

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2018 Region Gävleborg

Innehåll

Sammanfattning	2
1. Övergripande mål och strategier	3
2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten.....	4
3. Struktur för uppföljning/utvärdering	6
4. Uppföljningar genom egenkontroller	8
5. Hur kvalitet och patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för att öka patientsäkerheten.....	9
6. Samverkan för att förebygga vårdskador	13
7. Riskanalys	14
8. Informationssäkerhet.....	15
9. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	15
10. Klagomål och synpunkter	16
11. Samverkan med patienter och närstående	19
12. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete	19
13. Resultat	20
14. Måluppfyllelse.....	26
15. Övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet 2019 27	

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 2018" innehåller redovisning från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Aleris sjukhus upprättar en egen patientsäkerhetsberättelse. Övriga privata aktörer inom Hälsovalet, samt eventuella privata aktörer som bedriver vård på entreprenad följs upp av Hälso- och sjukvårdsdirektören.

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

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete bedrivs på såväl övergripande nivå som på verksamhetsnivå. Under 2018 har detta arbete fortsatt och tagit små steg framåt.

Högsta ledningens engagemang, via bl. a patientsäkerhetsronder inom verksamhetsområdena, skapar en dialog och förutsättningar för fokusering på kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor.

Patientsäkerhetsarbetet grundar sig på Region Gävleborgs nollvision för vårdskador, vilket innebär en strävan efter att minska andelen undvikbara skador. Fokusområden för vårdskador är vårdrelaterade infektioner (VRI), trycksår och läkemedelsrelaterade skador. Utvecklingen avseende VRI och trycksår har varit oförändrad, ett antal initiativ har tagits för att vända den trenden. Läkemedelshanteringen har varit ett fokusområde med olika åtgärder som är under implementering. Tillgängligheten till vård och behandling har under 2018 minskat. Största anledningen är brist på kompetent personal.

En god patientsäkerhetskultur är grundläggande för ett väl fungerande patientsäkerhetsarbete. För detta krävs verktyg - under 2018 har t ex Gröna Korset¹ implementerats i allt fler verksamheter, ytterligare förbättringscoacher utbildats. Arbete med att utveckla patientflöden fortsätter.

Arbetsmiljö och patientsäkerhet går hand i hand. I slutet av 2018 genomfördes för första gången en medarbetarenkät med frågor om både arbetsmiljö och säkerhetsengagemang.

Utbildning och kunskapsutbyte är en av nyckelfaktorerna för en säker vård. Utbildningar har för olika målgrupper bl a hållits i patientsäkerhet och händelse-/riskanalys. På övergripande nivå sker samverkan och kunskapsutbyte med ett nationellt nätverk för patientsäkerhet. På regional nivå sprids kunskaper genom verksamhetschefer och kvalitetssamordnare/ motsvarande, på lokal nivå via vårdenhetschefer och medarbetare med ansvarsområden (exempelvis hygienombud).

Vid årsskiftet infördes den nya samverkanslagen för att stärka patientsäkerheten och bättre samordna hälso- och sjukvård och socialtjänst för personer som skrivs ut från sjukhus. Om än långsamt ses en positiv utveckling. Försöksverksamhet med mobila team, geriatriskt team på akuten har varit lyckade.

Under 2018 har påbörjats ett nationellt projekt - Nära Vård - för att på sikt med nya vårdformer öka tillgängligheten och utveckla en patientcentrerad vård.

Patientens röst i vården har förstärkts med ökade möjligheter att ge 'synpunkter på vården'. Större samverkan mellan vårdgivare, patientnämnd och tillsynsorgan (IVO) ses. Likaså har dialog med olika patientgruppsföreträdare hållits.

Fokusområden för 2019 års arbete kommer bland annat rikta in sig att minska andelen patienter med vårdrelaterade infektioner, läkemedelsrelaterade vårdskador och andra vårdskador samt genom olika aktiviteter arbeta för en god säkerhetskultur.

För att nå uppsatta mål krävs både kortsiktiga och långsiktiga planerade aktiviteter som följs upp. Aktiviteterna behöver präglas av uthållighet och omfatta patienter, medarbetare verksamhetsnära ledning och högsta ledning.

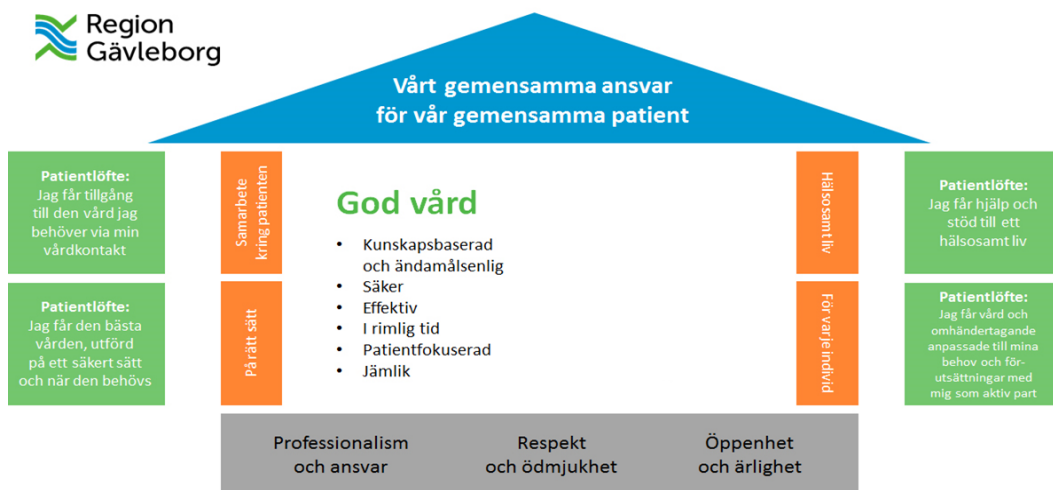
¹ [Dialogverktyg i dagligt arbete kring risker och vårdskador](#)

1. Övergripande mål och strategier

Den politiska inriktningen för Region Gävleborg 2016-2019 preciserar fyra målområdena² varav ett 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.

Hälso och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan för 2018 har utarbetats för att stödja den politiska inriktningen. I den står bland annat att satsningar ska göras för att: - minska förekomsten av vårdskador och vårdrelaterade infektioner - utveckla verksamheterna så att patienterna upplever att vården är av bästa kvalitet - alla ska vara delaktiga i sin egen vård och blir väl bemötta - förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården - stärka kontinuiteten kring den enskilde patienten - stärka delaktigheten hos medarbetarna.

Hälso- och sjukvården har samlat sitt [utvecklingsarbete](#) i en gemensam struktur där målbilden är "Vårt gemensamma ansvar för vår gemensamma patient". Ett arbetssätt där patienten ses ur ett helhetsperspektiv, över de organisatoriska gränserna, oavsett var i vårdflödet patienten befinner sig i och ska vidare till. Strategin är att genom ständiga förbättringar utveckla patientsäkerheten och vårdens kvalitet.



Region Gävleborgs vision för strategiskt patientsäkerhetsarbete har en nollvision som innebär att ingen patient ska behöva drabbas av en undvikbar skada (vårdskada). En vårdskada kan vara allt från trivial och snabbt övergående till allvarlig och leda till död. De vanligaste vårdskadorna är vårdrelaterade infektioner, trycksår, fall och läkemedelsskador. Regionen använder bland annat daglig styrning (ex Gröna Korset), journalgranskningar, avvikelssystemet Platina, lex Maria och enskild anmälan samt punktprevalensmätningar för att identifiera vårdskador.

Vården och det strategiska patientsäkerhetsarbetet ska ha som mål att alla verksamheter och nivåer i organisationen genomsyras av en stark patientsäkerhetskultur vilket är en grundläggande nödvändighet för att ska skapa en så säker och god vård som möjligt.

² [De fyra målområdena](#)=Hela Gävleborg ska leva och utvecklas, Ett grönt och hållbart Gävleborg, En politik för fler jobb och högre utbildningsnivå samt En välfärd att lita på.

2. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerheten

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet fördelar sig på flera nivåer i hela organisationen³.

Regionstyrelsen Vårdgivaren, det vill säga regionstyrelsen, är ytterst ansvarig för patientsäkerheten och har skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete inom regionen.

Hälso- och sjukvårdsnämnd (HSN) har ett delegerat ansvar som vårdgivare i enlighet med nämndens reglemente. Planerar, leder och kontrollerar att patientsäkerhetsarbetet bedrivs enligt fastställda lagar, direktiv och styrdokument så kravet på god vård tillgodoses. Fastställer den årliga patientsäkerhetsberättelsen

Hälso- och sjukvårdsdirektör (HSD) är funktionsansvarig för patientsäkerhetsarbetet inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Fastställare av den årliga patientsäkerhetsberättelsen samt regiongemensamma styrdokument för hälso- och sjukvården.

Biträdande Hälso- och sjukvårdsdirektör med ansvar för ledarskap har ett övergripande ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsarbete inom förvaltningens verksamheter, intern produktion. Ansvarar för att säkerställa att fastställda rutiner och aktiviteter förs ut i organisationen och har det operativa ansvaret för implementering och uppföljning inom förvaltningen.

Verksamhetschef (VC) Ansvarar för att diagnostik, behandling och omvårdnad bedrivs på ett säkert sätt. Följer upp verksamhetens avvikelser, förbättringsarbete, analyserar resultat och förbättringsåtgärder samt utvärderar dess effekter. Ansvarar för att genomföra och följa upp beslutade mål och strategierna i patientsäkerhetsarbetet. Ansvarar för att patient/närstående får information och erbjuds delaktighet i verksamhetens patientsäkerhetsarbete och att det finns rutiner för hur patienter, anhöriga och personal tas om hand och får stöd vid allvarlig händelse. Rapporterar, utreder och samarbetar med chefläkare vid risk för eller inträffad vårdskada.

