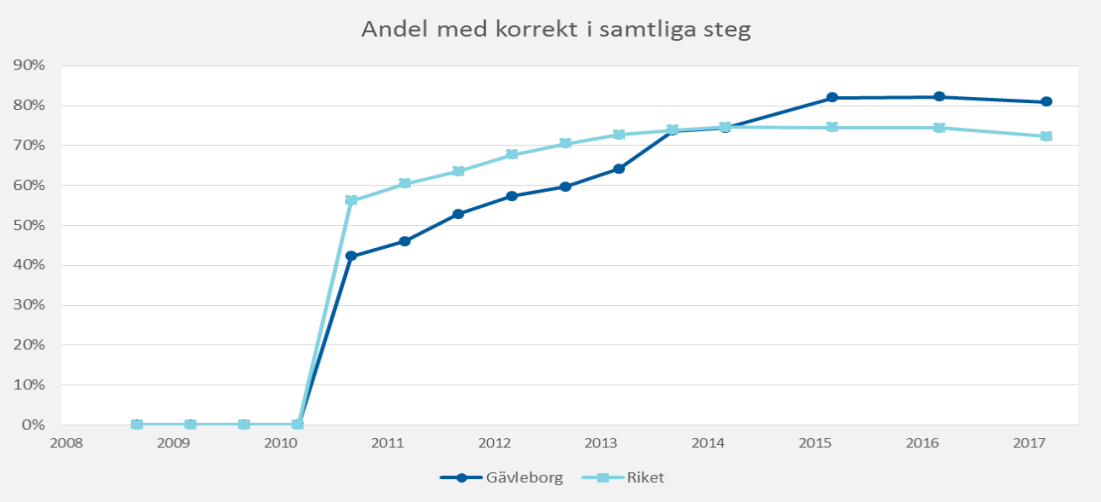
Målvärdet har under året varit 90 %. Det finns enheter som uppnått målet och har 100 % följsamhet samt enheter där förbättringar behövs.

Total andel helt korrekt hygien-och klädrutiner inom Region Gävleborg. Statistik baserad från månatlig mätning ur Cyklop.



Andel korrekta basala hygienrutiner och klädregler inom slutenvårdsavdelningar inom Region Gävleborg baserat på SKLs årliga mätning 2016-2017.

.




## 13.5. Vårdhygien och Smittskydd

Hygienronder och hospiteringar har utförts inom slutenvården, primärvården och inom kommunal omsorg. Flera utbildningsinsatser vid APT och så kallad obligatorisk hygienutbildning har genomförts.
I den obligatoriska hygienutbildningen har ca 630 personer deltagit under året.

### 13.5.1. *Strama*

Antibiotikaförskrivningen har fortsatt att minskat, drygt 2 % under 2017.
Strama har tillsammans med läkemedelskommittén och ensamt haft flera utbildningstillfällen till primärvårdsläkare, personal på akutmottagningar och personal inom kommunal vård och omsorg.

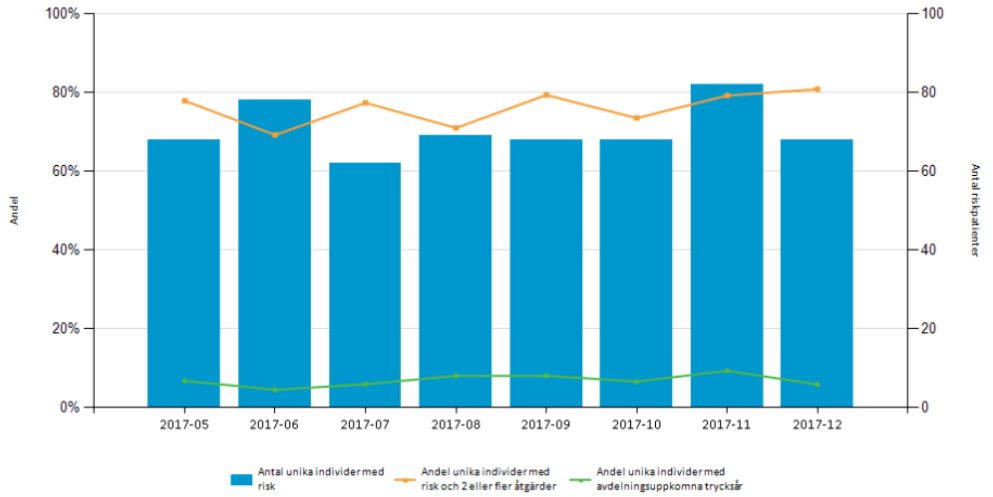
### 13.5.2. *Antibiotikaförskrivning*

Under 2017 har förskrivningen minskat från 278 till 271 recept per 1000 invånare. Störst minskning ses i gruppen 0-6 år, där 10 % färre recept utfärdades jämfört med 2016. För personer 7-64 år utfärdades 8 % färre recept, medan gruppen 65 år och äldre fick 3 % fler recept. 56 % av förskrivningen avser recept till kvinnor, och största åldersgruppen är 70-74 år, båda könen. Hos de allra minsta, 0-4 år och de äldsta, 85+, får fler män än kvinnor recept på antibiotika.

## 13.6. Trycksår

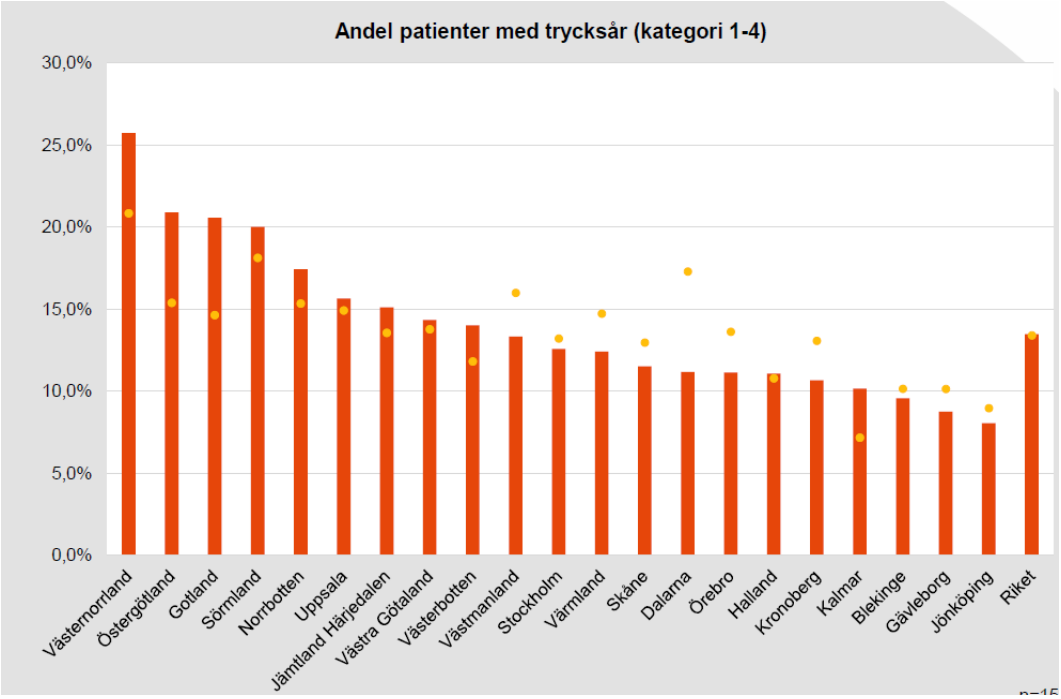
Totalt hade 9,2 % av alla patienter som deltagit i månatliga punktprevalensmätningar under 2017 trycksår Kategori 1-4 (statistik tagit från Plexus). Det finns en tendens till försämrat resultat under andra halvåret 2017. Analys av detta sker under början av 2018.

Resultatet för andel risk patienter med 2 eller fler preventiva åtgärder insatta ses i tabellen nedan. Målvärdet är att minsk 80 % av riskpatienterna har två eller fler åtgärder. Resultatet varierar för olika enheter.




Nationella resultatet i punktprevalensmätningen mars 2017 visar att Region Gävleborg hade näst bästa resultat i riket, se nedan.