Vårdenhetschef (VEC) Ansvarar för tillämpning av fastställda styrdokument. Följer upp resultat av insatta åtgärder efter förbättringsarbete och analysarbete samt att resultaten återkopplas till personalen. Ansvarar för att tid avsätts för förbättringsarbeten, riskanalys och händelseanalys samt att rutiner för hur patienter, anhöriga och involverad personal tas om hand och får stöd vid allvarlig händelse är kända.

Medarbetare arbetar utifrån regionens regelverk och tillämpar fastställda styrdokument. Medverkar i utrednings- och utvecklingsarbetet av patientsäkerhetsområdet samt i förbättringsarbetet genom att rapportera observerade risker och registrerar avvikelser i avvikelshanteringssystemet.

Stödfunktioner för patientsäkerhetsarbetet

Kvalitetssamordnare/motsvarande är verksamhets- och vårdenhetschefens stöd i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Hygienombud är verksamhets- och vårdenhetschefens stöd i det infektionsförebyggande arbetet. Bl a genom mätning, registrering och sammanställning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler samt vårdhygiens kontakt till respektive vårdenhet.

³ Beskrivs mer i detalj i rutinen [Patientsäkerhetsarbete, Organisation och ansvarsstruktur - Region Gävleborg](#)

Hälso och sjukvårdens gemensamma resurser (HSR) är en avdelning inom Hälso och sjukvårdsförvaltningen bestående av enheterna: Centrum för klinisk utbildning, Kliniskt träningscentrum, Ledningsstöd Hälso och sjukvård, Läkemedelsavdelning, Patientsäkerhet och vårdkvalitet, Produktionsstöd, Utvecklingsavdelning, Medicinsk teknik. HSR har till uppgift att vara rådgivande och stödja verksamheternas utveckling inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet, i samverkan med andra vårdgivare och enheter inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen samt vara beredningsgrupp för hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp (HSL) i övergripande kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor.

Stabschef HSR har ansvar att samordna och prioritera resurser samt beakta och lyfta upp patientsäkerhetsfrågor i Hälso- och sjukvårdsnämnden, Hälso- och sjukvårdsledningen (HSL) och FSAM. Stabschefen ansvarar för att inhämta hur privata aktörer inom Hälsovalet, samt eventuella privata aktörer som bedriver vård på entreprenad, bedriver patientsäkerhetsarbete.

Enheten **Patientsäkerhet och Vårdkvalitet** - chefläkare, patientsäkerhets- och anmälningssamordnare, samordnare för kliniska övergripande rutiner. Har till uppgift att stödja ett organiserat, kunskapsbaserat och patientfokuserat patientsäkerhetsarbete till Hälso och sjukvårdens ledningsgrupp och samtliga verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården i Region Gävleborg. Chefläkare ansvarar för anmälningsskyldigheten enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), i samarbete med och som stöd för verksamhetschefer.

Smittskydd Gävleborg har det regionövergripande myndighetsansvaret för länets smittskyddsarbete som regleras bl a av smittskyddslagen.

Lokala Stramagruppen strategigrupp som verkar för en rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens

Vårdhygien planerar och samordnar det infektionsförebyggande arbete och stödjer verksamheterna i det lokala arbetet med god hygien.

Patientnämnden stödjer patienter och närstående som har synpunkter på vården samt bidrar med erfarenheter från dokumentation och analys av patientsynpunkter till verksamheterna.

Centrum för Forskning och Utveckling Gävleborg (CFUG) stödjer och stimulerar till forskning och utveckling inom regionen samt bidrar till att ökad FOU-kompetens uppnås och används för att förbättra kvaliteten i landstingets olika verksamheter.

Samhällsmedicin Gävleborg ansvarar för vissa övergripande analyser, ger förslag till förbättringsområden samt samordnar Regionens medverkan i den Nationell Patientenkäten.

Ledningssystemsamordnare ansvarar för att regionens ledningssystem har en struktur och utveckling så det uppfyller kraven i SOSFS 2011:9.

Internkontrollenheten säkerställer att det finns övergripande arbetssätt, metoder och verktyg för intern kontroll och riskanalyser.

3. Struktur för uppföljning/utvärdering

Den politiska ledningen, Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN), följer upp patientsäkerhetsarbetet i samband med årsbokslutet samt vissa parametrar vid nämndssammanträden. Uppföljning av uppsatta indikatorer och mål sker i Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp (HSL), som är högsta tjänstemannaledning för hälso-och sjukvård. I HSL plus där HSL, verksamhetschefer och chefläkare ingår sker uppföljning av patientfall och avvikelser som berör flera verksamhetsområden. Resultat och mål av enheternas patientsäkerhets- och kvalitetsarbete följs upp i månadsvis av verksamheternas ledningsgrupper, mellan biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör och verksamhetschef. 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 beslutstödssystemet "Cyklop" redovisas. Inom primärvård i länet används i mer eller mindre hög omfattning 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, risk för vårdskador

Vårdskador eller risk för vårdskador identifieras via markörbaserad journalgranskning, månatliga punktprevalensmätningar (VRI, trycksår och BHK, även nationell mätning våren 2018), infektionsverktyget, lex Maria-ärenden, enskild anmälan till IVO, LÖF-ärenden, Patientnämndsärenden, dagliga avstämningar genom dialogverktyget för patientsäkerhet "Gröna korset" samt rapporterade avvikelser i regionens avvikelshanteringssystem Platina.

Riktade journalgranskningar sker i verksamheten som underlag till förbättringsarbeten och utvärdering, exempelvis inom vuxenpsykiatri, ortopedin och kvinno- och sjukvården. 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 nationella databas samt för regionens patientsäkerhetsarbete. Resultat från den nationella databasen baserad på slumpmässigt utvalda journaler månadsvis, för riket och landsting/regioner inom sjukhusvård 2018, kommer först i SKLs 6års-rapport juni 2019. En nationell sexmånadersmätning gjordes med MJG inom vuxenpsykiatri under 2018. Resultatet för riket och regionen indikerar att det finns möjlighet till att utveckla och säkerställa följsamhet till rutiner. Exempelvis upprätta vårdplaner, utse fast vårdkontakt och uppföljning vid insättning av läkemedel. Specialmedicin har genomfört journalgranskningar enligt metoden PiR (Patientsäkerhet i Realtid) på tre avdelningar. Granskningarna ska fortsätta då de upplevts som bra för att ha koll på hur dokumentation och kvaliteten i vardagsarbetet fungerar samt bra som underlag för dialog med personalen i kvalitets och säkerhetsarbetet.

3.2. Patientsäkerhetsronder/Dialoger

Representanter från Hälso och sjukvårdsledningen, enheten Patientsäkerhet och vårdkvalitet, läkemedelsenheten samt chefläkare 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 patientsäkerhetsaktiviteter. Samtal sker även med patienter och närstående vid ronderna i viss omfattning. 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.

3.3. Vårdhygien, Smittskydd och STRAMA

Vårdhygien har ett flertal aktiviteter i Region Gävleborg. Arbetet syftar till god hygien i vården. De utför hospitering och hygienronder inom slutenvården och i primärvården. Obligatoriska utbildningar sker till personal i vården. I den obligatoriska hygienutbildningen har minst 469 personer deltagit under året. Vårdhygienisk utbildning ges även till lokalvårdspersonal. Det finns hygienombud ute i verksamheten som vårdhygien har kontinuerliga träffar med. Vårdhygien deltar även på arbetsplatsträffar när verksamheten så önskar. Vårdhygien stödjer verksamheterna vid smittspårning och för att förhindra utbrott av smittsam sjukdom samt för att minska risken för vårdrelaterade infektioner.

Smittskydd Gävleborg arbetar med att förebygga och minska risken för spridning av smittsamma sjukdomar till och mellan människor. Verksamheten regleras i smittskyddslagen. Smittskyddsenheten följer smittskyddsläget i länet och kontaktar läkare, verksamhetschefer och Hälso- och sjukvårdsdirektör i ärenden som rör anmälningspliktiga sjukdomar. Smittskyddsenheten har även kontakt med allmänhet och övriga myndigheter i länet beträffande smittskyddsfrågor. Smittskyddsläkaren ansvarar för epidemi- och pandemiplanering i regionen.

Strama är regionens enhet med kunskap för rationell antibiotikaanvändning inom Smittskyddsenheten. Strama 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 och kommer att starta antibiotikaronder.

3.4. Stöd till medicinska verksamheterna vid användning av tekniska försörjningssystem

Medicinsk Teknik leder ”Tekniska kommittén” och ”Gaskommittén” vars uppdrag är att stödja verksamhetschefer för 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. Medicinsk Teknik förvaltar även de underhållsavtal som sluts med externa leverantörer. Tillsammans med inköp och chefer i verksamheterna svarar Medicinsk Teknik för att avtalens utformning säkerställer tillgänglighet och kvalitet på medicintekniska utrustningar som överensstämmer med verksamheternas behov.

3.5. Kvalitetsregister

Inventeringen av samtliga kvalitetsregister som används inom hälso- och sjukvården i Region Gävleborg slutfördes under 2018, och information om varje enskilt register finns nu lätt tillgänglig för alla intresserade. Resultat från nationella kvalitetsregister ska följas kontinuerligt och ligga till grund för fortlöpande förbättringsarbete inom alla verksamhetsområden.