Andelen patienter med trycksår kategori 1-4 nationella punktprevalensmätningen anordnad av SKL



## 13.7. Enkla läkemedelsgenomgångar

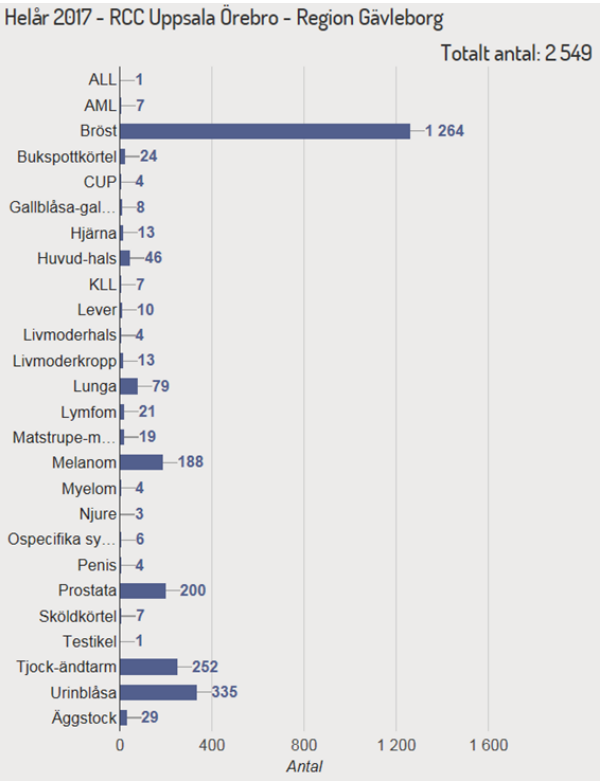
Resultaten visar att 18 % av enheterna uppnår målet i snitt för 2017. Det är stor variation i hur stor andel av patienterna som har dokumenterad åtgärdskod (0% - 92%).

## 13.8. Utbildningsinsatser från KTC

Totalt antal utbildade är 3076 personer. De flest besökta utbildningarna är simuleringsövningar 45 tillfällen med 426 deltagare, trachealkanyl/sugning övre luftvägar 24 tillfällen med 334 deltagare och HLR 25 tillfällen med 464 deltagare.

## 13.9. Standardiserade vårdförlopp för cancerpatienter

I den statistik som produceras finns en osäkerhet pga att registreringar av patienter som aktivt går in i ett SVF ej registreras eller registreras inte korrekt. Vilket gör att fler patienter genom går ett SVF än i vad som redovisas till den nationella databasen, se nedan. I den nationella redovisningen syns det heller inte de patienter som startat ett SVF i Gävleborg som ingår i nivåstrukturerade vårdförloppen tex Skelett- och mjukdels Sarkom som utreds i Stockholm