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 databas Cyklop. Nationell databas PPM 1g/år
Hygienrutiner och klädregler	10 observationer/ enhet genomförs varje månad, Webbutbildning BHK	Cyklop, Nationell databas PPM 1g/år, Kompetensportalen
Trycksår	Granskning av alla inskrivna patienter en specifik dag/mån	Cyklop + Nationell databas PPM 1g/år
Medicinska vårdinsatser	Rapporteras fortlöpande	Nationella kvalitetsregister
Fall, tryckskada, undernäring och munhälsa	Rapporteras fortlöpande gällande patienter 65 år och äldre	Senior Alert t o m juni 2018
Jämförelser av vård-verksamheter andra landsting/regioner,	Årlig rapportering för deltagande enheter	Öppna jämförelser, Vården i Siffror
Antibiotikaförskrivning	Månadsvis uppföljning samt halvårsvis	Concise (E-hälsomyndigheten), Strama, Cyklop, infektionsverktyget
Läkemedel	Årlig egenkontroll av läkemedelshantering enligt checklista vid varje vårdenhets	Regionens gemensamma databas
Förskrivning av beroendeframkallande läkemedel	Mäts och återförs var 3:e månad.	Statistik på förskrivning via Läkemedels-kommittén
Slumpmässig markörbaserad journalgranskning	15 journaler granskas/månad inom slutenvård	Journalssystemet Melior
Patientnöjdhet och Kundnöjdhet	Nationella mätningar och/eller egna mätningar, ex. efterfrågar beställares synpunkter	Nationella patientenkäter och/eller egna enkäter samt ”tyck och tryck”
Medarbetarnöjdhet	Samtliga medarbetare besvarar enkät en gång/år	Medarbetarenkäten inkl. HME
Säkerhetengagemang	Till personal med direkt eller indirekt vårdkontakt	Hållbart Säkerhetengagemang (HSE)
Ackrediterade/certifierade verksamheter	Interna och externa revisioner	Relevanta ackrediterings-/certifieringsorgan
Blodprodukter, strålskydd, brand, arbetsmiljö, miljö, teknik m.fl.	Säkerhetsronder genomförs systematisk enligt plan	Protokoll, nationell riskdatabas ”Reidar”
Överbeläggningar och utlokaliserade patienter	Beläggningsgrad följs dagligen	Landstingets gemensamma databas (BOV) samt nationell databas
Ledtider diktat patientjournal	Mätning av antal dagar från diktering av läkaren till dokumentation i journal	Dikteringssystemet Medspeech
Användning av SBAR	Genomförs på vissa vårdenheter	Patientsäkerhetsronder samt observationer (fåtal enheter)
Händelseanalyser och internutredningar	När allvarlig händelse inträffat	Händelseanalys, enligt nationell metod, Nitha databas

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

5. Hur kvalitet och patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts 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.

Patientsäkerhetskultur - Arbetet med att förbättra patientsäkerhetskulturen fortsätter på olika nivåer i organisationen. Patientsäkerhetsronder och dialoger, daglig styrning och Gröna Korset är exempel på aktiviteter. Samarbete mellan "Patientsäkerhet" och "HR" har påbörjats under 2018 för att stärka patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbetet. Under senare delen av 2018 genomfördes för första gången en gemensam mätning - Medarbetarenkäten och [Hållbart Säkerhetsengagemang, HSE](#). Resultaten ger chefer och medarbetare ett underlag för att arbeta med dialog och åtgärder för en bättre arbetsmiljö och säker vård.

Utbildning, kompetens - Regionen erbjuder regionövergripande utbildningar inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet, exempelvis; utbildning av förbättringscoacher för att leda förbättringsarbeten i verksamheten, introduktionsutbildning för undersköterskor och sjuksköterskor, händelse- och riskanalysutbildning, SIP (Samordnad individuell planering), basala hygienrutiner och klädregler, sjukdomsförebyggande metoder och strålskydd. Exempel på utbildningsinsatser som initierats inom verksamheterna: HLR utbildningar, traumaövningar, barnscenarie teamträningar, utbildning i medicinsk teknik, körkort för strålbehandling.

Allt fler utbildningar finns inlagda i regionens Kompetensportal där lärarledda eller webbutbildningar finns samlade. Patientsäkerhet och vårdkvalitet deltar i nationella nätverk och grupper kring patientsäkerhet samt anordnar gemensamma "kvalitetssamordnarträffar" för kvalitetssamordnare/motsvarande oberoende av vårdgivare.

Avvikelsehanteringen är en viktig del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Rutiner för avvikelsehantering, patientrelaterade avvikelser, hantering av klagomål och synpunkter och egenkontroll finns upprättade inom de flesta verksamheterna. Arbeten med att säkra upp ett systematiskt arbete på alla nivåer fortsätter.

Chefläkargruppen där anmälningssamordnare samt patientsäkerhetssamordnare ingår, diskuterar kontinuerligt allvarliga risker och händelser. Chefläkare beslutar om anmälan till lex Maria. För ett ökat lärande av allvarliga risker och händelser har delar av slutenvården regelbundna träffar mellan kvalitetssamordnare, chefläkare, anmälningssamordnare m.fl.

Kommunikation och information - Brister i kommunikation och överföring av viktig information inom och mellan enheter och vårdgivare är en vanlig bakomliggande orsak till vårdskada eller risk för vårdskada. Implementeringen av kommunikationsverktyget SBAR sker i verksamheten men kan spridas och utvecklas mer. Åtgärder för att säkra kommunikation och information pågår, till exempel; förbättring av kultur, arbetssätt, ledtider vid diktat. Ett omfattande arbete är påbörjat för att föra in ett nytt vårdinformationssystem (patientjournal).

Patientmedverkan och delaktighet – se sidan X [Samverkan med patienter och närstående](#)

Kunskapsstöd- Ett kunskapsstyrningsråd har inrättats i regionen med syfte att stödja en ändamålsenlig struktur som möjliggör följsamhet till det nationella systemet för kunskapsstyrning och en vidareutveckling av god och jämlik hälsa för befolkningen i Gävleborg. Nationellt kliniskt kunskapsstöd (NKK) är landstingens och regionernas gemensamma rekommendationer för utredning, behandling och klinisk uppföljning i primärvården. NKK ger kunskapsstöd i patientmöten och medverkar till patientsäkerhet. Införande har påbörjats under 2018 i regionen.

Exempel från verksamheten – Hur kvalitet och patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomfört för att öka patientsäkerheten

Ett flertal åtgärder pågår eller har genomförts för att minska risken för vårdrelaterade infektioner och läkemedelsrelaterade fel ([se rubrik 5 sid 11](#)). Utveckling av arbetssätt sker för att säkra god omvårdnad, exempelvis ; förebyggande av trycksår och fall genom förändrade arbetssätt, ökade utbildningsinsatser och uppföljningar, samverkan med dietister och andra åtgärder för att förbättra nutritionen för patienter på sjukhus. Akuten har tagit fram checklista för säker hemgång för den äldre patienten, medicinavdelningen i Hudiksvall har arbetat för att säkra hantering och uppföljning av perifera infarter i syfte att minska risken för vårdskada.

Nya arbetssätt för säker förskrivning och uppföljning av beroendeframkallande läkemedel. Onkologisk dagvård har infört ett digitalt system för cytostatika ordinationer. Översyn och nya rutiner för hantering, dokumentation och märkning av syrgas i patientsalar har skett som åtgärder utifrån en identifierad avvikelse som minskar riskmoment som kan uppstå vid pappersdokumentation. Primärvården i Hudiksvall Nordanstig har börjat använda RiksSår som är ett svenskt nationellt kvalitetsregister för patienter med svårläkta sår. Registret används i den kliniska vardagen för att lättare sätta en korrekt diagnos på såret och på så sätt ge den bästa behandlingen och snabbare sårhäkning.

Barn och ungdomspsykiatri har genomfört ett flertal åtgärder för att säkerställa en god tillgänglighet utifrån en ökad psykisk ohälsa bland barn och ungdomar. Palliativa teamet i Gävle och Hudiksvall har börjat ge blodtransfusion i hemmet vilket leder till att patienter ej behöver slutenvård för behandling. En internmedicinsk mottagning har öppnats som möjliggör en säker uppföljning vid utskrivning. Externa stroketeamet har arbetat med att förbättra tillgängligheten tidigare i vårdförloppet. Förbättringsarbeten för förbättrat bemötande är ett fokusområde inom primärvård Gävle. BB har infört nya rutiner för bedömning av vitalparametrar med hjälp av bedömningsskala anpassad till obstetrisk patient (MEOWS).

Inom laboratorieverksamheten pågår förbättringsarbeten i samverkan med kunder för att minska antalet fel vid provtagning, exempelvis flertalet utbildningsinsatser. Svar från externa utförare i Uppsala finns från 2018 tillgängliga i Svarsdatabasen vilket ökar patientsäkerheten. Flera verksamheter har genomfört eller påbörjat genomförande av 5P⁴ i syfte att få en gemensam bild av verksamheten och arbeta effektivare.

KTC bedriver kurser i SBAR, det finns även möjlighet att lära genom att söka kunskap om SBAR i Vårdhandboken och därefter testa sina kunskaper i Kompetensportalen. Simulering och teamträning vid KTC är koncept som är framgångsrika och starkt efterfrågade av verksamheterna.

4 5p är en arbetsmodell för att kartlägga, reflektera, samtala och systematiskt förbättra verksamheten.

5.1. Vårdskador

5.1.1. Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Ett handlingsprogram har utarbetats inom regionen. Handlingsprogrammet beskriver faktorer av betydelse i vård och organisation för att minska andelen patienter med VRI. En struktur för extern facilitering till verksamheterna har byggts upp bestående av resurser från Utvecklingsenheten, Patientsäkerhet och vårdkvalitet och Vårdhygien. En styrgrupp har inrättats bestående bland annat av smittskyddsläkare och chefläkare. Under hösten 2018 påbörjade två verksamhetsområden ett förbättringsarbete med stöd av extern facilitering. För Infektionsverket har Enhet för Patientsäkerhet och vårdkvalitet erbjudet ett fortsatt stöd till verksamheterna. I syfte att minska andelen patienter med VRI på grund av urinavledande kateter har nätverksträffar med utsedda personer inom vårdenheter inletts. I detta ingår uroterapeuterna i Gävle och Hudiksvall. Strama har tillsammans med läkemedelskommittén och ensamt haft flera utbildningstillfällen till primärvårdsläkare, personal på akutmottagningar och personal inom kommunal vård och omsorg.

5.1.2. Trycksår

Enheten för patientsäkerhet och vårdkvalitet har anordnat nätverksträffar för trycksårsansvariga på enheterna. Kliniskt träningscentrum (KTC) har erbjudit återkommande utbildningar.

5.1.3. Fallskador

Förbättringsarbeten där fokus har varit systematiskt arbete för att minska fall sker på ett flertal enheter.