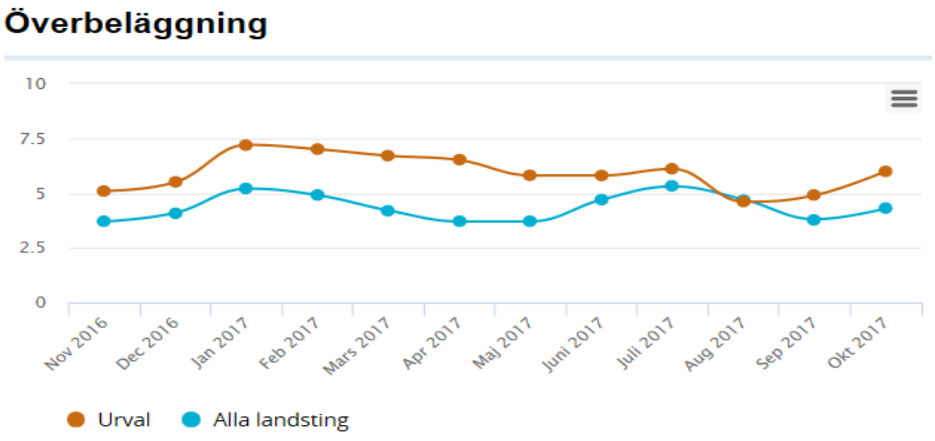


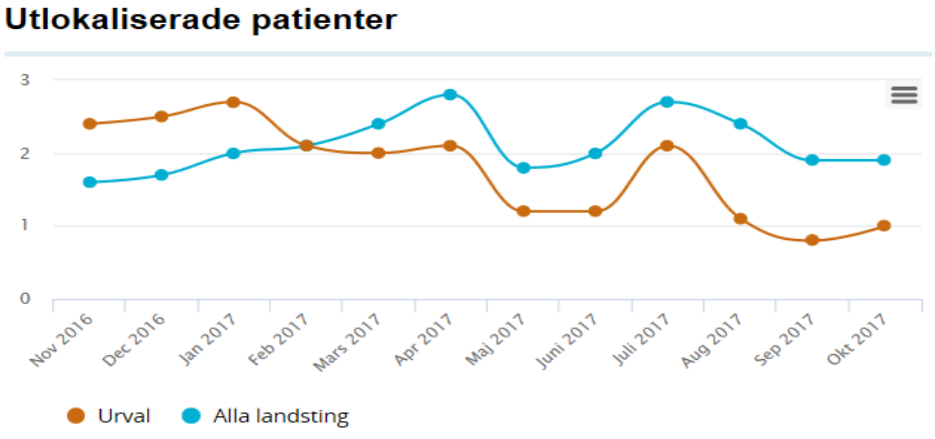
## 13.10. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

Gävle och Hudiksvalls sjukhus har haft fler överbeläggningar jämfört med riket och jämfört med 2016. Region Gävleborg har haft färre utlokaliserade patienter jämförbart med riket. På sjukhusnivå hade både Gävle minskat andel utlokaliserade emedan och Hudiksvall har ökat jämfört med 2016.

Figurerna nedan och på nästa sida visar antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 vårdplatser (data från SKLs databas ”Väntetider i vården).

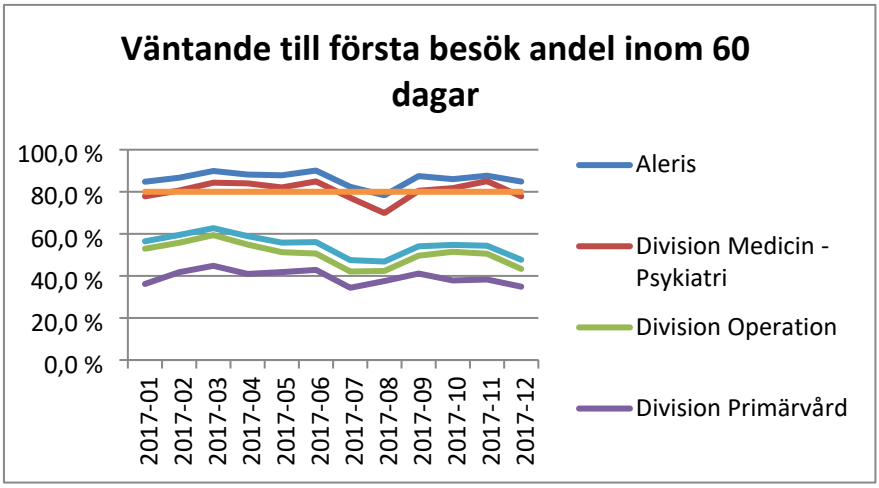
| Landsting / region | Överbeläggning | Utlokaliserade patienter |
|---|---|---|
| Alla landsting | 4,3 | 1,9 |
| Gävleborg | 6 | 1 |
| Bollnäs sjukhus | 2,6 | 0,1 |
| Gävle sjukhus | 5,9 | 0,8 |
| Hudiksvalls sjukhus | 8,3 | 2 |



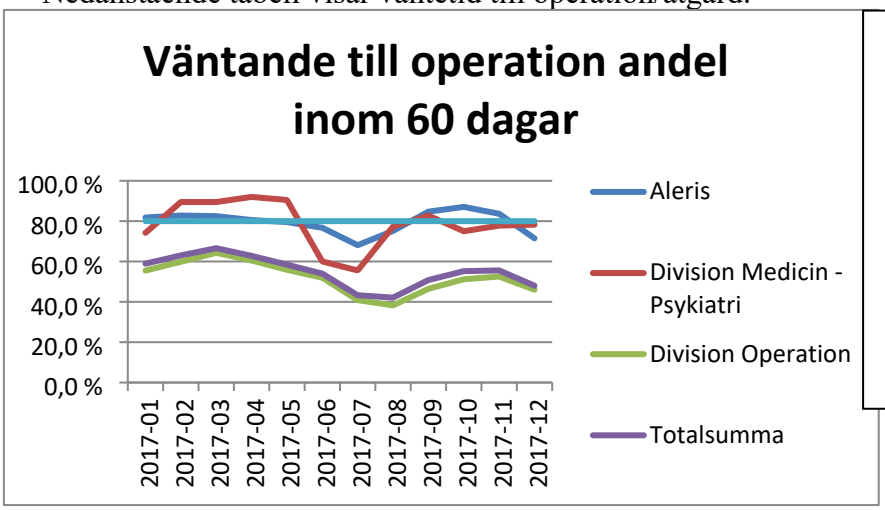
## 13.11. Väntetider till vård och behandling

Nedanstående tabell visar väntetid till besök.