5.1.4. Läkemedelsrelaterade skador

I syfte att minska läkemedelsfel har under 2018 ett regionsövergripande arbete startat. Läkemedelsenheten och Enhet för Patientsäkerhet och vårdkvalitet är externa facilitärer (underlättare) till verksamheten. Under hösten 2018 hade 11 verksamhetsområden en första plan med stöd av de externa faciliteterna. Kliniska apotekare och verksamheterna arbetar tillsammans med läkemedelsgenomgångar, säkerställande av aktuella läkemedelslistor, genomförande av utbildningsinsatser samt arbete med rutiner. Apotekare granskar också egenkontroller av läkemedelshanteringen vid enheterna. Läkemedelsenheten har startat upp slutenvårdsdos, vilket innebär att tabletter och kapslar packas maskinellt i dospåsar till patienter som är inlagda på Gävle Sjukhus. Slutenvårdsdos förväntas bidra till en mer effektiv process men framförallt en ökad patientsäkerhet.

5.2. Vårdflöden och processer

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

Under 2018 har utbildning och stöd till förbättringscoacher givits inom Region Gävleborg med en utökad involvering av berörda chefer. Totalt startade 22 nya förbättringsteam inom ramen för utbildningen, exempelvis minska förekomst av trycksår på IVA, för förbättrade flöden och samverkan, minska risken för fotamputation på diabetespatienter, förbättrad arbetsmiljö, förbättrat omhändertagande av patientgrupper samt minskat "tvätt svinn."

Under 2018 avslutade nio nya förbättringscoacher sin utbildning. Uthållighet i att införa metodiken har varit gynnsamt då det märks att deltagarna nu är mer förberedda och insatta i vad rollen kommer innebära. En av våra stora utmaningar är trots det fortfarande att tid avsätts för förbättringscoacher att arbeta med förbättringar. Ett sätt att stödja förbättringscoacher i rollen är att det införts certifikat med giltighetstid två år och under den perioden ska förbättringscoachen arbetat med minst ett förbättringsarbete för att certifikatet ska förnyas.

Ett fortlöpande förbättringsarbete sker inom standardiserade vårdprocesser för cancerpatienter utifrån nationella mål och överenskommelser. Från och med 2018 finns 31 standardiserade vårdförlopp (SVF) etablerade. I arbetet med SVF har även vidareutvecklat struktur och innehåll gällande processägare, processledare och processteam kopplat till systemet för nationell kunskapsstyrning inom programområde Cancersjukdomar. Under 2018 har Cancerrådet och dess AU i Gävleborg träffats och aktivt arbetat med innehållet i den lokala cancerstrategin.

Vårdprogram och rutiner har fortlöpande reviderats inom hela regionen och i viss omfattning även planer för implementering. Tillgång och sökbarhet till befintliga dokument kan ytterligare behöva förbättras.

Exempel från verksamheten – Vårdflöden och processer

ÖNH har sett över och utvecklat tinnitusflödet i länet för att få mer lika vård och nyttja resurser på bästa sätt. Kardiologen har sett över remisshanteringsprocessen för att säkerställa att remisser behandlas i tid. Ett samordnat arbete kring dialysaccesser har bidragit till ökning av AV-fistlar⁵ vilket är en kvalitetsindikator i kvalitetsregister. I syfte att förkorta väntetid till en första behandlingskontakt med det psykosociala teamet på hälsocentral har arbeten påbörjats eller fortsatt vid fler hälsocentraler. Rehabkoordinator vid hälsocentral som samordnar och verkar för samverkan i sjukskrivningsprocessen mellan patient, sjukvård, arbetsgivare, försäkringskassa, arbetsförmedling, vårdgivare och ev. andra berörda.

Inom slutenvården samarbete kirurgen, röntgen och operation för en effektiv och avancerad kärlkirurgi. Projekt "Ögonlyftet" har fortsatt under 2018 för att säkerställa god ögonsjukvård i länet. Åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med bristande tillgänglighet och patientsäkerhetsrisker är bl a anställning av optiker på ögonmottagningen, utveckling av administrativa rutiner och att externa aktörer utför ögonbottenscreeningar.

Förändring av arbetsmetoder och förbättringar av flöden inom Bild och funktionsmedicin har genomförts under året för att minska väntetiderna. Telemedicinska patientbesök/ konferenser mellan vårdgivare inom- samt utomläns ökar. tex telemedicinsk konsultation mot bl a Uppsala akademiska sjukhus inom neonatalvården alla tider på dygnet har vidareutvecklats under 2018.

5.3. Arbetsmiljö

En bra arbetsmiljö går hand i hand med god patientsäkerhet. Brister i kompetens och bemanning kan påverka risken för vårdskador. 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 minska hyrberoende pågår. En stor utmaning är att säkra arbetsmiljö och utbildningsmiljö för en god kompetensförsörjning och fortsatt utveckling av vården.

⁵ AV fistel= konstgjord förbindelse mellan blodkärl för att möjliggöra bloddialys

6. Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan i patientens vårdflöde är viktigt ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Utredningar av avvikelser visar att det finns ett behov av att förbättra samverkan och informationsöverföring mellan enheter och vårdgivare. Men även om det finns avvikelser så arbetar verksamheten alltmer efter konceptet ”Vår gemensamma patient”. Till exempel vid utredningar av vårdskador, i förbättringsprojekt, framtagande av rutiner och vid förbättring av flödesprocesser.

Samverkanslagen - Utmaningen att stärka patientsäkerheten och bättre samordna hälso- och sjukvård och socialtjänst för personer som skrivs ut från sjukhus, har bl a resulterat i nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård, f o m 1 jan 2018. Målgrupp är enskilda som efter utskrivning behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården.

Det finns olika forum för samverkan inom och mellan verksamheter i regionen, med privata vårdgivare samt kommunen i syfte att förbättra patientsäkerheten. De gemensamma samverkansforumen för olika grupperingar mellan huvudmännen arbetar bland annat för att säkra övergångar i vården och hantering av gemensamma avvikelser. Avvikelser som har med utskrivningsprocessen att göra börjar nu kartläggas systematiskt av länets MAS⁶:ar och analyseras tillsammans med regionens chefläkare. Rapportering med åtgärdsförslag till utskott Vuxna, Länsledning Välfärd. Det finns samverkansforum mellan primärvård, specialistvård och kommun för patienter med särskilda behov i hemmet.

Under 2018 har implementerings- och utvecklingsarbete utifrån nya lagstiftningen kommit igång på flera nivåer och inom olika områden. Exempelvis översyn och anpassning av befintliga rutiner kring utskrivningsprocessen. En chefsdag om samverkan vid utskrivning genomförd för länets kommuner och Region Gävleborg. Patienter medverkade under chefsdagen. Dagen resulterade i en folder riktad till patienter i slutenvård och en Medborgarinformation.

Nära vård - Två statliga utredningar har kommit fram till att vården i Sverige behöver organiseras på ett annat sätt för att möta dagens vårdbehov. För att klara av förändringarna behövs en anpassning även av hälso- och sjukvården i Gävleborg. Det är ett strategiskt och långsiktigt arbete. Samverkan mellan primärvårdens offentliga och privata aktörer samt mellan primärvård, specialistvård och kommunal vård behöver utvecklas. Det långsiktiga utvecklingsarbetet för en nära vård i Gävleborg har tagit fart under 2018 (se mer info om [Nära vård på regionens hemsida](#)).

Samverkan har också skett med polis, SOS-alarm, försäkringskassa, arbetsförmedling, Barnahus, skola, socialtjänst, kommun m.fl. om enskilda patienter eller kring generella samverkansfrågor. Samverkan med andra regioner sker för framtagande av rutiner och vårdprogram, ex regionala specialistråd.

Exempel från verksamheten – Samverkan för att förebygga vårdskador

Mobila team har startats upp i samverkan mellan kommuner, primärvård och regionens specialistvård för en god och nära vård utifrån patientens eller brukarens behov för att undvika sjukhusvård när det inte behövs.
t ex; partssammansatt länsövergripande arbetsgrupp ”Nya Samverkanslagen” med uppdrag från Länsledning Välfärd som arbetar med stöd för implementering.
Regiongrupp ”Nya Samverkanslagen” med chefer och nyckelpersoner från länets

⁶ MAS=medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommun

landstingsfinansierade öppenvård och slutenvård samt Hälsoval verkar för omställning till nya arbetssätt. Nytt "Processråd för Samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård samt Samordnad Individuell Plan (SIP)" har uppdrag från Länsledning Vårld. Processen har ett gemensamt IT-stöd, Lifecare. I rådet samarbetar kommunens hälso- och sjukvård och myndighetsutövning, offentlig och privat primärvård, somatisk öppen och slutenvård specialistvård, vuxenpsykiatri, specialistsjukvård barn samt objektförvaltare från regionen.

Geriatriska teamet samverkar med arbetsterapeut på akuten i Gävle för att de geriatriska patienterna ska erhålla tidig bedömning så att hembesök möjliggörs istället för inläggning. Fysioterapeuter på akutmottagningarna som kan hjälpa patienter med tidiga insatser exempelvis hänvisningar och behandlingar. Onkologiska avdelningen och palliativa enheten har kontinuerlig samverkan med kommuner och privata vårdgivare, ex vid vårdplanering. Ortopedi, kirurgi och anestesi har regelbundna gemensamma ledningsgruppsmöten.

Samverkan mellan Habiliteringen och barnpsykiatri för att utveckla vården av barn och ungas hälsa pågår. Samverkansteam mellan Beroende, Socialtjänsten och Vuxenpsykiatri, VUP, beroendemottagningarna övergick till VUP hösten 2018. Ambulansen har tillsammans med akutmottagningarna och barnkliniken tagit fram och infört ett nytt verktyg, triageverktyget SATS⁷; i syfte att säkerställa systematisk bedömning och prioritering av patienter som söker akut sjukvård. MIG mobila intensivvårdsgrupper som kan tillkallas dygnet runt om patient blir försämrad på mottagning eller vårdavdelning på sjukhusen.

Bild och funktionsmedicin har som ett komplement till ordinarie svarsrutiner infört att röntgenläkaren alltid ska kontakta remitterande läkare via telefon vid allvarigare fynd som kan kräva snabb åtgärd.