Kommentar: Division Operation och Division Primärvård har inte lyckats nå målet 80% under 2017, vilket avspeglar sig på resultatet för regionen.
Orsaken är framför allt läkarbrist.

Nedanstående tabell visar väntetid till operation/åtgärd.




Kommentar:
Regionen når inte målet 80 % under 2017. Division Operation har haft stora problem med bemanning av läkare, specialistsjuksköterskor och allmänsjuksköterskor vilket lett till färre bemannade operationssalar i samt reducering av antalet vårdplatser i Gävle och Hudiksvall.

## 13.12. Telefontillgänglighet

Regionens totala resultat är 93%[3]. Variationer mellan enheter innebär att det finns möjlighet till förbättringar. Resultat från SKLs databas ”Väntetider i vården” (SKL) visar att telefontillgängligheten på offentligt bedrivna hälsocentraler varierar mellan 77% och 100%

## 13.13. Hållbart Medarbetar Engagemang- HME

Region Gävleborg genomförde under hösten 2017 Medarbetarenkäten 2017. Svarsfrekvensen var 88 procent. SKL har tagit fram ett index – Hållbart Medarbetarengagemang (HME)[4]. Resultaten visar att index totalt förbättras men en det finns stor variationen mellan enheter.

[3] Cyklop

[4] Ett antal frågor som mäter medarbetarnas nivå av engagemang. HME innehåller tre delindex (motivation, ledning och styrning) som tillsammans bildar ett HME-totalindex. HME-index redovisas på en skala 1-100 där 100 är det bästa resultatet.

Nedanstående tabell visar Region Gävleborgs resultat för HME-totalindex och för respektive delindex under 2013, 2015 och 2017 samt index för Hälso- och sjukvård 2017. Region Gävleborgs mål är att samtliga enheter ska ha ett HME-totalindex som är 75 eller högre, se nedan tabell för redovisning.

| | 2013 | 2015 | 2017 |
|---|---|---|---|
| HME-totalindex/**Index för Hälso- och sjukvård** | 73,1 | 74,4 | 76,3/**77,1** |
| Delindex motivation/**Index för Hälso- och sjukvård** | 76,5 | 77,3 | 78,2/**79,2** |
| Delindex ledning/**Index för Hälso- och sjukvård** | 70,4 | 72,5 | 76,9/**77,5** |
| Delindex styrning/**Index för Hälso- och sjukvård** | 72,5 | 73,3 | 73,8/**74,7** |
| Andel enheter med HME ≥ 75 totalt/**Index för Hälso- och sjukvård** | 46 % | 50 % | 62 %/**66%** |

# 14. Måluppfyllelse

## 14.1. Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Målet för 2017 för andelen patienter med VRI var < 7 % vilket inte uppnåddes. När det gäller VRI visar resultat från regionens databas (medelvärde 9,1 % för helår) att ingen minskning av andelen patienter med VRI skett.

## 14.2. Trycksår

Inget målvärde uppsatt för 2017 på regionnivå. Resultaten visar ingen förbättring jämfört med 2016 års resultat. Under 2017 hade 9,2 % av alla patienter som ingick i månatliga mätningen trycksår, samma siffra för 2016 var 10,0 %.

## 14.3. Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Uppsatta mål för BHK 90% följsamhet. BHK har på många enheter och nått delmålet på 90 % för helt korrekta utförda hygienrutiner och klädregler vilket inte är uppnått på vissa enheter.

## 14.4. Antibiotikaförskrivning

Målet för antibiotikaförskrivningen i regionen är maximalt 250 recept per 1000 invånare. Totalt har det i regionen skett en minskning med 2 procent från 278 till 271 recept per 1000 invånare.

## 14.5. Förtroende och tillgång för hälso- och sjukvården

Det finns inga målvärden framtagna i siffror för 2017 gällande. Resultaten från mätningen med Nationella patientenkäten för primärvården presenteras under 2018.