7. Riskanalys

Riskmedvetenhet, proaktivitet och förmåga att hantera risker är avgörande för god patientsäkerhet. En riskanalys utförs när det finns behov av att identifiera risker i en verksamhet som kan medföra försämrad kvalitet eller patientsäkerhet. Det kan vara risker i den befintliga verksamheten, risker som uppstår vid förändringar eller risker vid införande av ny teknik. Riskbedömningar genomförs både på övergripande och på lokal nivå där verksamheterna utför egna analyser med tillhörande åtgärdsförslag. Rutin för när och hur systematiska riskanalyser ska genomföras finns inom regionen och används som stöd. Internkontrollenheten svarar för utbildning av riskanalysledare samt har varit stöd vid och genomfört några (5) riskanalyser inom Hälso och sjukvården under året. Riskanalyser ses som en allt mer naturlig del inför större och mindre förändringar i verksamheterna och är en viktig del där medarbetare kan vara delaktiga.

Riskbedömningar som direkt eller indirekt berör patientsäkerhet görs dagligen och fortlöpande i vårdarbetet, ledningsgrupper, i samband med patientsäkerhetsrond och dialoger samt i hantering av avvikelser. Exempel på metoder som används allt mer för att simulera till ökat riskmedvetande är strul/styrtavlor, Gröna Korset. Att genomföra förändringar och följa upp dem utifrån effekt är den fortsatta utmaningen. Systematisk uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån resultaten kan utvecklas.

⁷ SATS (South African Triage Scale) är en triagemodell som utvecklats i Sydafrika och breddinförs inom akutsjukvården, ambulansen och BUS i Region Gävleborg hösten 2018.

Exempel från verksamheten - Riskanalys

Exempel på övergripande riskanalyser som genomförts under 2018 är ; risker med uppsatt tidplan för minskat hyrberoende av personal, behörighetstilldelning för tillgång till patientuppgifter samt vid flera organisationsförändringar exempelvis översyn av beroendemottagningarna.

Exempel på genomförda riskanalyser på lokal nivå är införande av perifer venkateter för långtidsbruk, drop in mottagning på röntgen, överbeläggning på onkologen samt inför användning av läkemedelsmodulen i Melior på barn. Rutiner för ordnat införande vid införande av ny utrustning metoder används i viss omfattning. Verksamhetsområde Anestesi har tagit fram en rutin och checklista för detta.

8. Informationssäkerhet

Uppföljning av informationssäkerheten har skett av regionens ledningssystem för informationssäkerhet, incident- och samtyckeshantering, samt IT-säkerhet under 2018. Region Gävleborg har påbörjat en utredning kring lagen om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster (NIS-direktivet) och hur det påverkar verksamheten samt ta fram rutiner för lagefterlevnad. Under december 2018 förväntas Myndighetens för skydd och beredskaps (MSB) föreskrifter för incidentrapportering komma och regionens informationssäkerhetsfunktion bevakar ämnet.

Regionen har skapat en organisation för dataskydd och roller har definierats och tillsatts. Det har tagits fram fyra stycken regionövergripande direktiv för informationssäkerhet och ett flertal rutiner gällande Dataskyddsförordningen och kompletterande dataskyddslagstiftning. Ett omfattande arbete med behörighetsstyrning i vårdsystemen Melior och PMO har gjorts.

Regionen arbetar med att ta fram ett arbetssätt för systematisk informationssäkerhet som bland annat omfattar riskanalyser, informationsklassning och kontinuitetsplanering. Loggkontroller sker löpande enligt fastställda rutiner eller vid misstanke om olovlig åtkomst till patientuppgifter. Säkerhetsfunktion genomför utredningar gällande olovlig åtkomst.

9. Hälsö- och sjukvårdspersonalens rapporterings-skyldighet

9.1. Avvikelser

Platina är Region Gävleborgs IT-stöd för att hantera avvikelser. I Platina rapporteras samtliga förekommande avvikelser, inklusive arbetsskador. Arbetet med att kunna göra uttag av användbara rapporter ur Platina på olika nivåer behöver utvecklas. 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.

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 och ”Gröna korset”. Om strulet återkommer trots åtgärd ska det rapporteras in i Platina så att ett systematiskt risk- och säkerhetsarbete möjliggörs.

Psykiatri, Anestesi, Internmedicin samt Iggesunds Hälsocentral är några goda exempel på hur man under 2018 vidtagit aktiviteter för att bättre kunna fänga, diskutera och förhindra

risker och negativa händelser inom sina enheter. Allt fler verksamheter använder Gröna Korset, ett verktyg för dialog i realtid på enheten kring identifierade vårdskador och risker för vårdskador

Lex Maria⁸ - den 1 september 2017 ändrades lagstiftningen i och med HSLF-FS 2017:41, så att det inte längre är obligatoriskt att anmäla alla självmord (suicid) där patienten haft kontakt med vården, till IVO. Suicid som inträffar i samband med pågående vårdkontakt ska fortsatt utredas för att kunna ta ställning till vårdskada och beslut om anmälan tas av chefläkare efter analys av utredningen. Det är en förklaring till minskat antal anmälningar till IVO (lex Maria) under 2018,

19 anmälningar varav 2 suicid, jämfört med föregående års 45 anmälningar varav 15 suicid. Övrig minskning av anmälningar kan vara slumpmässig, men utvecklingen kommer att följas av chefläkarna under kommande år.

Tabellen nedan visar antal avvikelser i Platina och ärenden till IVO (lex Maria) under 2017 – 2018.

Antal	2017	2018
Avvikelser i Platina med säkerhetsområde patientsäkerhet	4089	4412
Avvikelser i Platina totalt (exkl. privata vårdgivare)	5781	6140
Ärenden till IVO (lex Maria)	45	19

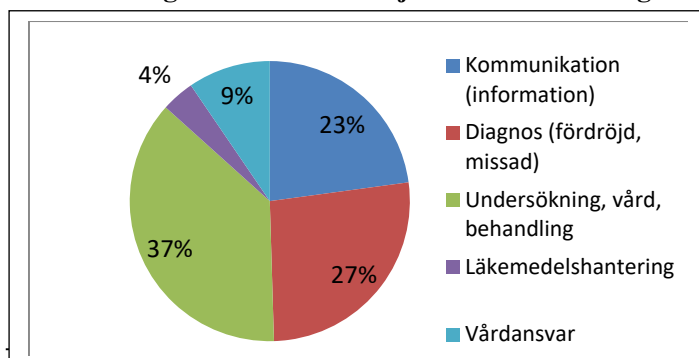
10. Klagomål och synpunkter

Trots att vården hanterar klagomål av olika slag är det viktigt att komma ihåg att de flesta patienter är nöjda med den vård de får. Viktiga erfarenheter och lärdomar finns att hämta i patienters och närståendes berättelser och i de utredningar som görs utifrån rapporterade avvikelser vilka är värdefulla i vårdens kvalitets och patientsäkerhetsarbete.

1 januari 2018 infördes ett nytt klagomålssystem, vars främsta syfte är att förtydliga ansvarsfördelningen och öka effektiviteten i hanteringen av klagomål inom hälso- och sjukvård. Det nya innebär att det i första hand är vårdgivarna själva som ska ta emot och besvara klagomål från patienter och deras närstående. Vårdgivarna ska också förklara vad som inträffat och vid behov vidta åtgärder för att liknande händelser inte ska inträffa igen. När patienter framför sina klagomål där vården utförs, finns det större möjligheter till snabbare svar. Det ger också vårdgivarna utrymme att i ett tidigt skede vidta åtgärder för att förebygga vårdskador.

Patient och/eller närstående kan även lämna synpunkter och klagomål till Patientnämnden (se [rubrik 10.1 sid 18](#)) eller Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Ärendena hanteras som övriga avvikelser.

Enskilda klagomål Hälso- och sjukvårdsförvaltningen 2018 fördelning av områden



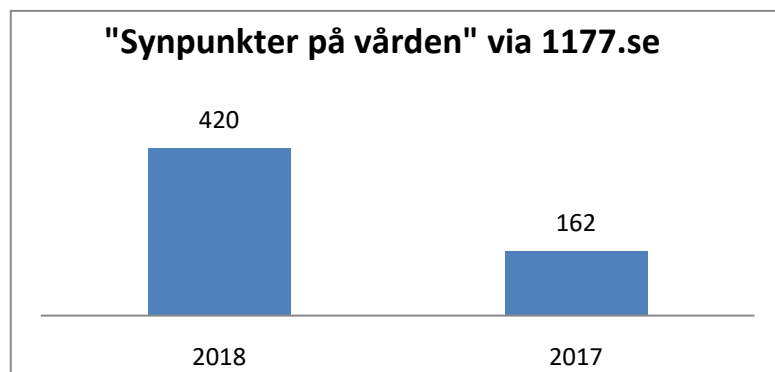
⁸ Vårdgivaren ska till Inspektionen för vård och omsorg anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada

I och med det nya klagomålssystemet har IVOs utredningsskyldighet begränsats, så att tyngdpunkten läggs på mer allvarliga händelser där en patient i samband med hälso- och sjukvård har fått permanenta eller oföränderliga besvär, ett väsentligt ökat vårdbehov, eller där patienten avlidit. IVO har i och med detta haft större möjlighet att i högre grad bedriva tillsyn genom inspektion av vården.

Fördelning IVO-ärenden	2018	2017
Enskilda klagomål	58	119
Tillsynsärenden	18	9
Meddelande om klagomål	37	0
Övrigt	6	2
Totalt	119	130

IVO har under 2018 fördubblat antalet tillsynsärenden till 18, dessa har handlat om både uppföljning av anmälningar från vården (lex Maria), samt tillsyn baserat på klagomål inkomna till IVO.

Möjlighet att lämna synpunkter på vården via 1177 finns sedan januari 2018 på samtliga enheter inom Hälso- och sjukvårdsförvaltning via ett formulär som heter "Synpunkter på vården" (privata vårdgivare har samma formulär med namn "Hjälp oss att bli bättre"). Till och med 2017 var det bara hälsocentraler och ortopedmottagningarna som hade formuläret kopplat till sig.



Medborgare erbjuds årligen att svara på [Nationella Patientenkäten](#) (se även sid 20 [Rubrik Resultat](#)). Resultaten delges verksamhetschefer och vårdenhetschefer och används för att tillsammans med andra underlag utveckla och förbättra vården.

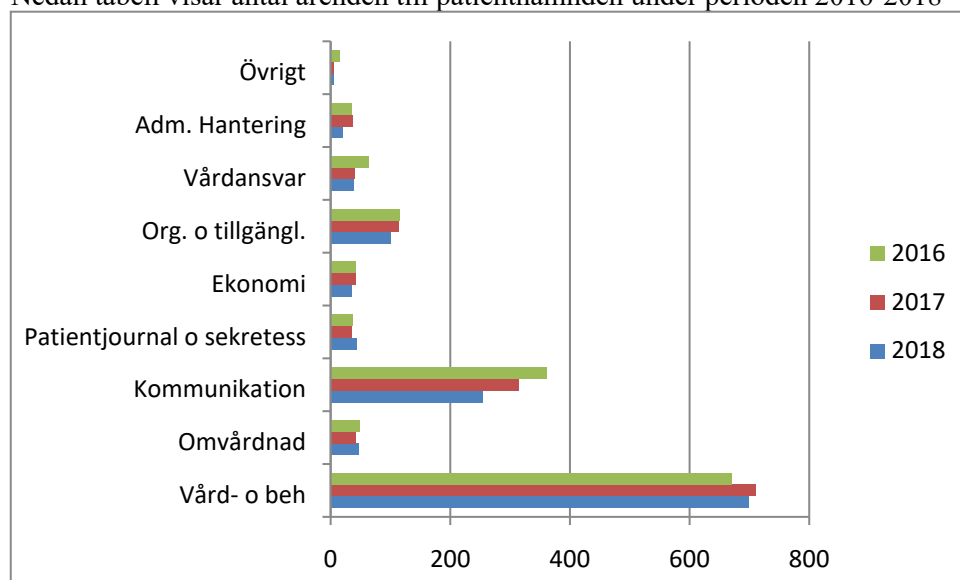
Flertalet verksamheter inhämtar patienters uppfattning om bemötande, väntetider, information och andra aspekter av kvalitet. Det sker genom enkäter, telefonuppföljning samt förslagslådor och Tyck och Tryck-pelare som tillgänglig för patienter när de besöker vårdinrättningar.

10.1. Patientnämnden

Patientnämndernas huvuduppgift är att hjälpa och stödja patienterna att få sina klagomål besvarade av vårdgivarna, men nämnderna ska också bidra till kvalitetsutveckling och en hög patientsäkerhet. Patienter som inte är nöjda med vårdgivarens eller patientnämndens svar har fortsatt möjlighet att gå vidare med klagomålet till IVO.

Patientnämndens förvaltning har totalt haft 1483 kontakter från patient/anhöriga. Antalet ärenden har minskat med 7 % och informationskontakter med 24 %. Sammantaget har således antalet kontakter från patienter/närstående minskat markant. De flesta ärendena handlar om patienter i åldersspannet 50-59 år, 60 % av ärendena handlar om kvinnors sjukvård. Flertalet patientsynpunkter/klagomål rör *äldres hemgång* respektive *brister i journaldokumentation*.

Nedan tabell visar antal ärenden till patientnämnden under perioden 2016-2018



Kommunikation mellan Patientnämnden och berörda verksamheter sker i enskilda ärenden.

En sammanställning av alla ärenden skickas till; berörda verksamheter varje månad samt för samtliga verksamhetsområden till övergripande nivå för kännedom för ledning och chefläkare. Rapporterna ska användas som bidrag till kvalitetsutveckling och arbetet med patientsäkerhet.

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

11. Samverkan med patienter och närstående

Inom region Gävleborg har arbetet med patient och närstående medverkan fortsatt under 2018. Ett arbete pågår att ta fram en strategi för patient och närstående medverkan. Representanter från regionens olika verksamheter har deltagit i brukarråd och haft direktkontakt med patientföreningar. I syfte att inhämtat synpunkter från patienter och anhöriga till utredningar, utvärderingar eller utvecklingsarbeten. Region Gävleborg har ett samverkansavtal med Funktionsrätt Gävleborg som är en samverkanspart i länets handikappråd. Vid omfattande verksamhetsförändringar involveras funktionshinderrörelsen i alla processer. Patient och närståendemedverkan är en viktig beståndsdel i arbetet med implementering av det nationella systemet för kunskapsstyrning, de lokala programområdena och dess processer.

Ett barn och ungdomsbrukarråd har etablerats med målsättning att barn och unga ska kunna delge sina kunskaper och erfarenheter i de beslut som fattas inom hälso- och sjukvården i Region Gävleborg. Att arbeta med vårdplaner och fast vårdkontakt ger patienter möjlighet att medverka i vården vilket är en viktig del för en god och säker vård. Införandet av fast vårdkontakt och vårdplaner behöver öka i omfattning. Allt flera enheter har under 2018 ökat antalet patienter som fått en fast vårdkontakt samt samordnad individuell vårdplan. Flera verksamheter fortsätter arbetet med att förbättra vårdplanerna i patientens journal så patientens delaktighet i beslut tydligt framgår.

Exempel från verksamheten – Samverkan med patienter och närstående

Syncentralen och Hörselhabiliteringen erbjuder gruppträffar med patienter och närstående i syfte att upprätta vårdplaner, utbilda men även för möjlighet att skapa nätverk. 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. Onkologen har under året ökat telefontillgängligheten för vissa cancerpatienter vilket varit uppskattat. Dialysmottagningen i Gävle har arbetat med att stärka patienternas tro på förmåga till självdialys i hemmet och på sjukhus i syfte att få bättre livskvalitet. Bedsiderond och rapportering har införts på en kirurgavdelning för att öka patientsäkerheten. Det handlar om att hela teamet står invid sängen och pratar med och undersöker patienten.

Patient och närstående har möjlighet att lämna synpunkter i s.k. förslaglådor eller genom egna och/eller nationella enkäter och "Tyck och Tryck" terminaler. 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. Psykiatrien har brukarråd. Inom vissa verksamhetsområden finns anhöriggrupper. Inom några enheter i primärvården arbetar man med informationsbladet "vad kom vi överens om idag" då vårdgivaren ska skriva ned vad som överenskommit vid vårdmöten.

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. Enligt den nationella patientenkäten 2018 utgör det mellan en femtedel och en tredjedel av besöken i vården som innehåller en diskussion om levnadsvanor. 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. Hälsoforumet som from 2018 finns vid Gävle och Hudiksvalls sjukhus hjälper besökare och patienter att hitta rätt på sjukhuset, ger stöd i att söka kvalitetssäkrad information via 1177 Vårdguiden och ger individer stöd till förändring av livsstil inom ett antal områden, exempelvis tobaksavvänjning och motion.

13. Resultat

13.1. Patientenkäter – patientupplevd vårdkvalitet

Nationell patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Resultaten används för att förbättra och utveckla vården utifrån ett patientperspektiv. Under 2018 genomfördes och redovisades resultat för Gävleborg från sex olika patientmätningar. När det gäller primärvården omfattar den senaste tillgängliga nationellt gemensamma mätningen från 2017 drygt 2 800 patientsynpunkter fördelat på 43 hälsocentraler i länet.

Patientenkäter kopplade till standardiserade vårdförlopp (SVF) samlas in löpande under året och under 2018 inkom 724 patientsvar kopplade till ett flertal vårdförlopp.

Tabell. Resultat från 6 olika mätningar inom ramen för nationell patientenkät samt standardiserade vårdförlopp (SVF), Region Gävleborg och riket 2018.

		Helhets- intryck	Emotionellt stöd	Delaktighet och involvering	Respekt och bemötande	Kontinuitet och koordinering	Information och kunskap	Tillgänglighet
Primärvård	Gävleborg	79,9	75	77,4	84,1	69,6	73,8	82,9
	Riket	79,2	75,1	78,2	83,7	70,3	73,9	81,1
Somatisk öppen vård	Gävleborg	88,9	84	86,9	88,6	85,7	81,4	87,4
	Riket	89,7	85,3	87,8	89,4	86,7	82,5	88,7
Somatisk sluten vård	Gävleborg	85,8	84,2	79,8	81,2	79,5	76,2	84,5
	Riket	88,1	86,4	81,4	83,1	81,2	77,5	86,4
Psykiatri öppen	Gävleborg	80,8	82,6	82,9	86,5	74,1	72,3	80,8
	Riket	82,7	81,5	81,2	86,5	72,8	71,3	79,5
Psykiatri sluten	Gävleborg	79	84,5	73,9	79,5	77,5	66,6	83,2
	Riket	73,5	78,5	69,4	79,1	72,3	61,2	78,5
BUP öppen	Gävleborg	85,6	80,9	85,3	90,1	76	75,1	82,9
	Riket	81,9	78,4	83,3	89,2	72,5	71,3	80,2
SVF	Gävleborg	84,4	56,6	53	90,8	83,3	81,1	81,9
	Riket	86,5	63,4	57	92,8	85,3	82,3	80,4

Överlag är det i många fall höga värden på patientupplevd kvalitet. Gävleborg har något lägre värden än i riksgenomsnittet när det gäller somatisk öppen och sluten vård och SVF men något högre värden när det gäller patientupplevda kvaliteten bl. a inom psykiatri och BUP.

När det gäller SVF finns de största förbättringsområdena i både länet och riket inom dimensionerna delaktighet och involvering och emotionellt stöd. När det gäller primärvården och den psykiatriska och somatiska specialistvården finns i stället det största förbättringsområdet (lägst värde på dimensionen) inom dimensionen information och kunskap. Det kan i sin tur handla om behov av information om både förseningar, rutiner, biverkningar, information om sjukdomen och om hur sjukdomen/tillstånden kan påverka vardagen samt om var man kan vända sig med frågor efter besöket eller vistelsen.