## 14.6. Hållbart medarbetarengagemang (HME)

Målet att samtliga enheter ska ha ett HME-totalindex **≥ 75** nås ej. Resultatet för hela Hälso- och sjukvården är 77 % vilket är en förbättring jämfört med senaste två mätningar.

## 14.7. Tillgänglighet till besök och vård och behandling

Regionen har inte uppnått målet 80 % gällande tillgänglighet till vård och behandling

# 15. Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet 2018

Patientsäkerhetsarbetet grundar sig på Region Gävleborgs nollvision för vårdskador, vilket innebär en strävan efter att minska andelen vårdskador. Fokusområden för vårdskador är vårdrelaterade infektioner, trycksår och läkemedelsrelaterade skador. Uppsatta mått och mål presenteras i verksamhetsplan för hälso- och sjukvård 2018.

**Vårdskada:** Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. (SFS 2010:659)

Det finns i regionen, som i övriga landet en stor utmaning att bibehålla och säkerställa hög kompetens och hög kontinuitet för en god vårdkvalitet och bedriva förbättringsarbeten för att minska att patienter drabbas av vårdskador.

Det krävs både kortsiktiga och långsiktiga planerade aktiviteter där processer följs upp. Aktiviteterna behöver präglas av uthållighet och omfatta alla nivåer i organisationen, från patientnivå, medarbetarnivå, verksamhetsnära ledning och högsta ledning

**Inom patientsäkerhet kommer ett flertal aktiviteter vidtas inom följande områden :**

Patient- och närstående delaktighet - förebyggande åtgärder för vårdrelaterade infektioner, trycksår och säker läkemedelshantering - patientsäkerhetskultur – utbildning - stärka och stödja det systematiska patientsäkerhetsarbetet inom Region Gävleborg på alla nivåer.

Inom samtliga delar utgör enheten ”Patientsäkerhet och Vårdkvalitet” (chefläkare, patientsäkerhets- och anmälningssamordnare) operationellt stöd.

**Exempel på aktiviteter**

Ett regionsövergripande arbete ska ske i införande av den under 2017 framtagna handlingsplan för minskad andelen patienter med VRI. Arbetet syftar till att stödja verksamheten i deras förbättringsarbete och utförs tillsammans med Vårdhygien.

Genomföra analys av 2017 år resultat gällande trycksår och initiera riktade strategier med mål att minska andelen patienter med trycksår.

Omfattande aktiviteter för följsamhet till den nya läkemedelsförskriften. Läkemedelsenheten är en viktig medaktör.

I syfte att utöka möjlighet för medborgare att bidra till hälso och sjukvårdens förbättringsarbeten utvidgas ”Patientbanken” till andra diagnosgrupper än cancer.

Kvalitetsegisterinventeringen kommer att utvidgas till samtliga verksamhetsområden. Indikatorer från kvalitetsregistren kommer att användas vid den löpande uppföljningen av den medicinska kvaliteten. Resultat och jämförelser går att följa via www.vardenisiffror.se.

För att stödja regionens systematiska patientsäkerhetsarbete finns behov av att utveckla en patientsäkerhetsstrategi med tillhörande handlingsplan som görs känd i organisationen.

Framtagande av förslag till en patientsäkerhetsutbildning riktad till chefer på olika nivåer samt till medarbetare. Målet är en förbättrad patientsäkerhetskultur.

Ökad samverkan med HR planeras, exempelvis planering för gemensam mätning av arbetsmiljö och patientsäkerhetskultur.

En fortsatt implementering av ”Gröna korset” för att främja dialog kring förebyggande av vårdskador på enhetsnivå.

Inför kommande år är arbetet med att få balans i antalet vårdplatser (reducera överbeläggningar, utlokaliserade patienter och kvarliggande medicinskt färdigbehandlade patienter) viktigt.

Utifrån bland annat patientsäkerhetsronder framkommer att vi fortsättningsvis har stora utmaningar att integrera olika system för att säkra överföring och åtkomst av viktig information inom och mellan enheter samt med andra vårdgivare. Fortsatt breddinförande av Elektroniska remisser och svar. Ytterligare aktiviteter behöver utvecklas under 2018.

Utveckling och införande av användbara kliniska beslutsstöd inom primärvård.

En tydlig organisation som följer det nationella arbetet inom ”Kunskapsstyrning” ska utvecklas under året. Skapa strukturer och aktiviteter så nationella riktlinjer kommer patienterna till del.