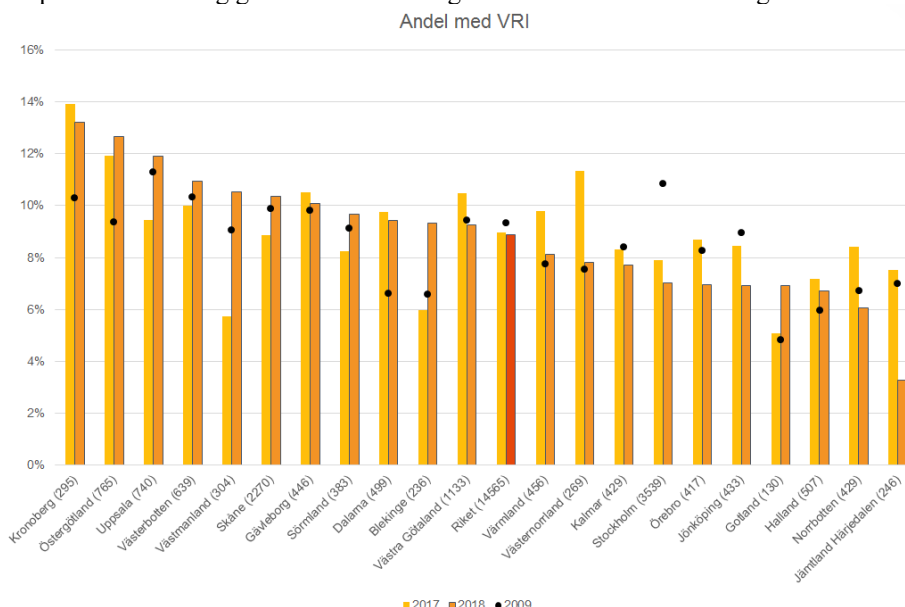
Mer detaljerade resultat i patientenkäterna presenteras på webbplatsen patientenkater.se

13.2. Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Resultatet från *månatliga* punktprevalensmätningar visade att totalt under året hade 9,5 % av patienterna hade VRI (n=4245 patienter). Resultatet för 2016 var 8,3% och för 2017, 9,1%.

I den årliga nationella punktprevalensmätningen via SKL i april hade 10,1% av patienterna i region Gävleborg (inklusive Bollnäs) en VRI. Rikets resultat var 8,9%. Nedan finns beskrivning av det nationella resultatet per region/landsting.

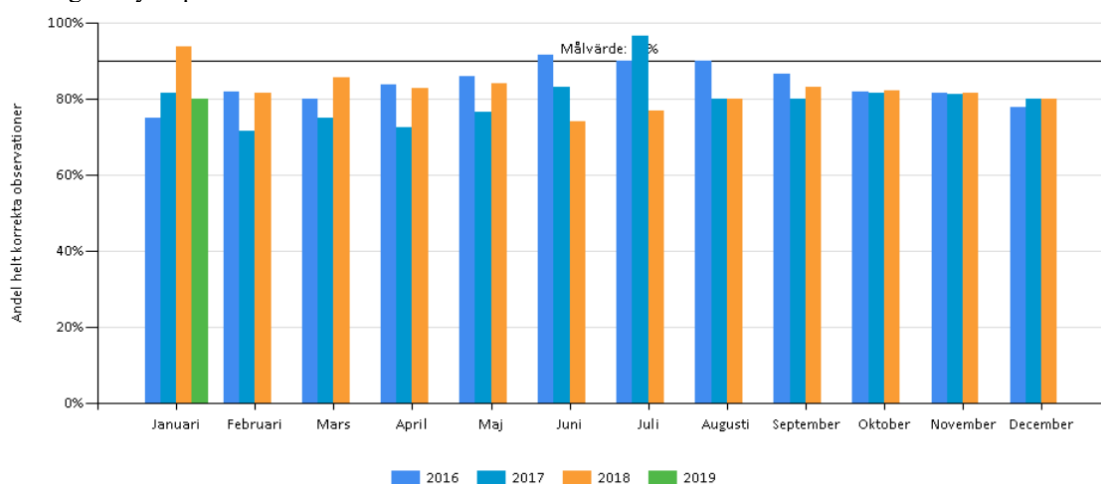
Resultat av andel patienter med VRI inom regioner/landsting baserat på årlig punktprevalensmätning genomförd av Sveriges Kommuner och Landsting.



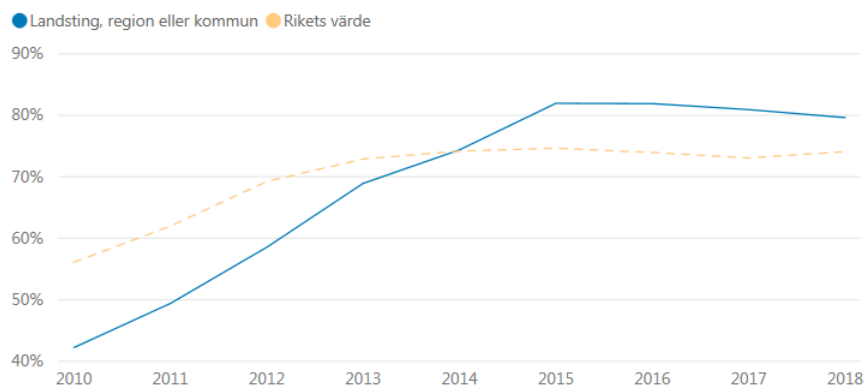
13.3. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Målvärdet har under året varit 90 %. Resultatet visar på variation mellan olika enheter när det gäller andel korrekt följsamhet till hygien och klädregler. Nedan visar regionens resultat från de *månatliga* mätningarna.

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



Resultat av andel korrekta basala hygienrutiner och klädregler inom slutenvårdsavdelningar inom Region Gävleborg och Riket baserat på SKLs årliga mätning (mars).



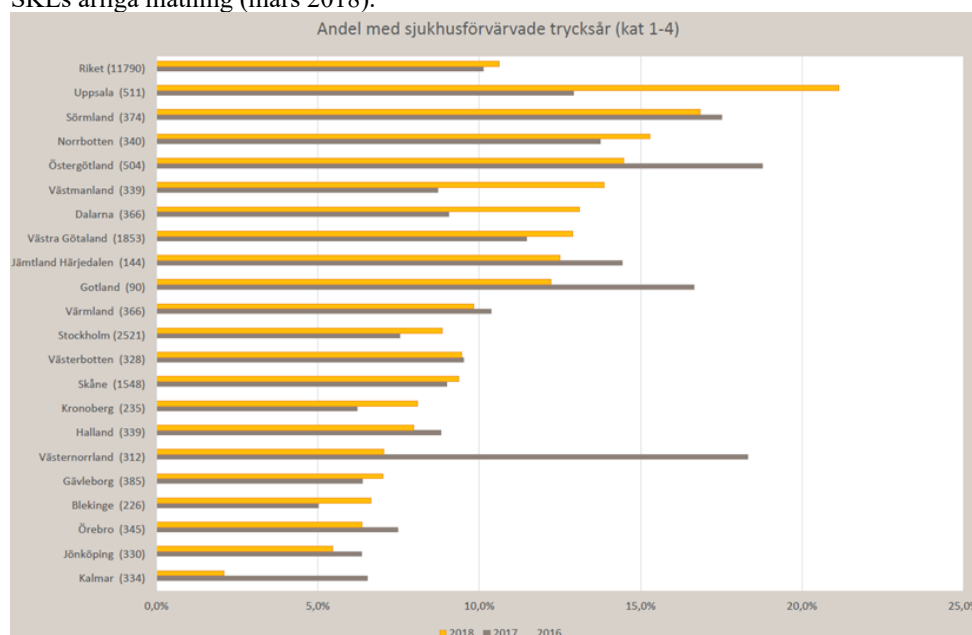
13.4. Trycksår

Resultaten från *månatliga* punktprevalensmätningar inom somatisk och psykiatrisk slutenvård visade att totalt under 2018 hade 9,6% patienter trycksår kategori 1-4. Resultatet för 2016 var 9,7 och för 2017, 8,8%. I resultatet ingår även patienter där trycksåren inte uppkommit inom slutenvården.

I den årliga nationella punkt prevalensmätningen via SKL i mars hade ca 12% av patienterna i Region Gävleborg (inklusive Bollnäs) trycksår kategori 1-4. Rikets resultat var ca 14%. I resultatet ingår även samhällsförvärvade trycksår.

Nedan finns beskrivning av det nationella resultatet per region/landsting gällande sjukhusförvärvade trycksår kategori 1-4. I Region Gävleborg var resultatet 7,0% och för riket var resultatet 10,6%.

Resultat gällande sjukhusförvärvade trycksår kategori 1-4 på region/landstingsnivå baserat på SKLs årliga mätning (mars 2018).



13.5. Strama och antibiotikaförskrivning

Antibiotikaförskrivningen har fortsatt att minska, men i lägre takt än tidigare år, drygt 0,8 % under 2018. Strama har tillsammans med läkemedelskommittén och ensamt haft flera utbildningstillfällen till primärvårdsläkare, personal på akutmottagningar och personal inom kommunal vård och omsorg.

Under 2018 har förskrivningen minskat från 271 till 269 recept per 1000 invånare. I gruppen 0-6 år har 1,3 % färre recept utfärdats jämfört med 2017. För personer 7-64 år utfärdades 1,4 % färre recept, medan gruppen 65 år och äldre fick 1,6 % fler recept. 59 % av förskrivningen avser recept till kvinnor, och den mest behandlade åldersgruppen är 70-74 år, båda könen. Hos de allra minsta, 0-4 år, och de äldsta, 85+, utfärdades fler recept på antibiotika till män än kvinnor, räknat per 1000 invånare.

13.6. Läkemedelsgenomgångar

Resultatet nedan redovisas utifrån dokumentation av KVÅ koder i patientjournalen av genomförd enkel eller fördjupad läkemedelsgenomgång.

Andelen patienter med läkemedelsgenomgångar är totalt 28% under 2018.

Totalt har drygt 28 000 enkla och drygt 3000 fördjupade läkemedelsgenomgångar utförts för totalt drygt 114 000 patienter.

De fördjupade läkemedelsgenomgångarna har övervägande genomförts inom primärvården (>2700). De enkla läkemedelsgenomgångarna genomförs framförallt inom specialistvården (ca 26 000), varav drygt 16 000 inom öppenvården.

13.7. Standardiserade vårdförlopp för cancerpatienter

Under 2018 startades totalt 4170 stycken SVF inom region Gävleborg. Av dessa var det 1291 patienter som hade cancer och sin första behandling. 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. I den nationella redovisningen syns inte de patienter som startat ett SVF i Gävleborg som ingår i nivåstrukturerade vårdförlopp t.ex. Skelett- och mjukdels Sarkom som utreds i Stockholm.

13.8. Telefontillgänglighet

Regionens totala resultat för telefontillgänglighet, dvs andel besvarade samtal samma dag, är 91%⁹. Variationer mellan enheter innebär att det finns möjlighet till ytterligare förbättringar.

Resultat från SKLs databas "Väntetider i vården" (SKL) visar att på offentligt bedrivna hälsocentraler i Gävleborg har något högre resultat (92%) än riket (87%).

⁹ Cyklop

13.9. Hållbart Medarbetar Engagemang- HME och Hållbart Säkerhetsengagemang - HSE

Svarsfrekvensen var 85 procent. Resultaten återkopplas i början av 2019 och ger underlag att i närtid efter mätningen ha dialog kring resultaten för att stärka delaktighet, tillåtande säkerhetskultur och ett stöttande ledarskap. Region Gävleborgs mål är att samtliga enheter ska ha ett HME-totalindex som är 75 eller högre. Resultatet för HME var 77, 5.

Det totala värdet för HSE var 77,1. För HSE finns inga motsvarande uppsatta målvärden för totalindex i regionen eller nationellt. Det viktiga är att resultatet diskuteras för att bli ett värdefullt verktyg, oavsett om det faller ut som övervägande positiva upplevelser eller om det finns förbättringsmöjligheter

13.10. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

Överbeläggningar och utlokaliseringar är en känd patientsäkerhetsrisk om inte adekvata åtgärder vidtas för minska riskerna. Exempel på risker är smittspridning, försenade behandlingar, felmedicineringar mm.

Gävleborg har haft högre överbeläggningar jämfört med riket inom somatisk vård slutenvård. Andel utlokaliserade patienter är lägre med riket.

Inom den psykiatriska vården har Gävleborg haft fler överbeläggningar än riket.

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

Somatisk vård slutenvård (data jan- dec 2018)

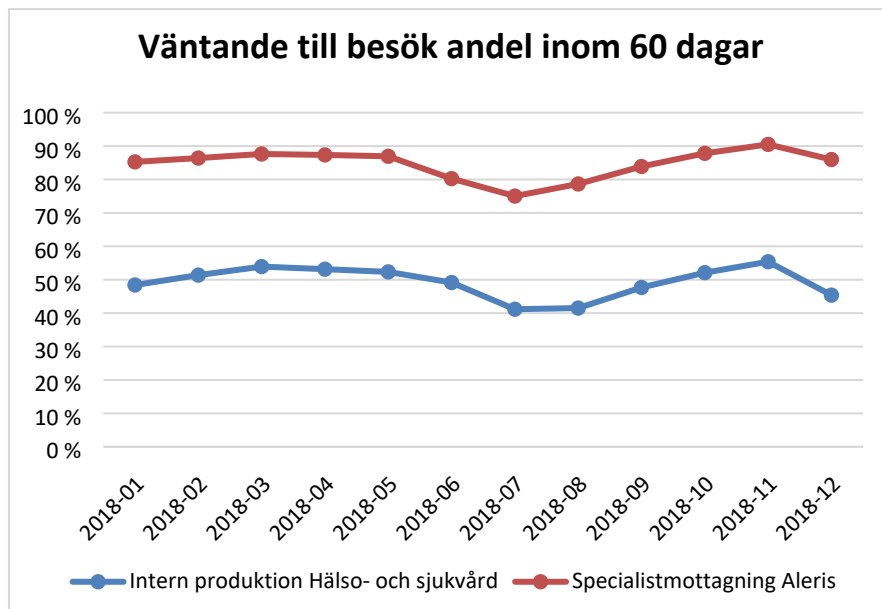
Landsting / region	Överbeläggning	Utlökaliserade patienter
Alla landsting	4,2	2,3
Gävleborg	7,9	1,4
Bollnäs sjukhus	5,6	0,2
Gävle sjukhus	8,5	1,9
Hudiksvalls sjukhus	7,4	0,7

Psykiatrisk slutenvård (data jan- dec 2018)

Landsting / region	Överbeläggning	Utlökaliserade patienter
Alla landsting	1,8	0
Gävleborg	6	0
Gävle sjukhus	8,1	0
Hudiksvalls sjukhus	2,8	0

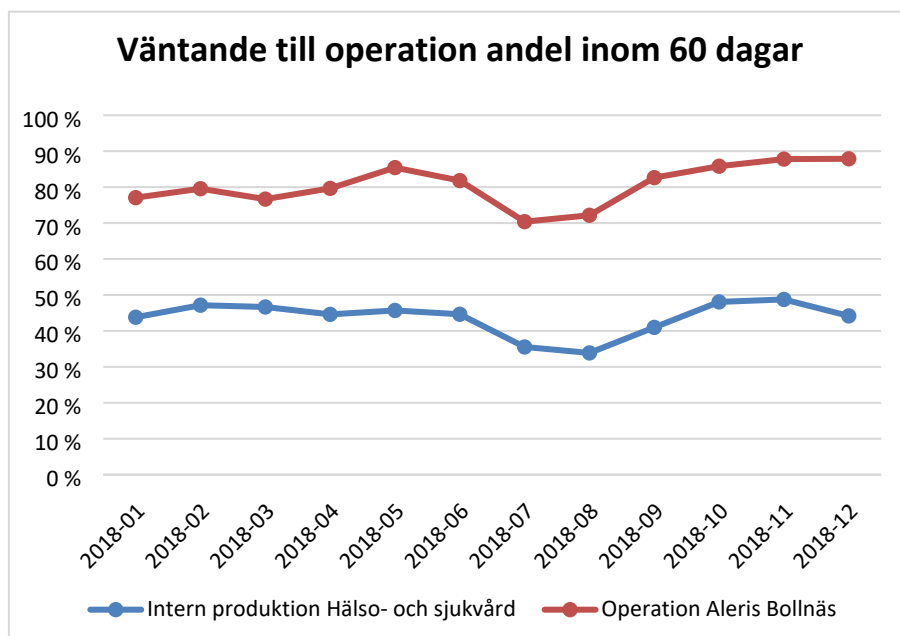
13.11. Väntetider till vård och behandling

Nedanstående tabell visar väntetid till besök.



Kommentar: Väntetider till Regionens specialistvård har ökat, nivån är densamma 2008. Brist på personal är en förklaring.

Nedanstående tabell visar väntetid till operation/åtgärd.



Kommentar: Antal väntande till operation ökar och p.g.a. brist på personal.

Se även sammanställd statistik över tillgängligheten till svensk hälso- och sjukvård

14. Måluppfyllelse

14.1. Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Resultatet visade att 9,5 % av patienterna hade en VRI, ingen minskning jämfört med året innan utifrån de *månatliga* mätningarna.

Den nationella mätningen som utförs vid ett tillfälle visar att 10,1% av patienterna hade en VRI.

14.2. Trycksår

Resultaten visar ingen förbättring jämfört med 2017 års resultat. Under 2018 hade 9,6 % av alla patienter som ingick i *månatliga* mätningen trycksår, samma siffra för 2017 var 8,8 %.

Den nationella mätningen som utförs vid ett tillfälle visar att 12 % av patienterna hade trycksår varav 7% var sjukhusuppkomna.

14.3. Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

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

14.4. Antibiotikaförskrivning

Målet för antibiotikaförskrivningen i regionen är maximalt 250 recept per 1000 invånare. Fortsatt mindre minskning har skett totalt i regionen under 2018 från 271 till 269 recept per 1000 invånare.

14.5. Förtroende och tillgång för hälso- och sjukvården

Det finns inga målvärden framtagna i siffror för 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 77,5 % 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 2019

Patientsäkerhetsarbetet grundar sig på Region Gävleborgs nollvision för vårdskador, vilket innebär en strävan efter att minska andelen vårdskador. För det behöver patientsäkerhetsarbetet vara patientfokuserat, kunskapsbaserat och organiserat. Det krävs både kortsiktiga och långsiktiga planerade aktiviteter som följs upp. Aktiviteterna behöver präglas av uthållighet och omfatta patienter, medarbetare, verksamhetsnära ledning och högsta ledning.

Patientsäkerhet skapas genom en väl fungerande sjukvård. De strategiska, prioriterade och övergripande mål som finns för Hälso och sjukvården i verksamhetsplanen för 2019 harmonierar väl med fortsatt strävan att minska andelen vårdskador. Arbetet bör fortsätta stärka och i ord och handling verka i andan "vårt gemensamma ansvar för vår gemensamma patient".

Särskilda fokusområden för patientsäkerhetsarbetet under 2019 är:

1. Fortsätta stärka patientsäkerhetskulturen
2. Fortsatt utveckling av patientsäkerhetsronder/dialoger
3. Fortsatt arbete kring VRI och ett ändamålsenligt bruk av antibiotika.
4. Fortsatt arbete med att minska övriga vårdskador, exempelvis trycksår och fallskador.
5. Fortsatt fokusering på säker läkemedelsordination
6. Utveckla arbetet med att förebygga diagnostiska fel och misstag
7. Vidareutveckling av avvikelseprocessen, synpunkter på vården och anmälningsärenden
8. Kunskapsstyrning – fortsatt arbete med nationella programområden (NPO) samt nationellt kliniskt kunskapsstöd (NKK) för att ge vår personal enkel tillgång till bra kunskapsstöd i det dagliga arbetet.

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